

SELVSKADENDE UNGDOM: Hvordan møter vi dem?

Presentasjon av en kvalitativ studie i allmennpraksis

■ LENE DÆHLEN SELNES

Fastlege Sørbyen Legegruppe, Gjøvik

Bakgrunn

Det har vært en økende forekomst av selvskading både internasjonalt og i Norge i de senere år. I en undersøkelse i en videregående skole i Norge i 2004, rapporterte 6,6 prosent av ungdommene i aldersgruppen 15–16 år om selvpåført skade. Litt over halvparten av disse ungdommene rapporterte at de hadde hatt suicidal hensikt med selvskadingen (1). Utbredelse av villet egen-skade er høyere blant ungdommer enn blant voksne (2).

Selvskading blir definert forskjellig i ulike studier. Begrepet «villet egen-skade» er i økende grad brukt i omtalen av selvskading i Norge (1). Dette er en betegnelse på en handling som ikke endte med døden, men hvor individet med vilje skadet seg selv (1). Flere studier fokuserer på en blanding av risikofaktorer for utvikling av selvskadende atferd: kulturell betydning (rituelle handlinger), utløsende årsaker, vedlikehold av spesifikke årsaker og som en del av personlighetsforstyrrelser. (3, 4, 5, 6).

I en allmennleges hverdag kan selvskading være et «skjult» eller «ikke-presentert» symptom hos pasienter som oppsøker legekantoret av ulike grunner. Mange unge mennesker kan ha problemer med å identifisere og gjenkjenne egne grenser og ambivalente følelser og erfaringer. De klarer ikke alltid å formidle sine opplevelser med ord (7). Noen kan i en slik situasjon utvikle selvskading som et strategisk grep for å håndtere udefinert indre stress og komplekse ukjente følelsesforhold. Selvskadingen fungerer som deres mestringsstrategi eller en emosjonell reguleringsmekanisme (5). Noen forstår selvskading dithen at personen gjør et forsøk på å bevare seg selv, heller enn å skulle ønske å ødelegge seg selv (8).

Noen kan utvikle selvskading som et strategisk grep for å håndtere indre stress og komplekse følelsesforhold.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLUORBOX

Å avdekke at en person skader seg kan gi fastlegen en mulighet for å snakke med vedkommende om emosjonell smerte og sammen forsøke å kartlegge utløsende faktorer som kan gi mulighet for å komme nærmere bakgrunnen for den unges selvskadende atferd. Den som skader seg selv har ofte et problem, enten det er erkjent eller ikke, og de trenger hjelp til å sortere ut det som er vanskelig i mer begripelige enheter. Gjennom en slik tilnærming kan den som har problemer få et nytt perspektiv på utfordringene de har, enten det er sorg, tillitsbrudd, smerter, skolevegring, depresjon eller annet (9, 10). En kartlegging av bakgrunnen for selvskadingen kan gjøre det lettere for fastlegen å velge behandlingsstrategi, enten det er henvisning videre til andrelinjetjenesten eller videre behandling i førstelinjen (9, 10).

Det er gjort få studier om selvskading i et allmenmedisinsk perspektiv. Derfor ønsket vi i denne studien å finne ut følgende: Fanger allmennleger opp selvskading hos ungdom i sin praksis? I så fall, hvordan hadde legene kommet i kontakt med ungdommene? Opplevde legene at det var vanskelig å håndtere problemstillingen? I så fall, hvorfor?

Metode

30 allmennleger i Vest-Oppland ble invitert til å delta i et fokusgruppeintervju. Syv leger meldte sin interesse: to menn og fem kvinner i alderen 30–50 år som hadde vært i allmennpraksis i 3–25 år. Fire av legene hadde vært i sin praksis i mer enn 20 år, mens to hadde vært i praksis i mindre enn sju år. Seks var spesialister i allmenmedisin, én var under spesialisering.

Intervjuet var semistrukturert, basert på følgende spørsmål:

- Hadde legene kunnskap om selvskadende ungdom i sin praksis?
- Hvordan ble temaet selvskading presentert i kontakten mellom lege og pasient?
- Hvilke tanker gjorde fastlegen seg om møtene med selvskadende pasienter?

Fokusgruppeintervjuet ble tatt opp på bånd. Senere ble intervjuet transkribert til tekst. Deltakernes uttalelser ble gruppert og behandlet etter tema.

Resultater

Alle legene rapporterte at de hadde hatt kontakt med selvskadende ungdommer i sin praksis på ett eller annet tidspunkt (fra ett til fire tilfeller). Ikke alle hadde kontakt med selvskadende pasienter på intervjuetidspunktet.



Selvskading er vanligere hos ungdom enn hos voksne. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Selvskading var sjelden det første temaet

Deltakerne opplevde at ungdommen i liten grad klarte å presentere selvskadingen i en vanlig samtale. Legene i fokusgruppen opplevde at selvskadende ungdom var unnvikende og lite tydelige på å presentere problemene de bar på. Ofte var det andre i deres nærmiljø som fanget opp problemstillingen og kontaktet lege på vegne av ungdommen.

«Førstekontakten er ikke på initiativ fra pasienten sjøl eller ungdommen sjøl, men heller fra foreldre, skole eller helsestasjon eller andre voksne som er bekymret. Venner. Hos de jeg har vært borti er det ikke så mye selvskading som har vært førsteproblematikken. Det kan være rus, depresjon eller bekymringer for selvmordsfare. Det at du har de der er en slags første relasjon, sjøl om den er veldig skjor og den ikke er på deres premisser.»

«De som jeg har slitt med er de som har alle mulige slags problemstillinger. Så jeg har begynt å lure på hva de egentlig vil meg for det kommer fram at det ligger noe under – f.eks. at mor eller far ruser seg, eller at de har blitt misbrukt eller et eller annet.»

De fleste legene opplevde at kontakten mellom pasient og lege ble initiert av en tredje person; enten forelder, sykepleier eller andre i ungdommens daglige miljø. En

av legene opplevde at pasienten selv presenterte selvskading som et problem i tilknytning til andre problemer hun hadde. Flere leger var av den mening at de i kraft av å være leger ikke nødvendigvis var den samtalepartneren som ungdommen valgte å framlegge sine problemer til.

«Jeg tror ikke at jeg som doktor eller allmennlege er en naturlig valgt samtalepartner for ungdommen.»

«Det naturlige er at man har kontakt enten med helsesøster eller miljøarbeider i skolen som fanger opp at det er ting som skurrer og at det er vanskeligheter. Så kommer symptomet fram etter hvert og de kan hjelpe ungdommen videre i systemet. Så tror jeg at vi kan følge opp som kollega XX sier – at det er naturlig at vi har oppfølging, men den første kontakten tror jeg er et kjempehinder for dem å komme til oss.»

Hindringer for kontakt med ungdommene

Noen av legene tenkte at de unge fant det vanskelig at legen også var fastlege for deres foreldre og andre familiemedlemmer. Eller at de ikke ønsket å åpne seg for en person som også hadde vært lege for dem mens de var barn. Fravær fra skolen fordi de har en avtale med legen ble nevnt som en hindrende faktor for kontakt med ung-

dommen. Tilgjengelighet til legen ble fremhevet som viktig av flere fastleger. Forhold som gjør det vanskelig for ungdommer å komme i kontakt med fastlegen kan være telefonkø, betalingssystemer eller lang ventetid for å komme til på time.

«Jeg kan ikke tenke meg at en 15–16 åring skal klare å komme igjennom telefonsystemet, få bestilt seg en time og klare å presentere et problem i telefonen til våre ansatte. Det naturlige er at man har kontakt med enten helsesøster eller miljøarbeider i skolen – som fanger opp at det er ting som skurrer og at det er vanskeligheter.»

Tid er en svært viktig faktor for å skape trygge nok relasjoner til ungdom. Flere leger hadde erfaringer med at de opplevde seg testet av pasienten.

«Noe av problemstillingen tror jeg er at de tester oss ut litt først – før de kommer med den virkelige bestillingen. Det tar tid, de skal finne ut av reaksjonene våre og om vi er pålitelige før de kommer med den virkelige bestillingen.»

Foreldre som ønsker å snakke på vegne av sine barn kan oppleves som en bremsende faktor for å oppnå allianse med ungdommen.

«Jeg tenker alltid moren hindrer for mye for å la meg snakke med den unge. Jeg har bedt dem noen ganger om å forlate rommet fordi de gjør situasjonen feil.»

Fastlegen – en ensom hjelper

Flere av legene syntes det var vanskelig å stå i relasjon til en selvskadende pasient uten å ha andre personer å kunne samarbeide med. Personer som kan ha en større grad av naturlig nærhet til ungdommen, for eksempel ungdomskontakter, miljøarbeidere, sosionomer, helsearbeidere i psykiatrien, lærere eller andre ressurspersoner oppfattes viktige for å komme noen vei. Noen leger påpekte at ungdommen kunne sette urimelige betingelser i samtale med legen, noe som kan medføre etiske dilemmaer.

«Hun kom til meg på betingelse om at foreldrene ikke skulle informeres. Jeg satt i den relasjonen i ett år omtrent. Hun nektet kontakt med foreldrene. Det synes jeg var ganske vanskelig og belastende.»

Hensynet til taushetsplikten er ofte en utfordring i møtene med ungdommene. Det var stor enighet om at rammene for samtale måtte være tydelige og konsistente slik at ungdommen ikke manipulerte seg inn i en forverring av situasjonen.

«...at du er klar på hvorfor du må prate med foreldra, kanskje, og hvorfor du må prate aleine med den unge. At det er klare rammer rundt det.»

Noen av legene i gruppen mente at den som selvskader ofte ikke er i stand til å definere seg selv som en del av den behandlingen som er nødvendig for å bli bedre. Ungdommens vegring mot å gå inn i det som legen oppfattet som et problem, var ofte en frustrasjon hos legene. Flere opplevde dette som et vanskelig kjernepunkt i møtet med pasienten: Ungdommene mangler ofte begreper om egne følelser. De klarer ikke å beskrive det som er vanskelig eller det som tynger dem.

«Når det blir mitt problem, og ikke den som selvskader sitt problem, da blir jeg frustrert.»

«Synes ofte jeg møter på en mangel på ord og en mangel på begreper for hva som er i følelseslivet deres, som jeg kan, ja – som gjør at det kan være frustrerende for meg som doktor.»

Diskusjon

Vår studie baserer seg på ett fokusgruppeintervju, noe som ga syv leger mulighet til å dele sine erfaringer. Utvalget er lite, men variasjonen i de deltakende legers arbeidspraksis er stor. Det er en dominans av kvinnelige leger i gruppa, men stor aldersspredning.

Alle legene hadde møtt unge som skadet seg selv og hadde erfaring med at det i de fleste tilfeller var en tredjeperson som hadde initiert kontakten med legen. Likeså var det en delt opplevelse av at det var vanskelig å være eneste behandler for denne pasientgruppen og det var frustrerende ikke å ha flere helsearbeidere å samarbeide med. En felles oppfatning var også at den unge trengte lang tid på å komme i posisjon for å være mottakelig for terapi. Flere leger opplevde at denne prosessen var utfordrende og til dels vanskelig.

Det kan være grunn til å spørre seg om fastleger kan fange opp flere av de som selvskader i sine praksiser. Kan det være slik at vi av ulike grunner avstår å spørre unge mennesker direkte om de skader seg selv, fordi det blir for komplisert å håndtere et bekræftende svar? Mangel på tid kan være en unnskyldning for ikke å gå inn i problemstillingen. Vår hverdag er innrettet med relativt korte pasientmøter og lite fleksibilitet for lengre samtaler og vi jobber vanligvis alene. Å la være å spørre direkte, kan være en måte å unngå det følelsesmessige kaoset som kan komme når man avdekker en slik hemmelighet. Kanskje føler vi oss ikke faglig trygge nok eller samarbeidsmessig sikre nok på at vi kan møte den unge på en måte som ikke skaper flere problemer enn den løser.

Konklusjon

Deltakerne i vår fokusgruppe fremhevet flere ganger at tilstrekkelig tid var helt vesentlig i møtet med ungdommer som har skadet seg selv. Tid i det første møtet og tid til flere møter under mer planlagte forhold. Fastlegen kjenner seg ofte maktesløs og alene i en behandlingsrelasjon med ungdommer som selvskader. De opplever at problemstillingen krever bred tilnærming og flere innfallsvinkler. Deretter kan et motivasjonsfremmende arbeid mot et behandlingstilbud starte. Flere av pasientene kan ha marginale ressurser rundt seg og ikke en hverdag som gir mulighet for å starte noen terapeutisk prosess. Det bør være et tilbud om behandlingskontakt i førstelinjetjenesten i kommunene som på kort varsel kan motta ungdommer i denne kategorien for å kartlegge deres omgivelser. Er de under 18 år må omsorgssituasjonen vurderes og det må være mulig å raskt kunne etablere en tverrfaglig ramme i behandlingssituasjonen.

Jeg ønsker å takke min tålmodige og oppmuntrende veileder Mette Brekke på Avdeling for allmennmedisin ved UiO for god hjelp og støtte for å ferdigstille artikkelen om selvskading. Jeg har mottatt allmennpraktikerstipend for gjennomføring av prosjektet.

REFERANSER

1. Ystgaard M, Reinholdt NP, Husby J, Mæhlum L. Villet egenskade blant ungdom. Tidsskr Nor Legeforen 2003; 123: 2241–5
2. Hjelmeland H, Grøholt B. A Comparative Study of Young and Adult Deliberate Self-Harm Patients. Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, Vol 26 (2), 2005, 64–72
3. Favazza, AR. Bodies Under Siege Self-mutilation in Culture and Psychiatry. 1987
4. Urnes Ø. Selvskading og personlighetsforstyrrelser. Tidsskr Nor Legeforen. 2009; 129: 872–6
5. Sommerfeldt B, Skårderud F. Hva er selvskading? Tidsskr.Nor Legeforen 2009; 129: 754–8
6. Favazza AR. The coming of Age of Self-Mutilation. J nerv Ment Dis May 1998; 186: 259–268
7. Mehlum L, Holseth K. Selvskading – hva gjør vi? Tidsskr.Nor Legeforen. 2009;129: 759–62
8. Babiker G, Arnold L. The Language of Injury. Comprehending Self-mutilation. 1997
9. Arnold, L, Magill, A. Arbeid med selvskading. Forlagshuset Hertervig. ISBN 8277861354
10. Heiberg Nilssen, C, Storm H. Kors på halsen. Dinamo forlag, 2010. ISBN: 9788280712165

■ LENESELNES@GMAIL.COM