



UNIVERSITETET I  
NORDLAND

***”Her strides de lærde....”***

- En studie av arbeidsmetoder rettet mot ungdom som  
selvskader

Emnekode: SA203S      Dato: 04.06.14

Kandidatnr.: 102 og 105

Totalt antall sider: 29



## Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse .....	i
<b>1.0 Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Problemstilling .....	1
1.3 Oppgavens disposisjon .....	3
<b>2.0 Metode .....</b>	<b>3</b>
2.1 Fremgangsmåte .....	4
2.2 Validitet og reliabilitet .....	7
2.3 Analysen .....	8
2.4 Etiske aspekter .....	8
<b>3.0 Ulike behandlingstilnæringer .....</b>	<b>9</b>
3.1 Behandlingsformer .....	9
3.2 Miljøterapi .....	13
3.3 Behandlingsinstitusjoner .....	15
3.3.1 Behandling i psykisk helsevern .....	16
3.3.2 Behandling i barnevernsinstitusjon .....	16
<b>4.0 Analyse og drøfting .....</b>	<b>16</b>
4.1 Forståelsen av selvskading .....	17
4.2 Hva er viktig å ta hensyn til i møte med ungdom som selvskader .....	18
4.3 Hva rettes oppmerksomheten mot når en ungdom selvskader? .....	20
4.4 Samtalen med ungdom etter en selvskadende situasjon .....	22
4.5 Behandlingstilnæringer .....	23
<b>5.0 Avslutning .....</b>	<b>26</b>
5.1 Oppsummering .....	26
5.2 Våre tanker .....	29
Litteraturliste .....	31

## **1.0 Innledning**

Tema for vår bacheloroppgave er arbeidsmetoder ved selvskading. På seksti og syttitallet ble selvskading sett på som et alvorlig symptom forbundet med stor selvmordsfare og psykose, der innleggelse førte til at pasienter ofte ble stigmatisert. Hovedsakelig dreide dette seg om mennesker i institusjoner for psykisk utviklingshemmede, innenfor psykisk helsevern og innsatte som sonet fengselsstraff (Øverland 2006). Flere studier har de siste årene bekreftet en høy forekomst av selvskading blant ungdommer. Selvskading blir i dag betraktet som ”vanlig” og som et fenomen de fleste i arbeid med ungdom må forholde seg til. Selv om selvskading er blitt mer vanlig, er det fortsatt tabubelagt og forbundet med skam (ibid). Siden selvskading blir betraktet som et relativt nytt fenomen, er det derfor begrenset med tidligere epidemiologisk forskning rundt dette, selv om det finnes en viss evidens av en økning de siste årene (Sommerfeldt og Skårderud 2009).

Å forstå selvskading kan være utfordrende for hjelpere, foreldre, lærere og behandlere. Hvordan skal man klare å hjelpe en person som skader seg selv? Å finne behandlingstilnæringer rettet mot selvskading er også utfordrende, siden årsaken til selvskading ofte er vanskelig å sette ord på (Skårderud 2009).

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Som siste års barnevernsstudenter ble vi interessert i temaet i forbindelse med vår praksisutplassering i ungdomsinstitusjon. Vi fikk inntrykk at denne type problematikk virket å være utbredt blant ungdommer boende i institusjonen. Dette var noe vi hadde lite forkunnskap om og erfaring med, og derfor var det mye usikkerhet rundt fenomenet. I løpet av praksisperioden fikk vi innblikk i hvordan ansatte arbeidet med selvskadingsproblematikk og hvilke arbeidsmetoder de benyttet. Vi observerte at det viste seg å være forskjeller i hvordan personalet håndterte selvskadingsproblematikken og hvilken tilnærming som ble benyttet i møte med ungdommen. Etter praksisperioden stilte vi oss undrene til hvilken metoder og tilnærming som finnes, og om det er forskjellige måter å arbeid med ungdom som selvskader.

### **1.2 Problemstilling**

På bakgrunn av det tema vi valgte til denne oppgaven, vil vi belyse det med følgende problemstilling:

**”Hvilke metoder anvendes i arbeid med ungdom som selvskader”**

- Er det forskjeller i arbeidsmetode rettet mot ungdom som selvskader?

### **Oppgavens formål**

Oppgavens formål er altså å bidra til kunnskap og forståelse i arbeid med selvskadingsproblematikken. Oppgaven skal belyse forskjellige arbeidsmetoder og tilnærminger som kan benyttes i arbeid med ungdom som selvskader.

### **Avgrensning**

Det er altså ikke selvskading som fenomen i seg selv vi er interessert i å se nærmere på, men hvordan man tenker og arbeider i forhold til personer som selvskader. Hvilken metoder anvender man i arbeid for å hjelpe den som trenger bistand for å håndtere sin selvskadeproblematikk.

### **Begrepsavklaring og definisjoner**

Tradisjonelt sett har selvskading blitt betraktet som skade på hudoverflaten, men selvskading kan være så mye mer enn bare kutting eller risping. Selvskading kan blant annet være å forgifte seg selv, lage blåmerker på kroppen, utsette seg selv for ulykke eller fare og kan gis til uttrykk i seksualisert adferd (Øverland 2012). Selvskading er ikke en psykisk lidelse, men de som driver med det har ofte psykiske lidelser (ibid.). De fleste er enige at selvskading er skade en gjør grunnet sterk psykisk smerte, men å definere selvskading som et begrep kan være vanskelig. Hvorfor det er vanskelig å definere kan være fordi begreper som ”selvskading, ”villet egenskade”, ”selvmordsforsøk” og ”parasuicid ” har felles trekk som kan være vanskelig å skille fra hverandre (Øverland 2006). Siden fenomenet har vært vanskelig å definere har sammenlikninger av forskningsresultater vært utfordrende å gjøre, som har resultert til et felt preget av forvirring (ibid.).

*”Selvskading er handling som innebærer at individet påfører seg skade og smerte uten at man har hensikt å ta sitt eget liv. Selvskading er en handling mennesket bruker for å håndtere smertefull overveldende tanker, følelser eller situasjoner. Ved å skade seg selv kan man føle seg bedre for en stund og være i stand til å mestre livet sitt.”*

(Øverland 2006:17)

Denne definisjonen viser hvordan selvskadingen kan ha en funksjon for den som skader seg og den forteller hvordan smerten benyttes som et redskap for å overleve. Andre definisjoner som; *selvmuteling* og *villet egenskade* har fellestrekk med denne definisjonen.

Selvmutелering defineres som gjentatt kutting eller brenning av hud, der handlingen skaper en skamfølelse som resulterer i at personen prøver å skjule skaden (Øverland 2006).

Selv om selvskading ikke er en diagnose, brukes begrepet ”*villet egenskade*” i ICD-10 som er en internasjonal klassifisering av sykdommer, står den kategorisert som ”andre skadetyper (Øverland 2012). Dette begrepet defineres som;

*”En handling som ikke endte med døden, hvor individet med vilje gjorde en eller flere av følgende:*

- *Initierte atferd (for eksempel kutte seg selv, hoppe fra høyde) i den hensikten å skade seg selv*
- *Tok medikamenter i en mengde utover det som er forskrevet eller som er vanlig anerkjent dose*
- *Tok illegale stoffer/narkotika i den hensikten å skade seg selv*
- *Svelget et ikke – fordøyelig stoff eller gjenstand” (Ystgaard 2003:123)*

Sommerfeldt og Skårderud (2009) skiller mellom ”*direkte selvskading*” og ”*ikke – direkte selvskading*”, der ikke-direkte selvskading omhandler skade rettet mot kroppen i form av røyking, rusmisbruk, spiseforstyrrelser eller å sette seg selv i fare. Direkte selvskading er å påføre sin egen kropp sår, skade og smerte (ibid.).

### **1.3 Oppgavens disposisjon**

Innledningsvis i første kapittel har vi tatt for oss det tema vi har valgt for denne oppgaven og gjort rede for bakgrunnen til at vi valgte å skrive oppgave om dette temaet. Vi sier litt om oppgavens formål og avgrensner temaet til det vi har valgt å belyse, her har vi også med begrepsavklaringer. Videre i kapittel 1 går vi nærmere inn på problemstillingen vi har valgt. I kapittel 2 tar vi for oss metoden brukt til å skrive oppgaven, med innhold av reliabilitet og validitet og rekrutteringen av informanter, samt noen etiske aspekter tilhørende tema og problemstilling. I kapittel 3 har vi teori om behandlingsformer samt at vi nevner noen behandlingsinstitusjoner. I kapittel 4 har vi analyse av intervjuer med drøfting opp mot teori vi har brukt til oppgaven. Oppgaven avsluttes med en oppsummering i kapittel 5.

## **2.0 Metode**

*”Å bruke en metode, av det greske *methodos*, betyr å følge en bestemt vei mot et mål. Det dreier seg om å samle inn, analysere og tolke data, og dette er en sentral del av empirisk forskning.” (Christoffersen, Johannesen og Tufte 2010:29)*

For å få svar på vår problemstilling valgte vi å bruke en kvalitativ metode med bruk av en semistrukturert intervjuguide, og individuelle intervjuer. Vi var ute etter informasjon om metoder for å arbeide med selvskading. Dette ønsket vi å belyse gjennom intervjuer med profesjonelle, og ikke gjennom spørreskjema, som anvendes i kvantitativ metode. Siden vi hadde begrenset med tid til å skrive denne oppgaven hadde vi ikke tid til å sende ut spørreskjema og sanke disse inn igjen, derfor ble en kvalitativ metode mest hensiktsmessig. Kvalitativ metode er fruktbar for å belyse vår problemstilling fordi vi kunne møte informantene og intervjuer dem angående det vi vil forske på, og slik ha en samtale med dem om emnet. Vi valgte et intensivt design med små-n-studier, med formål å gå i dybden på tema. Et intensivt design kjennetegnes ved få enheter, og enhetene er som oftest mennesker. Dybden i designet er relatert til hvordan vi ønsker å nærme oss fenomenet vi har til formål å studere, og vi trenger et forskningsdesign som gir en så helhetlig beskrivelse som mulig av et fenomenet. Ved å hente informasjon fra forskjellige profesjonelle om ett fenomen så vi for oss at vi kunne få en rik beskrivelse av det (Jacobsen 2005).

## **2.1 Fremgangsmåte**

Ut i fra vår problemstilling som fokuserer på arbeidsmetoder måtte vi finne ut hva slags kunnskap som allerede fantes om selvskading generelt og om hvordan man jobbet med selvskading. Gjennom litteraturgjennomgang av bøker fra biblioteket ved Universitetet i Nordland, søk på internett og i bibsys' database etter informasjon og litteratur, samt bøker fra eget pensum ser vi at det finnes et begrenset utvalg av litteratur om dette temaet på norsk. Det finnes noen tidsskrifter og artikler, men lite om direkte arbeidsmetoder. Hovedmengden litteratur gikk direkte på selvskading og årsaker til selvskading på grunn av alvorlige psykiske lidelser eller andre årsaker. En del litteratur og nettsider handlet om selvopplevde historier om behandling av selvskading. Vi så det mest hensiktsmessig å innhente litteratur fra tidligere forskning og faglitteratur skrevet av profesjonelle. En av bøkene som skilte seg særskilt ut var boken til psykologen Svein Øverland. I denne boken fikk vi innhentet mye nyttig informasjon rundt behandlingsformer i institusjoner og presentasjon av tidligere forskning rundt behandling av selvskading. Vi valgte å ikke ta for oss selvopplevd litteratur rundt selvskading, vi kan da gå glipp av noe kunnskap og erfaring som har dette perspektivet. Vi valgte de profesjonelle siden vi som framtidige sosialarbeidere er spesielt interessert i det perspektivet. Problemstillingen vår er beskrivende og den er uklar, vi hadde derfor behov for samtaler med personer som kunne belyse og utdype det vi ønsket kunnskap om. Problemstillingen er beskrivende fordi den er konsentrert omkring å beskrive ulike metoder, og den er uklar fordi vi har lite forhåndskunnskap om det vi undersøker, og dette gjør problemstillingen

utforskende (Jacobsen 2005). Vi utarbeidet så spørsmål vi ønsket å stille i intervjuene, og utformet på bakgrunn av disse en semistrukturert intervjuguide. Det semistrukturerte intervjuet er et delvis strukturert intervju som har en overordnet intervjuguide som et utgangspunkt, men spørsmål og tema kan bevege seg fram og tilbake gjennom hele intervjuet (Christoffersen m.fl. 2010). Rekruttering av informanter er tilfeldig i en kvalitativ undersøkelse. Kvalitative undersøkelser har som hensikt å få mest mulig kunnskap og fylldige beskrivelser om et fenomen. Rekrutteringen vil derfor ha et klart mål i den kvalitative undersøkelsen. Dette kan også kalles strategisk utvelgelse av informanter, som betyr at forskeren tenker gjennom hvilke målgrupper som trengs for å få samlet nødvendig data, for deretter å velge ut personer fra målgruppen som skal være deltakende i undersøkelsen (ibid.).

### **Rekruttering av informanter**

Vi valgte ut hvem vi skulle intervju ut i fra egne bekjentskap innen praksisfeltet og fra tidligere møter med profesjonelle, samt at vi hadde informasjon om hvem som jobbet med dette emnet og kunne velge å kontakte informanter ut i fra det. Vi kontaktet våre tidligere praksisplasser for å innhente informanter, vi brukte telefonkatalog og internett for å finne telefonnummer til noen informanter vi visste jobbet med ungdom, og vi fikk også tips om hvem vi kunne kontakte for å be om informasjon og av dette fikk vi en slags snøballeffekt. Snøballmetoden går ut på at informanter rekrutteres ved at forskeren forhører seg med personer som har informasjon om temaet som skal undersøkes. Disse personene kan videre henvise til andre informanter som kan være med i undersøkelsen (Christoffersen m.fl. 2010). Vi kontaktet informanter via telefon og e-post. Ulempen med å kontakte via e-post var at det tok mye av vår tid å avtale møter. Når vi ringte kom vi i direkte dialog og fikk raskere avtalt møter med informantene. Via telefon og e-post informerte vi informantene om hvordan vi skulle gå fram i intervjuene, og at det ville bli brukt lydopptak under intervjuet. Vi utformet så et informert samtykke som vi sendte informantene elektronisk. Dette måtte de skrive under på og enten returnere pr. e-post eller gi til oss dagen av intervjuet, slik at de skulle vite at de forholdes anonyme i vår oppgave, og for at de skal være kjent med sine rettigheter, samt at vi trengte deres samtykke for å bruke lydopptak til oppgaven og til å kunne bruke det de har formidlet i intervjuene.

Det kan være vanskelig å avgjøre hva som kommer til å være nok intervjuer. Noen hevder at det kan gjennomføres intervju til det ikke er mer informasjon å innhente. Med begrenset tid til rådighet, som er tilfellet i studentprosjekter, kan det være nødvendig å begrense seg til mindre enn 10 intervjuer. I vanlige utvalg til en undersøkelse vil man forholde seg til 10-15

informanter (Christoffersen m.fl. 2010). Vi valgte å bruke fem informanter, det var mest hensiktsmessig i forhold til tiden vi hadde til rådighet, men vi ville få frem forskjellige synspunkter vi trengte til oppgaven. Intervjuene varte fra 30-60 minutter. Vi har intervjuet to miljøterapeuter, to ledere i institusjon og en behandler i spesialhelsetjenesten/psykiske helsevern. De to miljøterapeutene har begge erfaring fra psykiatrien, men jobber begge i to forskjellige institusjoner med ungdom. Den ene institusjonen følger paragrafene for frivillig opphold i institusjon og den andre opplever både tvang og frivillige innleggelses. Den ene er utdannet barnevernspedagog og den andre er utdannet sosionom med videreutdanning i kognitiv atferdsterapi. Begge har møtt selvskading i psykiatrien og en av dem sier de toucher en del inno m det nå og da i sin nåværende jobb. De to lederne har lang erfaring med selvskading innenfor yrket. De er begge utdannet barnevernspedagog, men den ene har videreutdanning i miljøterapi, kognitiv atferdsterapi og ledelse, mens den andre har masse erfaring etter flere år i arbeid. De jobber i to forskjellige institusjoner der den ene har bare frivillige innleggelses og den andre opplever tvang og frivillige innleggelses. Behandleren er utdannet sosionom med klinisk videreutdanning i barne- og ungdomspsykiatri, kognitiv terapi og traumeterapi, og arbeider i dag i spesialhelsetjenesten.

*”Hvordan preges datainnsamling av at forsker og informant har samme kjønn, eller at den ene er mann og den andre er kvinne?” (Thagaard 2009:200)*

Intervjuer der en kvinnelig forsker intervjuer en mannlig informant kan preges av kjønnsdikotomisering. Det betyr at den mannlige informanten får fram kjønnsforskjellen mellom seg selv og forskeren og at han kan ta kontroll over intervjuet for å få fram sin egen maskulinitet (ibid.). Vi opplevde at en mannlig informant tok føringen av intervjuet, og dette gjorde at vi fikk noen uklare svar på våre spørsmål. Etter intervjuene hørte vi gjennom lydopptak og brukte en god del tid på transkribering. Vi tok for oss intervjuguiden vi hadde utformet til intervjuene og bestemte oss for å ta utgangspunkt i spørsmålene som overskrifter i analysen. Vi brukte mye tid på analysen, den ble for lang og måtte komprimeres. Vi hadde tatt for oss for mange funn. Vi måtte bruke færre og mer konkrete funn og vi tok ut det vi følte kunne belyse vår problemstilling på best mulig måte. Det viste seg å være veldig få konkrete funn, dette kan ha en sammenheng med at vi har intervjuet personer med lik yrkesbakgrunn og bare én behandler fra spesialhelsetjenesten. Da vi skulle belyse problemstillingen med intervju fra profesjonelle trodde vi at vi skulle få levert alle svar vi trengte under intervjuene, men det gjorde vi ikke, for ingen hadde de konkrete svarene vi var ute etter, ingen kunne gi en fasit på det vi spurte om. Vi så derfor når vi skrev analysen, at det ble vanskelig å systematisere svarene på grunn av resultatene vi satt på etter intervjuene. Det var ingen



enighet om arbeidsmetode, derfor ble det mye rot i våre ferdige dataresultater. Det er uklart hvordan feltet vil gå fram i forhold til å arbeide med selvsikring - et uryddig felt skaper uryddige data hos oss som forskere. Selvsikring er et fenomen det er vanskelig å definere, derfor kan det bli mye forvirring i feltet (Øverland 2006). Vi systematiserte funnene våre og drøftet dem opp mot teorien vi har skrevet i oppgaven, og delte analysedelen av oppgaven inn i flere underkapitler for å markere hvert spørsmål vi hadde stilt informantene i intervjuene, så valgte vi ut sitater som kunne belyse hvert spørsmål på en god måte og samtidig brukes til drøfting med hva andre informanter hadde sagt.

## **2.2 Validitet og reliabilitet**

Validitet kommer av det engelske ordet validity, som betyr gyldighet. Reliabilitet kommer av det engelske ordet reliability, og betyr pålitelighet. Gyldighet vil si at det vi måler er det vi ønsker å måle, mens pålitelighet handler om hvorvidt vi kan stole på informasjonen vi samler inn (Jacobsen 2005).

Reliabilitet og validitet ble sikret gjennom at vi i intervjuene sørget for å snakke med personer med faglig kompetanse og erfaring innenfor feltet, og vi brukte lydopptak for å sikre datainnsamlingen og kvaliteten ytterligere. Når forsker bruker lydopptak i intervju kan ikke forskeren rekonstruere hva informanten sier, man får et grunnlag for å utvikle data som er mer pålitelig med at man kan bruke sitater fra intervjuet (Thagaard 2009).

Intervjuene foregikk på informantenes arbeidsplasser, bortsett fra ett intervju – da kom informanten til oss. Hvor intervjuet gjennomføres kan ha innvirkning på resultatet i et individuelt intervju; hvordan er vår tilstedeværelse i intervjuet – intervju effekt; kan skape spesielle resultater. Hvor foretas intervjuet - kontekst effekt; kan også skape spesielle resultater (Jacobsen 2005). Hvis forskeren kjenner miljøet informanten arbeider innenfor kan han eller hun få et bedre grunnlag for å forstå fenomenet som forskes på, men å kjenne til miljøet kan også gjøre at forskeren overser nyanser i situasjonene som studeres og ikke ser forskjellene fordi man tolker fra egne erfaringer innad i miljøet. Hvis forskeren ikke kjenner miljøet er det ingen selvfølge å forstå situasjoner som i utgangspunktet er ukjente (Thagaard 2009). Noen av våre informanter ble innhentet via bekjentskap, dette kan påvirke studien. Det kan ha påvirket intervjuet og ha gjort noe med spørsmål og de svarene man har fått, selv om vi har prøvd å holde det så likt som mulig, kunne ikke enkelte forskjeller unngås. Dette kan dermed ha påvirket oppgavens reliabilitet. I kvalitativ forskning er det ikke relevant hvilken konsistens det er mellom de ulike undersøkelsessituasjonene, mener Thagaard (2009). Hun forklarer videre at selv om noe skal undersøkes flere ganger, kan ikke en forsker opptre på

akkurat samme måte hver gang og få de samme resultatene i sin undersøkelse. En forsker vil ha forskjellige reaksjoner på alle informanter, også ut fra tidspunkt undersøkelsen gjøres på kan forsker opptre annerledes på samme informant. Hvis man prøver å opptre så likt som mulig i gjentakende situasjoner, vil man miste informasjon som kan være av betydning for undersøkelsen (ibid.). I intervjuene opplevde vi å sitte tett over et lite bord inne på kontoret til informanter, men også å sitte inne i et stort møterom – noe vi opplevde på vårt første intervju, noe vi følte skapte en litt større avstand til informanten og ble litt mer formelt. Dette kan derimot være en trygghet for informanten som er på sin arbeidsplass og får oss litt mer på avstand. Inne på kontor føltes det litt mer samlet og trygt. Vi har kvalitetssikret transkriberinger, ved å lese gjennom og sjekket at det stemmer med de data vi har samlet inn. Vi har ikke bare analysert hva informantene sier, men hvordan de sier det, vi har altså analysert både innholdet i intervjuene og formen.

### **2.3 Analysen**

Overskriftene vi har brukt i oppgaven kommer fra intervjuene vi hadde. Vi har fulgt spørsmålene vi lagde til intervjuguiden, valgte ut hovedspørsmålene og brukte dem som overskrifter for å presentere funnene i analysen. Vi ville ha svar på hvordan profesjonelle jobbet med ungdom som selvskader og følte de overskriftene vi har valgt representerte dette på best måte. Ut i fra intervjuene fikk vi også en ny overskrift, om samtale med ungdom. Dette var ikke et spørsmål i utgangspunktet, men det kom naturlig i fra de fleste informantene når det ble snakk om arbeidsmetoder, derfor ble det også en naturlig del av oppgaven.

### **2.4 Etiske aspekter**

*”Etikk dreier seg om prinsipper, regler og retningslinjer for vurdering av om handlinger er riktige eller gale”* (Christoffersen m.fl. 2010:89).

Det er en etisk problemstilling når det man forsker på direkte berører mennesker, enten gjennom intervju eller observasjon (Christoffersen m.fl. 2010). Selvskading er et sårbart tema for dem som selvskader. Fagpersoner forholder seg til selvskading som profesjonelle som skal yte bistand og behandling, derfor vil de ikke berøres på et privat plan og være sårbare i den forstand i forhold til studien. Informantene ble forklart hvordan intervjuet skulle foregå, vi lagde også et informert samtykke som også sikret informant og arbeidsplass fullstendig anonymitet. Dette gjør også våre informanter oppmerksom på sine rettigheter i forhold til at de stiller opp i intervju, samt at de blir tatt opp på lydopptak.

### 3.0 Ulike behandlingstilnæringer

*”Ulike behandlere har gitt ulik behandling, og selvskading har blitt behandlet som andre psykiske lidelser og fenomen uten at det nødvendigvis har vært dokumentert at denne behandlingen i seg selv hjelper mot selvskading. Mange behandlere har dessuten funnet at tilnæringer fra forskjellige tradisjoner gir de samme resultatene”.*

(Øverland 2006:187)

#### 3.1 Behandlingsformer

Behandlingsformene som ble benyttet før var mer preget av forskjellige skoleretninger med lite kontakt med hverandre. I dag er det en økt fokus på hvilken dokumentert effekt behandlingsformene har i forhold til hvilken lidelse det gjelder (Øverland 2006). For pasienter med selvskadingsproblematikk er det med årene utviklet flere behandlingsformer rettet mot selvskading. Noen av disse tilnærmingene er rettet mot behandling av personlighetsforstyrrelse og selvskading, og andre mot selvskading ”alene” (Emnebibliotek psykisk helse 2007). I følge Mehlum & Holseth (2009) er kunnskapsgrunnlaget for behandlingsformer av selvskadende ungdom nokså svakt i forhold til hvor effektiv behandlingen er. Men det er noen behandlingsmetoder som utpeker seg lovende og disse er; dialektisk adferdsterapi, mentaliseringsbasert terapi, multisystemisk terapi og skjemafokusert terapi (ibid.). Hvorvidt behandlingsformene retter deg spesifikk mot selvskading eller mer generelt til villet egenskadeproblematikk, varierer (ibid.). Øverland (2006) henviser også til dialektisk adferdsterapi og mentaliseringsbasert terapi som aktuelle i behandling av moderat og alvorlig selvskading. I tillegg til dette viser Øverland (2006) til adferdsterapi, psykodynamisk terapi, og overføringsfokusert terapi som en del av behandlingsformene (ibid.). Det er gjort studier rettet mot gjentatt selvskading hos pasienter med personlighetsforstyrrelser, som viser til en reduksjon av selvskade ved bruk av dialektisk adferdsterapi og mentaliserbart terapi som behandlingsmetode. Men hvilken av disse metoder som er best og hvilken behandling som gir best effekt er fortsatt uvisst (Urnes 2009). Siden 1990-tallet har kognitiv terapi fått mer fokus i poliklinisk behandling og i institusjonsbehandling. I dag finnes det flere kognitive modeller for å forstå og behandle voksne og ungdom som driver med selvskading (Martinsen og Hagen 2012). Noen av disse behandlingsformene som er mest vektlagt i litteratur blir beskrevet nedenfor i teksten.

#### **Kognitiv Adferdsterapi (KAT)**

*”Å behandle ungdom som skader seg, er krevende. På tross av dette har man innenfor kognitiv atferdsterapi i løpet av de siste årene utviklet og tilpasset flere metoder til hjelp for ungdom som skader seg. Det er et håp om at den økende interessen, både for kognitiv atferdsterapi generelt og for selvskading spesielt, dermed vil føre til at flere ungdommen får den hjelpen de fortjener” (Øverland 2012:215).*

I kognitiv atferdsterapi forholder det teoretiske grunnlaget seg til to hovedprinsipper som samler seg i det som kalles ”den kognitive trekanten”. I den kognitive trekanten finner vi tre komponenter som er tanker, atferd og følelser. Disse tre komponentene er det som gjør at vi mennesker reagerer forskjellige på ulike hendelser. De tre komponentene har alltid en gjensidig påvirkning på hverandre, noe som betyr at hvis det er endring i én av komponentene som for eksempel tanker, vil de to andre komponentene atferd og følelser også bli påvirket av dette (Hagen og Martinsen 2012).

Behandlingstilnærmingen i kognitiv atferdsterapi er strukturert og for hvert møte eller hver behandlingstime blir det fulgt en fastsatt struktur som gjentas i hele behandlingstiden. Strukturen går ut på at for hver time en skal ha skal det legges en plan og det skal være terapeutisk gjennomgang av det tema som er fastsatt i planen. Målet er at ungdommen skal forstå hva som opprettholder det eventuelle problemet og når de har forstått det, kan de aktivt være med i sin egen endringsprosess. Det fokuseres på at ungdommen skal lære seg nye måter å tenke på når de har fullført behandling innenfor KAT, slik at de kan være ”sin egen terapeut” hvis de skulle komme i situasjoner der det trengs. Disse nye måtene å tenke på betyr at ungdommen skal lære seg å identifisere, evaluere og reagere annerledes på de negative tankene som kommer, og ut i fra dette handle på andre måter enn tidligere. (Hagen og Martinsen 2012). Noe de kognitive atferds terapeutiske metodene har til felles er at de får frem hvor vanskelig det kan være med god arbeidsallianse, samtidig som de får frem hvor viktig den arbeidsalliansen er. Terapeuten er alltid den som skal ta et avgjørende valg i forhold til strategier og teknikker som skal brukes for å få best resultat av behandlingen (ibid.).

*”Med strategi menes en overordnet plan for hva som skal gjøres, og hvordan målet skal nås. Tilnærminger eller teknikker viser til virkemidler som brukes underveis for å evaluere planen og nå dette målet.” (Øverland 2012:205)*

Det er i dag godt dokumentert at disse tre behandlingstilnæringer har god effekt på symptomer som retter seg mot selvskadingsproblematikk (Øverland 2012): Dialektisk atferdsterapi (DBT), Skjemafokusert terapi (SFT) og Multisystemisk terapi (MST). ”Dialektisk atferdsterapi er en tredjegenasjons kognitiv atferdsterapi” – det betyr at det er en terapitilnærming som vektlegger faktorer rundt en hel kontekst, mer enn i tidligere behandling. Det er utviklet en egen versjon av Dialektisk atferdsterapi (DBT-A) for ungdom og deres familier som skader seg med suicidale hensikter og uten suicidale hensikter. Det er også laget egne versjoner av det til institusjonsbehandling. Skjemafokusert terapi (SFT) er spesielt tilpasset til behandling av klienter med personlighetsforstyrrelser, og vurderes nå som lovende i behandling av ungdom som selvskader. Multisystemisk terapi (MST) er familiebasert og miljøbasert. Det er i utgangspunktet utviklet for ungdom med alvorlige atferdsproblemer. Det vektlegges mye tilgjengelighet til terapeuten og direkte arbeid mot ungdommens familie, nettverk og skole (ibid.).

### **Dialektisk adferdsterapi (DBT)**

Denne metoden er utviklet av Marsha Linehan, professor i psykologi med mange års terapierfaring med alvorlig og selvskadende personlighetspatologi (Gunde 2006). Dialektisk adferdsterapi var den første behandlingsformen rettet mot pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, og selvskading eller selvmordsproblematikk som var dokumentert effektivt som behandlingsform (Øverland 2006). Dialektisk adferdsterapi er en form for kognitiv adferdsterapi tilpasset en spesiell målgruppe, der idealet er at behandler og pasient jobber mot et felles mål. Som i kognitiv adferdsterapi består DBT av kunnskaper fra adferdsterapi, kognitiv terapi og læringsteori. I tillegg til innslag av disse elementene brukes det teknikker som Sokrates stillende spørsmål (ibid.). Dette er ”*spørsmål som er formulert slik at man tvinges til ettertanke og omprøving av tidligere oppfatninger*” (Egidius 2000 :473).

I denne terapiformen blir pasienten betraktet som ekspert på seg selv og behandler som ekspert i utøvelse av terapien med en, her-og- nå orientert fokus i løpet av behandlingsforløpet (Øverland 2006). Dialektisk atferdsterapi handler om å styrke emosjonelle ferdigheter ved å endre emosjonell sårbarhet, og bli oppmerksom på hva som utløser disse følelsene i relasjon med andre mennesker (Urnes 2009). Dialektisk atferdsterapi tar for seg to ulike aspekter i behandlingen, der den ene er fokus på *forandring* ved å benytte kognitive og adferds terapeutiske teknikker og den andre er *Akseptering* ved å benytte humanistisk psykologi og zen-meditasjon (Egidius 2000). Disse perspektivet forstås gjennom

en utvikling av motsatte synspunkter der pasienten må lære seg å finne disse balanserte løsninger enn å gjøre ekstreme handlinger som å skade seg selv. Målet i første fase av behandlingen er å redusere selvskadingen og selvmordsforsøk ved å bruke ulike teknikker, som, for eksempel skrive dagbok og gjøre hjemmeoppgave slik at dette kan bidra til å løse pasientens dialektiske dilemmaer (Øverland 2006). En forutsetning for at pasienten kan løse sitt dialektiske problem er at man gjennomfører diverse øvelser bestående av ferdighetstrening i gruppe, individuell terapi, telefonkontakt og teamarbeid. Ferdighetene pasienten skal lære seg, deles opp som fire moduler med øvelser i ”affektregulering”, ”frustrasjonstoleranse”, ”mindfulness” og interpersonlig ferdigheter (*medmenneskelige ferdigheter*)” (ibid.).

### **Psykodynamisk terapi**

*”Utrykket psykodynamisk brukes som betegnelser på teorier som forklarer adferd som et konfliktfylt samspill mellom behov, følelser og rasjonelle overveielser”* (Egidius 2000:411). Psykodynamisk terapi tar utgangspunkt i pasientens symptomer fra hendelser i barndommen som bunner i en ubevisst og uløst konflikt. Målet med behandlingen er at pasienten skal få innsikt i disse ubevisste konfliktene (Øverland 2006). Derfor er det sentrale i denne terapiformen å hjelpe pasienten til å øke innsikt om seg selv og sine relasjoner til andre slik at de fortrenge konfliktene reduseres (Egidius 2000).

### **Mentaliseringsbasert terapi (MBT)**

MBT en psykoanalytisk orientert behandlingsform som er utviklet for personer med borderline personlighetsforstyrrelser. MBT har likhetstrekk med dialektisk adferdsterapi med fokus på relasjon og bruk av teknikker (Øverland 2006). Begrepet mentalisering viser til en prosess der man tolker egne og andres adferd utfra eget perspektiv (ibid.). *”Mentalisering handler om å forstå seg selv og andre ut fra mentale tilstander som tanker, følelser, impulser og ønsker”* (Wallroth 2011:11). Mentalisering kan også være å *tenke* om følelser og *føle* om tanken, som forklarer at det ikke bare dreier seg om tanker men også om følelser. Målet med behandling er å gjøre pasienten i bedre stand til å regulere følelser og samspill med andre ved å oppdage egne og andres mentale tilstand og behov (Øverland 2006). Øverland (2006) nevner at mentaliseringsbasert terapi synes å ha gode resultater for behandling av selvskading generelt, men rettet mot ungdom med selvskading er det ennå ingen dokumentert effekt med bruk av MBT som behandlingsmetode (ibid.).

### 3.2 Miljøterapi

Garsjø (2010:145) definerer miljøterapi som ”en systematisk og gjennomtenkt tilrettelegging av miljøets psykologiske, sosiale og materielle/fysiske betingelser i forholdt til individets og gruppas behov”. Ved en slik tilrettelegging kan muligheten for læring, mestring og personlig ansvar styrkes (ibid). I følge Øverland (2006) handler miljøterapi om å ”bruke naturlig samhandling i et avdelingsmiljø som en kilde til terapeutisk endring” (Øverland 2006:205). Det kan variere hvordan miljøterapien fungerer i praksis ut i fra institusjonens ideologi. Omsorg og behandling blir brukt som en del av miljøterapien (Garsjø 2010).

#### Miljøterapeutiske prinsipper

I institusjonsbehandling for ungdom har miljøterapeutiske prinsipper blitt brukt både i psykisk helsevern og innenfor barnevernet. Miljøterapeutiske prinsipper vektlegger viktigheten av avdelingens miljø for pasientens bedring. Innenfor psykisk helsevern er Gundersons modell mest benyttet. Denne modellen er utviklet ut i fra hvilken tilnærming man bør benytte ut fra forskjellige stadier, og består av ulike nivåer etter pasientens funksjonsnivå (Øverland 2006).

*”Disse nivåene er beskyttelse (for eksempel ved skjerming og fastvakt), støtte (for eksempel ved omsorg og enkle aktiviteter), struktur (for eksempel ved klare rutiner og tilbakemeldinger), engasjement (for eksempel ved aktivisering) og bekreftelse (for eksempel ved å hjelpe pasienten til å forstå sine symptomer)”.* (Øverland 2006:207).

Gunderson sykepleierprinsipper om hvordan miljøpersonalet skal forholde seg til selvskadingen:

**”Forhold deg til skadene.** Hvis det er nypåførte sår, så vis at du har bekymring for disse. Selv om det er selvpåført sår, betyr det ikke at det ikke gjør vondt eller kan være skremmende. Ved å vise bekymring for dem formidler vi et budskap om at skaden betyr noe og fortjener stell.

**Fortrolighet.** Respekter taushetsplikten. Unngå at du styrter av gårde i panikk for å informere andre om selvskadingen. Husk: Hun har sannsynligvis skadet seg i det skjulte allerede, og er fremdeles i livet! Å bryte taushetsplikten kan ødelegge tillitten og gjøre det mer sannsynlig at personen skjuler sin selvskading igjen, og blir forsiktig med å søke hjelp.

**Forsiktig utspørring.** Oppfordre pasientene til å snakke om noen av de følelsene og opplevelsene som ligger bak selvskadingen. Mange har et ønske om at noen skal spørre om hvorfor de skader seg selv og at noen virkelig lytter og bryr seg!

**Respekt og forsikring.** Bekreft at selvskadingen kan være en måte å overleve på. Forsikre pasienten om at du forstår hvor skremmende det kan være for dem å leve uten selvskading, og at du ikke vil hindre denne mestringsstrategien.

**Akseptering.** Gjør det klart at det er greit å snakke om selvskadingen. Det er noe avdelingen kjenner til og kan ta imot.

**Anerkjennelse.** Anerkjenn hvor vanskelig det kan være å snakke om selvskading, og hvor mye mot det krever å gjøre det.

**Bekymring.** Forsøk å formidle at smerten som ligger bak selvskadingen er noe avdelingen ønsker å forstå.

**Forståelighet.** Gjør det klart at selvskading er noe som kan forstås, at det finnes årsaker, og at det er noe også andre kan ty til når de har hatt vanskelige opplevelser.

**Håp.** Mennesker kan tro at de er fanget i å måtte skade seg selv, og at de aldri vil kunne slutte. Målet er å forsikre dem om at det er mulig å slutte, at mange har greid det, men at det er ok å gjøre det i sitt eget tempo.

**Behold roen.** Ikke forhast seg med å sende pasientene over til andre, det kan føre til at hun føler seg avvist eller at hun har for store vansker til at noen orker å hjelpe henne. Du tilbyr noe verdifullt her og nå ved å være der å lytte” (Gunderson 2006:2010, Øverland 2006:210 vår utheving).

### **Behandler møter selvskading**

Pasienter med selvskadende adferd anses ofte for å være vanskelig å forstå, håndtere og behandle (Åkerman 2010). Mehlum og Holseth (2009) henviser til rapporter fra selvskadere som har blitt møtt med avvising og kritiske kommentarer fra helsepersonell (ibid.).

For at behandler skal kunne vise forståelse og ha en empatisk holdning til pasienter er det viktig at behandler har innsikt i hvilken funksjon selvskadingen har for pasienten. De ulike funksjonene kan for noen være en måte å lindre sterke følelser på, og for andre kan det gi en følelse av kontroll over seg selv, og for noen å straffe seg selv eller et uttrykk for behov av hjelp fra omverden (Urnes 2009). Åkerman (2010) mener at behandling av selvskading må tilpasses til hver enkelt individ, ettersom en selvskader ikke en lik gruppe, men en gruppe fra forskjellige samfunnsklasser og med forskjellig bakgrunns problematikk. Personalgrupper deles ofte i to med hvordan man skal forholde seg til mennesker som selvskader. Den ene gruppen ønsker å fokusere på mer struktur, flere grenser og mer overvåkning, mens den andre gruppen fokusere på omsorg og kjærlighet (Åkerman 2010). Øverland (2006) påpeker at man skal unngå en for raske klassifisering i møte med mennesker med psykisk smerte, men heller møte dem med åpenhet. I tillegg til å vise forståelse og ha et ønske om å hjelpe



ungdommen, må en også kunne beherske teknikker og behandlingsformene (ibid.). En ikke-spesifikk terapeutisk faktor er avgjørende for effekten av behandling. Et eksempel på dette kan være at behandler fremtrer som en dyktig terapeut ved å ikke fremstille seg selv bedre enn han er, men heller prøve å tilpasse seg til hver enkelt pasient for å skape trygghet, slik at det oppstår en god relasjon mellom behandler og pasient (Øverland 2006).

### **Fremgangsmåte for behandler i en selvskadende situasjon**

Åkerman (2010) beskriver ved hjelp av eksempler hvordan man bør håndtere en selvskadende handling, og hvilken fokus selvskading bør ha i en slik situasjon. Her skal man ikke gi ekstra oppmerksomhet til selvskadingen med, for eksempel å si

*”Hadde du det virkelig så vondt? Får jeg se hvordan såret ser ut? Å, det der ser virkelig alvorlig ut, kom, så går vi og bandasjerer det”. Man skal heller ikke fremtre ekstra negativt med for eksempel å si, ”Det der trengte du vel ikke å gjøre! Jeg trodde faktisk du hadde kommet lengre enn som så. Ser du ikke hvor fortvilet foreldrene dine blir av dette her? Og hvorfor kommer du til meg, du har jo allerede løst det på din egen måte? Ta dette plasteret her, du kan bandasjere deg selv”. Det man bør gjøre i en slik situasjon er å prøve å oppmuntre til andre løsninger ved å reagere vennlig og bestemt. Det man bør si til den selvskadene personen er: ”Jeg ser at du har skadet deg og forstår at du har det vanskelig, men jeg vet også at selvskading i lengden gjør mer skade enn nytte. Derfor er det veldig viktig at vi sammen finner ut hva vi skal gjøre for at du skal klare å slutte. Neste gang kunne du kanskje komme til meg allerede før det skjer noe? Jeg skal gjøre mitt beste for å være tilgjengelig, og lytte og støtte deg hvis du gir meg en sjanse”.* (Åkerman 2010:170)

Avslutningsvis forteller Åkerman (2010) at en selvpåført skade bør behandles som hvilken som helst type skade. Selvskaden skal bør ikke ”straffes” med en kald og uvennlig opptreden der man ber den selvskadene personen bandasjere seg selv. Det samme gjelder med å ikke gi for mye omsorg rettet mot skaden, siden den er selvpåført. Etter en slik hendelse er det viktig å snakke sammen, for å unngå at dette skal skje igjen (ibid.).

### **3.3 Behandlingsinstitusjoner**

“Det finnes i dag ingen dokumentasjon for at institusjonsbehandling har effekt på selvskading i seg selv. Unntaket er dersom institusjonsbehandlingen gjennomføres som en integrert del av poliklinisk behandling med evidensbaserte

behandlingsmetoder, for eksempel Dialektisk atferdsterapi”. (Hagen & Martinsen 2012:202)

### **3.3.1 Behandling i psykisk helsevern**

Institusjoner innen psykisk helsevern er ofte sammensatt av et tverrfaglig team med felles retningslinjer for hvordan de skal håndtere ulike problematikk. Derfor vil en slik sammensetning av fagpersonell gi pasienten en intensivt og høykompetent behandling. Med et slikt tilbud kan tiltakene rundt ungdommene gjøres mulig for å samordne med andre instanser, og raskt etablere planer for videre behandling. Pasienter blir som regel henvist videre til en poliklinikk etter et opphold innenfor psykisk helsevern der psykoterapi er en vanlig behandlingsform. I tillegg er det blitt mer vanlig å danne en individuell plan for pasienter der ulike instanser blir trukket inn (Øverland 2006).

### **3.3.2 Behandling i barnevernsinstitusjon**

En barnevernsinstitusjon har som overordnet mål å gi omsorg, oppdragelse og opplæring for barn og unge som barneverntjenesten har overtatt omsorg for (Garsjø 2010). Målet videre for institusjonsoppholdet er å bygge nettverk, skape relasjoner til foreldre, venner, skole, nærmiljø og samhandlingspartnere. De fleste institusjoner arbeider etter miljøterapeutiske prinsipper som vektlegger trygghet, trivsel og utvikling. Ut i fra institusjons målsetning kan tiltakene deles inn tre kategorier; *Omsorg, opplæring og behandling*. I praksis vil ofte disse kategoriene overlape hverandre, noe som gjør det vanskelig å skille mellom omsorg og behandlingstilbud (ibid.). Garsjø (2010) påpeker at det er viktig å være bevisst på forskjeller i behandling rettet mot barnevernsinstitusjoner og behandlingsinstitusjoner, ettersom behandlingsinstitusjoner ofte arbeider med konfliktløsning og atferdsendring. For noen institusjoner kan skillet mellom behandling og omsorg være vanskelig å forstå i hvilket ansvar man har (ibid.).

## **4.0 Analyse og drøfting**

I denne delen av oppgaven blir funnene presentert i seks deler. Den første delen tar for seg informantenes holdninger og forståelse av fenomenet selvskading. Den andre delen presenteres hva som er viktig å ta hensyn til med selvskadende ungdom. Den tredje delen tar for seg hva oppmerksomheten til de profesjonelle rettes mot i en selvskadende situasjon. Den fjerde delen presenterer hvordan framgangsmåten i en samtale foregår. Den femte delen belyser behandlingstilnærminger.

## 4.1 Forståelsen av selvskading

Det ble stilt spørsmål for hva informantene tenker når de hører ordet selvskading. Dette spurte vi for å finne ut om det er ulike tanker og forståelser rundt dette fenomenet.

*”et behov av ulike årsaker for å skade seg selv på ulike måter. Det er en psykologisk måte å tenke på som gir seg utslag som gir et behov for å overføre det psykiske til det fysiske. En slags overføring av smerte som blir for vanskelig å takle psykisk, så man er nødt til å ha det fysiske som er lettere å forholde seg til”.*

Informanten forklarer at det kan være forskjellige grunner til at man skader seg, og måten en skader seg på kan være forskjellig. Hvordan man håndterer denne indre smerten kan gjøres ved å flyttes fokus fra tankene til kroppen. Dette kan være noe som oppleves vanskelig som gis uttrykk i for eksempel kutting eller risping på kroppen. Derfor vil en fysisk smerte være noe som kan være letter å forholde seg til enn tunge tanker. Urnes (2009) henviser til hvilken funksjoner selvskading kan ha. For noen kan dette være en måte å dempe sterke følelser på, som kan forstås slik informanten forklarer *”å overføre det psykiske til det fysiske”* for å dempe de sterke følelsene man har. *”Selvskading kan være så mye. Jeg tenker at selvskading er mer enn å bare skjære seg i armer eller ben. Det kan kyttes til rus eller seksualisert adferd og sette seg selv i farlige situasjoner”.* Informanten forteller at selvskading kan være mye forskjellig. Den kan knyttes til mer enn å bare skade kroppen sin. Det informanten forteller henviser til hva Øverland (2012) sier om forskjellige former for selvskading. Tradisjonelt sett blir selvskading betraktet som skade på hudoverflaten, men den kan være så mye mer. Noe typer selvskading kan være å forgifte seg selv, lage blåmerker på kroppen eller utsette seg selv for ulykker/fare. Noen ganger kan den også gis til uttrykk i seksualisert adferd. Dette forklarer også Sommerfeldt og Skårderud (2009) som snakker om direkte selvskading og ikke – direkte selvskading. Her omtales det å sette seg i fare, rusmisbruk eller spiseforstyrrelser som ikke-direkte selvskading og påføre kroppen skade på kroppen med smerte eller sår som direkte selvskading.

*”Sånn som jeg tolker det, så er det flere former for selvskading. Noen selvskader fordi det kanskje er noe som en periode er ”in” som i ”emotida” da mange skulle kle seg i svart og rispe seg å håndleddet. Mens at noen selvskader fordi det er et uttrykk for hjelp, og at de gjerne synes det er bedre å kjenne på den fysiske smerten i stede for den psykiske smerten.”*

Her forteller også informanten at selvskading kan være mye forskjellig og den kan være et uttrykk for hjelp. Selvskading kan forstås som noe kulturelt, eller noe som oppstår innen ungdomskulturen. *”min forståelse er at det er en kommunikasjonsform for noe, et tegn på at man ikke har det bra. At det er noe man sliter med, det er vel det første jeg tenker.”*

Forståelsen informanten har om selvskading er at den fungerer som en kommunikasjonsform for å formidle til omverden at man ikke har det bra. En synlig skade på kroppen som for eksempel kutt, kan være en måte å formidle at man ikke har det bra. Som Urnes (2009) forklarer kan selvskading være et uttrykk for hjelp fra omverden. Forståelsen av selvskading er kompleks på mange måter siden selvskading kan oppstå i så ulike former kan derfor forståelsen av den være svært ulik. De fleste informantene forteller det finnes flere former for selvskading. Selvskading kan forstås som å sette seg selv i fare og kan knyttes til rus eller seksualisert adferd. Noen ser på selvskading som en kommunikasjonsform og andre forstår det som noe som oppstår innen ungdomskulturen. Det kan også betraktes som en fysiske smerten som er bedre å kjenne på enn den psykiske smerten. Som en informant forklarer kan *”selvskading kan være så mye...”*.

#### **4.2 Hva er viktig å ta hensyn til i møte med ungdom som selvskader**

Vi spurte informantene hva som var viktig å ta hensyn til i møte med ungdom som selvskader. Dette gjorde vi for å finne ut om det er noe spesielt de må ta hensyn til når det retter seg om selvskadingsproblematikk.

*”.....eh jeg tenker at et utgangspunkt er det samme som gjelder uavhengig av hva slags problematikk og utfordringer ungdommen kommer med. At man ikke ledes inn i avvising eller avsky, uavhengig av problematikk. Klare å vise respekt, inntoning og forståelse. Etablere en relasjon, ikke den misforståtte utgaven av relasjon. Mange misbruker ordet relasjon. Man må være åpen og ærlig ovenfor klienten, og si det man ser hva vedkommende gjør og hva vedkommende har gjort.”*

Denne beskrivelsen sier noe om hvordan man skal møte ungdommen på en lik måte. Uansett type problematikk som ligger til grunn skal man prøve å forstå behov og se adferden som ligger bak. *”At man ikke ledes inn i avvising eller avsky”* I dette utsagnet kan man anta det handler om hvilken holdning det rettes mot ungdommen. Som henviser til hva Øverland (2006) sier om å møte mennesker som har det vanskelig med åpenhet, istedenfor å klassifiserer dem på bakgrunn av hva de sliter med. Når informanten forteller å være åpen og ærlig med klienten kan man anta det handler om å bekrefte ungdommens problematikk. Det

som ligger i betegnelsen inntonning kan være elementer fra en *ikke terapeutisk faktor*. Denne faktoren vektlegger hvordan man fremtrer som en dyktig behandler ved å tilpasse seg til hver enkelt pasient. En måte å tilpasse seg på kan, for eksempel være hvis pasienten er energisk, da kan behandler prøve å tilpasse seg til det samme energinivå. På denne måten skapes det trygghet som kan bidra til en god relasjon mellom behandler og pasient (Øverland 2006). ” *Etablere en relasjon, ikke den misforståtte utgaven av relasjon*. Hva informantene mener med en misforstått relasjon forklares nærmere med;

*”Mange sosialarbeidere skjuler sin egen vegring bak utsagnet som: jeg må jobbe med min relasjon til klienten, og dette er ofte pisspreik.. sånn som jeg ser det er det ofte et skalkeskjul for at man ikke vet hva man skal gjøre, eller for at man ikke tørr å gå inn i situasjonen(...)”*

Ut i fra informantens beskrivelsen kan en ”misforstått relasjon” tolkes som en unnskyldning for å ikke være ærlig og åpen med ungdommen. En av Gundersons miljøterapeutiske prinsipper handler om å gi bekreftelse som kan være med å hjelpe pasienten å forstå sine symptomer (Øverland 2006).

*”det viktigste er å gi de masse omsorg og oppmerksomhet i de settingene der de er tilgjengelig og der de er på sitt beste. Prøve å møte dem når de er på topp og være med på å forsterke det.”*

Informanten fokuserer på å gi omsorg og oppmerksomhet der ungdommen er tilgjengelig. Dette kan bety at personalet tilbringer tid sammen med ungdommen på deres arena, som kan for eksempel være i en institusjon. ”*der de er på sitt beste*” som kan bety når ungdommen har en bra dag og ikke skader seg selv. Deretter så kan man være med på å forsterke de gode dagene for å redusere det som kan oppleves som negativt. Denne måten å jobbe på kan være elementer fra miljøterapien som bruker samhandling i et avdelingsmiljø som en forutsetning for terapi (Garsjø 2010). Det er en varierende beskrivelse av informantenes forklaringer. Noen mener ”*Å ta hensyn til hele dem når de kommer hit. Fordi de kommer ikke inn som en selvskader, de kommer inn om den de er*” mens andre vektlegger empati og forståelse og noen mener inntonning og respekt og andre tenker omsorg og oppmerksomhet er viktigst.

### 4.3 Hva rettes oppmerksomheten mot når en ungdom selvskader?

Informantene ble spurt om hva de retter oppmerksomheten mot når ungdom selvskader og hvordan de håndterer situasjoner der det skjer selvskading, dette for å vite noe om deres tanker i en slik situasjon.

*”Det spørs hvilken grad det er”, ”Det er veldig individuelt”, ”Her strides de lærde..”.*

Svarene vi fikk var uensartet, forskjellige og rommet ikke måter å arbeide på. Det var avhengig av alvorlighetsgrad - om det var overflatisk eller om det var alvorlig. Videre står det individuelle synet står i fokus.

*”Det spørs hvilken grad det er. Det er jo mange ungdommer som risper seg, som kan være et uttrykk for noe annet enn de som virkelig kutter seg dypt, eller på andre måter gjør ekstreme ting for å skade seg selv. Det kan virke som det finnes to typer kategorier. I den ene gruppa der befinner det seg en type selvskading som ikke oppleves farlig, der vil det være liten fokus på risping eller kutting, men heller på omsorg.”*

Her forteller en leder i institusjon om hvor viktig alvorlighetsgraden er og hva den betyr for et tilfelle der en ungdom selvskader, ved for eksempel kutting. Åkerman (2010) forteller at det kan være vanskelig å forstå, håndtere og behandle mennesker som selvskader. Ingen av våre informanter kan gi et konkret svar på det vi spurte om, svarene var komplekse og varierende. De leter etter svar, og det gikk igjen hos samtlige informanter – når vi da ser på svarene som en helhet, blir det mange momenter i svarene informantene ga oss. En informant beskriver det som at:

*”her strides de lærde ... jeg tror nok det å finne en balanse mellom å gi de omsorg og på en måte være litt kynisk ... jeg tror det er bra å heller gi oppmerksomhet på de positive tingene de gjør, men ikke overse at de selvskader seg.”*

Som informanten sier så ”strides de lærde”, det er altså usikkerhet rundt hva som skal være den første oppmerksomhet ved selvskading.

*”Hva ville jeg ha gjort?... Ok, hvor mye blod er det som kommer ut.. hvor alvorlig er det tenker jeg, det blir den første vurderingen. Er det noe som krever umiddelbar legetilsyn eller syng, eller er det snakk om noe mer overfladisk som man kan plastre*

*og slik at man kan sette seg ned å snakke. Dette er jo to vidt forskjellige veier å gå. Da må man jo utsette samtalen hvis det er veldig alvorlig og utsette den til da det går an.”*

Vi ser at også i denne beskrivelsen vil den første vurderingen være alvorlighetsgraden. Det beskrives som to forskjellige veier å gå ut i fra hvor alvorlig skaden er. Hvis skaden oppfattes som alvorlig vil legetilsyn eller syng være en vei å gå. Hvis skaden betraktes som overfladisk plastrer man såret og deretter har man en samtale. Samtalen utsettes dersom skaden er alvorlig til når det er mulighet til det. Den første vurderingen er å undersøke alvorlighetsgraden. Alle informantene mener det er avhengig av om skaden er *overfladisk* eller *alvorlig* for hvordan man skal gå videre. Hvis skaden anses alvorlig vurderer man tilsyn av lege hvis såret må sys. Hvis skaden betraktes som overfladisk vil de fleste informantene hjelpe å plastre såret og rengjøre rommet til ungdommen.

*”...videre vil jeg være behjelpelig med vasking av rommet, og i utgangspunktet er ungdommen med på dette.”*

Andre er opptatt at ungdommen skal plastre og rydde opp selv.

*”Hvis det bare er overflatisk så går jeg og henter ting sånn at de får vasket og rensset og sånt selv, også er jeg opptatt av å si at når de er ferdige med det de skal gjøre, kan de si i fra så kan vi gjøre noe annet, men ha minst mulig fokus på hvorfor de kutter seg ”nå” ... det er veldig vanskelig å gi en fasit på, for det er veldig personavhengig.”*

De fleste informantene har forholdsvis lik beskrivelse av hvordan en situasjon skal håndteres. I fremgangsmåten av håndtering av en selvskadende situasjon beskriver en informant at hun vil si til ungdommen at *”jeg vil fortelle at jeg ønsker å se det og begrunne med at det er viktig at de får tilsyn eller om det trenges bandasje og stell”*. Dette er i tråd med en av Gundersens sykepleierprinsipper for hvordan man skal forholde seg til skaden. Når man formidler at såret trenger stell eller tilsyn, viser man at skaden fortjener stell og betyr noe (Øverland 2006). Det er forskjellig hvor mye hjelp det gis i plastring av sår når skaden er overfladisk, som en informant opplyser *”hvis det er overfladisk så går jeg å henter ting sånn at de får vaska og rensset og sånt selv”*. Dette er delvis i strid med hvordan Åkermen (2010) mener en selvpåført skade bør behandles. Her skal en selvpåført skade behandles som hvilken som helst skade og derfor bør ikke ungdommen måtte bandasjere såret eller vaske selv, siden dette kan oppleves som *”straff”*. Men på den annen side skal man ikke gi en selvpåført skade for mye omsorg, da

dette kan medføre feil fokus mot såret (ibid.). Et interessant funn om hvordan en går fram mot selvskadingen, er når en informant forteller at *"Når vi vet en ungdom selvskader, så lar vi dem fullføre(...)"* Dette er i tråd Gundersens prinsipper hvor det pekes på at man ikke skal hindre ungdommens mestringsstrategi. Ved å la dem fullføre viser man respekt og gir en forsikring om at man forstår at det kan være vanskelig å leve uten selvskadingen og at selvskading kan være en måte for dem å overleve på (Øverland 2006). En informant forteller at *"jeg kan ikke stresse nok med det individuelle fokuset..det må vi vite noe om, for det går ikke an å ha en felles strategi med sånn gjør vi det her"*. Dette er i tråd med Åkermans (2010) forståelse om at selvskading må tilpasses individuelt fordi selvskadere ikke består av en lik gruppe mennesker med samme bakgrunnshistorie.

Informantene har individuelle beskrivelser av det å vurdere alvorlighetsgraden så raskt som mulig, for å vurdere videre handling. Svarene på det vi spør om er imidlertid ikke klare og ingen har noe spesifikt å vise til av retningslinjer på arbeidsplassen sin. Dette tolket vi som at det ikke finnes noen spesielle retningslinjer innenfor akkurat dette temaet, det går mer ut på egne erfaringer og opplevelser man har hatt i jobb før. Som en informant nevner til oss under intervjuet *"jeg tror jeg handler mest ut i fra erfaring.."* På en arbeidsplass splittes personalet fort mellom de som vil behandle selvskading med strenge grenser og strukturer, og de som vil fokusere på omsorg og kjærlighet (Åkerman 2010). Informantene måtte tenke seg om når de ble spurt om hva det første de retter oppmerksomheten mot. Svarene var ulike, men de fleste ville på et tidlig tidspunkt vite hvor alvorlig selvskadingen er, før de tok noen videre vurderinger. Alle forklarer avslutningsvis at i slike situasjoner vil det alltid være situasjonsavhengig og individuelt hvordan man handler i en slik situasjon.

#### **4.4. Samtalen med ungdom etter en selvskadende situasjon**

Dette spørsmålet ble stilt til informantene for å undersøke hvorfor de har en samtale og hvordan de gjennomfører den etter en selvskadende situasjon. Etter en situasjon der en ungdom har skadet seg selv, er det viktig å legge til rette for en samtale. På denne måten kan man oppfordre ungdommen til å snakke om sine følelser rundt det som gjorde at man selvskadet (Øverland 2006). Samtalen etter en selvskadende situasjon var et felles element som naturlig dukket opp i intervjuene, men hvordan samtalen ble gjennomført viste seg å være forskjellig. Her forklarer en informant om samtalen:

*"(...)en samtale vil nok foregå på et senere tidspunkt, men ikke rett etter selveste hendelsen. Jeg ville ha fulgt dem opp og kanskje tilby en aktivitet aller først. Noen*



*ganger kan samtalen ta plass neste dag. Jeg vil forsikre meg om at de har det bra og at det finnes rom for å prate om det som har skjedd og stille meg tilgjengelig for en slik samtale. Jeg vil ikke tvinge en samtale fram, men heller gi dem en naturlig pause. Deretter følge dem opp og lage avtale om at man stikker hodet inn på rommet hvert femte minutt om det er ønskelig, siden kveldene kan være vanskelig for ungdommene. Man kan også avtale at de får sette romdøra si på gløtt – som et tegn på at de trenger å snakke med noen. På denne måten kan man være i forkant når det er vanskelig for ungdommen å finne andre strategier.”*

Informanten forklarer at det rettes fokuset på aktivisering og oppfølging av ungdom. På den måten stiller informanten seg tilgjengelig for en samtale hvis ungdommen ønsker det selv. For å være i forkant hvis en slik situasjon skal oppstå igjen, kan man lage avtaler med ungdommen om å sette romdøren på gløtt hvis de ønsker å snakke med en voksen. Hvordan samtalen gjennomføres forklares av informant: *”Vi samtaler med ungdommen på en mer indirekte måte. Her har vi fokus på tanker, følelser, kroppsformennelser og handlinger.”* En annen informant gjennomfører samtalen ved å stille spørsmål som; *”når var dette? Når skjedde dette? Hva tenkte du? Hva følte du? Hva tenkte du om deg selv da?”*. Informanten forteller at på denne måten kan man prøve å finne andre mestringsstrategier for hvordan man skal mestre tunge tanker. Noen stiller seg tilgjengelig for samtale, slik at ungdommen kan komme til dem hvis det er behov for å snakke, og andre tilrettelegger avtalte samtaler sammen med ungdommen. Det som er felles er at man vil hjelpe ungdommen å finne andre mestringsstrategier, men som en informant forteller: *”Så er det veldig vanskelig å gi en fasit på(...)”*

#### **4.5 Behandlingstilnæringer**

Informantene ble spurt om de kunne nevne noen tilnæringer innenfor behandling eller om de kunne forklare arbeidsmetoder de brukte i sitt arbeide. En av informantene responderer slik: *”..godt spørsmål, hva vil jeg kalle den terapien jeg har?”*.

Behandleren i spesialhelsetjenesten synes vi stiller et godt spørsmål – hun må tenke seg om, så forteller hun at hun bruker essensiell psykoterapi i sin måte å jobbe med pasienter på, og at det også blir brukt kognitive innslag i behandlingen. Vi fikk et eksempel fra behandler som omhandler en av hennes pasienter.

*”Det var en jente på 17 år som ble henvist hit. Det var ikke satt noe spesiell diagnose, men mulig depresjon og psykoseproblematikk. Når hun kom inn til*

*behandling så hun ned i gulvet og sa ingenting den første delen av timen, og etter kort tid stormet hun ut døren og forlot timen. Jeg fortsatte å sette opp nye timer, som hun fulgte opp. Ni måneder senere begynte vi å jobbe med overgrep, der hun begynte å skrive historien i tredje person siden dette var så vanskelig å snakke om. Vi jobbet videre med hva hun kunne huske fra barndommen. Det kan være noe følt som hun hadde fortrenget eller en vanskelig oppvekst ettersom hun ikke husket noe siden hun var 11 år. Innimellom snakket vi om mange andre ting, siden man kan jo ikke alltid snakke om problemer. Dessuten er det jo et mål med behandlingen at man skal gå litt lettere ut her i fra. Vi må innom de tunge tingene og vi må også opp til slutt. Diagnosen ble etter hvert en komplisert PST problematikk, denne er komplisert antageligvis fordi den gir ulike utslag på angst, depresjon, søvnproblemer og så videre. Selvskadingen ble bare en bit av dette. Jeg har ikke fokusert på denne selvskadingen i det hele tatt fordi den ikke har vært alvorlig nok til å sette fokus på, men samtidig har den vært der den også. I hennes situasjon var selvskadingen bare et symptom på noe virkelig alvorlig underliggende.”*

Behandler forteller om arbeidsmetoder som bygde opp en relasjon som etterhvert ble sterk nok til å begynne at hun kunne jobbe med det som var relevant i forhold til ungdommens problematikk. Hun viser til at det tar tid å få til et godt samarbeid og hun forteller også at et slikt arbeid ikke bare handler om selvskadingen, den er mer et symptom på noe mer alvorlig.

Øverland (2006) forteller at et mål i første fase av behandlingen er å redusere at ungdommen selvskader ved å bruke forskjellige teknikker, et eksempel er å skrive dagbok.

Gjennomgangen av traumatiske hendelser begynner når den første fasen er fullført (ibid.).

Behandler forteller at denne pasienten etter 9 måneder begynner å skrive historier til henne i tredjeperson, som en løsning på hvor vanskelig det hun bar på var å snakke om. Hun knytter dermed selvskading til en historie og til livsopplevelser som handlet om:

*”det underliggende, tankemåtene, opplevelsene, hvordan tenker man om seg selv. Så hvis man tenker jeg har det så tungt at det eneste jeg kan gjøre er å avlede de smertefulle tankene til det smertefulle ytre, (...) så må man begynne å snakke om det.”*

I kognitiv terapi er det tre komponenter som gir utslag i hverandre. Disse tre komponentene er tanker, følelser og atferd. Hvis det er endring i en av komponentene vil de to andre også

forandre seg (Martinsen og Hagen 2012). I behandlerens tilnærminger kan vi altså se elementer av dialektisk atferdsterapi og kognitiv atferdsterapi. Ellers er de ulike terapiformene lite synlige i fortellingene om hvordan de forskjellige informantene jobber. Dette kan være fordi det kun er intervjuet én behandler og at resten av informantene har miljøterapeutiske stillinger. Det som går igjen hos informantene med miljøterapeutisk bakgrunn er miljøterapien som ligger til grunn for det som jobbes med i institusjoner, og den kognitive atferdsterapien som har blitt en viktig del av hvordan man jobber med ungdom. Det som er mest synlig i måten de forskjellige informantene jobber på er de miljøterapeutiske prinsippene, som vektlegger hvor viktig avdelingens miljø er for ungdommens bedring (Øverland 2006).

*”.. jo mer trygg hun har blitt her hos oss, jo mer gode relasjoner hun har fått til folk her, jo mer har det avtatt. Den selvskadingen har blitt mindre og mindre ... hun overførte selvskadingen til angstanfall og ved å falle i trappen, der hun fikk litt vondt her og der. Så det virket som hun alltid måtte ha en knagg å henge smerten sin på, men at det blir en som hun kan leve med, enn at hun skal drive å kutte seg så mye opp som hun gjør. Så det har vært veldig spennende å se at det faktisk går an å kurere.”*

Garsjø (2010) nevner at omsorg og behandling er en del av miljøterapi (ibid.). Informant med miljøterapi i grunnen forteller om en selvskadende ungdom der selvskadingen har avtatt etter tid som beboer på institusjon. Det kan antas at dette har skjedd på grunn av trygge omgivelser og gode relasjoner som blir bygd opp gjennom oppholdet, men som det nevnes virker det som at ungdommen likevel trenger å få utløp for noe ved å ha angstanfall og at hun faller i trappa. Som nevnt i kognitiv atferdsterapi er det de tre komponentene tanker, atferd og følelser som ligger til grunn for behandlingen, og at disse tre påvirker hverandre ved at hvis det er endring i én av dem, vil det være endring i de to andre også. Dette skal til slutt lære ungdommen å tenke annerledes når de får negative tanker, og lære seg å handle annerledes enn før (Hagen og Martinsen 2012). Til slutt i sitatet forteller sier informantene noe om at det er spennende og se at selvskadingen kan kureres, et utsagn som det kan antas at noen ville stilt seg kritisk til siden selvskading kan betraktes som et symptom på noe, ikke en diagnose (Skårderud 2009). Det blir også nevnt av behandleren at selvskadingen blir sekundær i tematikken hos henne, fordi det er andre ting som trengs å jobbes med først. Øverland (2006) sier at selvskading ikke er en psykisk lidelse, men at de som selvskader ofte har en psykisk lidelse. Han sier videre at selvskading forekommer ofte på grunn av sterk psykisk smerte (ibid.). Ett av de miljøterapeutiske prinsippene sier noe om håp. Det står videre at man skal hjelpe mennesker til å forstå at det er mulig å slutte selvskadingen, at mange har greid det og at man skal gjøre

det i sitt eget tempo (Øverland 2006). En informant forteller om betydningen av å finne andre mestringsstrategier for å håndtere selvskadingen, og at hennes arbeidsplass ikke har noe særlig fokus på selve handlingen. En annen informant forteller at han ikke tror det ligger noen spesiell metode bak hvordan man jobber med selvskading, og at profesjonelle handler mest ut av erfaring. Kognitiv atferdsterapi har fokus på at man skal lære ungdommen og tenke på nye måter for å håndtere sine negative tanker (Øverland 2012). Det er også dokumentert i Mehlum & Holseth (2009) at det er svak kunnskap om behandlingsformer av selvskadende ungdom. Selvskading blir betraktet som et nytt fenomen i forhold til hvordan det ble sett på før, og derfor er det lite forskning rundt temaet, altså et svakt kunnskapsgrunnlag (Sommerfeldt og Skårderud 2009). Vi fikk forklart av informant at for å finne ut hva ungdom strever med, brukes det kartleggingsmetodikk ut i fra modeller innenfor kognitiv atferdsterapi som retter seg mot forandringsarbeid, og at dette kan rettes mot selvskadingsproblematikk.

Våre informanter har alle forskjellige arbeidsgivere og forskjellige roller på de respektive arbeidsplassene og derfor faller det naturlig at informantene beskriver forskjellige behandlingsmåter til oss når vi ber dem fortelle om måter å jobbe på. Informantene nevner essensiell psykoterapi med kognitive innslag, traumeterapi, kognitiv atferdsterapi, psykoedukasjon, kartleggingsarbeid og metakognitiv terapi. De nevner også det å finne andre mestringsstrategier for å håndtere selvskadingen, og at man må se mer enn bare selvskadingen. Det blir også nevnt at det finnes lite teorier om nøyaktig hvordan man skal jobbe med selvskading. Våre informanter påpeker at ingen av dem har en spesifikk metode for å jobbe med selvskading fordi det er sjelden ungdom kommer inn med selvskading som hovedproblem. De sier at selvskadingen ofte er et symptom på en underforeliggende psykisk lidelse eller et problem.

## **5.0 Avslutning**

I avslutningen tar vi for oss alle kapitlene i analysen og oppsummerer dem kort og henter ut essensen i sitatene fra våre intervjuer. Vi avslutter med å gjøre rede for våre egne tanker om de funnene vi sitter igjen med etter denne studien.

### **5.1 Oppsummering**

Da vi startet arbeidet med denne oppgaven var vi interessert i å se hvordan ulike profesjonelle jobbet med selvskading og hvilke metoder de brukte. Vi opplevde at dette ble et stort og

uklart tema og begi seg ut på. Problemstillingen tok for seg arbeidsmetoder, og intervjuguiden vår tok for seg et videre spekter med spørsmål, for å få en flyt i en samtale med informantene.

### **Forståelsen av selvskading**

Forståelsen av selvskading viste seg å på mange måter være kompleks, da selvskading oppstår i forskjellige former og har ulike funksjoner for de som selvskader.

- a. *"en slags overføring av smerte"*
- b. *"kan knyttes til ulike ting, til mer enn å bare skade kroppen"*
- c. *"kan være en trend"*
- d. *"en kommunikasjonsform"*

De forskjellige utdragene fra sitatene sier noe om de forskjellige synene til at noen starter med selvskading og hvorfor dette kan vedvare. Hvis vi peker på punkt a og c viser disse to utdragene to klare forskjeller innenfor oppfatningen av dette. Når punkt b og d viser til at det kan knyttes til ulike ting og at det er en kommunikasjonsform kan dette antas å være både en likhet og en ulikhet i måten å oppfatte selvskadingen på.

### **Hva er viktig å ta hensyn til i møte med ungdom som selvskader**

Informantene nevnte forskjellige måter man kan vise hensyn på.

- a. *"ikke ledes inn i avvising eller avsky, uavhengig av problematikk"*
- b. *"å skjule sin vegring bak ordet relasjon"*
- c. *"omsorg og oppmerksomhet"*

Det som skilte seg mest ut da vi stilte et spørsmål om å vise hensyn, var svaret om å skjule sin vegring bak ordet relasjon. Med dette sitatet menes det at man skal være ærlig med ungdommen, punkt b og c skiller seg på den måten at den ene handler om ærlighet for å vise hensyn mens den andre viser til omsorg og oppmerksomhet.

### **Hva rettes oppmerksomheten mot når ungdom selvskader**

Vi spurte også informantene om hva de ville vie oppmerksomheten til først hvis noen selvskader og her vil alle ville funnet av hvor alvorlig situasjonen er og om det trengs legehjelp, men ingen har ellers noe spesifikke svar til dette og svarene er uklare.

- a. *"det spørs hvilken grad det er"*
- b. *"her strides de lærde"*
- c. *"hvor mye blod kommer ut"*
- d. *"veldig vanskelig å gi en fasit på det"*
- e. *"jeg handler mest ut av erfaring"*

I dette spørsmålet er ingen svar like eller klare. Punkt b viser til en oppsummering av flere av svarene vi fikk, nemlig at de lærde strides. Det er ingen enighet om hvordan man nøyaktig skal gå frem, slik som punkt d sier så er det ingen fasit. Punkt a og c er forholdsvis like og sikter til alvorlighetsgrad.

### **Samtale etter selvskadende situasjon**

Vi har også tatt for oss hvordan de profesjonelle vil samtale med ungdom etter en selvskadende situasjon. Noen vil ha samtalen så fort som mulig hvis muligheten er der for det, mens flertallet av informantene mener at dette venter man med, og snakker heller om hva som gjorde at man endte opp med å gjennomføre en slik handling.

- a. ”samtale på senere tidspunkt”
- b. ”stille seg tilgjengelig for samtale”
- c. ”samtale føres på en indirekte måte”

Punkt a og b er kontraster, der ser vi eksempel på å vente med samtalen til senere – når situasjonen er roligere, mens punkt b viser til at en voksen stiller seg tilgjengelig for en ungdom, altså når ungdom er klar til samtale så er den voksne til stede for han eller henne. I punkt c blir det sagt at samtalen skal føres på en indirekte måte som viser til å snakke med ungdommen om det som førte til handlingen, de tanker og følelser ungdommen hadde som førte til handlingen.

### **Behandlingstilnærminger**

På delen om behandlingstilnærminger får vi besvart en del forskjellige ting, men med utgangspunkt i behandleren vi har intervjuet har vi fått mest informasjon om behandlingstilnærminger der. De aller fleste er veldig like i sine behandlingstilnærminger, noe som forstås ut fra at alle har miljøterapeutisk bakgrunn.

- a. *”selvskadingen var et symptom på noe alvorlig underliggende”*
- b. *”spennende å se at det går an å kurere”*

Den store kontrasten mellom punkt a og b er veldig interessant å se på, for punkt a nevner det som et symptom på noe underliggende, altså noe annet enn selve selvskadingen, mens punkt b mener selvskadingen kan kureres.

Funnene var ikke som vi hadde sett for oss. Vi hadde trodd at svarene skulle komme levert til oss fra de profesjonelle når vi dro ut på intervjuer, men det gjorde de ikke, og jobben med transkribering ble en utfordring, og vi ser at det ikke er noe fasit på det vi lette etter. Det er

uklare svar, og delvise uenigheter innad i feltet for hvordan man skal gå frem i arbeid med dette temaet.

## **5.2 Våre tanker**

På bakgrunn av studien vi har utført ser vi at det trengs mer forskning på området og mer opplæring rundt fenomenet selvskading til ansatte ved forskjellige arbeidsplasser. Øverland (2006) beskriver fenomenet som vanskelig å definere og at dette kan skape forvirring for de som jobber med det (ibid.). Dette ser vi går igjen da svarene vi har fått har vært uensartet og komplekse. Informantene har sagt at det er vanskelig å gi fasitsvar på det vi spør om og at fokuset bør være situasjonsavhengig og individuelt. En informant forteller at ”Her strides de lærde..”, så det sier noe om forskjellene og uklarhetene i feltet.

I utgangspunktet var vi ute etter å undersøke forskjellige arbeidsmetoder rettet mot ungdom som selvskader. På bakgrunn av våre funn ser vi at det ikke var så enkelt som vi trodde å finne disse arbeidsmetodene. Det viste seg å være veldig komplekst og vanskelig å finne svar på dette. Vi har lært at fenomenet selvskading er veldig komplisert, det skaper en del uro og usikkerhet blant de som jobber med det. Det er veldig mye fokus på å ha et individuelt syn på hver enkelt ungdom, dette var et fellestrekk ved de vi intervjuet. Vårt inntrykk av selvskading som fenomen etter å ha lest mye faglitteratur og intervjuet profesjonelle er at selvskadingen er sekundær, og viser seg som et symptom på noe mer alvorlig og derfor kan det være vanskelig å jobbe med det.

Det som kan medvirke til en åpen dialog rundt fenomenet er å betrakte selvskading som et symptom og ikke en diagnose (Skårderud 2009).

## ***Etterord***

*Vi vil takke vår fantastiske veileder for all hjelp og støtte til denne oppgaven, du har vært helt strålende. Tusen takk!*



## Litteraturliste

Christoffersen, L. Johannessen, A., Tufte, P. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag

Egidius, H. (2002). *Psykologisk – leksikon*. Stockholm: *Bokförlaget Natur och Kultur*.

Garsjø, O. (2010). *Institusjonssosiologi – perspektiver på helse – og omsorgsinstitusjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Gude, T. (2006). Dialektisk adferdsterapi – håp for ”håpløse” ? *Tidsskrift for den norske legeforening* 3(2): 126 – 202.

Hagen, R. Martinsen, K. (2012). *Handbok i kognitiv atferdsterapi – i behandling av barn og unge*. Øverland, S. *Selvskading*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Holseth, K. Mehlum, L. (2009). Selvskading – hva gjør vi? *Tidsskrift for den norske legeforening* 62(8): 129 – 759.

Jacobsen, D. (2012). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? – Innføring samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Skårderud, F. (2009). Selvskading. *Tidsskrift for den norske legeforening* 5(8): 129 – 784.

Sommerfeldt, B. Skårderud, F.(2009). Hva er selvskading? *Tidsskrift for den norske legeforening* 9(8): 129 – 754.

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget

Urnes, Ø. (2009). Selvskading og personlighetsforstyrrelse. *Tidsskrift for den norske legeforening* 6(9): 129 – 872.

Wallroth, P. (2011). *Mentaliseringsboken*. Arneberg: Arneberg forlag

Ystgaard, M. Reinholdt N,P. Husby, J. Mehlum, L. (2003). Villet egenskade blant ungdom. *Tidsskrift for den norske legeforening* 5(16): 123 – 2241.

Øverland, S. (2006). *Selvskading - En praktisk tilnærming*. Bergen: Fagforlaget Vigmostad og Bjørke.

Åkerman, S. (2010). *For å overleve – en bok om selvskading*. Sverige: Humanist forlaget.

### **Nettadresser**

Emnebibliotek psykisk helse (oppdatert 19.11.2007). <http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/selvskading-og-selvskade/psykolog-svein-overland-behandling-av-selvskading> (lokalisert 12.05.14)