



VIDENSCENTER OM
**SPISEFORSTYRRELSER
OG SELVSKADE**

Vejen ind og ud af selvskade

November 2015

ViOSS - Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade
Dronningens Tværgade 46
1302 København K
Telefon: 3520 0446

Forord

ViOSS – Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade præsenterer hermed resultaterne af en kvalitativ undersøgelse med fokus på selvskade. Undersøgelsen stiller skarpt på, hvorfor nogle unge begynder at skade sig selv, hvordan hverdagen opleves blandt personer, der skader sig selv, samt hvordan de kommer ud af selvskaden igen.

Undersøgelsen ønsker at nedbryde myter, tabuer og fordomme over for personer, der skader sig selv, og danner baggrund for en række anbefalinger til styrkelse af forebyggende, opsporende og støttende indsatser til fordel for personer med selvskade.

ViOSS ønsker at takke alle de deltagende interviewpersoner, som valgt at dele deres historier med os. Derudover ønsker vi at takke TrygFonden, som har finansieret undersøgelsen, samt projektets Advisory Board for god faglig sparring.

Sabine Elm Klinker
Leder af ViOSS

Indholdsfortegnelse

Resumé.....	4
Indledning.....	7
Hvad er selvskade?	7
Forekomsten af selvskade	8
Kønsmforskelle	8
Forløb og prognose	8
Metode.....	10
Undersøgelsens deltagere.....	10
Perioden inden selvskaden.....	11
Barndommen.....	11
Mobning og dårlig social trivsel.....	12
Stress og manglende overskud.....	12
Psykisk sygdom.....	13
Adfærdsmændringer	13
Ingen lytter	14
Livet med selvskade	15
Den første selvskadeepisode.....	15
En spontan handling.....	15
Inspiration fra andre.....	16
Lettelse og ro.....	16
Selvskaden udvikler sig.....	17
En ritualiseret, tvangspræget handling	18
Selvskadens funktion.....	18
Dissociering – når selvskaden glemmes	19
At blive afhængig af selvskaden	20

Livet ud over selvskaden	21
At skjule selvskaden	21
Vejen ud af selvskaden.....	23
At vælge livet til.....	23
At være ved at dø	24
At vise sin selvskade	25
Social støtte	26
Social støtte som vej til behandling	27
Behandling.....	27
Empati og accept	28
At se det hele menneske	28
Social smitte under behandling.....	29
Tilbagefald	30
Mange veje ud af selvskade	30
Anbefalinger	32
Referencer	34

Resumé

I denne rapport præsenteres resultaterne af en kvalitativ undersøgelse blandt personer, som tidligere har skadet sig selv. Undersøgelsen er baseret på 15 kvalitative interview og har fokus på såvel perioden inden selvskade, perioden med selvskade samt vejen ud af selvskade.

Perioden inden selvskade

Undersøgelsens deltagere har generelt haft en barndom præget af fysisk og/eller psykisk omsorgssvigt, og mange har oplevet at have påtaget sig et stort ansvar i familien. Mange knytter mobning, social mistrivsel, stress og manglende overskud samt store livsomvæltninger til, at de begyndte at skade sig selv. Flere har en oplevelse af, at de ændrede deres adfærd i perioden inden, de begyndte at skade sig selv, men at ingen spurgte ind til deres trivsel.

Livet med selvskade

Deltagernes mistrivsel er gradvist kulmineret indtil den dag, hvor det er blevet for meget, og de har skadet sig selv for første gang. Den første selvskadeepisode er ofte udløst af en oplevelse af, at alting er kogt over og en oplevelse af ikke at kunne være i egen krop på grund af mistrivsel. Selvom nogle deltagere fortæller at være blevet inspireret af medier eller venner og bekendte til at skade sig selv, er den første selvskadeepisode ofte karakteriseret ved at være en spontan handling, som har givet en øjeblikkelig følelse af lettelse og ro. Samtidig er deltagerne ofte blevet overrasket over deres adfærd, hvilket har medført en febrilsk og befippet følelse og en oplevelse af skam.

Det er generelt for undersøgelsens deltagere, at selvskaden har udviklet sig umiddelbart efter første episode. Dette gælder både i forhold til konkrete selvskademetoder, sværhedsgraden heraf samt hyppigheden af selvskadende handlinger. Flere deltagere er startet med at slå, brænde eller skære sig selv overfladisk. Men har hurtigt fundet ud af, at andre og mere voldsomme metoder har givet en større og mere tilfredsstillende effekt. Cutting er for mange hurtigt blevet den foretrukne metode. Der ses ligeledes en udvikling i, hvad der har udløst de selvskadende handlinger. Og de ting, der har udløst, er blevet af stadig mindre karakter. Samtidig har selvskaden for flere udviklet sig til en ritualiseret og tvangspræget handling, som er blevet en fast del af hverdagen.

For undersøgelsens deltagere har selvskaden haft en klar funktion. Det er den, der har gjort det muligt at komme op om morgenen og at klare sig gennem dagen. Det er selvskaden, de har kunnet ty til, når noget har været svært, og den har været et middel til at håndtere og kontrollere svære følelser. Selvskaden har fungeret som en mestringsstrategi, som har givet ro, lettelse og forløsning. Dog har følelser af skam og dårlig samvittighed hurtigt meldt deres ankomst, og de negative følelser, som førte til selvskaden, er vendt tilbage med fornyet styrke. Der er hurtigt opstået en afhængighed af selvskaden. Mange har konstant tænkt på, hvornår de igen ville få mulighed for at skade sig selv, og oplevet abstinenslignende symptomer i form af uro, vrede osv., hvis selvskaden er blevet forhindret.

Flere fortæller, at de i perioden, hvor de skadede sig selv, levede i en grå, tåget og zombielignende tilstand med et altoverskyggende indre, psykisk kaos. Flere har oplevet at trække sig socialt, blive sygemeldt eller næsten helt at stoppe med at komme i skole. Mange har opfattet selvskaden som en pinlig adfærd, de konstant var nødt til at skjule, komme med undskyldninger i forhold til eller bortforklare. For flere har selvskaden således haft negative sociale konsekvenser og har forhindret dem i at indgå i sociale aktiviteter. Samtidig er der en udpræget ambivalens forbundet med selvskaden. Flere udtrykker, at selvskadens funktion har bevirket, at de ikke har ønsket at blive adfærdens foruden. De kunne ikke forestille sig et liv uden selvskade og dermed et liv, hvor de ikke havde den fysiske smerte til at mediere den psykiske.

Vejen ud af selvskaden

Vejen ud af selvskaden er mangeartet og ofte med flere bump undervejs. Flere af undersøgelsens deltagere har fundet motivation til at stoppe selvskaden ved at vælge livet til og dermed selvskaden fra. Argumentet er, at man ikke kan leve et normalt liv, få børn, fast arbejde osv., hvis man går rundt med konstante tanker om, hvornår man kan skade sig selv igen, med en konstant skamfuldhed over selvskaden og med konstante bekymringer over omverdenens tanker og reaktioner i forhold til de ar, selvskaden giver. En anden faktor, som er afgørende for flere af undersøgelsens deltagere i relation til at stoppe selvskaden, er, at de har været ved at dø af det, enten som utilsigtet konsekvens af en selvskadende handling eller ved forsøg på selvmord.

For flere af undersøgelsens deltagere har det at vise eller fortælle andre om selvskaden været af vigtig betydning for deres vej ud af selvskaden. Nogle har dog oplevet, at deres opråb til omgivelserne enten er blevet ignoreret eller ikke taget seriøst, mens andre har oplevet negative og stereotypificerende reaktioner. Flere har dog samtidig oplevet, hvordan social støtte kan være af afgørende betydning i forhold til at komme ud af selvskaden, enten gennem nysgerrighed, kærlighed og omsorg fra omgivelserne, eller ved at pårørende har været initiator for at opsøge behandling.

Behandling har for flere været effektivt, idet den har givet større forståelse for selvskaden samt alternative mestringsstrategier i forhold til at håndtere psykisk smerte. Det har for flere været af afgørende betydning at møde en empatisk og forstående behandler, som har set det hele menneske og ikke blot fokuseret på en given diagnose. Flere deltagere har dog samtidig oplevet, at det at møde andre med selvskade under behandling kan være medvirkende til at eskalere egen selvskade eller fungere som inspiration i forhold til andre og mere voldsomme selvskademetoder. Endelig viser undersøgelsen, at flere deltagere har oplevet tilbagefald på vejen ud af selvskaden, og at flere er overbeviste om, at de aldrig fuldstændig mister lysten til at skade sig selv og derfor altid vil være opmærksomme på de fare-signaler, der måtte komme.

Anbefalinger

- Se tegnene
- Tag selvskade alvorligt
- Spørg ind
- Bebrejd ikke
- Undgå sygeliggørelse
- Vær vedholdende
- Bryd tabuet omkring selvskade
- Opkvalificer fagpersoner

Indledning

Flere og flere mennesker skader sig selv med vilje for at lindre psykisk smerte og specielt blandt unge er selvskade i dag et stort offentligt sundhedsproblem (Berger et al., 2013; Klineberg et al., 2013; Møhl, 2015). Personer med selvskade har signifikant øget risiko for selvmord eller selvmordsforsøg, alvorlig mistrivsel, psykisk sygdom samt alkohol- og stofmisbrug (Gelinis and Wright, 2013; Klonsky et al., 2011). Derudover medfører selvskade ofte store sociale konsekvenser i form af negative reaktioner samt stigmatisering fra omverdenen (Gratz, 2006; Odellius & Ramklint, 2014; Straiton et al., 2013), hvilket kan virke krænkende og forhindre, at personen, der skader sig selv, opsøger eller tilbydes hjælp (Berger et al., 2013; Møhl, 2015). Samtidig føler pårørende og fagpersoner sig ofte magtesløse og ved ikke, hvordan de skal reagere, når de opdager, at en person skader sig selv.

Stigmatisering, magtesløshed og negative reaktioner fra omverdenen kan være en konsekvens af de mange myter og misforståelser, som findes omkring selvskade i befolkningen (Møhl, 2015). Ved at præsentere selvskade, som den opleves blandt dem, der har kæmpet med den, vil denne undersøgelse forsøge at nedbryde disse myter og misforståelser. Internationalt såvel som nationalt findes kun meget begrænset viden omkring den subjektive oplevelse af selvskade, og de få kvalitative undersøgelser som findes, baseres ofte på få informanter eller selvrapporerede data, hvor deltagerne har skrevet om deres oplevelser (Klineberg et al., 2013; Kool et al., 2009; Polk and Liss, 2009; Shaw, 2006; Sinclair, 2005; Straiton et al., 2013).

Formålet med denne undersøgelse er derfor at give ordet til dem, det hele handler om. At høre historien fra de personer, som har skadet sig selv, for dermed at nedbryde tabuer, fordomme og myter samt kvalificere fremtidige forebyggende, opsporende og støttende indsatser. På baggrund af 15 kvalitative interview med personer, som tidligere har skadet sig selv, vil undersøgelsen præsentere dybdegående viden om de faktorer, som opleves at have betydning i forhold til at udløse, opretholde samt stoppe selvskaden.

Hvad er selvskade?

Selvskade dækker over en lang række handlinger, hvor en person med vilje skader sig selv på en måde, som medfører direkte fysisk skade, uden intention om selvmord, men for at lindre negative følelser (Adler & Adler, 2011; Conterio & Lader, 1998; Favazza, 1987; Øverland, 2006). Typiske eksempler på selvskade er at skære, brænde, bide eller slå sig selv. Den fysiske skade er ofte overfladisk, og hensigten er ikke at begå selvmord eller ødelægge kroppen, men at få det bedre. Selvskade fungerer således overordnet som en mestringsstrategi, der har til formål at lindre psykiske smerter og svære tanker. Ofte vil en selvskadeepisode dog resultere i skam- og skyldfølelser, hvilket kan fremprovokere nye selvskadende handlinger (Møhl 2015). Mange personer med selvskade er selvkritiske, har et stort selvhad og lavt selvværd.

Forekomsten af selvskade

En undersøgelse fra ViOSS fra 2015 har fundet, at 11 % af danskere i aldersgruppen 18-80 år på et tidspunkt i deres liv har skadet sig selv med vilje mindst én gang. Langt den største andel med selvskadeerfaring findes i den yngre befolkning. Blandt de 18-25 årige angiver 32 % således at have skadet sig selv på tidspunkt i deres liv, mens det gælder 30 % af de 26-30 årige (ViOSS, 2015). En lignende undersøgelse fra 2012 har fundet, at 21,5 % af danske gymnasieelever har skadet sig selv med vilje mindst én gang på et tidspunkt i deres liv, og at 16 % har gjort det inden for det seneste år (Møhl & Skandsen, 2012). Endelig har en tredje undersøgelse fra 2012 fundet, at 13,5 % af eleverne i en almindelig dansk folkeskoles 8. eller 9. klasse har gjort skade på sig selv en eller flere gange (Zøllner, Konieczna & Rask, 2012).

Internationalt estimeres det, at omkring 10-15 % af alle unge mellem 12 og 16 år har skadet sig selv med vilje mindst én gang (Klonsky et al., 2011). Forekomsten blandt unge voksne estimeres generelt højere. En stor amerikansk undersøgelse har fx fundet, at 17 % af amerikanske universitetsstuderende har skadet sig selv med vilje mindst én gang, herunder 75 % gentagende gange (Whitlock et al., 2006). Lavere prævalensrater ses blandt voksne, hvor ca. 4 % estimeres at have skadet sig selv mindst én gang (Klonsky et al., 2011). Forekomsten af selvskade blandt psykiatriske patienter er langt højere (Møhl, 2015). Det estimeres fx, at 80 % af alle med borderline personlighedsforstyrrelse, har udført minimum en selvskadende handling i deres liv (Favazza, 2011). Gennemsnitsalderen for selvskadedebut er 12-16 år (Klonsky et al., 2011).

Kønssforskelle

Mens køn traditionelt har været anset som en afgørende faktor i forhold til forekomsten af selvskade (Klonsky et al., 2011; Møhl, 2015), peger flere nyere undersøgelser på, at kønssforskelle er væsentlig mindre end hidtil antaget, og en række studier finder lignende prævalensrater blandt piger og drenge (Andover et al., 2010; Møhl & Skandsen, 2012; Van Camp et al., 2011; Whitlock et al., 2011). Alligevel er der forskel på, hvordan de to køn skader sig selv og flere undersøgelser har fundet, at piger oftere skærer i sig selv, mens drenge i højere grad slår eller brænder sig selv (Andover et al., 2010; Claes et al., 2007; Møhl & Skandsen, 2012; Van Camp et al., 2011; Whitlock et al., 2011). Flere studier tyder samtidig på, at årsagen bag selvskade kan variere kønnene i mellem. Selvom begge køn anvender selvskade til at affektregulere, synes piger i højere grad at straffe sig selv, mens drenge i højere grad skader sig selv for at få afløb for vrede og aggressioner (Andover et al., 2010; Van Camp et al., 2011; Whitlock et al., 2011).

Forløb og prognose

Der er mange forskellige faktorer, som kan føre til selvskade. Væsentlige risikofaktorer er blandt andet fysisk og psykisk mishandling i barndommen, mobning og dårlig social trivsel, negative tanker og følelser samt psykiske lidelser som fx spiseforstyrrelser eller personlighedsforstyrrelser (Deliberto and Nock, 2008; Hankin and Abela, 2011; Martin et al., 2011; Møhl, 2015; Straiton et al., 2013; Vammen og Christoffersen, 2013). Forskning omkring forløb og prognose er meget sparsom, og der findes ingen

definitive konklusioner desangående. Eksisterende viden peger på, at et selvskadeforløb er meget individuelt, og at der findes betragtelig heterogenitet med hensyn til prognose blandt personer, som skader sig selv (Klonsky et al., 2011). Selvom mange med selvskade spontant remitterer, er der stor risiko for at selvskaden gentages og mange fortsætter, når først de er begyndt (Møhl, 2015).

Få studier har undersøgt betydningsfulde faktorer i forhold til selvskade remission. En af de faktorer, som er mest gennemgående i den eksisterende litteratur på området, er, at nogle personer finder motivation til at stoppe selvskaden, når de bliver bevidst om og anerkender, at selvskade er en uhenigtsmæssig adfærd. Derudover kan bekymringer om ar og om omverdenens reaktioner være betydningsfulde faktorer i forhold til at komme ud af selvskade. I forlængelse heraf peger flere undersøgelser på, at selvskade kan remittere spontant ved øget modenhed samt nye interesser i livet (Deliberto and Nock, 2008; Gelinas and Wright, 2013; Shaw, 2006; Young et al., 2007). Andre gennemgående faktorer, som kan være betydningsfulde i forhold til at stoppe selvskaden, er udvikling af alternative mestringsstrategier i forhold til at håndtere psykisk smerte, en oplevelse af øget kontrol over eget liv samt bedre psykisk trivsel (Gelinas and Wright, 2013; Shaw, 2006; Young et al., 2007).

Derudover synes social støtte at have en positiv indflydelse i forhold til at stoppe selvskade. At fortælle andre om selvskaden og at få støtte og hjælp fra venner og familie kan være positive faktorer i forhold til at stoppe den selvskadende adfærd. Undersøgelser viser dog samtidig, at mange, der skader sig selv, ofte ikke opsøger hjælp, selvom professionel hjælp ofte er en afgørende faktor i forhold til selvskade remission (Klineberg et al., 2013).

Barrierer i forhold til at stoppe selvskaden kan blandt andet være negative og stereotypificerende kommentarer fra sundhedspersonale. En kvalitativ undersøgelse blandt 14 sygeplejersker samt 9 kvinder med selvskade har fx fundet, at flere med selvskade følte sig misforstået og følte, at sundhedssystemet havde vanskeligt ved at håndtere den selvskadende adfærd, hvilket medførte eskalering af selvskaden (Reece, 2005). En anden undersøgelse blandt 54 personer med selvskade har vist, at psykisk sygdom, afhængighed eller stress kan være afgørende barrierer i forhold til selvskade remission (Gelinas and Wright, 2013).

Metode

Denne undersøgelse baseres på 15 individuelle kvalitative interview med personer, som tidligere har skadet sig selv. De interviewede deltagere er rekrutteret gennem ViOSS og Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade - LMS, herunder gennem lmsnyt.dk, vioss.dk samt LMS' side på Facebook. Kriterier for udvælgelse har været, at deltageren skulle være over 16 år, og at det minimum skulle være ét og maksimum fem år siden sidste selvskadeepisode.

Interviewene tager udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide, hvor en række temaer danner rammen omkring samtalen, men som samtidig gør det muligt at forfølge uforudsete temaer undervejs. Interviewguiden fokuserer på følgende temaer:

- Selvskadens opstart
- Livet med selvskade
- Vejen ud af selvskade
- anbefalinger i forhold til opsporing og støtte

Interviewene er livshistoriske og følger kronologisk hele perioden med selvskade. I interviewene er der inddraget en tidslinje, der avendes som værktøj til at huske tilbage og systematisere oplevelserne. Databehandlingsprogrammet NVivo er brugt til kodning og analyse af interviewene. I analysen er samtlige personspecifikke oplysninger anonymiseret, ligesom deltagernes navne er ændret.

Undersøgelsens deltagere

Deltagerne er mellem 18 og 38 år med en gennemsnitsalder på 27 og er bosiddende forskellige steder i Danmark. Deltagerne har i gennemsnit skadet sig selv i otte år med to år siden sidste episode. Deltagerne var i gennemsnit 16 år ved selvskadedebut og 24 år, da de stoppede med at skade sig selv. Hovedparten af deltagerne har eller har haft en psykiatrisk diagnose, fx en spiseforstyrrelse, personlighedsforstyrrelse, angst eller depression. Alle deltagerne har på et tidspunkt i deres liv modtaget behandling, størstedelen i psykiatrisk regi, enten ambulante eller ved døgnindlæggelse. På tidspunktet for interview boede ti deltagere alene, mens de resterende boede enten hos forældre, med en partner eller på et bosted.

Selvom det er forsøgt at rekruttere strategisk med fokus på at sample både drenge og piger til undersøgelsen, har det kun været muligt at rekruttere én dreng. Dette på trods af en større indsats specifikt målrettet rekruttering af drenge, herunder blandt andet kontakt til psykiatriske afdelinger samt opslag i forhold til rekruttering af drenge på ViOSS' og LMS' hjemmesider. Årsagen til denne skævhed er vanskelig at afgøre, eftersom flere nyere studier peger på lignende prævalensrater blandt drenge og piger (Andover et al., 2010; Møhl & Skandsen, 2012; Van Camp et al., 2011; Whitlock et al., 2011). Det er dog muligt, at den kønsmæssige bias kan skyldes, at selvskade anses som et større tabu blandt drenge, eller at flere piger end drenge med selvskade har kontakt til LMS, hvorigennem deltagerne primært er rekrutteret. Det vil i undersøgelsen således ikke være muligt at foretage komparative analyser med hensyn til kønsforskelle.

Analysen falder i tre dele. Første del fokuserer på perioden inden, undersøgelsens deltagere begyndte at skade sig selv.

Perioden inden selvskaden

Selvskade er et komplekst fænomen, og der findes ikke én specifik grund til, at personer skader sig selv. Der ligger mange faktorer bag, og der er mange veje til selvskade. Nogle faktorer ligger i den tidlige barndom, mens andre er tidsmæssigt tættere på udviklingen af selvskade (Møhl, 2015). For at opnå indblik i selvskaden blandt deltagerne i undersøgelsen vil vi derfor i det følgende behandle perioden, inden de begyndte at skade sig selv.

Barndommen

Traumatiske oplevelser i barndommen er afgørende faktorer i forbindelse med udviklingen af selvskade. Der findes bred evidens for øget forekomst af dysfunktionalitet i barndomshjemmet blandt personer, der skader sig selv, herunder fx omsorgssvigt, manglende social støtte samt traumatiske overgreb af seksuel, fysisk eller psykisk karakter (Hankin and Abela, 2011; Martin et al., 2011; Møhl, 2015; Vammen og Christoffersen, 2013). Denne tendens er tydelig blandt deltagerne i denne undersøgelse. Flere fortæller om en barndom præget af kaos, ustabilitet, svigt og manglende støtte. Hovedparten af deltagerne kommer fra dysfunktionelle hjem og er blevet udsat for omsorgssvigt af fysisk eller psykisk karakter:

"Jeg har en far, der var meget voldsom, så han slog. Det var mest mine søskende, det gik ud over. Jeg er også blevet slået, og først nu har jeg fået flashbacks om det. Vi skulle indordne os efter ham" (Sanne).

"Min far slog os, men det værste var den psykiske terror. Han fortalte os, at han ikke kunne lide os" (Stine).

"Min mor sagde, at hun kunne få et godt liv uden mig. Så jeg blev indoktrineret i, at hvis jeg ikke var her, så ville det hele være bedre" (Karen).

Selvom flere fortæller at være blevet fysisk mishandlet i barndommen, fylder den psykiske omsorgssvigt ofte mere for undersøgelsens deltagere. Emotionelt fravær, alkoholisme og psykisk ustabilitet har for mange af deltagerne medført, at de har oplevet at påtage sig et stort ansvar i familien fra en meget tidlig alder:

"Fra jeg var meget lille, blev jeg meget hurtigt voksen [...] Fx hvis min far havde drukket, vidste vi godt, at han ikke måtte køre bil, så skulle jeg huske at gemme bilnøglerne. Jeg påtog mig tidligt meget ansvar. Jeg gik ikke op i veninder og den slags" (Nina).

”Min mor fik en depression, da jeg var 12 år gammel. Det har nok påvirket mig rigtig meget. Det var mig, der skulle tage ansvar for rigtig mange ting” (Birgit).

Mobning og dårlig social trivsel

Flere af undersøgelsens deltagere nævner mobning og social mistrivsel som afgørende faktorer i forbindelse med, at de begyndte at skade sig selv. Det kan være en følelse af, ikke at passe ind i kammeratgruppen, en følelse af at være anderledes eller en oplevelse af at være blevet mobbet:

”Jeg har også skåret mig omkring 14-15 års alderen i forbindelse med mobning i skolen” (Malene).

Mobning og social mistrivsel er velkendte risikofaktorer i forbindelse med udvikling af selvskadende adfærd (Chang et al., 2014; Klonsky et al., 2011; Møhl, 2015). Denne tendens er tydelig blandt deltagerne i denne undersøgelse. Flere fortæller om mobning og dårlig trivsel som direkte udløsende årsag, mens andre fortæller, hvordan mobning har medført en stigende negativ selvevaluering og dårligt selvværd, som dernæst har ført til, at de er begyndt at skade sig selv.

”Jeg er enorm svær at gøre sur, og det tirrede dem, der mobbede mig, for de skulle have mig helt op i det røde felt. Jeg lærte bare at leve med det [...] Jeg var overvægtig dengang og havde negative tanker om mig selv. Lige siden dengang har jeg ikke haft selvværd eller selvtillid” (Kasper).

Stress og manglende overskud

Stress og manglende overskud knyttes af flere af undersøgelsens deltagere direkte til, at de er begyndt at skade sig selv. Flere fortæller, at de er perfektionistiske, pligtopfyldende og stiller store krav til sig selv. Disse krav kan undertiden vokse deltagerne over hovedet, hvilket resulterer i manglende overskud, søvnløshed og stress, som bevirker, at de begynder at skade sig selv:

”Jeg begyndte ikke at kunne sove om natten og ikke lave lektier. Jeg har altid været meget pligtopfyldende. Jeg kunne ikke magte det. Jeg skulle også præstere med min sport. Det hang ikke sammen mere, jeg kunne ikke mere. Min krop reagerede med selvskade, og jeg blev indlagt på psykiatrisk. Det gik vildt for sig. Det var en reaktion over, at jeg ikke havde mere overskud til at håndtere tingene” (Nina).

For flere deltagere er det således ikke en specifik hændelse, der udløser selvskaden, nærmere en tilstand af stress og manglende overskud, som gradvist eskalerer over en længere periode. Andre fortæller, hvordan store livsomvæltninger, som fx det at flytte hjemmefra, starte på ny uddannelse m.m. kan have været en udløsende faktor på grund af stress og manglende overskud:

”Op til var jeg meget stresset, uden at jeg selv vidste, at jeg var stresset. Presset på studiet. Jeg havde ikke prøvet at være stresset før. Jeg havde gang i en masse studiesociale ting,

samtidig med arbejde og studie. Det var fedt, jeg fik mange nye venner. Så begyndte det at blive for meget, for jeg havde aldrig nogen åndehuller eller slappede af" (Sanne).

Flere af undersøgelsens deltagere refererer til sig selv som 'tryghedsnarkomaner' og særligt sensitive. Derfor kan forandringer i livet være særligt vanskeligt at håndtere, hvilket for nogle kan have været medvirkende til at udløse selvskaden:

"Jeg havde hjemve over, at jeg ikke var i 9. klasse mere, og det er igen det med, at jeg er en tryghedsnarkoman. Jeg havde ondt i maven over ikke at gå i folkeskolen mere, og at alt ikke var, som det plejede at være. Jeg prøvede at holde fast i et eller andet" (Kirsten).

"Tilbage i slutningen af folkeskolen. Det startede ligesom der. Det var også der, at jeg fik det rigtig skidt, alting ramlede omkring mig" (Nadja).

Psykisk sygdom

Flere deltagere fortæller, hvordan psykiske lidelser, blandt andet angst, depression og spiseforstyrrelser ofte er gået forud for selve selvskaden:

"Mine fortidsproblemer indhentede mig. Jeg fik depression og angst" (Karen).

Eksisterende undersøgelser har vist, at psykisk sygdom er en væsentlig risikofaktor for udvikling af selvskade, herunder angst, depression og spiseforstyrrelser (Møhl, 2015). Forekomsten af spiseforstyrrelser blandt personer, der skader sig selv, estimeres til at være mellem 42-61 % (Conterio & Lader, 1998; Favazza, 1987; Martorana, 2015). Samme tendens ses blandt deltagerne i denne undersøgelse.

"Som yngre havde jeg anoreksi, og hvis jeg ikke havde haft det, så ville jeg heller ikke have fået selvskade. Så det er nok grunden til, at jeg fik selvskade [...] Det startede altså med anoreksi og det, at jeg ikke kunne holde ud at være i min egen krop (Kirsten).

Specielt spiseforstyrrelser er således hyppigt forekommende blandt undersøgelsens deltagere. Flere fortæller, hvordan selvskaden er en direkte konsekvens af spiseforstyrrelsen, og at de anvender selvskade som straf, når de har spist noget, de fortrød.

Adfærdsændringer

Flere deltagere fortæller, at de i perioden inden, de begynder at skade sig selv, oplever at ændre deres adfærd. Den mest gennemgående tendens blandt deltagerne er, at de oplever at trække sig socialt, både rent fysisk, men også mentalt og emotionelt:

"Jeg gjorde alle de ting, jeg skulle, passede mit arbejde og var med i alle de ting, jeg havde gang i, men var mere mut, tænsom og indelukket. Jeg tror, at man tydeligt kunne se det. Jeg træk mig langsomt, selvom jeg var der. Jeg kan godt se det nu, at det var sådan, det

var. Jeg kunne ikke se det dengang, fordi der var så mange tanker, der kørte. Det er klart noget, som andre ville kunne se, og et tegn, man kan kigge efter” (Sanne).

Selvom deltagerne måske tidligere har været engageret socialt, oplever flere at trække sig. Dette kommer til udtryk både i forhold til sociale arrangementer blandt venner, fremmøde i skole eller på arbejde, men også i relation til samvær med familien:

”Før i tiden var jeg meget social anlagt, men trak mig. Jeg havde også værelse i kælderen hos mine forældre, men jeg var der aldrig. Lige pludselig var jeg der hele tiden, for jeg kunne heller ikke overskue at være sammen med min familie mere” (Anne).

”I den her periode havde jeg det forfærdeligt og var stort set ikke i skole i 9. Klasse. Jeg kunne slet ikke være i nærheden af så mange mennesker. Når jeg endelig var i skolen, så gik jeg hjem, fordi jeg havde det så skidt” (Birgit).

Selvom det mest gennemgående billede er, at deltagerne oplever at trække sig socialt, fortæller andre, hvordan de i perioden, inden de begyndte at skade sig selv, oplevede at blive mere og mere udadrettede:

”Jeg blev helt umulig over for lærerne. Det kom ikke fra den ene dag til den anden, men det kom efter nogle måneder. Jeg kom til psykolog og blev stemplet som adfærdsvanskelig, det der hedder ’damp’ i dag. Psykologen var ikke til at bruge til noget. Der var ikke noget, jeg kunne tage med mig. Dengang synes jeg, at det var dybt åndssvagt” (Sofie).

Ingen lytter

Endelig er det karakteristisk for undersøgelsens deltagere, at de har haft en oplevelse af, at ingen har været opmærksomme på deres mistrivsel. Ingen har lyttet, og ingen har taget det seriøst, at de havde det dårligt:

”Ja, jeg stod og sagde direkte, at jeg havde det dårligt, hvor alle bare siger, at det er teenageproblemer. Og jeg kunne mærke, at det ikke bare var det. Jeg tænker, der var jo mange, der havde mærket ændringer i min adfærd. Hvis man hører det fra flere, så kan man spotte det. Hvis det er, kan andre se tegn på det, før man skader sig selv” (Birgit).

Flere deltagere fortæller, at der har været klare tegn på mistrivsel, før de er begyndt at skade sig selv. Det er dog samtidig en gennemgående oplevelse, at der ikke har været nogen, som har spurgt ind til denne mistrivsel, ej heller selvom det ifølge deltagerne har været åbenlyst for enhver:

”Skolen, kommunen, lægen og sundhedsplejersken vidste godt, at jeg havde det skidt. Men ingen spurgte ind til mig, selvom de vidste det. Jeg kom heller aldrig i bad, og min mor var ligeglad, jeg var meget overvægtig. Jeg vejede mere, dengang jeg var 12, end jeg gør i

dag. Jeg var meget nervøs og ængstelig. Alle de offentlige steder vidste det. Sundhedsplejersken og lægen kommenterede det til min mor, og hun sagde, at jeg var sådan, og at de skulle lade mig være i fred. De tænkte, at jeg havde det skidt, men at de ikke ville snage” (Karen).

Livet med selvskade

Deltagerne har gennemgående en oplevelse af at have haft en barndom præget af såvel psykisk som fysisk omsorgssvigt, og mange har oplevet at have påtaget sig et stort ansvar i familien. Mange knytter mobning, social mistrivsel, stress og manglende overskud samt store livsomvæltninger til, at de begyndte at skade sig selv. De har gennemgående en oplevelse af at have ændret deres adfærd i perioden inden de begyndte at skade sig selv, men at ingen har spurgt ind til deres trivsel. Det gennemgående billede blandt deltagerne er, at den mistrivsel, de oplevede, gradvist er kulmineret, indtil den dag, hvor det blev for meget, og hvor de skadede sig selv for første gang. Det er netop denne første selvskadeepisode, vi fokuserer på i det følgende, hvorefter vi retter fokus mod deltagerens liv i perioden, hvor de skadede sig selv.

Den første selvskadeepisode

Den første episode udløses ofte af en oplevelse af, at er væltet, og at de ikke kan være i deres egen krop for bare mistrivsel. Alt er kogt over, de er dybt ulykkelige, og de kan bare ikke mere:

”Jeg kan huske, at jeg var alene hjemme og står foran spejlet og skriger. Det hele var bare væltet den dag. Jeg kan bare huske, at jeg tager saksen og skærer hysterisk i min arm. Det var ikke slemt, det blødte ikke. Jeg blev nødt til at gøre noget fysisk. Der var et væld af følelser og selvhad. Det var første gang, det kammede over, og det blev til noget fysisk” (Anne).

”Jeg kan huske følelsen af, at jeg var rigtig ked af det. Sådan en rigtig tung følelse” (Stine).

En spontan handling

Den mistrivsel, deltagerne oplever, kulminerer således gradvist indtil den dag, hvor de skader sig selv for første gang. Blandt undersøgelsens deltagere er det gennemgående billede, at den første selvskadeepisode er en spontan handling:

”Jeg kunne ikke være i mig selv, var meget urolig, tripper. Så kommer det til mig, at jeg skulle skære i mig selv. Det gjorde jeg så. Det kom bare i det øjeblik, så gjorde jeg det” (Sanne).

For mange deltagere karakteriseres den første episode ved en pludselig indskydelse. Den spontane adfærd overrasker ofte deltageren og medfører umiddelbart en febrilsk og befippet følelse:

”Det begynder at bløde og jeg bliver lidt omtåget. For hvad er det egentlig lige, jeg har gang i. Jeg tror, at alle ved, at det er dumt. Men der var også noget euforisk over det, noget forløsende. Men første gang var det en befippet følelse. Jeg skyndte mig at skjule kniven og dække min arm til, for der var ingen, der skulle se det” (Kasper).

Samtidig fortæller flere, hvordan de efter den første episode oplever en stor følelse af skam:

”Den allerførste gang var med en saks og en lille smule riden [...] Jeg skammede mig også over det, for det var kun syge mennesker, der gjorde det” (Nadja).

Inspiration fra andre

På trods af at den første episode ofte karakteriseres ved en spontan handling, fortæller nogle deltagere samtidig, at de er blevet inspireret til at skade sig selv enten fra medierne eller gennem venner og bekendte. Specielt mediernes italesættelse af selvskade, som middel til at kontrollere svære følelser, har for nogle deltagere fungeret som inspiration til selv at begynde at skade sig selv:

”Jeg havde fået inspiration fra noget dokumentar med nogle unge piger, der brugte det som et middel til at få det bedre og slippe frustrationerne” (Karen).

”Det var mediernes skyld, at jeg begyndte. Det var ekstremt meget oppe, at en stor gruppe piger selvskadede. Det skulle jeg prøve, hvis jeg skulle afhjælpe min psykiske smerte” (Kasper).

Andre fortæller, hvordan direkte konfrontation, enten gennem bekendte, der skader sig selv, eller fordi det opfattes som populært i vennegruppen, kan være medvirkende til at udløse selvskaden:

”Nogle af pigerne fra klassen skadede sig selv lidt. Det var lidt populært. Jeg havde det svært oveni og det med at ville følge med flokken” (Ida).

Selvom der endnu mangler forskning og valid viden på området, peger en række artikler på, at selvskade blandt venner eller bekendte samt i medierne kan være medvirkende til, at børn og unge begynder at skade sig selv (Claes et al., 2010; Jarvi et al., 2013; Lewis & Knoll, 2015; Muehlenkamp et al, 2008). Samme tendens gør sig altså gældende for en række deltagere i denne undersøgelse.

Lettelse og ro

Selvom flere oplever følelser af skam, febrilskhed og befippelse, giver selvskaden samtidig en øjeblikkelig følelse af lettelse og ro.

”Jeg kan huske, at der kom ro på. Det er et sus, der lukker al det besværlige ude. Det varer ikke længe, men nok til at man kan puste ud og falde ned” (Sofie).

”Det gav en eller anden lettelse, det kan jeg tydeligt huske, at det gav et eller andet. Det gav luft for alle mine aggressioner, frustrationer og vrede i tilværelsen. Ligesom at få lidt luft af ballonen, der var pustet for meget op” (Anne).

Selvskaden udvikler sig

Det er generelt for undersøgelsens deltagere, at selvskaden udvikler sig umiddelbart efter første episode. Dette gælder både i forhold til konkrete selvskademetoder, sværhedsgraden heraf samt hyppigheden af selvskadende handlinger. En række deltagere er startet med at slå, brænde eller skære sig selv overfladisk. Men hurtigt finder de ud af, at andre og mere voldsomme metoder giver en større og mere tilfredsstillende effekt. Tendensen fremgår af nedenstående citat:

”Det gav bedre effekt at skære, også fordi det var en anden smerte. Hænderne var en meget stor smerte, men når man skærer, er det mere koncentreret. Der skal ikke særlig meget til, før du får en fornemmelse. Et snit plejer at være nok. Så stoppede jeg næsten med at slå hænderne ind i noget. Det fortrakne blev at skære i mig selv” (Sofie).

For mange deltagere bliver cutting hurtigt den foretrukne metode. Snittet i huden giver en koncentreret følelse af smerte. Og snittet bliver hurtigt dybere, voldsommere og mere raffineret:

”Det blev mere voldsomt. Til at starte med var det kun med saks, der blev presset ned til et lille sår. Til sidst var det barberblade eller skalpellere. På et tidspunkt lavede jeg mønstre. Jeg sad og skar et mønster i mig selv” (Kristine).

Samtidig med, at metode og sværhedsgrad øges umiddelbart efter første episode, ses ligeledes en udvikling i, hvad der trigger den selvskadende handling. Selvskaden er ofte en konsekvens af selvkritik – en følelse af ikke at gøre det godt nok, at have opført sig dumt eller at have gjort noget, man anser som forbudt. For flere deltagere er selvskaden knyttet til, hvordan de håndterer konkrete situationer, fx eksaminer eller sportspræstationer, men kan ligeledes triggere af bekymringer over fx en alkoholiseret far (Klineberg et al., 2013). Generelt ses dog, at de ting, som trigger en selvskadende handling, bliver mindre og mindre. Selvskaden bliver en straf, den unge pålægger sig selv (Klonsky et al., 2011). Og det, der medfører straffen, bliver efterhånden af fuldstændig minimal karakter:

”Det kunne være en, der kiggede forkert på mig, så skadede jeg mig selv” (Birgit).

” [...] jeg sparede op i løbet af dagen, så der blev fyldt på kontoen i løbet af dagen. Der var masser af ting i løbet af dagen. Det blev mindre og mindre ting, der gjorde, at jeg skulle straffes” (Sanne).

En ritualiseret, tvangspræget handling

Selvom selvskaaden for mange er en konsekvens af stadig mindre, men konkrete situationer, udvikles selvskaaden for mange samtidig til en ritualiseret og tvangspræget handling. Selvskaaden bliver en fast del af hverdagen, den unge dagligt pålægger sig selv.

”Den periode, når det var værst, planlagde jeg det, når jeg var i skole, at jeg skulle gøre det, når jeg kom hjem. Det blev en tvangsting. Jeg skulle bare skære i mig selv” (Kristine).

Samtidig med at selvskaaden for flere hurtigt udvikler sig til en adfærd, der planlægges i løbet af dagen og som har en klar funktion, bliver den ligeledes ofte til en mere og mere ritualiseret handling. Flere udvikler specifikke rutiner og er påpasselige med ikke at afvige herfra:

”Når jeg kom hjem, skulle jeg igennem et fast ritual, før jeg kunne blive selvskaadende. Jeg fandt en skalpel og barberblad, så tændte jeg et stearinlys og steriliserede det i lyset og fandt et glas vand og skar mig selv. Når jeg så skar mig selv igen, lavede jeg samme rutine. Det var 100 % fast. I perioder var det dagligt. Meget ofte i eksamensperioder havde jeg det af helvede til psykisk. Jeg skulle straffes og have kontrol. Typisk maj og juni. Det har været meget kraftigt rituelt på daglig basis og flere gange om dagen” (Kasper).

At selvskaade ofte udvikles til en rituel adfærd, er ligeledes fundet af andre undersøgelser. De amerikanske sociologer Adler og Adler argumenterer for, at ritualer før, under og efter en selvskaadepisode kan være ligeså tilfredsstillende som selve handlingen (Adler & Adler, 2011). Hvorvidt deltagerne i denne undersøgelse opnår rituel tilfredsstillelse er uklart, men det er sikkert, at det ritualiserede aspekt for flere bliver en stor del af adfærden. Foruden at udvikle et ritualiseret forhold til selvskaaden fortæller Sanne samtidig, at hele hendes tilværelse, i perioder med meget selvskaade, typisk i forbindelse med eksamener, bliver én lang række af tvangsprægede ritualer:

”Jeg hørte de samme musiknumre, læste så og så mange sider, spiste igen, sov. Det hele kørte i ring. Det var fra 9 om morgenen til 18 om aftenen. Det var tvangshandlinger” (Sanne).

Selvskaadens funktion

Flere deltagere fortæller, at selvskaaden er det, der gør det muligt at komme op om morgenen og at klare sig gennem dagen. Det er selvskaaden, man kan ty til, når noget er svært, og den er et middel til at håndtere og kontrollere svære følelser. Det er velunderbygget, at selvskaade er en affektregulerende handling, hvor igennem smertefulde følelser, som eksempelvis vrede, skam og angst, midlertidigt reduceres (Adler & Adler, 2011; Breen et al., 2013; Klonsky et al., 2011; Møhl, 2015). Denne tendens er tydelig blandt deltagerne i denne undersøgelse. Det er ofte en følelse af selvkritik, som sanktioneres med en selvskaadende handling, og som medfører en følelse af ro og afslappethed. Samtidig er det ofte

selvskaden, som får deltagerne gennem dagen – både bevidstheden om at kunne skade sig selv senere – men også som en spontan handling og som belønning, der får hverdagen til fungere:

"[...] jeg åbnede øjnene om morgenen og tænkte "åh nej, ikke endnu en dag". Hvis jeg skulle op, skulle jeg skære i mig selv, det var en belønning. Uanset hvad jeg gjorde, så var det okay at skade mig selv igen. Jeg så ikke så mange mennesker. Men skulle jeg til noget, så skar jeg mig selv, når jeg kom hjem igen" (Lise).

"Jeg arbejdede et sted med hobbyknive og skar mig selv engang i mellem. De er meget skarpe, og det var den nemme løsning" (Ida).

Selvskade er en kortsigtet mestringsstrategi, som medfører en umiddelbar følelse af forløsning og lettelse. Handlingen fungerer som en kortvarig afledning fra den psykisk smertefulde tilstand, personen befinder sig i (Møhl, 2006). Tiden inden kan være anspændt og urolig. Nogle fortæller fx, om ikke at kunne falde i søvn uden at have skadet sig selv, fordi de ikke kan finde ro, mens andre fortæller om negative følelser, som hober sig op indeni. Måden deltagerne håndterer den indre uro og negative følelser er altså gennem selvskaden:

"Jeg blev bare nødt til at få det ud og overstået (...) Det lyder meget mærkeligt. Det var også bare en lettelse. Jeg har aldrig været så afslappet i min krop, jeg var meget afslappet. Minuttet op til, når jeg fandt det frem, var jeg også afslappet. Nu var der bare ro på" (Sara).

Ro, lettelse og forløsning er nøgleord i forhold til at forstå følelsen af selvskade. Men også rus, fix og stof er gennemgående begreber, deltagerne bruger til at beskrive deres oplevelse af selvskade:

"Jeg kan ikke forestille mig, hvordan jeg skulle have klaret mig igennem årene uden selvskade. Hvordan jeg skulle have håndteret alle tingene uden selvskaden, som jeg kunne kontrollere. Så kunne jeg godt frygte jeg, var begyndt at tage stoffer. Det var mit stof den gang" (Kristine).

Dissociering – når selvskaden glemmes

Dissociering er et centralt begreb for at forstå selvskade. Dissociering fungerer som en forsvarsmekanisme, der beskytter personen mod overvældende psykiske og fysiske smerter. Det er en psykologisk mekanisme som gør, at personen føler sig adskilt eller fremmedgjort fra sin egen krop, og distanceres fra såvel psykisk som fysisk smerte. Mange undersøgelser har dokumenteret, at dissociering ofte forekommer sammen med selvskade. Dissociering kan gøre, at man 'kommer væk' fra virkeligheden og kan lægge afstand til en pinagtig følelse eller situation. Nogle kommer ligefrem i en tranceagtig tilstand, hvor de ikke mærker sig selv eller omgivelserne, og hvor de kan opleve midlertidigt hukommelsestab (Klineberg et al., 2013; Møhl, 2015). Flere af deltagerne i denne undersøgelse fortæller, hvordan de

husker perioden op til og efter selvskaden, men at selve episoden er sløret. Dette kan tyde på, at deltagere befinder sig i en dissociativ tilstand – en form for trance, hvor smertetærsklen forsvinder, og hvor de ikke mærker, hvor dybt de skærer:

”Der var flere dage, hvor jeg bare sad i et hjørne, og der løb blod ned, og jeg græd hysterisk og kunne ikke huske noget” (Karen).

”Jeg kan sagtens huske, at jeg fandt tingene frem, men selve episoden er svær at huske. Jeg kan også huske bagefter” (Sara).

At blive afhængig af selvskaden

Det er en ond cirkel, man træder ind i, når man begynder at skade sig selv. Handlingen giver en midlertidig indre ro. Men følelser af skam og dårlig samvittighed melder hurtigt deres ankomst, og de negative følelser, som førte til selvskaden, vender tilbage med fornyet styrke (Møhl, 2006). Der er skabt en ond cirkel af selvskadende handlinger:

”Jeg oplevede en rus af at have skåret, men efter noget tid fik jeg dårlig samvittighed. Jeg var sur på mig selv over, at jeg gjorde det [...] Var sur på mig selv over, at det var noget, jeg var nødt til, selvom jeg ikke havde lyst” (Kristine).

”Jeg begyndte at skade mig selv oftere, det var ikke længere bare engang imellem. Det blev sådan, at alt var lort, så jeg gjorde det hver eneste dag. Det var halv hobby og halv afhængighed. Ligesom med alkoholikere. For at jeg kunne klare resten af dagen, så blev jeg nødt til at holde en pause, hvor jeg kunne skade mig selv. Det kunne være en hurtig pause, til at jeg kunne sidde i timevis” (Karen).

Den onde cirkel griber hurtigt om sig, og der opstår en afhængighed af selvskaden. Personen, der skader sig selv, oplever en psykologisk afhængighed, fordi selvskaden bliver den primære strategi til at mestre hverdagens udfordringer. Mange oplever samtidig en fysiologisk afhængighed, fordi selvskaden aktiverer endorfiner, som giver en behagelig følelse af lettelse og, som Kristine fortæller, en rus. Afhængighed af endorfiner svarer fuldstændig til enhver anden afhængighed og kan således sammenlignes med fx alkoholisme (Møhl, 2015):

”Jeg havde det super fedt med det, fordi det gav mig en lykkefølelse. Det frigiv en kæmpe mængde endorfiner. Det gjorde, at jeg blev afhængig af det. Det gjorde også, at jeg gjorde det flere gange om dagen. Det var mit drug. Så var alt godt igen” (Kasper).

Afhængighed defineres ofte ved forekomsten af abstinenssymptomer ved fravær af handlingen, i dette tilfælde selvskade. Disse symptomer forsvinder ved fortsat selvskade, hvorved der opstår en affektregulerende mekanisme:

"Jeg blev afhængig af følelsen af ro og afslappethed. Det siger de kloge også. Jeg fik abstinenser, hvis jeg ikke fik mulighed for det [...] Jeg blev meget urolig og havde brug for at komme hjem og skære. Det behøver heller ikke at gå så lang tid, hvis jeg var ude med nogle venner, så trængte jeg til at komme hjem og skære" (Sanne).

"Jeg blev meget hidsig. Temperamentet kunne virkelig løbe af med mig" (Kristine).

Livet ud over selvskaden

Som vi har set, kommer selvskaden til at fylde mere og mere i deltagerens liv. Selvskaden eskalerer i såvel hyppighed som sværhedsgrad. Det bliver en tvangspræget og ofte ritualiseret handling, som deltagerne gradvist bliver mere og mere afhængige af. Mange tænker konstant på, hvornår de igen får mulighed for at skade sig selv og oplever abstinenslignende symptomer i form af uro, vrede osv., hvis selvskaden forhindres. Flere fortæller samtidig, at de i perioden, hvor de skadede sig selv, levede i en grå, tåget og zombieagtig tilstand med et altoverskyggende indre, psykisk kaos. Flere oplever at trække sig socialt, blive sygemeldt eller næsten helt at stoppe med at komme i skole. Kasper fortæller at have det "ad helvedes til". Det virker som en vending, mange vil kunne nikke genkendende til:

"Jeg var ikke i skole, jeg var sygemeldt. Jeg lavede ikke noget, det var bare tåget. Jeg fik besøg nogle gange, men jeg havde ikke lyst til noget. [...] Jeg lavede ikke noget. Det var sort i sort og gråt i gråt" (Sanne).

"Zombieagtigt. Helt neutral følelsesmæssigt. Ikke glad eller ked af det. Jeg levede ikke, jeg overlevede bare" (Kirsten).

Flere oplever at perioden, hvor de skadede sig selv, er svær at huske. Igen bliver dissociering et relevant begreb, fordi det kan ændre bevidstheden og bevirke, at man ikke kan huske en traumatisk hændelse. For nogle mennesker kan dissocieringen blive næsten konstant og massivt forstyrre forholdet til virkeligheden, hvor personen dermed opleves fjern og tranceagtig (Møhl, 2015). Citaterne ovenfor eksemplificerer denne tranceagtige tilstand som grå, tåget og zombieagtig. Citaterne nedenfor viser, at flere deltagere samtidig oplever perioden som svær at huske:

"Der er også tidspunkter, jeg ikke kan huske, fordi der var så meget kaos" (Ida).

"Der er meget i den periode der er svært at huske. Mange ting virker tåget, fordi jeg havde det så skidt" (Karen).

"Hele det år var ens. Jeg kan ikke huske så meget, det hele er bare gråt" (Kirsten).

At skjule selvskaden

Selvom selvskade primært har en affektregulerende funktion, er det samtidig et faktum, at selvskade også kan tjene sociale formål (Klonsky et al., 2011). Undersøgelser viser, at 10-20 % indimellem skader

sig selv for at kommunikere svære følelser og som råb om hjælp (Møhl, 2015). Samtidig kan selvskade fungere som en måde at definere sin identitet og som en måde at adskille sig selv fra andre – en måde at være noget i verden (Breen et al., 2013; Møhl, 2015). Symptomatisk herfor fortæller enkelte deltagere i denne undersøgelse, at selvskaden kan anvendes til at manifestere en identitet og til at skabe opmærksomhed fra andre. Denne tendens kommer til udtryk nedenfor:

”Det var en identitetsfølelse. Noget at gå op i, ligesom en hobby [...] Jeg havde ikke et problem med det, jeg fik opmærksomhed. Pludselig så folk mig. Også selvom det var en negativ opmærksomhed, så var det stadig opmærksomhed” (Stine).

Ovenstående citat er dog ikke gennemgående for deltagerne i denne undersøgelse, og det er en velkendt myte, at personer primært skader sig selv for at få opmærksomhed (Møhl, 2015). Langt de fleste fortæller, at de i perioden med selvskade var flove over handlingen. Det var en pinlig adfærd, de konstant var nødt til at skjule, komme med undskyldninger i forhold til eller bortforklare:

”Nej, jeg bortforklarede det altid, fordi jeg ikke ville have, at folk vidste det. Fordi jeg godt vidste, at det var unormalt. Det var også pinligt og så ikke pænt ud” (Sofie).

”Jeg gik rundt med sleeves og de skjulte, hvad jeg havde gang i. Det var aldrig noget, der blev kommenteret, og det gjorde det nemmere for mig. Jeg var klar over, at det var idiotisk, det jeg havde gang i, men det blev ikke kommenteret, og det gjorde det nemmere for mig. Hvis det blev, så lavede jeg bortforklaringer” (Kasper).

Selvom der er meget ambivalens forbundet med selvskaden – det er både en ven og en fjende – oplever mange alligevel ikke at ville være den foruden. Selvom Kasper fx er klar over, at det er en ’idiotisk’ handling, tjener selvskaden alligevel et klart formål, som ikke umiddelbart kan undværes. Derfor skjules selvskaden og udøves således ikke i et forsøg på at få opmærksomhed. Denne tendens ses ligeledes i en række andre undersøgelser (Berger et al., 2013; Klineberg et al., 2013). En række fortæller samtidig, hvordan selvskaden for dem er noget privat, noget de har for sig selv, og som ingen skal blande sig i:

”Specielt i starten, der var jeg flov over det, og det blev meget privat for mig. Det var min ting, og der var ingen, der skulle blande sig i det. Det var ikke sådan, at jeg gerne ville have, at folk skulle se det, eller at jeg var stolt over det. Det irriterede mig, at folk opdagede og kommenterede på det, fordi det var mit” (Kristine).

Det er klart, at det er besværligt at skjule selvskaden, hvilket italesættes af flere af undersøgelsens deltagere. Selvskaden kan have sociale konsekvenser, idet den kan hindre personen i at udføre visse handlinger. Tendensen fremgår nedenfor:

”Jeg skulle tænke meget på, hvad jeg kunne have på osv. Det fyldte meget at holde det hemmeligt. Det var primært det rent praktiske i det [...] fx tog jeg ikke på stranden. Jeg gik ikke med shorts, medmindre de gik under knæet. Det har fyldt, at det hele tiden skulle gemmes væk” (Sofie).

”Jeg har skjult det meget. Gik først med t-shirt for to somre siden, selvom det var flere år siden, jeg stoppede. Når jeg havde idræt var det med lange ærmer, og jeg gik ikke i bad. Jeg har faktisk skjult det meget” (Sanne).

Vejen ud af selvskaden

Som vi har set ovenfor, er der en udpræget ambivalens forbundet med selvskaden. Flere udtrykker, at selvskadens funktion bevirker, at de ikke ønsker at undvære adfærden. De kan simpelthen ikke forestille sig et liv uden selvskade og dermed et liv, hvor de ikke har den fysiske smerte til at mediere den psykiske. I forlængelse heraf har det været en stor udfordring for flere, at de har manglet et effektivt affektregulerede alternativ til selvskaden:

”Jeg var bange for at give slip på min selvskade. Det var blevet en stor del af mig. For hvad ville der så være? Der ville være et stort tomrum. Hvordan skulle jeg så håndtere mine følelser?” (Lise).

”Jeg havde slet ikke et alternativ til selvskade. Jeg kunne godt se, at det ikke var hensigtsmæssigt, og at jeg ville fortryde det fremover [...] men jeg havde ikke noget alternativ til det, for der var ikke andet, der virkede” (Karen).

Alligevel har alle undersøgelsens deltagere i dag lagt selvskaden bag sig. I det følgende skal vi se nærmere på de faktorer, som er væsentlige i forbindelse hermed. Selvom der beskrives en række temaer, som er væsentlige i forståelsen for vejen ud af selvskaden, er det vigtigt at være opmærksom på, at ligesom der er mange veje til selvskade, er der også mange veje ud. Afsnittet skal således ikke læses som en generaliseret vej ud af selvskaden, da nogle temaer har været af særlig stor betydning for nogle af deltagerne, mens andre har været af stor betydning for andre. Alle er dog faktorer, som kan have stor betydning for at lægge selvskaden bag sig.

At vælge livet til

En gennemgående motivationsfaktor for at blive selvskaden foruden er at vælge livet til. Argumentet blandt undersøgelsens deltagere er, at man ikke kan lave et normalt liv, få børn, fast arbejde osv., hvis man går rundt med konstante tanker om, hvornår man kan skade sig selv igen, med en konstant skamfuldhed over selvskaden og med konstante bekymringer over omverdenens tanker og reaktioner i forhold til de ar, selvskaden giver. Det er en gennemgående tendens, at undersøgelsens deltagere på et tidspunkt i deres liv har truffet en aktiv beslutning om at vælge livet til. At vælge livet til betyder, at vælge selvskaden fra:

"Jeg tænkte, at hvis jeg ikke gør noget nu, så fortsætter mit liv sådan her. Jeg tænkte, at jeg blev nødt til at stoppe den destruktive adfærd. Jeg kan bare huske, at jeg blev nødt til at gøre et aktivt tilvalg og vælge livet" (Anne).

" [...] jeg blev nødt til at slippe selvskaden, hvis jeg skulle videre. Jeg kunne ikke leve og tænke ordentligt med selvskaden. Jeg ville ikke være tilstede i mit liv, for da jeg var i selvskaden, fyldte det så meget. Det eneste, jeg kunne tænke på, var, hvornår jeg kunne skære i mig selv" (Sara).

For flere deltagere har det at tage kampen op mod selvskaden været baseret på et pragmatisk hensyn. Et hensyn til kroppen og til de signaler, kroppen sender til omverdenen. Ar har for flere deltagere en helt central placering i forhold til motivationen for at komme ud af selvskaden. Baggrunden for denne centrale placering er, at tydelige ar på kroppen medfører oplevelser af stigmatisering og indgribende sociale konsekvenser. Flere fortæller fx ikke at have gået på standen om sommeren, om konstant at dække sig til eller om negative og stereotypificerende kommentarer fra omverdenen på grund af tydelige ar på kroppen. Samtidig fortæller flere, hvordan det at have ar på kroppen opleves at have fundamentale konsekvenser for ens livsmuligheder, blandt andet i forhold til arbejdsmarked og familieliv:

"Jeg tænkte, at det ikke pyntede at have ar. Jeg ville gerne videre i livet og have børn engang. Hvordan skulle jeg tackle det med ar? Ligesom fremtidig arbejdsplads og en kæreste. Det var motivationen for at stoppe med at skære i mig selv" (Karen).

"Jeg tror bare, at jeg var nået til et punkt, hvor jeg fandt ud af, at det ikke kunne fortsætte. Jeg ville gerne have hus og børn og en kæreste. Og hvem ville have en som mig? Der kommer bare en vendepunkt på et tidspunkt" (Ida).

At være ved at dø

En anden faktor, som er afgørende for flere af undersøgelsens deltagere i relation til at stoppe selvskaden, er, at de har været ved at dø af det. Flere fortæller således, at selvskaden med tiden er eskaleret til et sådant punkt, at det er blevet livstruende, også selvom dette ikke har været intentionen med handlingen:

"Jeg var ved at dø, og hvis jeg ikke stoppede ville jeg dø. Det gik alligevel ind. Jeg ville ikke dø, det var bare overlevelse, for at få det bedre. Jeg har aldrig tænkt, at jeg ville dø" (Sanne).

Lignende tendenser ses hos andre deltagere, hvor en selvskadeepisode er kommet ud af kontrol og eskaleret til et niveau, hvor det er blevet livsfarligt. At selvskade kan være utilsigtet livstruende, dokumenteres ligeledes af en række andre undersøgelser (Haw et al., 2001; Hawton et al., 2003; Skegg, 2005). For flere deltagere i denne undersøgelse har det livstruende aspekt således haft en motiverende

effekt i forhold til at tage kampen op mod selvskaden. Andre fortæller at forsøg på selvmord har været det, som har tippet læsset og bevirket, at de har taget kampen op mod selvskaden. Denne tendens fremgår nedenfor:

”Da jeg blev indlagt på psykiatrisk skadestue, der var den helt gal. Jeg skar i mig selv og tog en masse piller. Blev kørt i ambulancen til sygehuset. Jeg gad ikke at leve mere [...] derefter tænkte jeg, at det ikke går mere” (Sofie).

Selvskade og selvmord er to vidt forskellige handlinger med modsatrettede formål. Mens selvmord indebærer et ønske om definitivt at gøre en ende på sorg eller smerte (Zøllner, 2014), forsøger personer med selvskade at lindre psykisk smerte ved hjælp af fysisk smerte. Alligevel er selvskade en stærk prædikator for senere selvmordsforsøg (Klonsky et al., 2011; Møhl, 2015). Flere af denne undersøgelses deltagere har således forsøgt selvmord, hvilket har fungeret som et vendepunkt i forhold til at ændre livsmønster og tage kampen op mod selvskaden.

At vise sin selvskade

Selvskade er sjældent et forsøg på at få opmærksomhed, men kan for nogle være et råb om hjælp. Dette kaldes for *social positiv forstærkning*, hvor personen, der skader sig selv, ønsker opmærksomhed eller omsorg fra omgivelserne (Møhl, 2015). For flere deltagere i denne undersøgelse har det at vise eller fortælle om selvskaden til andre været en vigtig faktor for deres vej ud af selvskaden. Flere har således forsøgt at gøre deres omgivelser bevidste om selvskaden, nogle dog med mere held end andre:

”I påsken var vi hos noget familie, og man kunne se de friske sår, fordi jeg havde korte ærme på. Alle kunne se sårene, og jeg sagde, at jeg havde det dårligt, men min familie ignorerede det helt. Det gjorde ondt, at min familie tog afstand” (Ida).

Citatet eksemplificerer en tendens, flere deltagere kan nikke genkendende til. Forsøg på at vise eller italesætte selvskaden over for omgivelserne medfører således ofte ikke den forventede reaktion. Ønsket om social positiv forstærkning kan, som i citatet ovenfor, være en bevidst og kalkuleret adfærd, men flere fortæller ligeledes om en oplevelse af ubevidst at have forsøgt at formidle mistrivsel og selvskade:

”Ubevidst tror jeg, jeg prøvede at få noget hjælp fra hende. Men hun spurgte ikke yderligere ind. Jeg ved ikke hvorfor, men måske tænkte hun, at jeg selv ville åbne op på et tidspunkt” (Sofie).

Hvad enten forsøget på social positiv forstærkning er en bevidst eller ubevidst handling, er det et gennemgående billede blandt flere deltagere, at de har haft en oplevelse af, at deres opråb til omgivelserne enten er blevet ignoreret eller ikke taget seriøst. Flere oplever samtidig, at der findes mange

myter og fordomme om selvskade, blandt andet at selvskade udelukkende er et forsøg på at få opmærksomhed. Denne oplevelse kan have en kontraproduktiv effekt i forhold til at række ud efter hjælp, idet fordomme kan bevirke, at selvskaden skjules yderligere:

”Der var også mange, der havde fordomme over det. Lærerne sagde, at det var for opmærksomhedens skyld. Det havde jeg ikke brug for at høre, så jeg dækkede mig bare endnu mere til” (Sara).

Samtidig har flere af undersøgelsens deltagere haft en oplevelse af, at selvskaden ikke er blevet taget seriøst inden for sundhedssystemet. Flere fortæller fx, hvordan praktiserende læger ikke har taget selvskaden alvorligt, ligesom flere har oplevet negative og stigmatiserende kommentarer i relation til selvskaden:

”Jeg har oplevet læger, der ikke ville bedøve mig, fordi jeg selv var uden om det. Det har jeg også prøvet flere gange. Nogle læger siger, at jeg ikke behøvede bedøvelse, fordi jeg nød det” (Sara).

Social støtte

At gøre opmærksom på sin selvskade kan også have den modsatte effekt end eksemplerne ovenfor. Her bliver den sociale positive forstærkning en væsentlig og positiv faktor for at komme ud af selvskaden. Der er primært to forskellige måder, hvorpå social støtte har været af afgørende betydning for undersøgelsens deltagere. Kærlighed, omsorg, nysgerrighed og vedholdenhed fra pårørende har for flere deltagere været afgørende i forhold til at stoppe selvskaden:

”Det var en af grundene til, at jeg ville stoppe med det. Jeg kunne se på hende, at det gjorde ondt på hende, at jeg gjorde det. Der tror jeg, det gik op for mig, hvad det egentlig var, jeg gjorde” (Kristine).

Det, at pårørende bliver emotionelt påvirket af selvskaden, har haft afgørende betydning for flere af undersøgelsens deltagere. Samtidig fortæller flere, hvordan det at pårørende nysgerrigt spørger ind til selvskaden, uden at virke fordømmende og stereotypificerende, har været af stor betydning:

”Hun spurgte interesseret ind til det. Jeg var chokeret over, at hun spurgte så meget ind. Hun var en livslinje, for hun spurgte direkte. Det var grænseoverskridende første gang, men også rart. Det var det med at føle sig mødt. Hun var interesseret i, hvad der udløste det og fandt ud af, hvordan jeg kunne arbejde ud fra det” (Ida).

Endelig har det at få en kæreste haft stor betydning for flere. Oplevelsen af kærlighed og omsorg på trods af selvskaden, kan være en væsentlig faktor for at vælge livet til og dermed selvskaden fra:

"Han udtrykte på en fin måde, at han godt kunne lide mig, også når jeg havde det dårligt. Og alle mine fejl, dem fik han ligesom trampet ned. Han vidste godt, at jeg skar i mig selv, og at det ikke gik væk fra den ene dag til den anden. Han var virkelig god på alle måder. Han gav mig lyst til ikke at have det dårligt mere" (Kirsten).

Social støtte som vej til behandling

Ovenfor så vi, hvordan social støtte i kraft af omsorg, nysgerrighed og vedholdenhed kan være en væsentlig faktor i forhold til at komme ud af selvskaden. Pårørende kan samtidig spille en væsentlig rolle i forbindelse med at opsøge professionel hjælp:

"De aftalte en tid med min læge, og jeg blev pisse sur. De ringede, fordi jeg havde det meget dårligt" (Sanne).

"Jeg har aldrig selv besluttet at gå til lægen. Det er andre, der har taget mig med" (Karen).

Det gælder for flere deltagere, at de har reageret negativt, når pårørende har været primær initiativ i forhold til at opsøge behandling. Retrospektivt er de dog alle glade for de pårørendes initiativ og ser det som en væsentlig faktor for, at de ikke skader sig selv mere:

"Jeg skadede mig selv i kort tid, før folk opdagede det. Jeg havde været i gang med det i tre uger måske. Det gik rigtig stærkt, men det var takket være hende. Ellers havde jeg fortsat. Det gjorde jeg også lidt. Jeg kom i ambulans behandling i en måneds tid, inden jeg blev indlagt. Jeg fortsatte med at skade mig selv. Det gjorde jeg i ca. to måneder. Så blev jeg indlagt, og det værste stoppede" (Nina).

Behandling

Eftersom selvskade ikke er en officiel diagnose, kan man ikke modtage behandling herfor i det psykiatriske system i Danmark. Alligevel har alle undersøgelsens deltagere modtaget behandling enten i psykiatrien, primært i forbindelse med komorbide lidelser, eller hos privatpraktiserende psykolog. For flere deltagere har behandlingen haft en direkte positiv effekt i forhold til at komme ud af selvskaden. Flere fortæller, hvordan behandling har givet dem en større forståelse for selvskaden, for bagvedliggende mekanismer og for alternative mestringsstrategier i forhold til at håndtere den psykiske smerte.

"Fokus var ikke så meget på adfærden, men mere på årsagen til selvskade" (Nina).

"Da jeg fik taget mod til mig og sagde til psykologen, at jeg skadede mig selv meget mere, end jeg havde lyst til, så fik han mig til at forstå forløbet. Hvad der ligger til grund for det. Hvorfor jeg valgte at skære mig selv i stedet for at gøre noget godt for mig selv. Hele den der med at forstå, hvor kommer du fra. Jeg begyndte at forstå, hvad der ligger til grund for det" (Lise).

Forståelse for selvskadens bagvedliggende årsager har været af afgørende betydning for flere af undersøgelsens deltagere i relation til at komme ud af selvskaden. Denne forståelse har givet indsigt i, hvorfor de reagerer, som de gør, og på den måde gjort det muligt at arbejde hermed gennem udvikling og implementering af alternative mestringsstrategier:

”Hun så, hvordan man kunne vende hverdagsituationer og spurgte, hvad jeg havde gjort, og hvad jeg skulle have gjort. Vende tankegangen, det har hjulpet rigtig meget” (Kirsten).

Selvom flere ligeledes nævner mindfulness, motion og vejrtrækningsøvelser som væsentlige faktorer, synes de mest gennemgående og betydningsfulde i relation til behandling af selvskaden at være henholdsvis forståelsen for selvskaden og udvikling af alternative mestringsstrategier, ligesom deltagernes relation til den enkelte behandler er af fundamental betydning.

Empati og accept

Flere fortæller, hvordan oplevelsen af empatisk og forstående accept har haft afgørende betydning i forhold til at lægge selvskaden bag sig. At behandleren har kunnet rumme selvskaden på en fordomsfri måde har således haft stor betydning for flere:

”Men respekt for, at han kunne rumme det, uden bebrejdelser og afvisning. Det gjorde, at jeg var klar til at få hjælp. Han var klar til at håndtere det og løb ikke skrigende væk” (Lise).

Andre har haft en oplevelse af, at behandleren har udvist ubetinget engagement, hvilket for nogle har haft stor betydning. Oplevelsen af en naturlig, ikke-fordømmende nysgerrighed og et oprigtigt ønske om at hjælpe kan have afgørende betydning for motivationen til at kæmpe mod selvskaden og for at blive denne foruden:

”Fordi hun er der og ikke bare fordi, det er et arbejde. Jeg har mødt så mange mennesker igennem hele systemet. Hun forstår mig på en anden måde. Hun går igennem ild og vand for mig og brænder for at hjælpe mig. Hun tager mig alvorligt” (Nadja).

At se det hele menneske

Flere af undersøgelsens deltagere har oplevet at det at få en psykiatrisk diagnose har medført et entydigt og snævert fokus på den specifikke diagnose, hvorved øvrige aspekter af deres liv er blevet negligeret. Selvom generalisering og klassificering ved hjælp af diagnoser er en central og uundværlig tilgang til mennesker i psykiatrien, må det aldrig overskygge opmærksomheden på det enkelte menneskes unikke særegenhed (Møhl, 2015). Stereotypificering kan medføre, at mennesket reduceres til et objekt, hvorved subjektet overses (Martinsen, 2011). Dette er en tendens, som flere deltagere kan ikke genkende til:

”Da jeg fik en diagnose, så var det det, jeg var. Man blev virkelig sygeliggjort. Der var ikke plads til at være menneske, kun plads til at være patient” (Stine).

”Psykologen på psykiatrisk var meget optaget af diagnoser og medicin, men det var hende den anden psykolog ikke. Hun betragtede mig som et menneske og gav mig ikke stempler. Jeg kæmper stadig med, at ”jeg er sindssyg”, for det sagde de hele tiden på psykiatrisk” (Birgit).

Sygeliggørelse og stereotypificering kan have en kontraproduktiv effekt og medføre negativ selvevaluering samt manglende behandlingsmotivation (Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2010). For flere deltagere i denne undersøgelse har det derfor være af afgørende betydning at møde en behandler, hvor fokus ikke entydigt var rettet mod diagnosen, men i højere grad på hele deltagerens person – også den del, som ikke kan klassificeres under en given etikette:

”Han begyndte at tale til mig, som om jeg ikke var syg. Han talte til mig som et menneske” (Karen).

”Hun havde en anden tilgang, hun kiggede ikke på depression og selvskade. Hun sagde ikke, at jeg var syg, men at jeg havde det svært. Det var det, jeg havde brug for” (Birgit).

Social smitte under behandling

Flere af undersøgelsens deltagere har dog samtidig haft en oplevelse af, at deres selvskade er eskaleret efter påbegyndt behandling. Selvom nogle knytter denne udvikling til behandlingens progression – at selvskaden midlertidigt kan eskalere, når man begynder at arbejde hermed – fortæller flere deltagere, at det at møde andre med selvskade under indlæggelse har været med til at eskalere den selvskadende adfærd:

”Da jeg blev indlagt for spiseforstyrrelsen, eskalerede selvskaden. Lige pludselig så du andre, der selvskadede. Der begyndte det at eskalere. Jeg så ikke andre selvskade i aktiv handling, men du så andre med ar, og jeg opfangede en hel masse ting, og det satte skub i flere selvskadende tanker [...] på daværende tidspunkt var der måske lidt konkurrence i det på afdelingen. Hvem der kunne selvskade mest” (Anne).

Der findes bred empirisk evidens for, at selvskade kan brede sig blandt psykiatriske patienter. Selvskade blandt én patient kan således medføre spredning heraf, ligesom der findes flere eksempler på selvskadeepidemier i forskellige kliniske settings (Heilbron and Prinstein, 2008; Jarvi et al., 2013). Lignende tendenser italesættes af flere deltagere i denne undersøgelse, som fortæller, at konfrontation med selvskade blandt andre patienter kan medføre, at deres egen selvskade eskaleres. Samtidig fortæller nogle, hvordan det at møde andre, som skader sig selv under indlæggelse, kan fungere som inspiration i forhold til andre og voldsommere selvskademetoder:

"Jeg brugte ru ting, fx en sten, stak mig selv med nåle eller ridsede med sakse. Sådan foregik det, indtil jeg blev indlagt. Der lærte jeg en masse andre at kende, som var i samme situation som mig. Før ridsede jeg mig, jeg skar mig egentlig ikke. Under indlæggelsen lærte jeg, hvordan jeg kunne skære mig selv med blade" (Stine).

Tilbagefald

På vej ud af selvskaden har flere deltagere oplevet bump undervejs, som har medført, at de har oplevet tilbagefald efter i en periode ikke at have skadet sig selv. Flere fortæller at have kæmpet for at stoppe selvskaden, men alligevel gentagene gange at være faldet i igen:

"Nu er det slut, og så har jeg gjort det igen. Nej, nu det slut, og så har jeg gjort det igen" (Kirsten).

Tilbagefald sker ofte i pressede perioder, hvor deltagerne føler sig stressede eller magtesløse. Det kan enten være perioder karakteriseret ved stress og manglende overskud, perioder med store livsomvæltninger, eller perioder, hvor deltagerne oplever svære ting i livet:

"Efter jeg kom hjem, havde jeg nogle pauser på et års tid, og så faldt jeg i igen. Der var svære ting, fx brud med en kæreste, nyt studie osv. Hvis jeg har haft meget at se til i forvejen, kammede det over. Men det er knap tre år siden sidst" (Ida).

"Det var, når jeg var presset, samme situationer som da jeg startede med det første gang. Jeg kan stadigvæk få lyst til at skære" (Sanne).

Selvom vi i undersøgelsen fokuserer på væsentlige faktorer i forhold til at komme ud af selvskaden, anser flere deltagere sig selv som kronisk selvskadende. Det er en overbevisning om aldrig fuldstændig at miste lysten til at skade sig selv og derfor altid at skulle være opmærksom på de faresignaler, der måtte være:

"Jeg har aldrig tænkt på det, som at nu er jeg stoppet med det. Det tror jeg heller aldrig, jeg kommer til. Jeg har stadig lysten til det, og jeg har været tæt på mange gange, men vælger at lade være med det, fordi det ikke er det værd. Jeg er stadig ikke stoppet i mit hoved" (Kristine).

"Jeg frygter stadig tilbagefald. Men jeg har gode mennesker i mit liv. Folk er klar til at gribe mig, hvis det går galt. Men hvis der skete noget i mit liv, som jeg ikke kan forudse, så kunne jeg godt falde i igen" (Stine).

Mange veje ud af selvskade

Vejen ud af selvskade er mangeartet og ofte med flere bump undervejs. Flere har fundet indre motivation til at stoppe selvskaden ved enten at vælge livet til og dermed selvskaden fra, eller fordi de har

været ved at dø af deres selvskadende handlinger. Som en del af vejen ud af selvskaden har flere fortalt eller vist selvskaden til omgivelserne, dog med blandede reaktioner. Nogle har oplevet, at deres opråb til omgivelserne er blevet ignoreret eller ikke taget seriøst, mens andre har oplevet negative og stereotypificerende reaktioner. Flere har dog samtidig oplevet, hvordan social støtte kan være af afgørende betydning i forhold til at blive selvskaden foruden, enten gennem nysgerrighed, kærlighed og omsorg fra omgivelserne, eller ved at pårørende har været initiator for at opsøge behandling. Behandling har for flere været effektiv, idet den har givet større forståelse for selvskaden og for alternative mestringsstrategier i forhold til at håndtere psykisk smerte. Det har for flere været af afgørende betydning at møde en empatisk og forstående behandler, som har set det hele menneske og ikke blot fokuseret på en given diagnose. Endelig har vi set, hvordan behandling kan være medvirkende til at eskalere selvskaden, fordi man møder andre i samme situation, ligesom flere har oplevet tilbagefald undervejs.

Anbefalinger

På baggrund af undersøgelsens resultater og eksisterende viden på området anbefaler rapporten følgende:

- **Se tegnene:** Pludselige eller gradvise adfærdsændringer kan være tegn på alvorlig mistrivsel, som kan føre til selvskade, fx social isolation, indadvendthed, øget forbrug af alkohol og stoffer samt udadreagerende adfærd. Klassiske tegn på selvskade, man som pårørende eller fagperson kan være opmærksom på, er, hvis vedkommende altid er dækket af tøj, trækker sig fra sociale aktiviteter, hvor kroppen eksponeres eller har blå mærker, rifter eller sår på kroppen (Møhl, 2015).
- **Tag selvskaden alvorligt:** Selvskade er et tegn på alvorlig mistrivsel, som medfører signifikant øget risiko for senere selvmord eller selvmordsforsøg, mistrivsel og psykisk sygdom samt alkohol- og stofmisbrug (Klonsky et al., 2011; Møhl, 2015). Tegn på selvskade bør derfor altid tages alvorligt, og der bør reageres på problemet.
- **Spørg ind:** Ved bekymringer om selvskade er det vigtigt at spørge ind. Man kan nærme sig personen med en anerkendende og nysgerrig tilgang, der viser omsorg og interesse for at hjælpe. Giv udtryk for din bekymring, og at du gerne vil hjælpe. Accepter, hvis personen afviser at tale om mistrivsel og selvskade og vend i så fald tilbage på et andet tidspunkt. Hvis du oplever at blive fordømmende, sur eller afmægtigt, så afslut samtalen på en rolig og respektfuld måde og vend tilbage senere (Whitlock & Purington, 2013).
- **Skæld ikke ud:** Det er helt normalt og forståeligt, at pårørende til personer, der skader sig selv, oplever afmagt, frustration, utilstrækkelighedsfølelser, skyld, skam og vrede. Men det er vigtigt ikke at bebrejde eller at skælde ud på personen, som skader sig selv. Det vil kun gøre ondt værre.
- **Se det hele menneske:** Selvom generalisering og klassificering ved hjælp af diagnoser er en vigtig og uundværlig del af moderne psykiatri, er det af afgørende betydning at fokusere på det hele menneske. Undgå sygeliggørelse, da det kan svække personens selvevaluering yderligere og derved fungere kontraproduktivt. Fokus kan med fordel også rettes mod alt det personen er, ud over en given diagnose. Tal fx om hobbyer og om de ting, personen er god til og kan lide at lave.
- **Vær vedholdende:** Personer med selvskade vil ofte undvige spørgsmål om mistrivsel og selvskade. Det er vigtigt vedholdende at vise omsorg og interesse for at hjælpe. Det vil øge sandsynligheden for at skabe en tillidsfuld relation, hvor personen åbner op og fortæller om mistrivsel og selvskade.

- **Bryd tabuet:** Det anbefales at bryde det tabu, der findes omkring selvskaade, for på den måde at nedbryde skam og skyldfølelser blandt personer, som skader sig selv (Straiton et al., 2013). Det vil gøre det lettere for personer med selvskaade at åbne op for deres mistrivsel og række ud efter hjælp.
- **Opkvalificering af fagpersoner:** Fagpersoner, fx folkeskolelærere, gymnasielærere, pædagoger osv., som møder mennesker, i risiko for at udvikle selvskaade, kan med fordel opkvalificeres i forhold til at forebygge, opspore og støtte personer med selvskaade. Kendskab til risikofaktorer og –adfærd vil være til gavn i forhold til forebyggelse og opsporing, mens kommunikative redskaber samt kendskab til henvisningsmuligheder vil være til gavn i forhold til videre støtte og hjælp.

Referencer

- Adler & Adler, 2011. *The Tender Cut*. New York University Press.
- Andover, M.S., Primack, J.M., Gibb, B.E., Pepper, C.M., 2010. An Examination of Non-Suicidal Self-Injury in Men: Do Men Differ From Women in Basic NSSI Characteristics? *Arch. Suicide Res.* 14, 79–88. doi:10.1080/13811110903479086
- Berger, E., Hasking, P., Martin, G., 2013. “Listen to them”: Adolescents’ views on helping young people who self-injure. *J. Adolesc.* 36, 935–945. doi:10.1016/j.adolescence.2013.07.011
- Møhl, 2015. *Selvskade - psykologi og behandling*. Hans Reitzels Forlag.
- Breen, A.V., Lewis, S.P., Sutherland, O., 2013. Brief Report: Non-suicidal Self-injury in the Context of Self and Identity Development. *J. Adult Dev.* 20, 57–62. doi:10.1007/s10804-013-9156-8
- Chang, S.-S., Chen, Y.-Y., Heron, J., Kidger, J., Lewis, G., Gunnell, D., 2014. IQ and adolescent self-harm behaviours in the ALSPAC birth cohort. *J. Affect. Disord.* 152-154, 175–182. doi:10.1016/j.jad.2013.09.005
- Claes, L., Houben, A., Vandereycken, W., Bijttebier, P., Muehlenkamp, J., 2010. Brief report: the association between non-suicidal self-injury, self-concept and acquaintance with self-injurious peers in a sample of adolescents. *J. Adolesc.* 33, 775–778. doi:10.1016/j.adolescence.2009.10.012
- Claes, L., Vandereycken, W., Vertommen, H., 2007. Self-injury in female versus male psychiatric patients: A comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. *Personal. Individ. Differ.* 42, 611–621. doi:10.1016/j.paid.2006.07.021
- Conterio & Lader, 1998. *Bodily Harm*. Hyperion, New York.
- Deliberto, T.L., Nock, M.K., 2008. An Exploratory Study of Correlates, Onset, and Offset of Non-Suicidal Self-Injury. *Arch. Suicide Res.* 12, 219–231. doi:10.1080/13811110802101096
- Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2010. *Stigma og psykiske lidelser*. København.
- Favazza, A.R., 2011. *Bodies Under Siege*, 1st ed.
- Favazza, A.R., 1987. *Bodies under siege: self-mutilation in Culture and Psychiatry*. The John Hopkins University Press, United States of America.
- Gelinas, B.L., Wright, K.D., 2013. The Cessation of Deliberate Self-Harm in a University Sample: The Reasons, Barriers, and Strategies Involved. *Arch. Suicide Res.* 17, 373–386. doi:10.1080/13811118.2013.777003
- Gratz, K.L., 2006. Risk factors for deliberate self-harm among female college students: the role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *Am. J. Orthopsychiatry* 76, 238–250. doi:10.1037/0002-9432.76.2.238
- Hankin, B.L., Abela, J.R.Z., 2011. Nonsuicidal self-injury in adolescence: prospective rates and risk factors in a 2½ year longitudinal study. *Psychiatry Res.* 186, 65–70. doi:10.1016/j.psychres.2010.07.056
- Haw, C., Hawton, K., Houston, K., Townsend, E., 2001. Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 178, 48–54.
- Hawton, K., Zahl, D., Weatherall, R., 2003. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 182, 537–542.

- Heilbron, N., Prinstein, M.J., 2008. Peer influence and adolescent nonsuicidal self-injury: A theoretical review of mechanisms and moderators. *Appl. Prev. Psychol.* 12, 169–177.
doi:10.1016/j.appsy.2008.05.004
- Jarvi, S., Jackson, B., Swenson, L., Crawford, H., 2013. The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: a review of the literature. *Arch. Suicide Res. Off. J. Int. Acad. Suicide Res.* 17, 1–19.
doi:10.1080/13811118.2013.748404
- Klineberg, E., Kelly, M.J., Stansfeld, S.A., Bhui, K.S., 2013. How do adolescents talk about self-harm: a qualitative study of disclosure in an ethnically diverse urban population in England. *BMC Public Health* 13, 572.
- Klonsky, E.D., Muehlenkamp, J.J., Lewis, S.P., Walsh, B.W., 2011. *Nonsuicidal Self-Injury*. Hogrefe Publishing.
- Kool, N., van Meijel, B., Bosman, M., 2009. Behavioral Change in Patients With Severe Self-Injurious Behavior: A Patient's Perspective. *Arch. Psychiatr. Nurs.* 23, 25–31.
doi:10.1016/j.apnu.2008.02.012
- Lewis & Knoll, 2015. Do It Yourself: Examination of Self-Injury First Aid Tips on YouTube. *Cyberpsychology Behav. Soc. Netw.* 18, 301–304. doi:10.1089/cyber.2014.0407
- Martin, J., Bureau, J.-F., Cloutier, P., Lafontaine, M.-F., 2011. A comparison of invalidating family environment characteristics between university students engaging in self-injurious thoughts & actions and non-self-injuring university students. *J. Youth Adolesc.* 40, 1477–1488.
doi:10.1007/s10964-011-9643-9
- Martinsen, 2011. *Øjet og kaldet*, 1. Udgave. ed. Munksgaard Danmark, København.
- Martorana, G., 2015. Characteristics and associated factors of non-suicidal self-injury among Italian young people: A survey through a thematic website. *J. Behav. Addict.* 4, 93–100.
doi:10.1556/2006.4.2015.001
- Møhl, B., 2006. *At skære smerten bort - en bog om cutting og anden selvskadende adfærd*, 1st ed. PsykiatriFondens Forlag, København Ø, Denmark.
- Møhl & Skandsen, 2012. The prevalence and distribution of self-harm among Danish high school students. *Personal. Ment. Health* 6, 147–155. doi:10.1002/pmh.191
- Muehlenkamp et al, 2008. Rates of Non-Suicidal Self-Injury: A Cross-Sectional Analysis of Exposure. *Curr. Psychol.* 27, 234–241.
- Odelius & Ramklint, 2014. *En nationell kartläggning av förekomsten av självskadande beteende hos patienter inom barn & ungdoms -- och vuxenpsykiatrien*. Uppsala Universitet.
- Øverland, S., 2006. *Selvskading - En praktisk tilnærming*. Fagbokforlaget.
- Polk, E., Liss, M., 2009. Exploring the motivations behind self-injury. *Couns. Psychol. Q.* 22, 233–241.
doi:10.1080/09515070903216911
- Reece, J., 2005. THE LANGUAGE OF CUTTING: INITIAL REFLECTIONS ON A STUDY OF THE EXPERIENCES OF SELF-INJURY IN A GROUP OF WOMEN AND NURSES. *Issues Ment. Health Nurs.* 26, 561–574. doi:10.1080/01612840590959380
- Shaw, S.N., 2006. Certainty, Revision, and Ambivalence: A Qualitative Investigation into Women's Journeys to Stop Self-Injuring. *Women Ther.* 29, 153–177. doi:10.1300/J015v29n01_08

- Sinclair, J., 2005. Understanding resolution of deliberate self harm: qualitative interview study of patients' experiences. *BMJ* 330, 1112–0. doi:10.1136/bmj.38441.503333.8F
- Skegg, K., 2005. Self-harm. *Lancet* 366, 1471–1483. doi:10.1016/S0140-6736(05)67600-3
- Straiton, M., Roen, K., Dieserud, G., Hjelmeland, H., 2013. Pushing the Boundaries: Understanding Self-Harm in a Non-Clinical Population. *Arch. Psychiatr. Nurs.* 27, 78–83. doi:10.1016/j.apnu.2012.10.008
- Vammen og Christoffersen, 2013. unges Selvskade og Spiseforstyrrelse - kan social støtte gøre en forskel? SFI - Det National Forskningscenter For Velfærd, København.
- Van Camp, I., Desmet, M., Verhaeghe, P., 2011. Gender differences in non-suicidal self-injury: Are they on the verge of leveling off, in: 2nd International Conference on Behavioral, Cognitive, and Psychological Sciences. pp. 28–34.
- ViOSS - Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade, 2015. *Selvskade i den danske befolkning.* København.
- Whitlock, J., Eckenrode, J., Silverman, D., 2006. Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics* 117, 1939–1948. doi:10.1542/peds.2005-2543
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Purington, A., Eckenrode, J., Barreira, P., Baral Abrams, G., Marchell, T., Kress, V., Girard, K., Chin, C., Knox, K., 2011. Nonsuicidal Self-injury in a College Population: General Trends and Sex Differences. *J. Am. Coll. Health* 59, 691–698. doi:10.1080/07448481.2010.529626
- Whitlock & Purington, 2013. Respectful curiosity. *Pract. Matters Ser. Cornell Res. Program Self-Inj. Recovery Cornell Univ.*
- Young, R., Van Beinum, M., Sweeting, H., West, P., 2007. Young people who self-harm. *Br. J. Psychiatry* 191, 44–49.
- Zøllner, Konieczna & Rask, 2012. *Unges sårbarhed, tanker om selvskade og selvskadende adfærd.* Center for Selvmordsforskning.
- Zøllner, L., 2014. *Unges Selvskadende Adfærd 2001-2011.* Center for Selvmordsforskning.