

# Behandling av selvskading – viktigheten av flere funksjonelle tilnærminger

Av Stian Slotnes Larsen, Anita Johanna Tørmoen og Martin Ø. Myhre

## SAMMENDRAG

Utbredelsen av selvskading er økende, har omfattende skadepotensial og medfører betydelige kostnader for enkeltpersoner og samfunnet. Unge ned i 13-årsalderen rapporterer om aktiv selvskading. Det er likevel få tilnærminger som adresserer selvskading direkte, selv om dette hevdes å være nødvendig for å oppnå bedring. Å forstå hvorfor enkelte påfører seg selv skade, er en viktig del av det å komme i posisjon til å redusere både hyppighet og alvorlighet av selvskading. Det er derfor viktig at det finnes effektive behandlinger som kan ta utgangspunkt i årsakene til denne atferden. En funksjonell forståelse, der man både ser på årsakene til at den enkelte påfører seg selv skade, og hvilke ferdigheter vedkommende mangler for å løse problemer på en mer akseptabel måte, mener forfatterne er en løsning. I den forbindelse trekkes det frem en tilnærming som baserer seg på en funksjonell forståelse av selvskading – Treatment of Self-Injurious Behavior (T-SIB). Hovedmomentene ved denne behandlingstilnærmingen presenteres og generelle prinsipper for atferdsendring drøftes. Dialektisk atferdsterapi (DBT) pekes også kort på i denne forbindelsen, da T-SIB bygger på prinsipper fra DBT.

## ABSTRACT

The prevalence of self-harm is increasing, has extensive damage potential and entails significant costs for individuals and society. Young people under the age of 13 report active self-harm. There are still few approaches that address self-injurious behavior directly, even though this is claimed to be necessary to achieve recovery. Understanding why people self-harm is an important part of being in a position to reduce both the frequency and severity of their behavior. It is therefore important that there are effective treatments that can address the functions of self-harm. A functional understanding is proposed, where one looks both at the reasons why the individual engages in self-harm, and what skills is lacking to solve problems in a more acceptable way. In this article, an approach based on a functional understanding of self-harm - Treatment of Self-Injurious Behavior (T-SIB) is highlighted. The main aspects of the treatment will be introduced, and general principles for behavior change are discussed. Dialectical behavior therapy (DBT) is also briefly mentioned in this context, as T-SIB is based on principles from DBT.



Å forstå hvorfor enkelte påfører seg selv skade, er en viktig del av det å komme i posisjon til å redusere både hyppighet og alvorlighet av selvskading.



## INTRODUKSJON

Selvskading er stadig mer utbredt blant unge. I løpet av en 15-års periode økte forekomsten blant unge i Norge fra fire prosent i 2002 til 16 prosent i 2017 (Tørmoe et al., 2020). Internasjonale studier finner samme mønster, og slår fast at dette er et verdensomspennende helseproblem (Gillies et al., 2018; Morgan et al., 2017). Mange begynner med selvskading allerede ved 12-13-årsalder, og selv om det når en topp i 16-årsalderen (Brown & Plener et al., 2017; Morgan et al., 2017), kan det potensielt vare livet ut. Selvskading er forbundet med omfattende psykiske og fysiske helseproblemer og kan ha betydelige økonomiske og samfunnsmessige konsekvenser (Andover, 2017), samt være svært helseskadelig selv om den reelle fysiske skaden involvert varierer (Kuehn et al., 2022; Tørmoe, 2017). Selvskading er også en risikofaktor for senere død ved selvmord (Andover et al., 2012; Favril et al., 2022). Årsakene kan være mange, men selvskading er

ofte relatert til behovet for å regulere emosjoner (Andover & Morris, 2014).

Favazza (2012) skiller mellom fire typer selvskading. Den første typen er alvorlig selvskading, som omfatter sjeldne alvorlige handlinger og ødelegger store deler kroppsvev. Deretter følger stereotypisk selvskading, som er monoton og repetitiv og ofte assosiert med alvorlig psykisk utviklingshemming. Så kommer kompulsiv selvskading, som omfatter repetitiv atferd som hårplukking og alvorlig neglebiting. Sist beskriver Favazza impulsiv selvskading, som omfatter kutting, brenning, risting og slag mot egen kropp, en atferd som er mer episodisk. I denne artikkelen vil fokuset være på sistnevnte – impulsiv selvskading. Slik selvskading har ofte som funksjon å påvirke følelser eller oppnå konsekvenser, som oppmerksomhet fra partnere eller hjelpere. Samtidig vil de som skader seg, og personene rundt dem bli sterkt



Artikkelen tar for seg en funksjonell forståelse av selvskading og en spesifikk behandlingsform som baserer seg på en slik funksjonell tilnærming: Treatment of Self-Injurious Behavior (T-SIB).

berørt av denne atferden. Mange rapporterer om sterkere følelser av håpløshet, skyld, hjelpeløshet, tristhet og en avsky som nærmer seg selvhat (Favazza, 1998).

Litteraturen er delt mellom de som skiller på selvskaede med og uten intensjon om å dø, selvmordsforsøk og ikke-suicidal selvskading (*non-suicidal self-injury-NSSI*) – og de som ikke gjør denne inndelingen, men som omtaler dette som villet egenskade uavhengig av intensjonen om å dø (Hawton et al., 2002; Kapur et al., 2013; Tørmoe et al., 2013). Selv om de fleste som selvskaeder, ikke har en intensjon om å dø, vil det finnes de som har det. Klinikere og forskere forsøker å få frem skillet mellom selvmordsforsøk og selvskading uten intensjon om å dø. Imidlertid er det vanskelig å undersøke intensjon på grunn av dennes variasjon over tid og på tvers av situasjoner (Prinstein et al., 2001). Derfor vil all skade som er selvpåført og som

fører til skade på kroppen, omtales som selvskading. I denne artikkelen vil det dreie seg om den kategorien av villet egenskade som indikerer fravær av intensjonen om å dø. Det vil uansett være viktig å gjøre slike vurderinger i kliniske sammenhenger, og man bør etterstrebe å finne funksjonen selvskadingen har for den enkelte i den enkelte situasjon.

Selvskading forebygges sannsynligvis på flere arenaer, mer eller mindre systematisk, men en mer målrettet behandling må sannsynligvis til for å redusere atferden. Artikkelen tar for seg en funksjonell forståelse av selvskading og en spesifikk behandlingsform som baserer seg på en slik funksjonell tilnærming: *Treatment of Self-Injurious Behavior* (T-SIB). Målet med artikkelen er å rette søkelyset mot selve selvskadingen og de funksjonene den kan ha, og vi vil derfor kun ha et generelt fokus på diagnostikk, komorbiditet og andre elementer ved selvskading.



En fordel med funksjonelle tilnærminger er at de har direkte implikasjoner for behandlingen siden de identifiserer faktorer som frembringer og opprettholder selvskading.

#### Funksjonen til selvskadende atferd

Atferd har ulike dimensjoner som grovt sett kan deles inn i topografiske og funksjonelle egenskaper. En mye brukt analogi er skillet mellom anatomi og fysiologi i medisin, der anatomi beskriver hvordan organer ser ut, mens fysiologi beskriver hva organene gjør (Catania, 2013). Topografi belyser hvordan atferden, i denne sammenheng selvskade, ser ut. Eksempler på topografier av selvskade er for eksempel hvilken metode som er anvendt (kutting, brenning, slag mot kroppen etc.) og/eller hvor på kroppen skaden er påført (underarm, lår, hodet etc.). Funksjonen til en atferd viser til hvilke konsekvenser atferden medfører – i en gitt situasjon. Eksempler på funksjoner kan være oppmerksomhet fra andre eller unngåelse/unnslippelse av ubehag. En fordel med funksjonelle tilnærminger er at de har direkte implikasjoner for behandlingen siden de identifiserer faktorer som frembringer og opprettholder selvskading. Ved kunnskap om slike sammenhenger vil man kunne gjøre noe med årsakene og slik endre selve atferden. Funksjonelle tilnærminger er ideografiske og kontekstuelle. Ideografiske gjennom at de beskriver faktorene ved en bestemt episode med selvskading for en person, og kontekstuelle ved at de

beskriver hvordan selvskading påvirkes av omgivelsene i bred forstand og ikke utelukkende kan forstås isolert sett.

En mye anvendt kategorisering av funksjonen til atferd er Iwata og kollegers (1994) inndeling av funksjonene til utfordrende atferd. Nock og Prinstein (2004) har videre bidratt til en økt forståelse av funksjonene (foranledninger, atferd og konsekvenser) ved mer impulsiv og emosjonsregulerende selvskading gjennom å anvende denne kategoriseringen til å klassifisere fire funksjoner av selvskadende atferd basert på to dimensjoner som er illustrert i tabell 1. Den første dimensjonen skiller mellom *intrapersonlig* eller *automatisk* og *interpersonlig* eller *sosial* forsterkning. Sistnevnte innebærer involveringen av andre mennesker som på ulike måter forsterker atferden, mens ved automatisk forsterkning er det atferden i seg selv som er forsterkende. Firefaktormodellen forsøker å vise hvordan episodisk atferd som selvskading kan bli et gjennomgripende mønster gjennom læring.

Forfatterne hevder at selvskading ofte fyller to hovedfunksjoner: 1) *automatiske stimuli som oppstår i/ påvirker personen i seg selv, og 2) sosiale stimuli – nærmere forklart stimuli som involverer andre personer*. Dette vil

Tabell 1. Funksjonen til selvskadende atferd med eksempel

	Sosial forsterkning	Automatisk forsterkning
Positiv forsterkning	Sosial positiv forsterkning <i>Oppmerksomhet fra nærpersioner</i>	Automatisk positiv forsterkning <i>Følelse av kontroll eller varme</i>
Negativ forsterkning	Sosial negativ forsterkning <i>Reduksjon eller fravær av krav fra omgivelsene</i>	Automatisk negativ forsterkning <i>Reduksjon eller unngåelse av ubehag</i>

med andre ord dreie seg om egenskaper ved faktorene som opprettholder selvskade. Den andre dimensjonen er positiv og negativ forsterkning. Dette er grunnleggende læringsprosesser. Forsterkning er en prosess der forekomsten av atferd øker avhengig av konsekvensene atferden produserer (Catania, 2013). Man skiller mellom to typer forsterkning: *positiv forsterkning*, der atferden styrkes gjennom at den produserer konsekvenser, og *negativ forsterkning*, der det å utsette eller unngå *aversive* stimuli øker forekomsten, ofte kalt flukt eller unngåelse. Negativ forsterkning er et begrep som ofte er misforstått og forvekslet med straff. I denne sammenhengen viser ikke negativ til en normativ oppfatning, men til at *aversive stimuli fjernes*.

*Sosial positiv forsterkning* viser til at selvskadingen produserer en forsterker som formidles av en annen person. En forutsetning her er at det er andre mennesker involvert, og at selvskadingen fører til kontakt eller interaksjon mellom den som selvskader, og den som formidler konsekvensene. Sagt på en mer hverdagslig måte er dette selvskading som fører til at en får omsorg eller at andre blir oppmerksomme på et problem, og slik kan selvskading fremstå som kommunikasjon til omverdenen. Selvskading med en slik

funksjon kan av noen bli stigmatisert og antydnet som manipulerende, og antydnet som å være selvskaderens intensjon, noe det ofte ikke er. Om man deler inn selvskading i kategorier basert på hvilken funksjon den har, vil denne kategorien av selvskading spenne fra eksempler som *å få kontroll over en situasjon til å få oppmerksomhet fra venner og familie* (Nock & Prinstein, 2004).

*Sosial negativ forsterkning* er tilfeller der selvskadingen fører til at man unngår eller utsetter en ubehagelig sosial situasjon. Denne funksjonen av selvskade er den minst vanlige (Nock & Prinstein, 2004) og kan kjennetegnes ved at man for eksempel unngår skole, jobb eller andre aktiviteter eller det å unngå straff eller andre konsekvenser. Det kan også i enkelte tilfeller være en måte å unngå uønsket eller skadelig oppmerksomhet på.

*Automatisk positiv forsterkning* er når selvskadingen i seg selv er forsterkende – for eksempel gjennom taktil stimulering. Utsagn som knyttes til denne kategorien av selvskade, er for eksempel «jeg må føle noe» eller «jeg opplever en slags ro» (Nock & Prinstein, 2004) eller at «den er selvstimulerende». Her er det oppnåelse av en tilstand gjennom selvskading som opprettholder atferden.



Identifisering av funksjon vil kunne gi mulighet til å beskrive for klienten og hjelpe denne til å forstå hvorfor det oppleves effektivt å selvskade.

Den siste kategorien av selvskading *Automatisk negativ forsterkning* viser eksempelvis til at et ubehag har oppstått i personen, og at selvskadingen fjerner eller utsetter ubehaget. Eksempler på slik selvskading er å stoppe vonde følelser eller unngå nummenhet eller tomhet (Nock & Prinstein, 2004). Dette er én av de vanligste funksjonene til selvskading og refereres ofte til som *emosjonsregulering* sammen med *automatisk positiv forsterkning*. Emosjonsregulering kan defineres bredt som kapasiteten til å håndtere ens egne emosjonelle responser eller mer spesifikt som en målrettet atferd hvor både intensjonelle og u-intensjonelle emosjonelle prosesser påvirkes av atferden – i denne sammenheng selvskade.

Det er også viktig å påpeke at selvskading i flere sammenhenger kan ha sammensatte funksjoner, noe som gjør dette komplekst. Det viktigste er likevel å identifisere en funksjon som fører til at man klarer å påvirke selvskadingen hos den enkelte klient. Noen refererer til selvskade som en form for mestring, om enn dysfunksjonell. Det å skade sin egen kropp for å få hjelp eller for å regulere følelsene sine kan best kalles «å selvskade for å oppnå oppmerksomhet» eller «dysfunksjonell emosjonsregulering». Identifisering

av funksjon vil kunne gi mulighet til å beskrive for klienten og hjelpe denne til å forstå hvorfor det oppleves effektivt å selvskade.

#### Funksjonelle tilnærminger til behandling av selvskade

En funksjonell forståelse av selvskading har direkte implikasjoner for behandling. Det er mye som tyder på at *følelsesregulering* er den vanligste funksjonen til selvskade, også uten emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Nock & Prinstein, 2004). Å fokusere på nettopp å øke ferdigheter i følelsesregulering er en viktig komponent i å hjelpe noen å slutte med selvskading (Andover et al., 2014; Andover et al., 2017), i tillegg til at man utvikler klientens evner til *oppmerksomt nærvær* (mindfulness) og *toleranse for ubehag* (Rees, Hasking, Breen, Lipp, & Mamotte, 2015).

Selv om det uten tvil er nødvendig å behandle selvskading, finnes det få behandlinger som adresserer selvskade direkte, og mangelen er særlig stor hos klienter som ikke lider av emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (Andover et al., 2020). Feltet kan derfor ha nytte av kortfattede intervensjoner som søker å behandle selvskading uavhengig av spesifikke psykiatriske diagnoser. Spesielt om dette er behandlinger



som ikke krever hverken sertifisering eller omfattende opplæring av helsepersonell.

Noen tilnærminger har vist seg å redusere forekomsten av selvskading, deriblant manualbasert kognitiv atferdsterapi, gruppebasert emosjonsregulering og dialektisk atferdsterapi (DBT) (Andover et al. 2020). Før vi går videre, vil vi trekke frem den tilnærmingen som har flest studier bak seg, nemlig DBT-tilnærmingen. Det er den tilnærmingen som mest uttalt søker å redusere selvskading og selvmordsatferd (Mehlum et al., 2018; McCauley et al., 2018). DBT er en behandlingsform som adresserer alvorlige emosjonelle og relasjonelle vansker, og som har blitt tilpasset pasientgrupper på tvers av diagnoser, populasjoner og settinger. Behandlingen er prinsippstyrt, men enkelte elementer er forankret i en manual som kombinerer *kognitiv-atferds-orientert* tilnærming med *validerings-terapi*. Viktige modaliteter i DBT er et konsultasjonsteam av terapeuter som jobber sammen om klienten, individualterapi og ferdighetstrening. Mange studier av DBT viser til gode resultater av behandling av selvskade hos klienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, men tilnærmingen kan bidra til å redusere selvskading og andre psykiske helseplager

også hos andre klientgrupper.

I de nye *NICE-retningslinjene* for behandling av selvskading nevnes DBT for ungdom som en tilnærming en bør anvende ved selvskading og emosjonell reguleringssvikt nettopp blant unge (National Institute for Health and Care Excellence, 2022). Likevel kan man tenke seg at enkelte personer som skader seg selv, ikke trenger en omfattende behandling. Det finnes behandlinger som adresserer selvskade og selvmordsatferd av kortere varighet, og som ikke stiller krav til utredning i spesialisthelsetjenesten. Andover (2015) lanserte en kortfattet manual for behandling av selvskading hos personer uten emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, *Treatment of Self-Injurious Behavior* (T-SIB).

#### Treatment for self-injurious behavior

T-SIB bygger på en funksjonell tilnærming til behandling av selvskading og ble utviklet av Andover (2015). Den er tenkt som en behandling av selvskading og selvskadingstrang hos unge voksne uten behov for lengre behandling av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, bipolar lidelse eller posttraumatisk stresslidelse. Tilnærmingen bygger på en manual som



T-SIB bygger på en funksjonell tilnærming til behandling av selvskading og ble utviklet av Andover (2015). Den er tenkt som en behandling av selvskading og selvskadingstrang hos unge voksne uten behov for lengre behandling av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, bipolar lidelse eller posttraumatisk stresslidelse.

kan tjene både som en enkeltstående behandling og som et supplement til for eksempel behandling av depresjon med samtidig selvskading.

T-SIB innebærer et samarbeid mellom klient og behandler gjennom ni ukentlige økter, hvor formålet er å avdekke funksjonelle forhold ved selvskadingen. Dette innebærer å identifisere utløsende og opprett-holdende faktorer, samt finne alternativ atferd som kan tjene samme funksjon som selvskadingen. Manualen inneholder også tre individuelle moduler med ferdighetstrening, noe som gjør at den kan tilpasses den enkelte klient. Disse modulene fokuserer på *toleranse for ubehag*, *mellommenneskelige ferdigheter* og *adressering av kognitive feilslutninger*.

Analyse av episoder med selvskading, forsterking av alternativ atferd, og ferdighetstrening er hovedkomponentene i behandlingen. Klienter som gjennomgår T-SIB, øver på å analysere egen atferd sammen med terapeuten. Dette foregår ved at terapeuten ber klienten beskrive en situasjon som resulterte i selvskading, og sammen vurderer klient og terapeut situasjonens foranledning (eller utløsende faktorer) og hvilke konsekvenser selvskadingen førte til. En slik analyse kalles *funksjonell analyse*. Klienten vil få i hjemmeoppgave å gjøre funksjonell analyse av episoder med selvskading, som igjen blir gjennomgått i den påfølgende økten. Dette gir gode muligheter for å forstå sitt eget atferdsmønster. I samarbeid om et problem vil det være lettere

om begge ser hva problemet er. Selvskadingsepisodene er konkrete, tidsavgrensede og observerbare, noe som bidrar til at terapeut og klient har et felles fokus.

I en terapeutisk samtale om både positive og negative følger av selvskadingen blir klienten ikke bare bevisst at det finnes fordeler og ulemper knyttet til atferden, det blir også tydeligere hvilken funksjon selvskadingen har. Med denne kunnskapen kan man lettere finne alternativ atferd som kan erstatte selvskadingen, men samtidig ivareta klientens behov for kontroll ved at den alternative atferden tjener samme funksjon som selvskadingen.

Etter hvert som funksjonen(e) til selvskading blir kjent, vil det være mulig å finne et akseptabelt og varig alternativ til selvskadingen. Etablering av alternativ atferd kan være avgjørende for å lykkes med å redusere selvskading. Enten det dreier seg om å ta i bruk alternativ atferd som allerede ligger i klientens repertoar (og som klienten til og med har ønsker om å gjøre mer av), eller det dreier seg om å etablere nye ferdigheter, som mer effektiv kommunikasjon, regulering av følelser eller toleranse for ubehag, er det å forsterke slik atferd en viktig del av terapeuten jobber. Klienten forsøker å erstatte selvskadingen med en annen atferd, og terapeut og klient analyserer mer eller mindre vellykkede situasjoner for eventuelt å finne måter å forbedre etableringen av alternativ atferd på.

T-SIB-manualen inneholder, som tidligere nevnt,

tre moduler for tilpasning av tilnærmingen – ferdighetstrening i *mellommenneskelige ferdigheter*, *kognitive feilslutninger* eller *toleranse for ubehag*. Der de funksjonelle analysene har pekt på et forhold mellom atferden og dens konsekvenser, har det sannsynligvis også blitt oppdaget ferdighetsmangler. For noen kan selvskading oppstå etter krangler med kjæresten eller i situasjoner der klienten blir alene og opplever sterkt ubehag. Noen opplever at de i krangler ikke klarer å unngå å si ting de angrer på, kanskje etterfulgt av tanker om å skulle bli forlatt. Når slike atferdsmønstre avdekkes, gir det mulighet for å øve på ferdigheter i effektiv kommunikasjon og på å endre enkelte automatiske tankemønstre. Dersom selvskadingen ses i sammenheng med det å oppleve sterkt ubehag knyttet til nødvendige situasjoner i jobb, studier eller andre sosiale settinger, kan det øves på det å øke toleransen for slikt ubehag, fordi situasjoner som på et tidspunkt oppleves som ubehagelige, samtidig er nødvendige.

Monitorering av selvskading er en viktig del av behandlingen, der antall episoder med selvskading diskuteres, sammen med funksjonelle analyser av episoder med selvskading. Forekomsten presenteres for klienten mot slutten av behandlingen som bevis for atferdsendringen og for å forsterke den alternative atferden ytterligere. Det legges opp til at terapeuten her skal kunne vise frem en visuell analyse, gjerne i form av en linjefraf.

T-SIBs gjennomførbarhet (feasibility), akseptabilitet og foreløpige effektivitet ble først undersøkt i en mindre pilot-studie med tolv deltagere (Andover et al. 2015). Der fant man støtte for at intervensjonen var gjennomførbar, at deltagerne opplevde den som akseptabel og for at tilnærmingen reduserte selvskading og trang til selvskading. I en senere studie med 33 deltagere fant man på ny støtte for gjennomførbarhet, akseptabilitet og reduksjon av selvskading og selvskadingstrang (Andover et al. 2017). I en sekundæranalyse av studien fant de at angstsymptomer modererte resultatet i studien, samt at pasienter med en høyere frekvens av selvskading i løpet av livet og siste år viste mindre trang til selvskading etter behandling (Andover et al. 2020).

T-SIB er en lovende tilnærming til behandling av selvskade, men det er fortsatt et behov for en evaluering av denne tilnærmingen i en større randomisert studie før man vil kunne dra slutninger angående behandlingens effektivitet for å redusere selvskade. Manualen er nylig oversatt til norsk og testes ut i en liten N=1 pilotstudie i forbindelse med et masterstudium i atferdsvitenskap. Håpet er at den norske oversettelsen etter hvert kan prøves ut på et større antall for å bidra til å redusere den økende forekomsten av selvskading blant unge voksne.



Dersom selvskadingen ses i sammenheng med det å oppleve sterkt ubehag knyttet til nødvendige situasjoner i jobb, studier eller andre sosiale settinger, kan det øves på det å øke toleransen for slikt ubehag, fordi situasjoner som på et tidspunkt oppleves som ubehagelige, samtidig er nødvendige.

## AVSLUTNING

Vi vet at selvskading har en debut for mange allerede ved 12–13-årsalder og når en topp rundt 16-årsalder (Brown & Plener, 2017; Morgan et al., 2017). Problemet kan potensielt vare livet ut. Man kan derfor anta at selvskading kan oppstå i møte med et problem tidlig i livet, og at det på det tidspunktet naturlig nok ikke finnes gode problemløsningsferdigheter. Det kan dreie seg om ineffektiv emosjonsregulering, manglende mellommenneskelige ferdigheter eller negative tanker om eget liv sammenlignet med sine jevnaldrende i tillegg til manglende strategier for å håndtere tanker om vanskelige opplevelser i oppveksten. Ferdighetstrening på et tidlig stadium vil kanskje hjelpe før selvskadingen har blitt veldig alvorlig og læringshistorien lang. Dette taler for effektive, kortfattede og enkle tilnæringer. En tilnærming som i tillegg er tilgjengelig for sykepleiere, vernepleiere og andre utdanninger innen helse- og sosialfag, vil kunne frigjøre tid og ressurser for terapeuter.

Å avdekke årsaker – som i funksjoner – for at folk fortsetter å skade seg med vilje er viktig for å hjelpe dem med å slutte å skade seg – eller kanskje enda viktigere; etablere de ferdighetene som kreves for å løse problemene de står i, på en mer akseptabel og hensiktsmessig måte. Funksjonelle tilnæringer som DBT og T-SIB gjør som nevnt nettopp dette. Mange som sliter med selvskading, kan også ha andre vansker, negative livshendelser enten i fortid eller nåtid – samt psykiske lidelser i tillegg.

Fagmiljøene bør fortsette diskusjonen om hvorvidt vi greier å tilpasse behandling til den enkelte klientgruppen. Det kan dreie seg om ulike aldersgrupper, ulike diagnoser, ulike arenaer og ikke minst ulik topografi. Sist, men ikke minst, er det viktig igjen å påpeke at selvskading er en av de mest kjente risikofaktorene til selvmordsforsøk og selvmord (Morgan et al., 2017; Favril et al. 2022). Derfor vil behandling av selvskading være et viktig bidrag til forebygging av selvmord.



## Referanser

- Andover, M. S.** (2014) Non-suicidal self-injury disorder in a community sample of adults. *Psychiatry Res.* 219(2), 305–310. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.06.001>
- Andover, M. S. & Morris, B. W.** (2014). Expanding and Clarifying the Role of Emotion Regulation in Nonsuicidal Self-Injury. *Can J Psychiatry*, 59(11), 569–575. <https://doi.org/10.1177/070674371405901102>
- Andover, M. S., Schatten, H. T., Morris, B. W. & Miller, I. W.** (2015). Development of an intervention for nonsuicidal self-injury in young adults: An open pilot trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(4), 491–503. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.05.003>
- Andover, M. S., Schatten, H. T., Morris, B. W., Holman, C. S. & Miller, I. W.** (2017). An intervention for nonsuicidal self-injury in young adults: A pilot randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, 85(6), 620–631. <https://doi.org/10.1037/ccp0000206>
- Andover, M. S., Schatten, H. T., Holman, C. S. & Miller, I. W.** (2020). Moderators of treatment response to an intervention for nonsuicidal self-injury in young adults. *J Consult Clin Psychol*, 88(11), 1032–1038. <https://doi.org/10.1037/ccp0000603>
- Brown, R. C. & Plener, P. L.** (2017). Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Curr Psychiatry Rep* 19, 20. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0767-9>
- Catania, A. C.** (2013). *Learning, Interim (5th Edition)*. Cornwall-on-Hudson, NY: Sloan
- Favazza A. R.** (1998). The coming age of self-mutilation. *The Journal of Nervous & Mental Disease* 186(5), 259-268. <https://doi.org/10.1097/00005053-199805000-00001>
- Favazza A. R.** (2012). Nonsuicidal self-injury: How categorization guides treatment. *Current Psychiatry*, 11(3), 22–25.
- Favril, L., Yu, R., Uyar, A., Sharpe, M. & Fazel, S.** (2022). Risk factors for suicide in adults: Systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *BMJ Ment Health* 2022;25:148-155. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2022-300549>
- Gillies, D., Christou, M. A., Dixon, A. C., Featherston, O. J., Rapti, I., Garcia-Anguita, A., ...Christou, P. A.** (2018). Prevalence and characteristics of self-harm in adolescents: meta-analyses of community-based studies 1990–2015. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 57(10), 733–741. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.018>
- Gratz, K. L., Conrad, S. D. & Roemer, L.** (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *Am J Orthopsychiatry*, 72(1), 128–140. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.72.1.128>



Ferdighetstrening på et tidlig stadium vil kanskje hjelpe før selvskadingen har blitt veldig alvorlig og læringshistorien lang. Dette taler for effektive, kortfattede og enkle tilnærminger.

**Gratz, K. L.** (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 192–205. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg022>

**Hawton, K., Rodham, K., Evans, E. & Weatherall, R.** (2002). Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ, 325*:1207 <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7374.1207>

**Helsedirektoratet** (2017). Selvskading og selvmord – veiledende materiell for kommunene om forebygging [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 27. april 2021, lest 10. januar 2023). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/selvskading-og-selvmord-veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging>

**Iwata, B. A., Dorsey, M. F., Slifer, K. J., Bauman, K. E. & Richman G. S.** (1994). Toward a functional analysis of self-injury. *J Appl Behav Anal, 27*(2), 197–209. <https://doi.org/10.1901/jaba.1994.27.197>

**Kapur, N., Cooper, J., O'Connor, R. C. & Hawton, K.** (2013). Non-suicidal self-injury versus attempted suicide: New diagnosis or false dichotomy? *The British Journal of Psychiatry, 202*(5), 326–328. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.116111>

**Klonsky, E. D., May, A. & Glenn, C.** (2012). The Relationship Between Nonsuicidal Self-Injury and Attempted Suicide: Converging Evidence From Four Samples. *J Abnorm Psychol, 122*(1), 231–237. <https://doi.org/10.1037/a0030278>

**Kuehn, K. S., Dora, J., Harned, M. S., Foster, K. T., Song, F., Smith, M. R., & King, K. M.** (2022). A meta-analysis on the affect regulation function of real-time self-injurious thoughts and behaviours. *Nature Human Behaviour, 6*, 964–974. <https://doi.org/10.1038/s41562-022-01340-8>

**McCaughey, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K., Linehan, M. M.** (2018). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: A randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association Psychiatry, 75*(8), 777–785. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1109>

**Mehlum, L.** (2018). DBT as a Suicide and Self-harm Treatment. I M. Swales (Ed.), *The Oxford Handbook of Dialectical Behaviour Therapy* (s. 307–324). <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198758723.013.44>

**Morgan, C., Webb, R. T., Carr, M. J., Kontopantelis, E., Green, J. & Chew-Graham, C. A.** (2017). Incidence, clinical management, and mortality risk following self harm among children and adolescents: cohort study in primary care *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4351>

**Muehlenkamp, J. J., Xhunga, N., & Brausch, A. M.** (2018). Self-Injury Age of Onset: A Risk Factor for NSSI Severity and Suicidal Behavior. *Archives of Suicide Research, 23*(4), 551–563 <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1486252>

**National Institute for Health and Care Excellence.** (2022). *NICE Guideline: Self-harm: Assessment, management and preventing recurrence*. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/>

**Nock, M. K., & Prinstein, M. J.** (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol, 72*(5), 885–890. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>

**Nock, M. K., Joiner Jr, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J.** (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry research, 144*(1), 65–72. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>



↑  
**STIAN SLOTNES LARSEN**  
er spesialvernepleier og fagrådgiver ved St. Olavs hospital, og har lang klinisk erfaring fra psykisk helsevern. Slotnes Larsen skriver masteroppgave om selvskading og har i den forbindelse oversatt en manual for behandling av selvskading. Han debuterte nylig som medforfatter av en fagbok.



↑  
**ANITA JOHANNA TØRMOEN**  
er førsteamanuensis ved NSSF og har en doktorgrad i behandling av selvskading. Hun er leder av DBT-opplæringsprogrammet i Norge. I tillegg til å forske på selvskading og emosjonsreguleringsvansker, har hun lang klinisk erfaring fra BUP, kommunehelsetjeneste og DPS.



↑  
**MARTIN Ø. MYHRE**  
er vernepleier og har en mastergrad i atferdsvitenskap. Han er ansatt som stipendiat på Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging. Han har lang klinisk erfaring fra psykisk helsevern og skrevet flere artikler om atferdsaktivering for depresjon.

**Nock, M. K., Teper, R., & Hollander, M.** (2007). Psychological treatment of self-injuring among adolescents. *J Clin Psychol, 63*(11), 1081–1089. <https://doi.org/10.1002/jclp.20415>

**Prinstein, M., J., Boergers, J. & Spirito, A.** (2001). Adolescents' and Their Friends' Health-Risk Behavior: Factors That Alter or Add to Peer Influence. *J Pediatr Psychol, 26*(5), 287–298. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/26.5.287>

**Rees, C. S., Hasking, P. & Breen, L. J.** (2015). Group mindfulness based cognitive therapy vs group support for self-injury among young people: study protocol for a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry, 15*, 154 <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0527-5>

**Skegg, K.** (2005). Self-harm. *Lancet, 366*(9495), 1471–1483. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67600-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67600-3)

**Turner B. J., Austin S. B. & Chapman A. L.** (2014). Treating Nonsuicidal Self-Injury: A Systematic Review of Psychological and Pharmacological Interventions. *The Canadian Journal of Psychiatry, 59*(11), 576–585. <https://doi.org/10.1177/070674371405901103>

**Tørmoen, A. J., Rossow, I. & Larsson, B.** (2013). Nonsuicidal self-harm and suicide attempts in adolescents: differences in kind or in degree?. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 48*, 1447–1455. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0646-y>

**Tørmoen, A. J.** (2017). *Self-Harm among Adolescents: From Identification to Tailored Treatment*. (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo, Oslo.

**Tørmoen, A. J., Myhre, M., Walby, F. A., Grøholt, B. & Rossow, I.** (2020). Change in prevalence of self-harm from 2002 to 2018 among Norwegian adolescents. *European Journal of Public Health, (30)*4, 688–692. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa042>