

## VEJEN IND OG UD AF SELVSKADE

Af Rasmus Thastum<sup>1</sup> og Sara Khodaie<sup>2</sup>

*Artiklen præsenterer resultaterne af en kvalitativ undersøgelse blandt 15 personer, som tidligere har skadet sig selv. Undersøgelsen har fokus på perioden inden selvskade, livet med selvskade samt vejen ud af selvskade igen. Resultaterne viser, at flere faktorer har haft betydning i forhold til udviklingen af selvskade, herunder dysfunktionelle barndomshjem, social mistrivsel, stress og store livsomvæltninger. Selvom nogle er blevet inspireret af medier eller venner til at skade sig selv, er den første episode ofte en spontan handling, som ofte udvikler sig til en ritualiseret og tvangspræget adfærd. Selvskaden opfattes ofte som en pinlig adfærd med meget ambivalens knyttet hertil. Flere har fundet motivationen til at stoppe selvskaden ved at vælge livet til og selvskaden fra, eller fordi de var ved at dø af selvskaden. Social støtte har for flere været afgørende i forhold til at stoppe selvskaden, enten gennem nysgerrighed og kærlighed fra omgivelserne, eller ved at pårørende har været initiatør for at opsøge behandling.*

**1. 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, Hasking, & Martin, 2013; Klineberg, Kelly, Stansfeld, & Bhui, 2013; Møhl, 2015). Personer med selvskade har en øget risiko for selvmord eller selvmordsforsøg, alvorlig mistrivsel, psykisk sygdom samt alkohol- og stofmisbrug (Gelinass & Wright, 2013; Klonsky, Muehlenkamp, Lewis, & Walsh, 2011). Derudover medfører selvskade ofte store sociale konsekvenser i form af negative reaktioner samt stigmatisering fra omverdenen (Gratz, 2006; Odelius & Ramklint, 2014; Straiton, Roen, Dieserud, & Hjelmeland, 2013). Det kan virke krænkende og forhindre, at personen, der skader sig selv, opsøger eller tilbydes hjælp (Berger et al., 2013; Møhl, 2015).

Stigmatisering, magtesløshed og negative reaktioner kan være en konsekvens af de mange myter og misforståelser, som findes om selvskade (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

---

1 cand.scient.soc. Projektleder, ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade.

2 stud.cand.san. Studentermedhjælper, ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade.

misforståelser. Internationalt såvel som nationalt findes meget begrænset viden om oplevelsen af selvskade, og de få kvalitative undersøgelser, som findes, baseres ofte på få informanter eller selvrapporterede data (Klineberg et al., 2013; Kool, van Meijel, & Bosman, 2009; Polk & Liss, 2009; Shaw, 2006; Sinclair, 2005; Straiton et al., 2013).

Formålet med undersøgelsen er at give ordet til dem, det handler om. At høre historien fra personer, som har skadet sig selv, for dermed at nedbryde tabuer, fordomme og myter samt kvalificere fremtidige 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.

### ***1.1 Hvad er selvskade?***

Selvskade dækker over en række handlinger, hvor en person bevidst skader sig selv på en måde, som medfører direkte fysisk skade, uden intention om selvmord, men for at lindre negative følelser (Adler & Adler, 2011; Favazza, 1987; Møhl, 2015). Typiske eksempler er at skære i, brænde, bide eller slå sig selv. Selvskade fungerer overordnet som en mestringsstrategi, der har til formål at lindre psykiske smerter og svære tanker. Ofte vil selvskade dog resultere i skam- og skyldfølelser, hvilket kan fremprovokere nye selvskadende handlinger (Møhl, 2015).

### ***1.2. Forekomsten af selvskade***

En undersøgelse fra 2016 viser, at mere end hver femte elev i 9. klasse har skadet sig selv med vilje mindst én gang (Børnerådet, 2016). Samme tendenser ses i en undersøgelse fra 2012, som finder, at 21,5 % af danske gymnasieelever har skadet sig selv, og at 16 % har gjort det inden for det seneste år (Møhl & Skandsen, 2012). Endelig viser en undersøgelse fra 2015 blandt 1.012 danskere, at 11 % i aldersgruppen 18-80 år på et tidspunkt i deres liv har skadet sig selv. Langt den største andel findes blandt de yngre, hvor 32 % af de adspurgte 18-25-årige angiver at have skadet sig selv, mens det gælder 30 % af de 26-30-årige (ViOSS, 2015).

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 % ud af 3.069 amerikanske universitetsstuderende har skadet sig selv med vilje mindst én gang, herunder 75 % gentagende gange (Whitlock, Eckenrode, & Silverman, 2006). Lavere prævalensrater ses blandt voksne, hvor ca. 4 % estimeres at have skadet sig selv mindst én gang (Klonsky et al., 2011). Forekomsten blandt psykiatriske patienter er langt højere (Møhl, 2015). Det estimeres fx, at 80 % af alle med borderline personlighedsforstyrrelse har udført minimum én selvskadende

handling i deres liv (Favazza, 2011). Gennemsnitsalderen for selvskadede-but er 12-16 år (Klonsky et al., 2011).

### **1.3. Forløb og prognose**

Der er mange faktorer, som kan føre til selvskade. Væsentlige risikofaktorer er bl.a. fysisk og psykisk mishandling i barndommen, mobning, negative tanker og følelser samt psykiske lidelser (Deliberto & Nock, 2008; Hankin & Abela, 2011; Martin, Bureau, Cloutier, & Lafontaine, 2011; Møhl, 2015; Straiton et al., 2013; Vammen & Christoffersen, 2013). Forskning om forløb og prognose er sparsom, og der findes ingen definitive konklusioner desangående. Eksisterende viden peger på, at et selvskadeforløb er meget individuelt, og at der findes betydelig heterogenitet med hensyn til prognose blandt personer, som skader sig selv (Klonsky et al., 2011).

Få studier har undersøgt betydningsfulde faktorer i forhold til selvskadere-mission. En af de faktorer, som er mest gennemgående, er, at nogle finder motivationen til at stoppe selvskaden, når de bliver bevidste om, at selvskade er en u hensigtsmæssig 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 & Nock, 2008; Gelinas & Wright, 2013; Shaw, 2006; Young, Van Beinum, Sweeting, & West, 2007). Andre faktorer, som kan være betydningsfulde i forhold til at stoppe selvskaden, er udvikling af alternative mestringsstrategier, en oplevelse af øget kontrol over eget liv samt bedre psykisk trivsel (Gelinas & Wright, 2013; Shaw, 2006; Young et al., 2007).

Social støtte synes derudover 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 med selvskade ofte ikke opsøger hjælp, selvom professionel hjælp ofte er en afgørende faktor i forhold til at stoppe selvskaden (Klineberg et al., 2013).

## **2. Metode**

Undersøgelsen baseres på 15 kvalitative interview med personer, som tidligere har skadet sig selv. Deltagerne er rekrutteret gennem ViOSS, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade, og LMS, Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade. 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. Dermed har vi søgt at mindske risici for tilbagefald blandt deltagerne og derved styrke validiteten angående vejen ud af selvskade, ligesom vi har søgt at mindske potentiel "recall bias" gennem kriteriet om maksimum fem år siden sidste selvskadeepisode.

Interviewene tager udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide, hvor en række temaer danner rammen om samtalen, men som gør det muligt at forfølge uforudsete temaer undervejs (Mason, 1996). Interviewguiden fokuserer på følgende:

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

Interviewene er livshistoriske og følger hele perioden med selvskade. Der er inddraget en tidslinje, der anvendes til at huske tilbage og systematisere oplevelserne. Interviewene er efterfølgende kodet i programmet NVivo på baggrund af en startkodeliste udledt af eksisterende viden på området samt erfaringer gjort under indsamling af empiri. For at indfange uforudsete temaer er der samtidig anvendt en mere induktiv og tekstnær kodning, hvor enkelte nye temaer er tilføjet undervejs. Efter den indledende kodning er lignende temaer slået sammen og samlet i konceptualiserede kategorier (Olsen, 2002). Samtlige personspecifikke oplysninger er anonymiseret, og deltagernes navne er ændret.

### **3. Resultater**

Deltagerne er 18-38 år med en gennemsnitsalder på 27 og bosiddende forskellige steder i Danmark. De har i gennemsnit skadet sig selv i otte år med to år siden sidste episode. Deltagerne var i gennemsnit 16 år ved selvskadenedebut og 24 år, da de stoppede med at skade sig selv. Hovedparten har eller har haft en psykiatrisk diagnose. Alle har på et tidspunkt modtaget behandling, størstedelen i psykiatrisk regi. På tidspunktet for interview boede ti alene, mens de resterende boede hos forældre, med en partner eller på et bosted. Tabel 1 viser centrale fordelinger blandt deltagerne.

#### ***3.1. 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. For at få et indblik i selvskaden blandt deltagerne behandles i det følgende perioden, inden de begyndte at skade sig selv.

##### ***3.1.1. Barndommen***

Det er gennemgående for deltagerne, at de har oplevet traumatiske hændelser i deres barndom. Flere fortæller om en barndom præget af kaos, ustabilitet, svigt og manglende støtte. Hovedparten kommer fra dysfunktionelle hjem og er blevet udsat for omsorgssvigt af fysisk eller psykisk karakter:

Tabel 1. Deltagerpræsentation		
Køn	Mand	1
	Kvinde	14
Alder	18-25 år	7
	26-30 år	6
	31-35 år	0
	36-38 år	2
Alder ved første selvskadeepisode	10-15 år	9
	16-20 år	4
	21-25 år	1
	26-30 år	1
Alder ved sidste selvskadeepisode	15-20 år	5
	21-25 år	5
	26-30 år	3
	31-35 år	1
Antal år med selvskade	36-40 år	1
	1-5 år	6
	6-10 år	7
	11-15 år	1
	16-20 år	0
Boligform	21-25 år	0
	26-30 år	1
	Alene	10
	Med partner	3
	Hos forældre	1
Nuværende eller tidligere diagnose	På bosted	1
	ADHD	3
	Angst	1
	Spiseforstyrrelse	6
	Bipolar	1
	Personlighedsforstyrrelse	4
	Depression	3
	OCD	2
Skizofreni	2	
Behandling	Ambulant	11
	Indlagt	8
	Andet	7

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

Selvom flere fortæller om fysisk mishandling i barndommen, fylder den psykiske omsorgssvigt ofte mere. Emotionelt fravær, alkoholisme og psykisk ustabilitet har for mange medført, at de har oplevet at påtage sig et stort ansvar i familien fra en 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 (Nina).*

### 3.1.2. Mobning og dårlig social trivsel

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

*Jeg har også skåret mig omkring 14-15-årsalderen i forbindelse med mobning i skolen (Malene).*

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).*

### 3.1.3. Stress og manglende overskud

Stress og manglende overskud knyttes af flere direkte til, at de er begyndt at skade sig selv. Flere fortæller, at de er perfektionistiske 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 pligttopfyldende. 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 er det ikke en specifik hændelse, der udløser selvskaden, nærmere en tilstand af stress og manglende overskud, som gradvist eskaleres 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:

*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 refererer til sig selv som “tryghedsnarkomaner” og særligt sensitive. Derfor kan forandringer i livet være vanskelige 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).*

#### 3.1.4. Psykisk sygdom

Flere fortæller endvidere, hvordan psykiske lidelser, blandt andet angst, depression og spiseforstyrrelser, ofte er gået forud for selvskaden. Specielt spiseforstyrrelser er hyppigt forekommende blandt deltagerne. Flere fortæller, hvordan selvskaden er en direkte konsekvens af spiseforstyrrelsen, og at de anvender selvskade som straf, når de har spist noget, de fortrød:

*Som yngre havde jeg anoreksi, og hvis jeg ikke havde haft det, så ville jeg heller ikke have fået selvskade (Kirsten).*

#### 3.1.5. Adfærdændringer

Flere fortæller, at de i perioden inden selvskaden oplever at ændre deres adfærd. Det mest gennemgående er, at de trækker 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, tænksom og indelukket. Jeg tror, at man tydeligt kunne se det. Jeg trak 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 socialt 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).*

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

*Jeg blev helt umulig over for lærerne. Det kom ikke fra den ene dag til den anden, men det kom over nogle måneder (Sofie).*

### 3.1.6. Ingen lytter

Endelig er det karakteristisk for deltagerne, 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 (Birgit).*

Flere 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 [...]. 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).*

Det er selvfølgelig ikke til at vide, hvorvidt mistrivseln reelt har været åbenlyst, om end flere har en klar opfattelse heraf.

## 3.2. 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, men at ingen har spurgt ind til deres trivsel. Det gennemgående billede er, at den mistrivsel, de oplevede, gradvist er kulmineret,



indtil den dag, hvor de skadede sig selv for første gang. Det er denne første selvskadeepisode, vi fokuserer på i det følgende, hvorefter vi retter fokus mod deltagerens liv i perioden, hvor de skadede sig selv.

### 3.2.1. Den første selvskadeepisode

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

Mistrivslen kulminerer gradvist indtil den dag, hvor de skader sig selv for første gang. Blandt deltagerne 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 karakteriseres den første episode ved en pludselig indskydelse. Den spontane adfærd overrasker ofte og medfører 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:

*Jeg skammede mig også over det, for det var kun syge mennesker, der gjorde det (Nadja).*

### 3.2.2. Inspiration fra andre

Nogle fortæller samtidig, at de er blevet inspireret til at skade sig selv fra medierne eller gennem venner og bekendte. Specielt mediernes italesættelse

af selvskade, som middel til at kontrollere svære følelser, har for nogle fungeret som inspiration til at begynde at skade sig selv:

*Det var mediernes skyld, at jeg begyndte. Det var ekstremt meget oppe, at en stor gruppe piger selvskader. 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.

### 3.2.3. Selvskaden udvikler sig

Det er generelt, at selvskaden udvikler sig umiddelbart efter første episode. Det gælder både i forhold til selvskademetoder, sværhedsgrad og hyppighed af selvskadende handlinger. Flere er startet med at slå, brænde eller skære i sig selv overfladisk. Men hurtigt finder de ud af, at andre og mere voldsomme metoder giver en større og mere tilfredsstillende effekt:

*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 foretrukne blev at skære i mig selv (Sofie).*

For mange 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 skalpeller (Kristine).*

Samtidig med at metode og sværhedsgrad øges, 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 er selvskaden knyttet til, hvordan de håndterer konkrete situationer, fx eksaminer eller sportspræstationer, men kan ligeledes triggere af bekymringer over fx en alkoholiseret far. Generelt ses dog, at de ting, som trigger en selvskadende handling, bliver mindre og mindre:

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

### 3.2.4. En ritualiseret, tvangspræget handling

Selvom selvskaden for mange er en konsekvens af stadig mindre, men konkrete situationer, udvikles den for mange samtidig til en ritualiseret og tvangspræget handling. Selvskaden 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 selvskaden for flere udvikler sig til en adfærd, der planlægges i løbet af dagen, og som har en klar funktion, bliver den ligeledes ofte til en 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 selvskadende. 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 (Kasper).*

### 3.2.5. Selvskadens funktion

Flere fortæller, at selvskaden er det, der gør det muligt at komme op om morgenen og at klare sig gennem dagen. Det er selvskaden, man kan ty til, når noget er svært, og den er et middel til at håndtere og kontrollere svære følelser. Det er ofte en følelse af selvkritik, som sanktioneres med selvskade, 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).*

Selvskade er en kortsigtet mestringsstrategi, som medfører en følelse af forløsning og lettelse. Tiden inden kan være anspændt og urolig. Nogle fortæller ikke at kunne falde i søvn uden at have skadet sig selv, mens andre fortæller om negative følelser, som hober sig op indeni. Måden, deltagerne håndterer den indre uro og negative følelser, er 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 dengang (Kristine).*

### 3.2.6. 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 vender tilbage med fornyet styrke (Møhl, 2006). Der er skabt en ond cirkel af selvskadende handlinger:

*Jeg begyndte at skade mig selv oftere, det var ikke længere bare en gang imellem. Det blev sådan, at alt var lort, så jeg gjorde det hver eneste dag. Det var halvt hobby og halvt 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 (Karen).*

Den onde cirkel griber om sig, og der opstår en afhængighed af selvskaden. Personen med selvskade oplever en psykologisk afhængighed, fordi selvskaden bliver den primære mestringsstrategi. Mange oplever samtidig en fysiologisk afhængighed, fordi selvskaden aktiverer endorfiner, som giver en følelse af lettelse. Afhængighed af endorfiner svarer fuldstændig til enhver anden afhængighed og kan fx sammenlignes med alkoholisme (Møhl, 2015):

*Jeg havde det superfedt med det, fordi det gav mig en lykkefølelse. Det frigav 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 abstinenser ved fravær af handlingen, i dette tilfælde selvskade. Disse forsvinder ved fortsat selvskade, hvorved der opstår en affektregulerende mekanisme:

*Jeg fik abstinenser, hvis jeg ikke fik mulighed for det [...]. Jeg blev meget urolig og havde brug for at komme hjem og skære (Sanne).*

### 3.2.7. En grå, tåget og zombieagtig tilværelse

Som vi har set, kommer selvskaden til at fylde mere og mere. 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, 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 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 helvede til". Det virker som en vending, mange kan nikke genkendende til:

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

### 3.2.8. At skjule selvskaden

Selvom selvskade primært har en affektregulerende funktion, kan den også tjene sociale formål (Klonsky et al., 2011). Symptomatisk herfor fortæller enkelte i denne undersøgelse, at selvskaden kan anvendes til at manifestere en identitet og til at få opmærksomhed fra andre:

*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 er dog ikke gennemgående blandt deltagerne. 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).*

Selvom der er meget ambivalens forbundet med selvskaden, oplever mange alligevel ikke at ville være den foruden. Derfor skjules selvskaden og udøves således ikke i et forsøg på at få opmærksomhed. Flere fortæller samtidig, hvordan selvskaden for dem er noget privat, de har for sig selv, og som ingen skal blande sig i:

*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. Selvskaden kan have sociale konsekvenser, idet den kan hindre personen i at udføre visse handlinger:

*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).*

### **3.3. Vejen ud af selvskaden**

Som vi har set, er der en udpræget ambivalens forbundet med selvskaden. Flere udtrykker, at selvskadens funktion bevirker, at de ikke ønsker at undvære adfærden. De kan 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 affektregulerende 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).*

Alligevel har alle i dag lagt selvskaden bag sig. I det følgende skal vi se nærmere på de faktorer, som er væsentlige herfor. Selvom der beskrives en række temaer, som er væsentlige 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 ikke læses som en generaliseret vej ud af selvskaden, da nogle temaer har været af særlig stor betydning for nogle, mens andre har været af stor betydning for andre.

#### **3.3.1. At vælge livet til**

En gennemgående motivationsfaktor for at blive selvskaden kvit er at vælge livet til. 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 år, selvskaden giver. Det er gennemgående, at undersøgelsens deltagere på et tidspunkt i deres liv har truffet en aktiv beslutning om at vælge livet til og dermed 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).*

For flere 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 en helt central placering i forhold til motivationen for at komme ud af selvskaden. Baggrunden for denne placering er, at tydelige ar på kroppen medfører oplevelser af stigmatisering og indgribende sociale konsekvenser. Flere fortæller fx om ikke at have gået på stranden om sommeren, om konstant at dække sig til eller om negative og stereotypificerende kommentarer fra omverdenen. 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).*

### 3.3.2. At være ved at dø

En anden afgørende faktor for flere i relation til at stoppe selvskaden er, at de har været ved at dø af det. Flere fortæller, 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. Andre fortæller, at forsøg på selvmord har været det, som har tippet læsset og bevirket, at de har taget kampen op mod selvskaden:

*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).*

For flere har forsøg på selvmord således fungeret som et vendepunkt i forhold til at ændre livsmønster og tage kampen op mod selvskaden.

### 3.3.3. 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 har det at vise eller fortælle om selvskaden til andre været en vigtig faktor for deres vej ud af selvskaden. Flere har 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 ærmer. 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 være en bevidst og kalkuleret adfærd, men flere fortæller ligeledes om 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 gennemgående blandt flere, 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:

*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 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, de ikke ville bedøve mig, fordi jeg selv var ude om det [...]. Nogle læger sagde, at jeg ikke behøvede bedøvelse, fordi jeg nød det (Sara).*



### 3.3.4. Social støtte

At gøre opmærksom på selvskaden kan også have den modsatte effekt, hvor den sociale positive forstærkning bliver en væsentlig faktor for at komme ud af selvskaden. Der er primært to forskellige måder, hvorpå social støtte har været af afgørende betydning for deltagerne. Kærlighed, omsorg, nysgerrighed og vedholdenhed fra pårørende har for flere 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. 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).*

### 3.3.5. Social støtte som vej til behandling

Foruden omsorg, nysgerrighed og vedholdenhed kan pårørende samtidig spille en væsentlig rolle i forbindelse med at opsøge professionel hjælp:

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

Det gælder for flere deltagere, at de har reageret negativt, når pårørende har været initiativt for 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 (Nina).*

### 3.3.6. Behandling

Eftersom selvskade ikke er en officiel diagnose, kan man ikke modtage behandling herfor i det psykiatriske system i Danmark. Alligevel har alle deltagere modtaget behandling enten i psykiatrien, primært i forbindelse med

komorbide lidelser, eller hos privatpraktiserende psykolog. For flere 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:

*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 i 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 afgørende for flere deltagere i relation til at komme ud af selvskaden. Denne forståelse har givet indsigt i, hvorfor de reagerer, som de gør, og gjort det muligt at arbejde hermed gennem udvikling og implementering af alternative mestringsstrategier:

*Hun så, hvordan man kunne vende hverdagssituationer, 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 vejtrækningsøvelser som væsentlige faktorer, synes de mest gennemgående og betydningsfulde i relation til behandling af selvskaden at være henholdsvis forståelsen for selvskaden og udviklingen af alternative mestringsstrategier, ligesom relationen til den enkelte behandler er af fundamental betydning. Flere fortæller endvidere, 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 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 har haft stor betydning. Oplevelsen af en naturlig, ikke-for-dømmende nysgerrighed og et oprigtigt ønske om at hjælpe kan have afgørende betydning for motivationen til at kæmpe mod selvskaden og for at blive denne kvit. Flere har dog 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:

*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).*

For flere deltagere har det derfor været 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).*

#### 4. Diskussion

Artiklen har præsenteret resultaterne af en kvalitativ undersøgelse med fokus på perioden inden selvskade, livet med selvskade samt vejen ud af selvskade. Flere faktorer har haft betydning i forhold til udviklingen af selvskade, herunder dysfunktionelle barndomshjem, social mistrivsel, stress og store livsomvæltninger. Selvom nogle er blevet inspireret af medier eller venner til at skade sig selv, er den første episode ofte en spontan handling, som udvikler sig til en ritualiseret og tvangspræget adfærd. Selvskaden opfattes af flere som en pinlig adfærd, men dets funktion har bevirket, at de ikke har ønsket at blive den kvit. Flere har fundet motivationen til at stoppe selvskaden ved at vælge livet til og selvskaden fra, eller fordi de var ved at dø af selvskaden. Social støtte har for flere været afgørende i forhold til at stoppe selvskaden, enten gennem nysgerrighed og kærlighed fra omgivelserne, eller ved at pårørende har været initiator for at opsøge behandling.

At deltagerne har fortalt om en barndom præget af fysisk og psykisk omsorgssvigt, er i overensstemmelse med eksisterende viden på området (Hankin & Abela, 2011; Martin et al., 2011; Møhl, 2015; Vammen & Christoffersen, 2013). Kvalitative undersøgelser finder dog samtidig, at ikke alle med selvskade har haft en ulykkelig barndom, men i stedet knytter udviklingen af selvskade til ungdomsperiodens krav og udfordringer (Adler & Adler, 2005, 2007; Sinclair, 2005). Symptomatisk herfor fortæller flere i denne undersøgelse, hvordan individuelle krav og perfektionistiske tendenser voksede deltagerne over hovedet med deraf følgende stress og manglende overskud, som manifesterede sig gennem udviklingen af selvskade.

Flere fortæller samtidig, at social mistrivsel og psykiske lidelser var afgørende i forhold til udviklingen af selvskade. Dette afspejles ligeledes i den

eksisterende viden på området (Adler & Adler, 2007; Chang, Chen, Heron, Kidger, Lewis, & Gunnell, 2014; Conterio & Lader, 1998; Favazza, 1987; Klonsky et al., 2011; Martorana, 2015; Møhl, 2015). Flere undersøgelser peger samtidig på, at selvskade blandt venner eller bekendte samt i medierne kan være medvirkende til udvikling af selvskade (Claes, Houben, Vandereycken, Bijttebier, & Muehlenkamp, 2010; Jarvi, Jackson, Swenson, & Crawford, 2013; Lewis & Knoll, 2015; Muehlenkamp, Hoff, Licht, Azure, & Hasenzahl, 2008). Det gør sig ligeledes gældende blandt en række deltagere i denne undersøgelse. Samme tendens ses i en amerikansk kvalitativ undersøgelse blandt 80 personer med selvskade, hvor det at høre om selvskade blandt venner eller bekendte af nogle knyttedes til udviklingen af egen selvskade, mens nogle ligeledes tilhørte alternative subkulturer, som dyrkede selvskaden næsten som et rituelt tilhørsforhold (Adler & Adler, 2007). Selvom selvskade strider mod gældende kulturelle normer og værdier (Suyemoto, 1998), ses fx cutting i visse ungdomssubkulturer som socialt accepteret og nærmest som en del af gruppens identitet (Møhl, 2015). Ingen af de interviewede i denne undersøgelse har fortalt om selvskade som en social adfærd, om end enkelte i stigende grad identificerede sig med alternative, modkulturelle subkulturer, som fx goth.

Et væsentligt og unikt fund fra denne undersøgelse er den adfærdsændring, deltagerne har oplevet forud for udviklingen af selvskaden, men at ingen spurgte ind til deres trivsel. Selvom undersøgelser peger på, at folkeskolelærere og øvrigt frontpersonel befinder sig i en gunstig position i forhold til at opspore og reagere på selvskade (Muehlenkamp, Walsh, & McDaniel, 2010), tyder det på, at fagprofessionelle ofte ikke er i besiddelse af de nødvendige kompetencer hertil. Dette afspejles ligeledes af eksisterende viden på området (Berger et al., 2013).

Blandt deltagerne i denne undersøgelse er den første selvskadeepisode ofte en spontan handling, som har givet en følelse af lettelse og ro. Samtidig er de ofte blevet overrasket over deres adfærd, hvilket har medført en febrilsk følelse og en oplevelse af skam. Det er velunderbygget, at selvskade er en affektregulerende handling (Adler & Adler, 2011; Breen, Lewis, & Sutherland, 2013; Klonsky et al., 2011), som ofte resulterer i skam- og skyldfølelser, hvilket kan fremprovokere nye selvskadende handlinger (Klineberg et al., 2013; Møhl, 2015). Inden for den psykologiske litteratur beskrives selvskade ofte som en impulsdrevet og spontan handling (Adler & Adler, 2007). Denne tendens er tydelig blandt deltagerne i denne undersøgelse, om end interviewene samtidig peger på, at selvskade kan være en mere planlagt, intentionel og ritualiseret adfærd. Samme tendens er fundet af de amerikanske sociologer Adler og Adler, som peger på, at selvskade ikke blot manifesteres via impulsdrevne handlinger, men ligeledes kan antage mere intentionel og rationel karakter (Adler & Adler, 2007). Blandt deltagerne i denne undersøgelse udvikles selvskaden ofte til en rutinepræget adfærd, som

planlægges i løbet af dagen, og som deltagerne ser frem til at udføre. Selvskaden knyttes dog ligeledes til konkrete situationer, som fx eksaminer eller sportspræstationer. Denne tendens ses ligeledes i den eksisterende viden på området, som viser, at selvskade ofte udløses af konkrete situationer som en straf, personen pålægger sig selv, for ikke at leve op til egne perfektionistiske forventninger (Klineberg et al., 2013; Klonsky et al., 2011).

Deltagerne i denne undersøgelse er ofte blevet afhængige af selvskaden med en kraftig ambivalens forbundet hertil. Samme tendens ses i flere andre undersøgelser (Berger et al., 2013; Klineberg et al., 2013). Et kvalitativt studie har vist, hvordan selvskade ofte er en privat og skjult adfærd, som negativt påvirker det sociale liv. Mange skammer sig og ved godt, selvskade er en unormal adfærd (Adler & Adler, 2005). Det samme ses blandt deltagerne i denne undersøgelse, om end selvskaden tjener et formål, som ikke umiddelbart kan undværes.

Flere har fundet inspiration til at komme ud af selvskaden ved at vælge livet til og selvskaden fra. Samme tendens ses i andre undersøgelser, som viser, at tanker om fremtiden kan være afgørende i forhold at stoppe selvskaden (Deliberto & Nock, 2008; Shaw, 2006). Flere deltagere i denne undersøgelse har endvidere fortalt, at det at være ved at dø af selvskaden var afgørende i forhold til at vælge selvskaden fra. Selvom selvskade og selvmord er to vidt forskellige handlinger, er selvskade alligevel en stærk prædikator for senere selvmord eller selvmordsforsøg (Klonsky et al., 2011; Møhl, 2015). Derudover kan selvskaden udvikles i en sådan grad, at det bliver en livstruende adfærd, også selvom dette ikke er intentionen bag handlingen (Haw, Hawton, Houston, & Townsend, 2001; Hawton, Zahl, & Weatherall, 2003; Skegg, 2005).

Eksisterende forskning viser, at sympatiske reaktioner fra omverdenen kan være afgørende i forhold til at komme ud af selvskaden (Adler & Adler, 2005; Reece, 2005; Shaw, 2006). Som vi har set i denne undersøgelse, gør det sig gældende både i forhold til de nære relationer, men ligeledes i en behandlermæssig kontekst, hvor det for flere har været afgørende at møde en ikke-fordømmende og ikke-klassificerende behandler. Selvom klassificering er en central og uundværlig tilgang til mennesker i psykiatrien, må det aldrig overskygge opmærksomheden på det enkelte menneskes unikke særegenhed (Møhl, 2015). Sygeliggørelse og klassificering kan svække selvevalueringen og behandlingsmotivationen (Bredahl Jacobsen, 2010). Sympatiske reaktioner og fokus på hele personens subjekt synes således afgørende i forhold til at lægge selvskaden bag sig.

#### **4.1. Begrænsninger**

Selvom det er forsøgt at rekruttere strategisk med fokus på både drenge og piger, har det kun været muligt at rekruttere én dreng til undersøgelsen. Dette, på trods af at prævalensen generelt estimeres tilsvarende den blandt kvinder (Andover, Primack, Gibb, & Pepper, 2010; Møhl & Skandsen, 2012;

Van Camp, Desmet, & Verhaeghe, 2011; Whitlock et al., 2011) samt en større rekrutteringsindsats målrettet mænd. Det har derfor ikke været muligt at foretage komparative analyser med hensyn til kønsforskelle. Det vil være oplagt i fremtidige undersøgelser at sample med udgangspunkt i den kønslige fordeling, hvorved det vil være muligt at sammenligne på tværs. At undersøgelsen har anvendt retrospektive interview, kan påvirke validiteten. Deltagerne skader ikke sig selv mere og har husket tilbage, hvilket kan være behæftet med "recall bias", idet erindringen kan være svækket eller forvrænget. Endelig kan undersøgelsens rekruttering gennem LMS, som er en patientforening, have implikationer for validiteten af resultaterne. Det er muligt, at den indsamlede empiri afspejler en særlig gruppe af mennesker med selvskade, som har kontakt til LMS (Maxwell, 2002). Omvendt kan det have skabt en positiv alliance interviewer og informant imellem, idet LMS arbejder for at forbedre forholdene for personer med selvskade.

#### **4.2. Perspektiver**

Undersøgelsen bidrager til den sparsomme kvalitative viden, der findes om selvskade både nationalt og internationalt. Internationalt findes få kvalitative undersøgelser om selvskade (Klineberg et al., 2013; Kool et al., 2009; Polk & Liss, 2009; Shaw, 2006; Sinclair, 2005; Straiton et al., 2013), mens det er den første danske undersøgelse på området. Gennem indblik i deltagernes oplevelser kan undersøgelsen medvirke til at kvalificere og nuancere eksisterende viden samt styrke indsatsen over for mennesker med selvskade. Undersøgelsen peger på, at fagpersoner og pårørende bør være opmærksomme på pludselige eller gradvise adfærdændringer, som kan være tegn på alvorlig mistriivsel, som kan føre til selvskade. Det er vigtigt at tage selvskaden alvorligt og at spørge ind ved bekymringer herom på en anerkendende og nysgerrig måde. Det bør så vidt muligt undgås at sygeliggøre personen, da det kan fungere kontraproduktivt. Således bør der arbejdes på at opkvalificere fagprofessionelle, som arbejder med børn og unge, da de befinder sig i en gunstig position i forhold til at opspore og reagere på selvskade (Berger et al., 2013; Muehlenkamp et al., 2010). Endelig anbefales det at bryde tabuet om selvskade for på den måde at nedbryde skam og skyldfølelser blandt personer, som skader sig selv. Dette kunne fx ske gennem oplysningskampanjer, som vil kunne nedbryde stigma og fordomme, samt motivere til at stoppe selvskaden og opsøge hjælp hertil.

## **REFERENCER**

- Adler, P.A., & Adler, P. (2005). Self-injurers as loners: the social organization of solitary deviance. *Deviant Behavior*, 26(4), 345-378. <http://doi.org/10.1080/016396290931696>
- Adler, P.A., & Adler, P. (2007). The demedicalization of self-injury from psychopathology to sociological deviance. *Journal of Contemporary Ethnography*, 36(5), 537-570. <http://doi.org/10.1177/0891241607301968>

- Adler, P.A., & Adler, P. (2011). *The Tender Cut: Inside the Hidden World of Self-Injury*. New York: 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? *Archives of Suicide Research*, 14(1), 79-88. <http://doi.org/10.1080/13811110903479086>
- Berger, E., Hasking, P., & Martin, G. (2013). "Listen to them": Adolescents' views on helping young people who self-injure. *Journal of Adolescence*, 36(5), 935-945. <http://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.07.011>
- Børnerådet. (2016). *ANALYSE: UNGE OG SELVSKADE* (No. 4). København: Børnerådet.
- Bredahl Jacobsen, C. (2010). *Stigma og psykiske lidelser: som det opleves og opfattes af mennesker med psykiske lidelser og borgere i Danmark*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Breen, A.V., Lewis, S.P., & Sutherland, O. (2013). Brief report: non-suicidal self-injury in the context of self and identity development. *Journal of Adult Development*, 20(1), 57-62. <http://doi.org/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. *Journal of Affective Disorders*, 152-154, 175-182. <http://doi.org/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. *Journal of Adolescence*, 33(5), 775-778. <http://doi.org/10.1016/j.adolescence.2009.10.012>
- Conterio, K., & Lader, W. (1998). *Bodily Harm: The Breakthrough Healing Program For Self-Injurers*. New York: Hyperion.
- Deliberto, T.L., & Nock, M.K. (2008). An exploratory study of correlates, onset, and offset of non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, 12(3), 219-231. <http://doi.org/10.1080/13811110802101096>
- Favazza, A.R. (1987). *Bodies Under Siege: Self-Mutilation in Culture and Psychiatry*. Baltimore, MD: The John Hopkins University Press.
- Favazza, A.R. (2011). *Bodies Under Siege* (1st Ed.). Baltimore: The Johns Hopkins University Press
- Gelinas, B.L., & Wright, K.D. (2013). The cessation of deliberate self-harm in a university sample: the reasons, barriers, and strategies involved. *Archives of Suicide Research*, 17(4), 373-386. <http://doi.org/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. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 76(2), 238-250. <http://doi.org/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 Research*, 186(1), 65-70. <http://doi.org/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. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 178(1), 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. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 182, 537-542.
- Jarvi, S., Jackson, B., Swenson, L., & Crawford, H. (2013). The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: a review of the literature. *Archives of Suicide*

- Research: *Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 17(1), 1-19. <http://doi.org/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(1), 572.
- Klonsky, E.D., Muehlenkamp, J.J., Lewis, S.P., & Walsh, B.W. (2011). *Nonsuicidal Self-Injury*. Hogrefe Publishing. Toronto: Hogrefe Publishing
- Kool, N., van Meijel, B., & Bosman, M. (2009). Behavioral change in patients with severe self-injurious behavior: a patient's perspective. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(1), 25-31. <http://doi.org/10.1016/j.apnu.2008.02.012>
- Lewis, S.P., & Knoll, A.K. (2015). Do it yourself: examination of self-injury first aid tips on YouTube. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 18(5), 301-304. <http://doi.org/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. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(11), 1477-1488. <http://doi.org/10.1007/s10964-011-9643-9>
- Martorana, G. (2015). Characteristics and associated factors of non-suicidal self-injury among Italian young people: A survey through a thematic website. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(2), 93-100. <http://doi.org/10.1556/2006.4.2015.001>
- Mason, J. (1996). *Qualitative Researching*. London: SAGE.
- Maxwell, J.A. (2002). Understanding and validity in qualitative research. In M. Huberman & M.B. Miles, *The Qualitative Researcher's Companion*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Møhl, B. (2015). *Selvskade – psykologi og behandling*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Møhl, B. (2006). *At skære smerten bort – en bog om cutting og anden selvskadende adfærd* (1. udg.). København: PsykiatriFondens Forlag.
- Møhl, B., & Skandsen, A. (2012). The prevalence and distribution of self-harm among Danish high school students. *Personality and Mental Health*, 6(2), 147-155. <http://doi.org/10.1002/pmh.191>
- Muehlenkamp, J.J., Walsh, B.W., & McDade, M. (2010). Preventing non-suicidal self-injury in adolescents: the signs of self-injury program. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(3), 306-314. <http://doi.org/10.1007/s10964-009-9450-8>
- Muehlenkamp, Hoff, Licht, Azure, & Hasenzahl (2008). Rates of non-suicidal self-injury: a cross-sectional analysis of exposure. *Current Psychology*, 27(4), 234-241.
- Odelius, C., & Ramklint, M. (2014). *En nationell kartläggning av förekomsten av självskadande beteende hos patienter inom barn- & ungdoms- och vuxenpsykiatri*. Uppsala Universitet.
- Olsen, H. (2002). *Kvalitative kvaler: kvalitative metoder og danske kvalitative interviewundersøgelers kvalitet*. København: Akademisk.
- Polk, E., & Liss, M. (2009). Exploring the motivations behind self-injury. *Counselling Psychology Quarterly*, 22(2), 233-241. <http://doi.org/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 in Mental Health Nursing*, 26(6), 561-574. <http://doi.org/10.1080/01612840590959380>
- Shaw, S.N. (2006). Certainty, revision, and ambivalence: a qualitative investigation into women's journeys to stop self-injuring. *Women & Therapy*, 29(1-2), 153-177. [http://doi.org/10.1300/J015v29n01\\_08](http://doi.org/10.1300/J015v29n01_08)



- Sinclair, J. (2005). Understanding resolution of deliberate self harm: qualitative interview study of patients' experiences. *BMJ*, *330*(7500), 1112-0. <http://doi.org/10.1136/bmj.38441.503333.8F>
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *Lancet*, *366*(9495), 1471-1483. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67600-3](http://doi.org/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. *Archives of Psychiatric Nursing*, *27*(2), 78-83. <http://doi.org/10.1016/j.apnu.2012.10.008>
- Suyemoto. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, *18*(5), 531-554.
- Vammen, K., & Christoffersen, M. (2013). *Unge selvskade og spiseforstyrrelse – Kan social støtte gøre en forskel?* København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- 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* (Vol. 23, pp. 28-34). Retrieved from <http://www.psychanalysis.ugent.be/pages/nl/artikels/artikels%20Paul%20Verhaeghe/Gender%20differences.pdf>
- 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*(6), 1939-1948. <http://doi.org/10.1542/peds.2005-2543>
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Purington, A., Eckenrode, J., Barreira, P., Baral Abrams, G., ... Knox, K. (2011). Nonsuicidal self-injury in a college population: general trends and sex differences. *Journal of American College Health*, *59*(8), 691-698. <http://doi.org/10.1080/07448481.2010.529626>
- Young, R., Van Beinum, M., Sweeting, H., & West, P. (2007). Young people who self-harm. *The British Journal of Psychiatry*, *191*(1), 44-49.