



**BA ritgerð**  
**Félagsráðgjöf**

**Sjálfskaðandi hegðun barna**  
**og áhrif hennar á aðstandendur**

Hvað er til ráða?

Rakel María Eggertsdóttir

Leiðbeinandi Dr. Frevdís Jóna Frevsteinsdóttir



**HÁSKÓLI ÍSLANDS**  
**FÉLAGSVÍSINDASVIÐ**  
FÉLAGSRÁÐGJAFARDEILD



**Sjálfskaðandi hegðun barna og áhrif hennar á aðstandendur**  
***Hvað er til ráða?***

Rakel María Eggertsdóttir

080591-2689

Lokaverkefni til BA-gráðu í Félagsráðgjöf  
Leiðbeinandi: Dr. Freydís Jóna Freysteinsdóttir  
Stærð ritgerðar í ECTS einingum: 12 einingar

Félagsráðgjafardeild  
Félagsvísindasvið Háskóla Íslands  
Maí 2019

Sjálfskaðandi hegðun barna og áhrif hennar á aðstandendur

Ritgerð þessi er lokaverkefni til BA í Félagsráðgjöf  
og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.  
© Rákel María Eggertsdóttir, 2019

Prentun: Háskólaprent  
Reykjavík, Ísland, 2019

## Útdráttur

Þessi heimildaritgerð fjallar um sjálfskaðandi hegðun barna, aðkomu aðstandenda þeirra og hjálparmöguleika. Sérstök áhersla er lögð á sjálfskaðandi hegðun barna og með hugtakinu aðstandendur er hér átt við foreldra barnanna og systkini. Markmiðin með þessum skrifum eru að auka skilning á sjálfskaðandi hegðun barna, vekja athygli á þörfum aðstandenda þeirra og varpa ljósi á það hvernig hægt sé að takast á við vandann. Farið er yfir hvað hegðunin felur í sér, kenningar sem tengja má við hegðunina, hvaða þættir það eru sem geta búið að baki, hvað felst í því að vera aðstandandi og hvaða úrræði standi börnum sem skaða sig og aðstandendum þeirra til boða á Íslandi. Skilningur á því hvað sjálfskaðandi hegðun felur í sér og því hvað veldur því að börn skaði sig er undirstaða þess að hægt sé að takast á við hana. Hér er sjálfskaðandi hegðun skilgreind sem hegðun sem framkvæmd er af ásettu ráði til þess að skaða eigin líkama án ásetnings um að svipta sig lífi. Ekki er þó nóg að einblína á hegðunina sjálfa heldur þarf að huga að þeim þáttum sem stuðluðu að hegðuninni til að byrja með en þessir þættir eru ólíkir frá barni til barns. Þá er einnig mikilvægt að huga að aðstandendum barnanna og að þeim áhrifum sem hegðunin getur haft á þá en til þess að þeir geti tekist á við þessar aðstæður þurfa þeir að fá viðeigandi fræðslu og stuðning. Það er því nauðsynlegt að boðið sé upp á viðeigandi úrræði fyrir bæði börnin og aðstandendur þeirra. Hérlandis er boðið upp á ýmis úrræði sem geta nýst börnum sem skaða sig sem öll virðast einnig taka tillit til aðstandenda þeirra en enn má gera betur í þeim efnum ef marka má niðurstöður rannsókna sem fjallað er um í þessu verki.

## Formáli

Heimildaritgerð þessi er tólf eininga lokaverkefni til BA gráðu í félagsráðgjöf við Háskóla Íslands. Ritgerðin ber heitið „Sjálfskaðandi hegðun barna og áhrif hennar á aðstandendur: Hvað er til ráða?“. Hún fjallar um sjálfskaðandi hegðun barna, aðkomu aðstandenda þeirra og þá aðstoð sem stendur þeim til boða á Íslandi. Áhugi á þessu umfjöllunarefni vaknaði eftir áralanga baráttu nákomins aðila við sjálfskaðandi hegðun og þá streitu og óvissu sem fylgdi því að vera aðstandandi barns sem skaðar sig.

Ég vil þakka leiðbeinanda mínum, Dr. Freydísi Jónu Freysteinsdóttur, fyrir uppbyggilega gagnrýni og handleiðslu við skrifin. Ég vil einnig þakka móður minni, Gyðu Björk Jónsdóttur, fyrir aðstoð við yfirlestur ritgerðarinnar og fyrir kærkominn stuðning. Ég vil líka þakka stórfjölskyldu minni fyrir að hugsa vel um son minn á meðan ég stóð í skrifum en fyrir það vil ég sérstaklega þakka systur minni, Berglindi Evu Eggertsdóttur. Að lokum vil ég þakka öllum þeim sem hvöttu mig áfram í náminu þegar ég þurfti á því að halda.

## Efnisyfirlit

Útdráttur.....	3
Formáli.....	4
Efnisyfirlit.....	5
Myndaskrá .....	7
<b>1 Inngangur .....</b>	<b>9</b>
<b>2 Sjálfskaðandi hegðun .....</b>	<b>11</b>
2.1 Skilgreiningar .....	11
2.1.1 Sjálfskaðandi hegðun með eða án ásetnings um sjálfsvíg .....	11
2.1.2 Samfélagslega samþykkt hegðun eða sjúkleg hegðun.....	12
2.2 Birtingarmyndir .....	13
2.3 Tíðni .....	14
<b>3 Kenningar sem tengjast sjálfskaðandi hegðun.....</b>	<b>15</b>
3.1 Kerfiskenningar .....	15
3.2 Námskenningar .....	15
3.2.1 Reyntsluforðun .....	16
<b>4 Undirliggjandi ástæður sjálfskaðandi hegðunar .....</b>	<b>19</b>
4.1 Áhættuþættir .....	19
4.1.1 Einstaklingsbundnir þættir.....	19
4.1.2 Fjölskylduþættir .....	20
4.1.3 Félagslegir þættir.....	21
4.2 Tilgangur .....	21
4.3 Verndandi þættir .....	22
<b>5 Aðstandendur barna sem skaða sig .....</b>	<b>25</b>
5.1 Áhrif sjálfskaðandi hegðunar á aðstandendur.....	25
5.2 Gagnleg viðbrögð aðstandenda.....	26
5.3 Þarfir aðstandenda .....	27
5.4 Rannsóknir á viðhorfum aðstandenda til aðstoðar .....	28
<b>6 Úrræði á Íslandi.....</b>	<b>31</b>
6.1 Aðkoma félagsráðgjafa .....	31
6.2 Hjálparsími og netspjall Rauða krossins .....	33
6.3 Forvarnarverkefnið Útmeða .....	33
6.4 Píeta samtökin .....	33
6.5 Barna- og unglिंगageðdeild Landspítalans (BUGL).....	34

<b>7 Umræða.....</b>	<b>37</b>
<b>Heimildaskrá .....</b>	<b>43</b>



## **Myndaskrá**

Mynd 1: Munurinn á sjálfskaðandi hegðun með og án ásetnings um sjálfsvíg..... 12



## 1 Inngangur

Sjálfskaðandi hegðun barna er viðkvæmt málefni sem þarf engu að síður að horfast í augu við. Vandamálið er raunverulegt og benda erlendar rannsóknir til þess að það fari vaxandi (Favazza, 1998). Hvað það er sem veldur þessari aukningu er enn óljóst en ljóst er að það er ýmislegt sem getur stuðlað að sjálfskaðandi hegðun barna. Snemma á þessu ári var til að mynda varað við hrollvekjandi brúðu sem birst hefur á internetinu og hvetur börn til að skaða sig og jafnvel svipta sig lífi (Birgir Olgeirsson, 2019).

Þekking á því hvað felst í sjálfskaðandi hegðun og hvað veldur því að börn skaði sig er talin undirstaða þess að hægt sé að takast á við hana (Nock og Prinstein, 2004). Að því sögðu er vert að benda á að aðstandendur barna sem skaða sig telja sig almennt illa í stakk búna til að takast á við hegðunina einmitt vegna vanþekkingar á því hvað felst í hegðuninni og hvað það er sem veldur henni (Raphael, Clarke og Kumar, 2006). Óvissunni sem fylgir því að vera aðstandandi barns sem skaðar sig hefur verið líkt við að vera týndur og bent á að þá þurfi maður landakort til að stefna í rétta átt (Stewart o.fl., 2018).

Markmiðin með þessum skrifum eru fræða aðstandendur barna sem skaða sig um sjálfskaðandi hegðun, vekja athygli á þörfum þeirra og varpa ljósi á það hvernig hægt sé að takast á við vandann. Sérstök áhersla er lögð á sjálfskaðandi hegðun barna og aðstandendur þeirra og með hugtakinu aðstandendur er hér átt við foreldra barnsins og systkini. Leitast er við að svara því hvers vegna börn skaða sig og hvaða úrræði standi þeim til boða hér á landi. Að auki verður leitast við að svara því hvaða áhrif sjálfskaðandi hegðun barna getur haft á aðstandendur þeirra og hvort nægilegt tillit sé tekið til þarfa þeirra þegar kemur að því að veita aðstoð.

Ritgerðinni er skipt niður í sjö hluta. Fyrsti hlutinn er inngangur þar sem efni ritgerðarinnar er kynnt. Í öðrum hluta verður farið yfir skilgreiningar á sjálfskaðandi hegðun, birtingarmyndir hegðunarinnar og tíðni til að auka skilning lesenda á hegðuninni. Í þriðja hluta verður fjallað um kenningar sem höfundur telur að styðji vel við umfjöllunarefni ritgerðarinnar. Hér verður stuðst við tvö líkön innan námskenninga og kerfiskenningu. Fjórdi hlutinn snýr að því hver tilgangur barnanna getur verið með hegðuninni og að þeim áhættuþáttum og verndandi þáttum sem geta haft áhrif. Fimmti hluti ritgerðarinnar fjallar

um það hvað felst í því að vera aðstandandi barns sem skaðar sig. Þá verður sérstaklega fjallað um áhrifin sem hegðunin getur haft á þá, hvaða viðbrögð þeirra við hegðuninni eru talin gagnleg og hverjar þarfir þeirra og viðhorf eru til aðstoðar. Í sjötta hluta eru þau úrræði útlistuð sem standa til boða á Íslandi fyrir börn sem skaða sig og aðstandendur þeirra. Að lokum, í sjöunda hluta ritgerðarinnar, verða meginatriði ritgerðarinnar dregin saman og vangaveltur höfundar koma fram.

## 2 Sjálfskaðandi hegðun

Hér er fjallað um ýmsar skilgreiningar á sjálfskaðandi hegðun, birtingarmyndir hegðunarinnar og tíðni. Athygli er þó vakin á því að erfitt er að fullyrða nokkuð þegar kemur að þessum þremur þáttum þar sem ekki er til stöðluð skilgreining á sjálfskaðandi hegðun, umfjöllun um birtingarmyndir er ekki tæmandi þar sem þær eru ólíkar frá barni til barns og erfitt er að meta nákvæma tíðni sjálfskaðandi hegðunar.

### 2.1 Skilgreiningar

#### 2.1.1 Sjálfskaðandi hegðun með eða án ásetnings um sjálfsvíg

Fræðimenn eru ekki á einu máli um það hvernig skilgreina eigi sjálfskaðandi hegðun en sú skilgreining á sjálfskaðandi hegðun sem hefur náð mestri fótfestu í rannsóknum er hegðun sem framkvæmd er af ásettu ráði til þess að skaða eigin líkama án ásetnings um að svipta sig lífi (Chapman, Gratz og Brown, 2006; Favazza, 1998; Fliege, Lee, Grimm og Klapp, 2009; Klonsky, Oltmans og Turkheimer, 2003; Klonsky og Olino, 2008; Nock og Prinstein, 2004). Þessi skilgreining verður framvegis notuð í þessu verki nema annað sé sérstaklega tekið fram. Það sem fræðimenn deila einna helst um er það hvort sjálfsvígstilraunir og sjálfsvíg eigi heima innan skilgreiningarinnar á sjálfskaðandi hegðun (Gratz, 2001). Samkvæmt skilgreiningu Nock (2008) felur sjálfsvígstilraun í sér sjálfskaðandi hegðun með ásetningi um að taka eigið líf og sjálfsvíg felst í því að taka eigið líf af ásettu ráði. Til þess að rökstyðja hvers vegna sjálfsvíg og sjálfsvígstilraunir eigi ekki heima innan skilgreiningarinnar á sjálfskaðandi hegðun bendir Favazza (1989) á að sjálfskaðandi hegðun með ásetningi um sjálfsvíg væri flótti undan lífinu en sjálfskaðandi hegðun án slíks ásetnings væri leið til að lifa því. Mangnall og Yurkovich (2008) benda í þessu samhengi á að ef sjálfskaðandi hegðun væri banvæn þá væri hún, samkvæmt skilgreiningu, sjálfsvíg. Mynd 1 sýnir líkan sem útskýrir þessar fullyrðingar.



**Mynd 1:** Munurinn á sjálfskaðandi hegðun með og án ásetnings um sjálfsvíg (Mangnall og Yurkovich, 2008, bls. 177).

Erfitt getur þó verið að greina á milli sjálfskaðandi hegðunar með eða án ásetnings um sjálfsvíg vegna þess að sjálfsvíg geta verið óviljandi afleiðing sjálfskaðandi hegðunar. Rannsóknir hafa sýnt fram á að þeir sem stunda endurtekna sjálfskaðandi hegðun eru í hættu á að taka að lokum eigið líf, ýmist viljandi eða óviljandi. Að því sögðu ber að skoða sjálfskaðandi hegðun sem lífshættulega hvort sem hún er framkvæmd með ásetningi um að taka eigið líf eða ekki (Favazza, 1998; Mangnall og Yurkovich, 2008).

### 2.1.2 Samfélagslega samþykkt hegðun eða sjúkleg hegðun

Hegðuninni má einnig skipta niður á annan hátt þar sem ekki er lögð aðaláhersla á ásetning en Favazza (1996) skiptir sjálfskaðandi hegðun í tvær ólíkar tegundir. Annars vegar samfélagslega samþykkt hegðun og hins vegar sjúklega hegðun. Fyrri tegundin er hegðun sem felur vissulega í sér sjálfskaða en er þó samfélagslega samþykkt. Sem dæmi um slíka hegðun má nefna húðflúr og götun á eigin líkama eða helgisiði og hefðir sem eiga að þjóna ákveðnum samfélagslegum tilgangi. Tilgangur samfélagslega samþykkrar hegðunar er yfirleitt ekki sjálfskaðinn sjálfur heldur að fegra líkama, öðlast virðingu eða andlega reynslu. Síðari tegundin er skilgreind sem vísitandi eyðilegging á líkamanum án þess að ætlunin sé að enda líf sitt og er henni skipt frekar niður í mjög alvarlega sjálfskaðandi hegðun, dæmigerða sjálfskaðandi hegðun og yfirborðs- til miðlungs sjálfskaðandi hegðun.

Mjög alvarleg sjálfskaðandi hegðun er yfirleitt framkvæmd af þeim sem greindir hafa verið með alvarlegan geðsjúkdóm eða sem eru í geðrofi vegna eituryfjaneyslu. Hegðunin er oft fyrirvaralaus og getur valdið töluverðum skaða. Dæmi um alvarlega sjálfskaðandi hegðun

eru að misþyrma kynfærum, klóra í augu og fleira. Dæmigerða sjálfskaðandi hegðun má helst sjá hjá fötluðum einstaklingum eða einstaklingum með þroskafrávik. Birtingarmyndir dæmigerðrar sjálfskaðandi hegðunar eru til að mynda að slá höfði ítrekað í vegg eða lemja sjálfan sig. Hegðunin er oftast en ekki ósjálfráð og ekki framkvæmd í neinum sérstökum tilgangi. Yfirborðs- til miðlungs sjálfskaðandi hegðun á best við þá skilgreiningu sem notast er við í þessu verki en hún skiptist frekar niður í áráttukennda hegðun, tilfallandi hegðun og endurtekna hegðun (Favazza, 1996).

Tilgangurinn með áráttukenndri hegðun er að losa um spennu eða vanlíðan, til dæmis með því að toga í hár eða klóra sig. Hegðunin er áráttukennd og síendurtekin en hún getur einnig verið tilfallandi. Tilfallandi hegðun felur í sér að viðkomandi sýnir sjálfskaðandi hegðun af og til og en er framkvæmd í svipuðum tilgangi og áráttukennd hegðun. Tilfallandi hegðun er algeng meðal þeirra sem greindir eru með geðraskanir eins og jaðarpersónuleikaröskun. Endurtekin hegðun felur í sér að viðkomandi er, að því er virðist, háður sjálfskaðanum. Þegar um bæði tilfallandi og endurtekna hegðun er að ræða notast einstaklingar yfirleitt ekki við sömu aðferðir og einstaklingar sem sýna áráttukennda hegðun. Algengt er að þeir sem sýna tilfallandi eða endurtekna sjálfskaðandi hegðun noti aðferðir á borð við að skera, brenna eða stinga einhverju í húð og brjóta í sér bein (Favazza, 1996).

## **2.2 Birtingarmyndir**

Birtingarmyndir sjálfskaðandi hegðunar eins og hún hefur verið skilgreind hér geta verið margs konar og flestir þeirra sem skaða sig notast við fleiri en eina aðferð (Gratz, 2001). Hegðunin er þess eðlis að viðkomandi kallar ýmist fram líkamlegan eða andlegan sársauka með verknaði, vanrækslu eða slæmum hugsunum (Gratz, 2001). Niðurstöður rannsókna sýna að algengustu aðferðir sem börn nota til sjálfskaða eru að skera sig, stinga einhverju í húð, klóra sig, lemja sig, lemja höfði í vegg eða að koma í veg fyrir að sár grói (Gratz, 2001; Laye-Gindhu og Schonert-Reichl, 2005). Á meðal annarra aðferða sem ekki eru eins algengar eru að brenna sig, bíta sig, brjóta bein, nudda sandpappír eða glerbrotum við húð og ofneysla lyfja (Gratz, 2001; Madge o.fl., 2008). Sem dæmi um líkamshluta sem verða gjarnan fyrir skaða eru kviður, fætur, höfuð og andlit en algengast er að handleggir, hendur og úlnliðir verði fyrir valinu (Whitlock, Eckenrode og Silverman, 2006). Hvað varðar hluti sem börn nota til þess að skaða sig benda niðurstöður rannsóknar Roux og Overcash (2008) til þess að rakvélablöð, nálar, glerbrot, bréfastemmur og skæri séu þeir hlutir sem séu hvað algengastir.

### 2.3 Tíðni

Lawrence o.fl. (2015) telja að allt að 10-20% unglunga skaði sig á ævinni og að flestir þeirra byrji á því um tólf ára aldur. Þeir telja einnig að aukin hætta sé á endurteknum sjálfskaða á unglingsárunum en niðurstöður rannsóknar þeirra benda á að um tveir þriðju þeirra barna sem skaða sig hafi gert það oftari en fjórum sinnum. Clarke-Carter, Priest og Timson (2012) halda því fram að tilfelli sjálfskaðandi hegðunar séu í raun mun fleiri en gögn gefa til kynna þar sem stór hluti þeirra barna sem stunda sjálfskaðandi hegðun leita sér ekki aðstoðar. Hins vegar er það staðreynd að sjálfsvíg eru næst algengasta dánarorsök ungmenna í heiminum og samkvæmt niðurstöðum rannsókna eru þeir sem skaða sig séu líklegri en þeir sem ekki skaða sig til þess að fremja að lokum sjálfsvíg (Prinstein, 2008). Niðurstöður rannsóknar Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson og Prinstein (2006) sýndu fram á að um 70% eintaklinga sem höfðu nýlega sögu um sjálfskaða áttu eina eða fleiri sjálfsvígstílaunir að baki og Owen og Horrocks (2002) telja að um 10% þeirra sem skaða sig falli á endanum fyrir eigin hendi. Þessar fullyrðingar ítreka mikilvægi þess að sjálfskaðandi hegðun sé tekin alvarlega, burtséð frá því hvort hún sé framkvæmd með eða án ásetnings um sjálfsvíg.



### 3 Kenningar sem tengjast sjálfskaðandi hegðun

Til þess að betur sé hægt að skilja sjálfskaðandi hegðun getur verið gott að styðjast við kenningar. Kenningarnar eru ekki ætlaðar til þess að alhæfa út frá heldur eru þær hugsaðar sem viðmið og til nánari útskýringar á hinum ýmsu hliðum sjálfskaðandi hegðunar.

#### 3.1 Kerfiskenningar

Bertalanffy (1975) setti upphaflega fram kerfiskenninguna en hann taldi allar lífverur tilheyra ákveðnum kerfum. Hann lagði áherslu á að ekki væri nóg að einblína aðeins á þá þætti sem búa innra með einstaklingum heldur þyrfti einnig að huga að ytri áhrifum frá þeim kerfum sem einstaklingurinn tilheyrir. Hugmyndir Bertalanffy hafa síðan verið yfirfærðar á félagslega kerfið og hefur kerfiskenningin meðal annars nýst í starfi félagsráðgjafa. Áhersla er lögð á heildræna nálgun og ekki er talið að hægt sé að skilja hegðun einstaklings án þess að skoða þau kerfi í umhverfi hans sem geta haft áhrif. Hegðun einstaklings verði því bæði fyrir áhrifum af þáttum innra með honum og af utanaðkomandi þáttum úr umhverfi hans (Farley, Smith og Boyle, 2006).

Pincus og Minahan (1981) flokkuðu þau kerfi sem geta haft áhrif á einstaklinga í þrennt; óformleg kerfi, formleg kerfi og samfélagsleg kerfi. Ákveðin kerfi í umhverfi barna og tengsl þessara kerfa geta átt þátt í að skýra sjálfskaðandi hegðun þeirra. Verið geti að breyta þurfi einhverju í þessum kerfum eða að styrkja þurfi tengsl barnsins við þau í stað þess að laga aðeins það sem býr innra með því. Óformleg kerfi samanstanda meðal annars af fjölskyldu barnsins og vinum. Verið getur að breyta þurfi einhverju í fjölskyldukerfi barnsins eða að vinir þess eða vinaleysi hafi áhrif á hegðunina. Með formlegum kerfum er átt við ýmsa hópa samfélagsins eins og tólmstundahópar. Samfélagslegu kerfin eru svo stofnanir eins og skóli barnsins, heilsugæsla eða úrræði sem gætu gagnast þeim í þessum aðstæðum. Séu stofnanir ekki að styðja nægilega vel við börn sem skaða sig eða ef börnin eru ekki í tengslum við þessar stofnanir er það eitthvað sem þarf að breyta. Þá þarf ýmist að bæta þau úrræði sem í boði eru eða að gera þau aðgengilegri fyrir þá sem þurfa á þeim að halda.

#### 3.2 Námskenningar

Eins og í kerfiskenningum þá taka námskenningar tillit til bæði innri og ytri áreita sem tengjast sjálfskaðandi hegðun. Nock og Prinstein (2004; 2005) settu fram líkan um

sjálfskaðandi hegðun sem byggir á námskenningum um lærða hegðun. Gert er ráð fyrir því að sjálfskaðandi hegðun tengist bæði áreitum innra með einstaklingnum og ytri áreitum úr umhverfi hans. Sem dæmi um innri áreiti má nefna vanlíðan, lágt sjálfstraust og slæmar bernskuminningar. Ytri áreiti í umhverfi einstaklings geta verið ýmis konar ofbeldi, einelti og slæmar heimilisaðstæður. Út frá líkaninu er gert ráð fyrir að þessi innri eða ytri áreiti kalli fram afleiðingar sem eru ýmist jákvætt eða neikvætt styrktar og ýti þannig undir endurtekna sjálfskaðandi hegðun. Tilgangurinn með sjálfskaðandi hegðun geti því bæði verið að fjarlægja eða framkalla ýmis innri eða ytri áreiti. Séu afleiðingarnar jákvætt styrktar aukast líkurnar á endurtekinni sjálfskaðandi hegðun þar sem hún framkallar æskilegt áreiti. En séu þær neikvætt styrktar aukast líkurnar þar sem óæskilegt áreiti er fjarlægt eða fer minnkandi í kjölfar hegðunarinnar.

Í neikvæðri innri styrkingu felst að sjálfskaðandi hegðun fjarlægir óæskilegt innra áreiti eins og slæmar bernskuminningar eða vanlíðan. Þá er átt við að barnið skaði sig til þess að losna undan tilfinningum um vanlíðan eða óbærilegum minningum úr bernsku. Sársaukinn sem sjálfskaðinn veldur verður til þess að annar sársauki dofna eða hverfur tímabundið. Í jákvæðri innri styrkingu felst að sjálfskaðandi hegðun framkallar æskilegt innra áreiti. Hér er átt við að barnið upplifi jafnvel vellíðunartilfinningu eða spennulosun í kjölfar sjálfskaða. Í neikvæðri ytri styrkingu felst að hegðunin er framkvæmd í þeim tilgangi að fjarlægja óæskilegt ytra áreiti. Barnið notar sjálfskaðann til þess að komast undan öðrum verri kosti eins og refsingu eða einhvers konar ofbeldi. Að lokum felst í jákvæðri ytri styrkingu hegðun sem ætlað er að framkalla æskilegt ytra áreiti. Hér er átt við að hegðun barnsins sé svokallað ákall á hjálp eða umhyggju frá öðrum. Líkanið er hægt að nota til þess að kortleggja tilgang barna með sjálfskaðandi hegðun, draga úr þáttum sem stuðlað geta að endurtekinni sjálfskaðandi hegðun og jafnvel koma í veg fyrir áframhaldandi hegðun (Nock og Prinstein, 2004; 2005).

### **3.2.1 Reynsluforðun**

Reynsluforðun hefur verið skilgreind sem hegðun fólks sem hefur þann tilgang að forðast ákveðin innri eða ytri áreiti (Hayes, Wilson, Gifford, Follette og Stroshal, 1996). Chapman o.fl. (2006) settu fram svokallað Reynsluforðunarlíkan um virkni sjálfskaðandi hegðunar en þeir byggja einnig á námskenningum um lærða hegðun. Samkvæmt líkaninu er gert ráð fyrir að þeir sem stunda sjálfskaðandi hegðun séu almennt líklegri til reynsluforðunar en þeir sem

gera það ekki. Þeir grípi til sjálf skaðandi hegðunar til að forðast ýmis innri eða ytri áreiti og finni þannig fyrir létti en þó aðeins tímabundið. Hegðunin sé þannig neikvætt styrkt og þannig aukast líkurnar á endurtekinni sjálf skaðandi hegðun.

Reynsluforðun verður þannig leið þeirra sem skaða sig til þess að takast á við erfiðar aðstæður eða hugsanir án þess að þurfa að horfast í augu við þær en niðurstöður rannsókna benda til þess að tengsl séu á milli reynsluforðunar og aukinnar tíðni sjálf skaðandi hegðunar (McAuliffe, Corcoran, Arensman, Bille-Brahe og De-Leo, 2016). Til þess að draga úr tíðni endurtekinnar sjálf skaðandi hegðunar telja Gratz og Roemer (2004) mikilvægt að hvetja þá sem skaða sig til þess að viðurkenna eigin tilfinningar til þess að þeir séu tekur í stakk búnir til þess að takast á við þær á æskilegri hátt.



## **4 Undirliggjandi ástæður sjálfskaðandi hegðunar**

Ekki er nóg að einblína á hegðunina sjálfa heldur er einnig mikilvægt að huga að þeim þáttum sem stuðluðu að hegðuninni til að byrja með eða sem stuðla að endurtekningu hennar. Hér er fjallað um það hver tilgangur barna getur verið með sjálfskaðandi hegðun og hvaða áhættuþættir og verndandi þættir geta haft áhrif. Upptalning í eftirfarandi undirköflum er ekki tæmandi þar sem ómögulegt er að þekkja allar undirliggjandi ástæður sjálfskaðandi hegðunar en hún getur þó nýst til viðmiðunar.

### **4.1 Áhættuþættir**

Þó svo að hver sem er geti glímt við sjálfskaðandi hegðun þá geta ýmsir þættir aukið hættuna á sjálfskaða. Ákveðnir einstaklingsbundnir, fjölskyldu- og félagslegir þættir, eða sambland þátta, geta gert það af verkum að sumum er hættara við að byrja að skaða sig en öðrum (Landspítali, 2018b). Niðurstöður fjölmargra rannsókna gefa til kynna að þeir þættir sem hafa hvað mest forspárgildi fyrir sjálfskaðandi hegðun séu áföll í æsku, erfiðar fjölskylduaðstæður, geðraskanir og geðsjúkdómar, lágt sjálfsmat, áfengis- og vímuefnamisnotkun, kvenkyn og unglingsaldur (Glassman, Weierich, Holley og Deliberto, 2007; Gratz, Conrad og Roemer, 2002; Laye-Gindhu og Schonert-Reichl, 2005; McAllister, 2003; Skegg, 2005; Whitlock o.fl., 2006). Hér verður nánar farið yfir þessa helstu áhættuþætti.

#### **4.1.1 Einstaklingsbundnir þættir**

Þeir einstaklingsbundnu þættir sem talið er að hafi hvað mest áhrif á sjálfskaðandi hegðun barna eru geðraskanir og geðsjúkdómar, unglingsár og kvenkyn. Á meðal annarra einstaklingsbundinna þátta sem einnig hafa verið nefndir áhættuþættir fyrir sjálfskaðandi hegðun eru hegðunarvandi, kynáttunarvandi, fötlun og þroskafrávik en ekki verður sérstaklega fjallað um þá þætti hér (Landspítali, 2018a).

Sjálfskaðandi hegðun er ekki skilgreind sem geðröskun en niðurstöður rannsókna benda til þess að flestir þeirra sem skaði sig séu greindir með geðröskun eða geðsjúkdóm. Algengast er að um sé að ræða jaðarpersónuleikaröskun, þunglyndi, geðhvarfasýki og kvíða en einnig má nefna átraskanir, athyglisbrest, ofvirkni, geðklofa og áfengis- og vímuefnamisnotkun. Þau börn sem eru greind með geðröskun eru því í áhættuhópi þegar kemur að sjálfskaðandi hegðun (Hawton o.fl., 2012; Nock, 2009).

Algengast er, samkvæmt niðurstöðum rannsókna, að þeir sem skaði sig byrji á því snemma á unglingsárunum eða við um 13 til 14 ára aldur (Klonsky, 2009; Nock og Prinstein, 2004; Skegg, 2005). Fáir virðast byrja að skaða sig fyrir þann aldur og tíðni sjálfskaða virðist fara minnkandi eftir 20 ára aldur (Whitlock o.fl., 2006). Þess vegna er unglingsaldurinn talinn vera áhættuþáttur fyrir sjálfskaðandi hegðun.

Svo virðist sem sjálfskaðandi hegðun sé algengari meðal kvenna en karla en þennan kynjamun má meðal annars rekja til þess að konur eiga í meiri hættu á að verða fyrir áhrifum af þeim áhættuþáttum sem fjallað er um hér (McAllister, 2003). Jaðarpersónuleikaröskun er til að mynda ein af algengustu geðröskunum meðal þeirra sem skaða sig en hún er algengari meðal kvenna en karla (McAllister, 2003) og það sama má segja um þunglyndi og kvíðaraskanir (Klonsky o.fl., 2003; Skegg, 2005). Að auki er algengara að konur verði fyrir kynferðislegu ofbeldi í æsku sem talið er að hættuna á sjálfskaða (Gratz o.fl., 2002).

#### **4.1.2 Fjölskylduþættir**

Sýnt hefur verið fram á tengsl milli ýmissa fjölskylduþátta og sjálfskaða. Til að mynda er slæmt samband á milli foreldra og barna þekktur áhættuþáttur fyrir sjálfskaða hjá börnum (Gratz o.fl., 2002; Laye-Gindhu og Schonert-Reichl, 2005). Börn fráskilinna foreldra eru talin líklegri til sjálfskaða en börn foreldra sem ekki eru fráskildir (Hawton o.fl., 2012). Börn mjög ungra og lítið menntaðra mæðra eru einnig talin vera í áhættuhópi fyrir sjálfskaðandi hegðun (Mittendorfer-Rutz, Rasmussen og Wasserman, 2004). Þau börn sem eiga veika foreldra eða foreldra með fötlun eða geðraskanir eru talin líklegri til sjálfskaða en önnur börn (Moscicki, 1997). Sé saga um sjálfskaðandi hegðun í fjölskyldunni er líklegra að barnið tileinki sér einnig slíka hegðun (Hawton o.fl., 2012). Aðrir fjölskylduþættir sem talið er að geti haft áhrif á sjálfskaðandi hegðun barna eru meðal annars samskiptaerfiðleikar foreldra, átök milli barns og foreldra og vímuefnaneysla í fjölskyldu (Landspítali, 2018a).

Rannsóknir hafa sýnt fram á að vanræksla og andlegt, líkamlegt og kynferðislegt ofbeldi séu sterkir áhættuþættir fyrir sjálfskaðandi hegðun (Glassman o.fl., 2007; Gratz o.fl., 2002; Hawton, Saunders og O'Connor, 2012; Skegg, 2005). Í kjölfarið á því að lenda í ofbeldi þróa þessi börn gjarnan með sér lágt sjálfsmat, sjálfsgagnrýni og sektarkennd sem einnig eru áhættuþættir fyrir sjálfskaðandi hegðun (De-Leo og Heller, 2004; Glassman o.fl., 2007; Hawton o.fl., 2012; Nock, 2009).

### 4.1.3 Félagslegir þættir

Ýmsir félagslegir þættir geta einnig haft forspárgildi fyrir sjálfskaðandi hegðun barna en sem dæmi má nefna erfiðleika í jafningjasamskiptum, ástarsorg, einelti, félagslega einangrun og smitáhrif vegna sjálfskaðandi hegðunar í vinnahópi eða vegna áhrifa samskiptamiðla (Landspítali, 2018a). Sagt er að börn læri það sem fyrir þeim er haft en ef sjálfskaðandi hegðun er til staðar í vinnahópi barnanna eða á samfélagsmiðlum gætu þau tileinkað sér slíka hegðun sjálf (Bandura, 1977).

## 4.2 Tilgangur

Á undanförunum árum hafa þó nokkrar rannsóknir verið gerðar á tilgangi sjálfskaðandi hegðunar hjá börnum. Niðurstöður fjölmargra rannsókna sýna fram á að algengast sé að börn skaði sig í þeim tilgangi að a) skipta út andlegum sársauka fyrir líkamlegan, b) að refsa sjálfum sér, c) að forðast óæskilegar tilfinningar, d) að hafa áhrif á aðra, e) að ná stjórn á eigin líðan og f) að finna fyrir einhverju þó svo að það sé sársauki (Klonsky, 2009; Laye-Gindhu og Schonert-Reichl, 2005; Madge o.fl., 2008; Nock og Prinstein, 2004). Aðrar rannsóknir gefa til kynna svipaðar niðurstöður en samkvæmt þeim skaða börn sig helst a) til að lifa með kvíða, b) að hleypa út reiði eða spennu, c) að losa um tilfinningar á borð við sektarkennd, einmanaleika, sjálfshatur og þunglyndi, d) að forðast óæskilegar hugsanir og tilfinningar, e) að breyta andlegum sársauka í líkamlegan, f) að veita öryggstilfinningu, g) að ná stjórn á aðstæðum, h) að refsa sjálfum sér, i) að setja öðrum mörk og j) að binda enda á endurupplifanir (Connors, 1996; Favazza og Conterio, 1989; Leibenluft, Gardner og Cowdry, 1987). Hér verður nánar farið yfir þessar helstu ástæður.

Ein helsta ástæðan fyrir sjálfskaðandi hegðun samkvæmt niðurstöðum rannsókna er einhvers konar andlegur sársauki eins og vanlíðan, óbærilegar tilfinningar eða slæmar bernskuminningar. Þeir sem skaða sig af þessum ástæðum nota gjarnan líkamlegan sársauka til að draga tímabundið úr andlegum sársauka. Af tvennu illu þykir þeim líkamlegi sársaukinn bærilegri og notast því við hann til þess að deyfa andlega sársaukann tímabundið (Laye-Gindhu og Schonert-Reichl, 2005; Madge o.fl., 2008; Nock og Prinstein, 2004).

Önnur algeng ástæða fyrir sjálfskaðandi hegðun er að losa um tilfinningar eða spennu en í rannsókn Laye-Gindhu og Schonert-Reichl (2005) sögðu 45% þátttakenda tilfinninga- og spennulosun vera meðal ástæðna fyrir því að þeir sköðuðu sig. Tilgangurinn er í þessu tilfelli svipaður og hjá þeim sem nota sjálfskaða til að deyfa andlegan sársauka með líkamlegum

nema í þessu tilfalli er tilgangurinn að losa um tilfinningar en ekki að deyfa þær. Sjálfskaði virðist til að mynda vera ráð þeirra sem finna fyrir óæskilegum tilfinningum til að losa um þær tímabundið. Þegar börnin upplifa að þau hafa ekki stjórn á eigin tilfinningum reyna þau að ná stjórn á þeim með sjálfskaðandi hegðun (Sachsse, Von der Heyde og Huether, 2002).

Að finna fyrir dofa og að vilja finna fyrir einhverju þrátt fyrir að það sé sársauki eru vel þekktar ástæður fyrir því að börn skaða sig. Algengt er að þau börn upplifi skort á tengslum við raunveruleikann og tilgangur sjálfskaðans verður þannig að finna fyrir tengslunum aftur (Gratz o.fl., 2002; Mangnall og Yurkovich, 2008).

Sum börn virðast nota sjálfskaðandi hegðun til sjálfsrefsingar og nota þau sjálfskaðann þannig til þess að tjá reiði í eigin garð. Fyrir þessum börnum er sjálfskaðinn kunnuglegur og hefur jafnvel róandi áhrif sem þeim þykir gott að grípa í eitthvað bjátar á. Sem dæmi má nefna að fyrir börn sem orðið hafa fyrir einhvers konar ofbeldi í æsku verður sjálfskaðinn oft að aðferð þeirra til að refsa sjálfum sér fyrir að hafa leyft ofbeldinu að eiga sér stað þó svo að staðreyndin sé sú að það hafi alls ekki verið þeim að kenna (Klonsky, 2009; Madge o.fl., 2008; Nock og Prinstein, 2004).

Því er gjarnan haldið fram að athyglissýki sé megintilgangur barna með sjálfskaðandi hegðun og líklegt er að sú stimplun hindri einhver þeirra í að leita sér aðstoðar (Laye-Gindhu og Schonert-Reichl, 2005). Niðurstöður rannsókna benda til þess að þetta sé misskilningur sem sé alls ekki á rökum reistur. Í fyrsta lagi sé sjálfskaði oftast persónuleg og leynileg athöfn sem börnin halda frá öðrum (Favazza, 1992). Í öðru lagi benda rannsakendur á að jafnvel í tilfellum þar sem börn skaða sig fyrir framan aðra sé ekki hægt að fullyrða að tilgangurinn sé að hafa áhrif á þá (Linehan, 1993). Þrátt fyrir að hegðunin hafi áhrif á aðra sé ekki þar með sagt að það hafi verið ætlunin. Levenkron (1998) bendir á að þó svo að ætlunin sé yfirleitt ekki að hafa áhrif á aðra þá geti það þó styrkt hegðunina þegar uppi er staðið. Þannig sé staðalímyndin um að börn skaði sig til að hafa áhrif á aðra styrkt. Nauðsynlegt er að uppræta þessa neikvæðu staðalímynd þar sem hún kemur hugsanlega í veg fyrir að börnin opni sig um vanda sinn og biðji um aðstoð (Landspítali, 2018b).

### **4.3 Verndandi þættir**

Eins og ákveðnir þættir geta aukið hættuna á sjálfskaðandi hegðun barna þá eru ákveðnir þættir sem talið er að geti haft verndandi áhrif og dregið úr líkum á því að börn skaði sig. Á



meðal þekktra verndandi þátta gegn sjálfskaðandi hegðun barna eru sjálfsvirðing, félagslegur stuðningur og aðstandendur barnsins (Embætti landlæknis, 2012).

Það að draga úr áhrifum áhættuþáttanna er talið hafa verndandi áhrif, til dæmis að fjarlægja það úr umhverfi barnsins sem það gæti nýtt til sjálfskaða. Margar rannsóknir styðja við þessa fullyrðingu og til að mynda má nefna að eftir að skammtastærðir verkjalyfja voru minnkaðar í Bretlandi þá lækkaði tíðni tilvika sjálfskaða er vörðuðu of stóran skammt lyfja (Turvill, Burroughs og Moore, 2000). Þessu skal þó taka með fyrirvara þar sem einnig hefur verið sýnt fram á að slíkar aðgerðir duga oft skammt og slík boð og bönn gera verknaðinn jafnvel meira spennandi en ella (Raphael o.fl., 2006). Á hinn bóginn er margt hægt að gera til þess að draga úr áhættuþáttum annað en að fjarlægja hluti úr umhverfinu. Þá er til að mynda hægt að reyna að stuðla að bættu sjálfsáliti barnsins þar sem lágt sjálfsálit er talið áhættuþáttur fyrir sjálfskaðandi hegðun. Að auki er ráð að stuðla að góðum uppeldisaðstæðum, fræðslu um kynhneigð og forvörnum gegn einelti svo dæmi séu nefnd.

Félagslegur stuðningur í umhverfi barnsins er talinn hafa verndandi áhrif gegn sjálfskaðandi hegðun. Með hugtakinu félagslegur stuðningur er átt við stuðning frá vinum, fjölskyldu og heilbrigðisþjónustu. Niðurstöður sænskrar rannsóknar sýndu að flestir þeirra sem sköðuðu sig höfðu lítinn félagslegan stuðning. Þeir sem höfðu lítinn félagslegan stuðning voru líklegri til að einangra sig og snúa sér að óæskilegum aðferðum eins og sjálfskaðandi hegðun til að losa um sársauka (Magne-Ingvar, Ojehagen og Traskman-Bendz, 1992).

Aðstandendur eru einna þekktasti verndandi þátturinn þegar kemur að sjálfskaðandi hegðun barna. Athygli skal þó vakin á því að aðstandendur hafa alls ekki í öllum tilvikum verndandi áhrif gegn sjálfskaðandi hegðun barna og geta jafnvel haft neikvæð áhrif og ýtt undir hana. Sýnt hefur verið fram á að stuðningur, jákvæð samskipti og þátttaka foreldra í lífi barna sinna geti haft verndandi áhrif gegn sjálfskaðandi hegðun þeirra. Þá er einnig talið að gott samband á milli barns og foreldra þess auki líkur á því að það tjái sig um vanlíðan og þannig sé dregið úr líkum á sjálfskaðandi hegðun. Jákvæð samskipti við foreldra geta einnig aukið sjálfstraust barnanna en talið er að þau dragi úr líkum á sjálfskaðandi hegðun (Johnson o.fl., 2002).



## 5 Aðstandendur barna sem skaða sig

### 5.1 Áhrif sjálfskaðandi hegðunar á aðstandendur

Eins og fram hefur komið þá geta ýmsir þættir haft áhrif á sjálfskaðandi hegðun barna en einnig er vert að minnast á áhrifin sem hegðunin getur haft á aðstandendur barnsins. Hegðunin getur haft víðtæk áhrif á aðstandendur barnsins, meðal annars á andlega og líkamlega líðan þeirra, fjölskyldulíf og fjárhag. Að komast að því að barn skaði sig getur verið mikið áfall fyrir aðstandendur þess og leitt til tilfinninga á borð við hjálparleysi, sektarkennd, reiði og sorg (Raphael o.fl., 2006). Aðstandendur standa frammi fyrir ýmsum áskorunum og streitan sem getur fylgt því að takast á við hegðunina getur svo leitt til líkamlegra einkenna á borð við veikindi, þyngdartap, kvíðaköst, brjóstverk, svefnvanda og örmögnun (Ferrey o.fl., 2016).

Eins og sýnt hefur verið fram á þá eru styðjandi aðstandendur þekktur verndandi þáttur þegar kemur að sjálfskaðandi hegðun barna en hins vegar sýna rannsóknir fram á að þeim sjálfum þykir þeir yfirleitt illa í stakk búnir til þess að takast á við hegðunina og styðja við barnið (Curtis o.fl., 2018). Þeir hafa gjarnan áhyggjum af getu sinni til þess að tækla slíkar aðstæður upp á eigin spýtur þar sem þeim þykir þeir ekki hafa nein verkfæri í höndunum varðandi það hvernig komið verði í veg fyrir endurtekinn sjálfskaða (Raphael o.fl., 2006). Skorti aðstandendur upplýsingar og fræðslu um hegðunina og stuðning frá fagaðilum er líklegra að þeir upplifi hjálparleysi sem eykur enn á streituna (Byrne o.fl., 2008; Raphael o.fl., 2006).

Aðstandendur barna sem skaða sig upplifa gjarnan mikla sektarkennd og sjálfsásökun yfir því að hafa ekki tekið eftir eða komið í veg fyrir hegðunina og finnst þeim þannig hafa brugðist börnum sínum. Þessar tilfinningar geta einnig stafað af áhyggjum af því að þeir hafi sjálfir átt þátt í að stuðla að hegðuninni (Byrne o.fl., 2008; Raphael o.fl., 2006). Af þeim sökum upplifa margir þeirra mikla skömm og vilja margir halda hegðuninni leyndri frá öðrum en með því að einangra sig á þennan hátt er jafnvel enn aukið á álagið á barnið og fjölskylduna í heild (Ferrey o.fl., 2016).

Röskunin sem orðið getur á fjölskyldulífinu í kjölfar sjálfskaða barns getur haft víðtæk áhrif, til að mynda á samband foreldranna og á líðan systkina. Barnið nær oft stjórn á

fjölskyldulífínu þar sem foreldrar eiga gjarnan erfitt með að halda aga á heimilinu af ótta við að hrinda af stað öðru sjálfskaðandi tímabili hjá barninu. Þessi röskun getur einnig orðið til þess að aðrir fjölskyldumeðlimir verði vanræktir. Hvað varðar áhrif hegðunarinnar á systkini barnsins þá eru algengt að þau séu í uppnámi vegna þess hve mikla athygli systkini þeirra fær á þeirra kostnað. Þau skammast sín jafnvel fyrir hegðun systkinis síns eða finna fyrir reiði í garð þess. Þau geta einnig verið mjög styðjandi, ýmist við systkini sín eða foreldra, sem er af hinu góða þar til þau eru farin að taka of mikla ábyrgð eða hafa of miklar áhyggjur (Ferrey o.fl., 2016; Raphael o.fl., 2006).

Sjálfskaðandi hegðun barns getur einnig haft áhrif á fjárhag fjölskyldunnar, einkum vegna þess að erfitt getur verið fyrir foreldrana að vera í fullri vinnu samhliða því að takast á við hegðun barnsins. Til þess að foreldrar geti verið til staðar fyrir börnin sín geta þeir þurft að taka sér leyfi frá vinnu, ýmist launað eða ólaunað, eða þeir geta hreinlega þurft að segja upp störfum. Að auki geta meðferðir og önnur úrræði fyrir börnin og foreldra barnanna verið kostnaðarsamar (Ferrey o.fl., 2016).

Þessar fullyrðingar ýta undir þörfina fyrir aðgengileg úrræði sem miða að því að létta undir álagi á aðstandendur, vekja athygli á því hvernig hægt sé að takast á við hegðunina, draga úr sjálfsásökunum aðstandenda og auka líkurnar á því að þeir leiti sér aðstoðar (Curtis o.fl., 2018).

## **5.2 Gagnleg viðbrögð aðstandenda**

Til þess að aðstandendur geti haft verndandi áhrif gegn sjálfskaðandi hegðun barna er brýnt að þeir afli sér upplýsinga um hegðunina til þess að öðlast betri skilning á því hvað felst í henni. Þannig fái þeir betur skilið hvernig best sé að takast á við hana. Þeir þurfa ennfremur að vera vakandi fyrir hegðun og líðan barna sinna og þeim áhættuþáttum sem geta ýtt undir sjálfskaðandi hegðun (Rissanen o.fl., 2009).

Viðhorf aðstandenda til sjálfskaðandi hegðunar barnsins geta sagt til um það hvort barnið treysti sér til þess að opna sig varðandi hegðun sína en skortur á skilningi dregur úr líkunum og getur jafnvel ýtt enn frekar undir hegðunina (Rissanen o.fl., 2009). Gott getur reynst að ræða við barnið á jákvæðum nótum, bæði um sjálfskaðandi hegðun og almennt um líðan þess (Rissanen o.fl., 2009). Þá er einnig mikilvægt að foreldrar haldi ró sinni, viðurkenni tilfinningar barnsins, spyrji það hvernig hægt sé að hjálpa því og gefi sér nægan tíma til þess að tala við það (Berger, Hasking og Martin, 2017). Þau viðbrögð sem þykja hvað minnst

hjálpleg meðal foreldra barna sem skaða sig eru meðal annars að hnýsast í tölvupóst þeirra eða dagbækur til þess að fylgjast með andlegu ástandi þeirra (Berger, Hasking og Martin, 2013; Ferrey o.fl., 2017; Kelada, Whitlock, Hasking og Melvin, 2016). Viðbrögð, líðan og hegðun foreldra getur haft bein áhrif á viðbrögð, líðan og hegðun barnsins og öfugt. Þannig getur myndast vítahringur sem erfitt er að vinna úr án utanaðkomandi aðstoðar (Landspítali, 2017b).

Börn eru oft treg við að sækja sér aðstoð sjálf, meðal annars af ótta við trúnaðarrest eða stimplun (Berger o.fl., 2013; 2017). Að því sögðu er gott að foreldrar leiti aðstoðar fyrir barnið sitt og hvetji það til þess að nýta sér þá aðstoð sem því stendur til boða (Rissanen o.fl., 2009). Niðurstöður nokkurra rannsókna sýna að börnum þyki oft hjálplegt ef foreldrar þeirra koma þeim í samband við úrræði og fagaðila sem gætu hjálpað þeim að takast á við hegðunina (Berger o.fl., 2013; 2017). Þá er ekki síður mikilvægt að aðstandendur barnanna hugi að sjálfum sér og leiti aðstoðar hjá fagaðila fyrir sig líka (Landspítali, 2018a).

### **5.3 Þarfir aðstandenda**

Það sem hefur reynst aðstandendum barna sem skaða sig hvað best til að takast á við eða fyrirbyggja frekari sjálfskaða er fræðsla um það hvað sjálfskaðandi hegðun felur í sér, hvað býr að baki hegðuninni og hvernig hægt sé að takast á við hana. Því betur sem foreldrar eru fræddir um sjálfskaðandi hegðun því líklegra er að þeir geti tekist á við hana og því má segja að fræðsla sé grundvallaratriði í þessu samhengi (Byrne o.fl., 2008). Þá er einnig mikilvægt að upplýsingar um hegðunina og úrræði sem tengjast hegðuninni séu sem aðgengilegastar (Stewart o.fl., 2018).

Til þess að koma í veg fyrir að aðstandendur barna sem skaða sig upplifi hjálparleysi er brýnt að þeir fái viðeigandi stuðning. Með stuðningi er hér ýmist átt við óformlega aðstoð frá vinum eða fjölskyldu eða formlega aðstoð frá fagaðilum. Eins og hjá börnum þá geta ýmsir þættir haft áhrif á það hvort aðstandendur þeirra leiti sér aðstoðar eða ekki. Til að mynda ótti við trúnaðarrest, stimplun, að þykja athyglissjúkur eða önnur neikvæð viðbrögð. Þeir þættir sem talið er að ýti undir að þeir leiti sér aðstoðar eru fullvissun um trúnað, virðing, að eiga einhvern að sem þeir treysta sér til að tala við eða sem hefur gengið í gegnum svipaða reynslu (Klineberg, Kelly, Stansfeld og Bhui, 2013).

Þar sem foreldrar hafa gjarnan áhyggjur af álitni ástvina sinna þegar kemur að sjálfskaðandi hegðun barna þeirra kjósa margir heldur aðstoð sjálfshjálparhópa þar sem

hópmeðlimir þekkjast ekki en hafa tekist á við svipaðar aðstæður. Samkvæmt rannsókn Ferrey o.fl. (2016) um þarfir aðstandenda barna sem skaða sig sögðu aðstandendur það hjálplegt að heyra aðra segja frá sínum upplifunum af sjálfskaða nákominna.

#### **5.4 Rannsóknir á viðhorfum aðstandenda til aðstoðar**

Rannsókn Raphael o.fl. (2006) byggir á djúpvíðtölum við foreldra barna sem hafa skaðað sig og varpar ljósi á upplifun þeirra og þær áskoranir sem þeir standa frammi fyrir. Samkvæmt niðurstöðum rannsóknarinnar finna margir foreldrar fyrir reiði í garð fagaðila þar sem þeim finnst ekki tekið nægilega mikið tillit til andlegs ástands þeirra. Þetta var sérstaklega augljóst þegar kom að þagnarskyldu fagaðilanna gagnvart barninu. Foreldrar, sem voru vanir því að vera hluti af lífi barnsins, voru í uppnámi yfir því að fagaðilar skyldu ekki deila með þeim upplýsingum um líðan þess. Þeim þótti erfitt að vera ekki hluti af ákvarðanatöku er varðaði líf barna þeirra og áttu erfitt með að sætta sig við trúnaðinn sem fagaðilinn var bundinn gagnvart barninu. Margir nefndu að þeim þætti fagaðilinn ekki taka tillit til þarfa þeirra og fannst ætlast til þess að þeir tækjust á við tilfinningar sínar upp á eigin spýtur. Flestir fundu þeir fyrir auknu hjálparleysi sökum skorts á upplýsingum og stuðningi frá fagfólki.

Kelada o.fl. (2016) rannsökuðu áhrif sjálfskaðandi hegðunar barna á foreldra þeirra og viðhorf foreldranna til aðstoðar frá fagaðilum. Þátttakendur rannsóknarinnar voru 22 bandarískir foreldrar barna með sögu um sjálfskaða. Þemun sem komu í ljós voru skortur á þekkingu um sjálfskaða, óvissa um hvernig ætti að eiga samskipti við barnið í kjölfar sjálfskaða og neikvæðar upplifanir af aðstoð fagaðila. Foreldrunum þótti öllum mjög erfitt að eiga við vandann vegna skorts á þekkingu um hvað hegðunin fæli í sér. Ein móðirin hafði orð á því að opna þyrfti á umræðu um sjálfskaðandi hegðun til þess að vekja athygli á því hvernig hægt sé að takast á við hana. Foreldrunum þótti sérstaklega erfitt að eiga samskipti við barnið þegar það var í uppnámi vegna ótta um að hrinda af stað öðru tímabili sjálfskaðandi hegðunar. Algengt var að foreldrum þættu fagaðilar ekki geta gert nóg til þess að draga úr eða stöðva hegðun barnsins síns. Þá bentu einhverjir foreldranna á að ekki væri nóg um að meðferð væri löguð að þörfum barnsins ef hún væri ekki að virka sem skyldi. Margir nefndu að þeim þætti erfitt að verða sér úti um fagaðila sem hefði sérþekkingu á vandanum, jafnvel ómögulegt. Þá vildu foreldrarnir að fagaðilar yrðu þjálfaðir sérstaklega til þess að takast á við sjálfskaðandi hegðun og að úrræði yrðu gerð sýnilegri.

Stewart o.fl. (2018) rannsökuðu hvernig foreldrar breskra barna sem skaða sig upplifðu þann stuðning og þau úrræði sem standa til boða, bæði fyrir barnið og sig sjálfa. Tekin voru hálfopin viðtöl við 37 foreldra 35 ungmenna sem höfðu sögu um sjálfskaðandi hegðun. Niðurstöðum rannsóknarinnar var skipt niður í þrjú þemu en þau voru viðhorf meðferðaraðila til barnsins, hagnýtir þættir aðstoðarinnar og þörf foreldra fyrir að vera hluti af meðferðinni. Heimilislæknar voru gjarnan fyrstu fagaðilar sem komu að málum barnanna en skiptar skoðanir voru á milli foreldra hvernig þeim þótti viðhorf þeirra vera til hegðunar barnsins. Allir voru þeir þó sammála um að miklu máli skipti að viðhorfið væri jákvætt og að vandinn væri tekinn alvarlega.

Hagnýtir þættir aðstoðarinnar, eins og aðgengi að fræðslu og úrræðum, umfang aðstoðar og eftirfylgni þótti öllum foreldrum mikilvægir. Skjótt aðgengi að aðstoð þótti mjög mikilvægt en það var ekki alltaf raunin og það sama má segja um eftirfylgni. Foreldrarnir sögðust einnig vilja fá góðan stuðning strax í upphafi í ljósi þess að þeim þótti þeir ekki geta tekist nægilega vel á við vandann upp á eigin spýtur. Útvegum á úrræðum strax í upphafi, sérstakar leiðbeiningar um hvernig best sé að takast á við hegðunina og hvernig skuli nálgast upplýsingar þótti hjálplegt. Foreldrarnir voru á einu máli um að gott væri að fá leiðbeiningar varðandi það hvort þeir væru að taka rétt á hegðuninni og ábendingar um það hvernig þeir gætu gert betur. Eitt foreldrið líkti ástandinu við að vera týndur og að þá þyrfti maður landakort til að stefna í rétta átt (Stewart o.fl., 2018).

Margir foreldranna sögðust sjálfir hafa viljað tala við fagaðila strax í upphafi en að það hafi ekki alltaf verið hægt. Þeim þótti mikilvægt að hlustað væri á þá og að þeir væru hafði með í áformum um meðferð. Sérstaklega væri mikilvægt að huga að aðstandendum þar sem þeir gætu verið hluti af lausninni eða jafnvel hluti af vandanum. Þá sögðu þeir að ef þeir væru raunverulega hluti af vandanum þá gætu þeir hugsanlega, með leiðsögn fagaðila, orðið hluti af lausninni. Foreldrarnir gætu aðstoðað fagaðila við að skilja hegðun barnsins auk þess sem þeir geta verið verndandi þáttur fyrir barnið. Fagaðilar ættu að ýta undir verndandi hlutverk foreldranna og styrkja þá í því hlutverki. Að lokum tóku margir foreldrar fram að nauðsynlegt væri að hugað væri að þeim svo þeir gætu hugað almennilega að börnum sínum (Stewart o.fl., 2018).





## 6 Úrræði á Íslandi

Sökum þeirra neikvæðu áhrifa sem sjálfskaðandi hegðun getur haft á bæði barnið og aðstandendur þess er gríðarlega mikilvægt að þeim sé veitt viðeigandi aðstoð. Barnaverndaryfirvöldum hér á landi er skylt, samkvæmt barnaverndarlögum nr. 80/2002, að bjóða fram úrræði til stuðnings barna sem sýna áhættuhegðun og foreldra þeirra. Samkvæmt Skilgreininga- og flokkunarkerfi Barnaverndarstofu er áhættuhegðun barns skilgreind sem verknaður eða skortur á verknaði sem getur valdið barninu sjálfu eða öðrum skaða. Þá er meðal annars átt við að barnið skaði sig með því að veita sér áverka, gera tilraun til sjálfsvígs eða vera með átröskun (Freydís Jóna Freysteinsdóttir, 2012).

Markmiðið með þessum kafla er að vekja athygli á þeirri aðstoð sem stendur til boða á Íslandi fyrir börn sem skaða sig og aðstandendur þeirra. Eflaust eru margir foreldrar sem þekkja ekki til þessara úrræða og vita ekki hvert er hægt að leita ef þörf er á aðstoð. Sé talin þörf á tafarlausri aðstoð til að tryggja öryggi barnsins skal hringja í Neyðarlínuna í síma 112 eða fara á bráðamóttöku Landspítalans. En sé ekki um neyðartilfelli að ræða er ráð að byrja á því að leita á heilsugæslu, skóla eða félagsþjónustu þar sem viðkomandi er síðan er vísað á viðeigandi fagaðila (BUGL, e.d.; Landspítali, 2017a).

Hér er eingöngu fjallað um þau úrræði sem í boði eru á Íslandi fyrir börn sem skaða sig og aðstandendur þeirra. Ekki er sérstaklega fjallað um úrræði sem aðeins eru hugsuð fyrir fullorðna einstaklinga sem skaða sig. Auk þess er ekki fjallað sérstaklega um úrræði sem leggja aðaláherslu á þá áhættuþætti sem tengjast sjálfskaðandi hegðun eins og afleiðingar kynferðisofbeldis eða áfengis- og vímuefnanotkun. Hér er áhersla lögð á þau úrræði sem taka tillit til allra þessara þátta en leggja megináherslu á sjálfskaðandi hegðun.

### 6.1 Aðkoma félagsráðgjafa

Félagsráðgjafar hafa ætíð heildarsýn að leiðarljósi í starfi sínu og styðjast við fræðilegar kenningar, niðurstöður rannsókna og víða starfsreynslu sem allt eru þættir sem gætu nýst til úrlausnar á þessum tiltekna vanda (Embætti landlæknis, e.d.). Hvað varðar sjálfskaðandi hegðun þá eru tilgangur, áhættuþættir og aðgerðir mismunandi frá barni til barns og þarfir þeirra og aðstandenda þeirra að sama skapi ólíkar (Laye-Gindhue og Schonert-Reichl, 2005).

Heildarsýn og kerfisþekking félagsráðgjafa gerir þá einstaklega hæfa til þess að meta þarfir hvorrar og einnar fjölskyldu og finna fyrir hana viðeigandi úrræði. Félagráðgjafar sinna ekki aðeins einstaklingsvinnu í starfi sínu heldur einnig hópavinnu og samfélagsvinnu. Einstaklingsvinna snýst um að félagsráðgjafinn metur og greinir barnið í samspili við þau kerfi sem það tengist og eru lausnir ákvarðaðar út frá því. Markmiðið með einstaklingsvinnu þegar kemur að sjálfskaðandi hegðun er að hjálpa barninu að þróa með sér færni til þess að bregðast við aðstæðum sem leiða það til sjálfskaðandi hegðunar á æskilegri hátt. Hópavinna felur svo í sér meðferð þar sem félagsráðgjafinn leiðir hóp og styður hann við að ná markmiðum sínum og að efla félagslega færni. Þannig getur félagsráðgjafinn aðstoðað hóp barna sem öll glíma við sjálfskaðandi hegðun eða veitt fjölskyldumeðferð. Í samfélagsvinnu er áhersla lögð á að einstaklingar, hópar og samfélög vinni saman gegn félagslegum vanda með því að styrkja og betrubæta þau úrræði sem í boði eru í samfélaginu eða að stofna félagsleg úrræði sem vöntun er á. Hlutverk félagsráðgjafa í þessu ferli er að skilgreina vandann og nota þekkingu sína til uppbyggingar í samfélaginu. Í tilfelli sjálfskaðandi hegðunar barna gætu félagsráðgjafar vakið athygli á þörf barna sem skaða sig og aðstandenda þeirra fyrir aðstoð og stuðlað að eflingu eða stofnunar úrræða í samfélaginu (Farley o.fl., 2006).

Hvað varðar meðferðir sem félagsráðgjafar geta veitt þá hefur hugræn atferlismeðferð almennt reynst vel til þess að draga úr sjálfskaðandi hegðun (Landspítali, 2018b). Meðferðin snýst um að leiðrétta bjagaðar hugsanir sem hafa áhrif á hegðun og líðan barnanna og að byggja upp æskilegar aðferðir til að takast á við þær. Fyrir börn sem skaða sig gengur meðferðin fyrst og fremst út á það að því að greina þau tengsl erum myndast hafa á milli hugsana og hegðunar. Þá er lögð áhersla á að greina ástæður og afleiðingar hegðunarinnar og kenna börnunum í kjölfarið að forðast þær orsakir sem sem hafa áhrif á og ýta undir hegðunina (Cleary, Hunt, Malteson og Walter, 2009).

Stór hluti af starfi félagsráðgjafa felst í því að veita skjólstæðingum upplýsingar um úrræði og aðra aðstoð sem í boði eru (Embætti landlæknis, e.d.). Þá gætu þeir þurft að vísa börnunum og aðstandendum þeirra áfram á viðeigandi fagaðila, til að mynda sálfræðinga eða geðlækna, eða á viðeigandi úrræði.

## 6.2 Hjálparsími og netspjall Rauða krossins

Hjá Hjálparsímanum 1717 og á netspjalli Rauða krossins starfar mikill fjöldi sjálfboðaliða. Sjálfboðaliðarnir hafa allir fengið yfirgripsmikla fræðslu og þjálfun til þess að geta veitt virka hlustun og ráðgjöf um úrræði fyrir fólk sem þarf á stuðningi að halda. Hlutverk Hjálparsímans er gríðarlega yfirgripsmikið en þá er átt við að sjálfboðaliðarnir eru til staðar fyrir alla þá sem þurfa á því að halda og ekkert mál er þeim óviðkomandi. Á hverju ári berast Hjálparsímanum um fimmtán þúsund mál, meðal annars vegna sjálfskaðandi hegðunar (Rauði krossinn, e.d.).

## 6.3 Forvarnarverkefnið Útmeða

Útmeða er forvarnarverkefni sem Geðhjálp og Hjálparsími Rauða krossins 1717 standa saman að. Markmiðið með þessu forvarnarverkefni er stuðla að bættri geðheilsu með því að opna umræðuna um andlega líðan og hvetja þá til þess að leita sér aðstoðar sem þurfa á því að halda en sérstök áhersla er lögð á ungt fólk. Með verkefninu er meðal annars stefnt að því að opna umræðuna um andlega vanlíðan og draga þannig úr skömminni sem fylgir því gjarnan að kljást við andlega erfiðleika (Útmeða, e.d.-a).

Verkefnið er ekki beinlínis hægt að flokka sem sértækt úrræði í tengslum við sjálfskaðandi hegðun, en gæti engu að síður nýst börnum sem glíma við sjálfskaðandi hegðun og aðstandendum þeirra. Á heimasíðu Útmeða má finna ítarlegar upplýsingar sem kunna að gagnast börnum sem skaða sig og aðstandendum þeirra, meðal annars upplýsingar um úrræði sem þau geta nýtt sér (Útmeða, e.d.-b).

## 6.4 Píeta samtökin

Píeta samtökin á Íslandi sinna forvarnar- og meðferðarstarfi gegn sjálfsvígum og sjálfskaða auk þess að styðja við aðstandendur. Hver sem er getur leita til samtakanna, bæði þeir sem glíma við sjálfskaðandi hegðun og aðstandendur þeirra, og fengið aðstoð frá fagaðilum. Markmið Píeta samtakanna eru a) að veita þeim sem skaða sig eða hugleiða sjálfsvíg viðeigandi meðferð, b) að veita aðstandendum þeirra sem skaða sig stuðning og fræðslu, c) að vetkja athygli á orsökum og afleiðingum sjálfskaðandi hegðunar og sjálfsvíga og d) að veita fræðslu og opna umræðu um sjálfskaða og sjálfsvíg (Píeta samtökin, e.d.).

Í meðferð er lögð áhersla á uppbyggingu og að leysa vandann í samvinnu við viðkomandi. Meðferðin er ætluð þeim sem eru í sjálfsvígshugleiðingum, sjá ekki tilgang með lífinu, vilja binda enda á eigið líf, hafa misst alla von og telja sjálfsvíg vera sína einu undankomuleið.

Viðkomandi er boðið upp á allt að 15 viðtöl, honum að kostnaðarlausu. Aðstandendum sem misst hafa ástvin eða eiga ástvin í vanda er einnig boðin aðstoð. Þeir geta sótt sérstaka stuðningshópa, fengið allt að fimm viðtalstíma og ef við á geta þeir tekið þátt í meðferð í þeim tilgangi að styrkja stuðningsnet viðkomandi (Píeta samtökin, e.d.).

### **6.5 Barna- og unglingsgeðdeild Landspítalans (BUGL)**

Þó svo að sjálfskaðandi hegðun sé ekki flokkuð sem geðröskun þá er talið að flestir þeirra sem skaði sig glími við einhvers konar geðröskun og því er vert að fjalla um starfsemi BUGL í þessu verki (Hawton o.fl., 2012). Tekið er á móti börnum sem eiga í flóknum og samsettum geðrænum vanda og/eða sýna alvarleg geðræn einkenni. Þar er veitt þverfagleg aðstoð þar sem tekið er tillit til þarfa bæði barnanna og aðstandenda þeirra. Áhersla er lögð á samskipti og gott samstarf við aðstandendur og þá sem sinna barninu í nánasta umhverfi þess (BUGL, 2017-a).

Þjónustan sem BUGL veitir er flokkuð sem sérþjónusta sem aðeins er ætluð flóknustu tilfellum þar sem þörf er á þverfaglegri nálgun og aðkomu margra fagaðila. Fyrst er aðstandendum ráðlagt að leita aðstoðar innan síns sveitarfélags, svo sem á heilsugæslu, skóla eða félagsþjónustu. Dugi það ekki til er þeim ráðlagt að leita til sérfræðinga, til dæmis greiningar- eða meðferðarteymi á heilsugæslu, sérfræðilækna, sálfræðinga og félagsþjónustu. Telji ofangreindir fagaðilar að barnið þarfnist enn sérhæfðari aðstoðar er því vísað á BUGL (BUGL, 2017-a).

Starfsemi BUGL er skipt niður í annars vegar göngudeild og legudeild hins vegar. Á göngudeild BUGL er veitt bráðþjónusta þar sem metið er hvort þörf sé á tafarlausri íhlutun. Ef svo er fer fram bráðaviðtal sem ákvarðar hvort barnið þarfnist sérhæfðrar aðstoðar á BUGL eða hvort vísa beri barninu til viðeigandi fagaðila utan stofnunarinnar (BUGL, 2017-a). Þau greiningar- og meðferðarteymi sem tilheyra göngudeild eru göngudeildarteymi, átröskunarteymi, transteymi, taugateymi og eftirlitsteymi. Teymin koma að greiningu og meðferð auk þess að hvetja til æskilegri aðferða til að takast á við vandamál en þessir þættir þykja sérstaklega mikilvægir þegar kemur að sjálfskaðandi hegðun (Skegg, 2005). Sem dæmi um meðferðir innan göngudeildar eru stuðnings- og meðferðarviðtöl við börnin og aðstandendur þeirra, ýmis námskeið, hópmeðferð, listmeðferð, iðjuþjálfun, lyfjameðferð og vettvangsþjónusta (Landspítali, 2017a).

Legudeild BUGL er lokuð bráðadeild sem er starfrækt allan sólahringinn, allan ársins hring. Deildin er ætluð þeim börnum sem talið er að nái ekki bata á opinni deild. Þá er unnið að einstaklingsmiðaðri meðferðaráætlun sem tekur mið af líðan og hegðun barnsins sem er endurskoðuð reglulega. Mikið er lagt uppúr samvinnu við foreldra og þá sem sinna barninu í nærumhverfi þess (Landspítali, 2017a).

Leitast er við að hafa samvinnu við barnið og aðstandendur þess til að veita þeim stuðning og yfirfæra til þeirra það sem áunnist hefur í meðferð. Fjölskylduvinna er samofin allri meðferð hjá BUGL og boðið upp á sérhæfða fjölskyldumeðferð ef þess þarf. Meðferðin byggist á því að kortleggja samskiptavanda sem myndast getur í kjölfar sjálfskaðandi hegðunar. Þá er lögð áhersla á að styðja við fjölskylduna og að hjálpa þeim að þekkja og nýta styrkleikana sem hún býr yfir. Þegar meðferð lýkur er lögð áhersla á eftirfylgni til þess að viðhalda virkni, koma í veg fyrir að ástandið versni aftur og stytta innlagnartíma ef til endurinnlagnar kemur (Landspítali, 2017a).



## 7 Umræða

Markmið þessarar heimildaritgerðar voru að fræða aðstandendur barna sem skaða sig um sjálfskaðandi hegðun, vekja athygli á þörfum þeirra og varpa ljósi á það hvernig hægt sé að takast á við vandann. Leitast var við að svara því hvers vegna börn skaða sig og hvaða áhrif hegðunin geti haft á aðstandendur þeirra. Einnig var leitast við að svara því hvaða aðstoð standi börnunum til boða hér á landi og hvort nægilegt tillit sé tekið til þarfa aðstandenda þeirra. Erfitt er að svara þessum spurningum nákvæmlega þar sem sjálfskaðandi hegðun er flókið hugtak og hugsanlegar orsakir og afleiðingar hegðuninnar svo margar að ómögulegt er að greina nákvæmlega frá þeim öllum.

Fræðimenn eru margir ósammála um hvernig skilgreina eigi sjálfskaðandi hegðun og í raun ekki til ein stöðluð skilgreining. Sú skilgreining á sjálfskaðandi hegðun sem hefur náð mestri fótfestu í rannsóknum er hegðun sem framkvæmd er af ásettu ráði til þess að skaða eigin líkama án ásetnings um að svipta sig lífi (Chapman o.fl., 2006; Favazza, 1998; Fliege, o.fl., 2009; Klonsky o.fl., 2003; Klonsky og Olino, 2008; Nock og Prinstein, 2004). Heimildavinna leiddi í ljós að ekki sé nóg að skilgreina sjálfskaðandi hegðun heldur þurfi einnig að huga að þeim þáttum sem stuðluðu að hegðuninni til að byrja með (Nock og Prinstein, 2004). Ýmsir þættir eru taldir hafa forspárgildi um sjálfskaðandi hegðun barna en þeir sem talið er að hafi helst áhrif eru áföll eða einhvers konar ofbeldi í æsku, erfiðar fjölskylduaðstæður, geðraskanir og geðsjúkdómar, lágt sjálfsmat, áfengis- og vímuefnamisnotkun, kvenkyn og unglingsaldur (Glassman o.fl., 2007; Gratz, 2002; Laye-Gindhu og Schonert-Reichl, 2005; McAllister, 2003; Skegg, 2005; Whitlock o.fl., 2006). Hvað varðar tilgang barnanna með hegðuninni þá getur hann verið mjög ólíkur frá barni til barns. Niðurstöður rannsókna sýna að helstu ástæður barna fyrir sjálfskaðandi hegðun séu að skipta út andlegum sársauka fyrir líkamlegan, að losa um spennu eða erfiðar tilfinningar, að finna fyrir einhverju jafnvel þó það sé sársauki og að refsa sjálfum sér (Klonsky, 2009; Laye-Gindhu og Schonert-Reichl, 2005; Madge o.fl., 2008; Nock og Prinstein, 2004). Hvorki þessi upptalning né upptalning áhættuþáttanna er tæmandi þar sem börn sem skaða sig eru eins ólík og þau eru mörg.

Til þess að dýpka skilning á sjálfskaðandi hegðun er gott að styðjast við kenningar en kerfiskenningar og námskenningar voru notaðar til viðmiðunar hér. Samkvæmt kerfiskenningunni er lögð áhersla á það að sjálfskaðandi hegðun stafar ekki eingöngu af þáttum innra með barninu heldur getur hún einnig stafað af ógnum úr þeim kerfum sem barnið tilheyrir (Farley o.fl., 2006). Í því ljósi er brýnt að gera sér grein fyrir því hvað það er í umhverfi barnsins sem stuðlar að sjálfskaðandi hegðun þess svo hægt sé að bæta úr því eða fjarlægja það. Í námskenningum er gengið út frá því að innri og ytri áreiti geti haft áhrif á sjálfskaðandi hegðun sem séu ýmist jákvætt eða neikvætt styrkt (Nock og Prinstein, 2004; 2005). Gott getur verið að líta til þessara kenninga þegar meta þarf áhættuþætti sem geta ýtt undir sjálfskaðandi hegðun barna þar sem þær undirstrika mikilvægi þess að nota heildræna nálgun.

Þegar kemur að verndandi þáttum sem vinna gegn sjálfskaðandi hegðun barna þá virðist sem aðstandendur barnanna spili þar stórt hlutverk ásamt sjálfsvirðingu, félagslegum stuðning og fleiri þáttum (Embætti landlæknis, 2012). Aðstandendur eru einn þekktasti verndandi þátturinn gegn sjálfskaðandi hegðun barna en engu að síður gefa rannsóknir til kynna að þeim þykir þeir almennt ekki hæfir til þess að takast á við vandann (Raphael o.fl., 2006). Heimildaöflun leiddi í ljós að þeir þættir sem aðstandendur barna sem skaða sig virðast helst þurfa á að halda til þess að takast á við þessar aðstæður séu fræðsla (Byrne o.fl., 2008) og stuðningur (Klineberg o.fl., 2013) en einnig kom í ljós að hvoru tveggja er ábótavant. Þörf er á því að fræða aðstandendur barna um sjálfskaðandi hegðun og hvað það er sem veldur því að börn skaða sig til þess að þeir séu betur undir það búnir að takast á við hegðunina.

Aðstandendur þurfa einnig á stuðningi að halda fyrir barnið og ekki síður fyrir sig sjálfa. Sjálfskaðandi hegðun barna getur haft víðtæk áhrif á aðstandendur þeirra, ýmist á andlega og líkamlega líðan þeirra, fjárhag og fjölskyldulífið í heild. Að komast að því að barn skaði sig getur verið mikið áfall fyrir aðstandendur og haft í för með sér tilfinningar eins og hjálparleysi, sektarkennd, reiði og sorg (Raphael o.fl., 2006). Streitan sem fylgir því að takast á við hegðunina getur svo leitt til líkamlegra einkenna á borð við veikindi, þyngdartap, kvíðaköst, brjóstverk, svefnvanda og örmögnun (Ferrey o.fl., 2016). Mikil röskun getur orðið á fjölskyldulífinu og fjárhag fjölskyldunnar í kjölfar sjálfskaðandi hegðunar barns sem getur haft áhrif á líðan allrar fjölskyldunnar (Ferrey o.fl., 2016; Raphael o.fl., 2006).



Þessar fullyrðingar ýta undir þörfina fyrir fræðslu til aðstandenda um sjálfskaðandi hegðun þar sem athygli er vakin á því hvað veldur henni og hvernig sé hægt að takast á við hana. Einnig er þörf á að úrræðin séu sem aðgengilegust til þess að auka líkurnar á því að þeir leiti sér aðstoðar sem þurfa. Í úrræðunum þarf að taka tillit til þarfa barnanna og aðstandenda þeirra og veita þeim stuðning og eftirfylgni. Þá er einnig þörf á því að draga úr neikvæðum áhrifum sem hegðunin kann að hafa á aðstandendur barnanna og styrkja þá í verndandi hlutverki sínu (Stewart o.fl., 2018).

Ekkert úrræði er í boði á Íslandi sem sérhæfir sig eingöngu í sjálfskaðandi hegðun barna en ýmis úrræði og aðstoð er þó í boði sem gæti nýst börnum sem glíma við þennan vanda. Félagsráðgjafar eru ef til vill hvað best til þess fallnir að takast á við þann flókna vanda sem sjálfskaðandi hegðun er vegna heildarsýnarinnar sem þeir tileinka sér í starfi sínu (Ferrey o.fl., 2006). Öll börn sem eiga í sjálfskaðavanda ættu að geta fengið aðstoð frá félagraðgjafa og það sama má segja um aðstandendur þessarra barna. Hjálparsími og netspjall Rauða krossins er opið öllum og getur þjónustan verið hjálpleg bæði fyrir börnin og aðstandendur þeirra hvað varðar ráðgjöf og stuðning (Rauði krossinn, e.d.). Forvarnarverkefnið Útmeða leggur áherslu á að bæta geðheilsu fólks með því að opna umræðuna um andlega líðan og hvetja þá til þess að leita sér aðstoðar sem þurfa á því að halda (Útmeða, e.d.-a). Á heimasíðu þeirra er sérstaklega fjallað um sjálfskaðandi hegðun og þar er að finna gagnlegar upplýsingar sem kunna að gagnast börnum sem skaða sig og aðstandendum þeirra (Útmeða, e.d.-a). Píeta samtökin sinna forvarnar- og meðferðarstarfi gegn sjálfsvígum og sjálfskaða auk þess að styðja við aðstandendur (Píeta samtökin, e.d.). Meðferðin er með öllu gjaldfrjáls og ætti því að geta nýst hverjum sem er (Píeta samtökin, e.d.). Loks er tekið á mótí börnum sem eiga í flóknum og samfettum geðrænum vanda og/eða sýnir alvarleg geðræn einkenni á Barna- og unglingsgeðdeild Landspítalans (BUGL, 2017a). Sjálfskaðandi hegðun er vissulega ekki skilgreind sem geðröskun en vert er þó að fjalla um BUGL í þessu samhengi þar sem talið er að flestir þeirra sem skaði sig glími við einhvers konar geðröskun (Hawton o.fl., 2012). Á BUGL er leitast við að hafa samvinnu við barnið og aðstandendur þess og veita þeim stuðning með því að yfirfæra það sem áunnist hefur í meðferð yfir til þeirra og með kerfisbundinni eftirfylgni (BUGL, 2017a).

Sjálfskaðandi hegðun barna hefur lítið verið rannsökuð á Íslandi og lítið sem ekkert hefur verið fjallað um það sem felst í því að vera aðstandandi barns sem skaðar sig. Hvoru tveggja

er mikilvægt til þess að þróa viðeigandi meðferðir og úrræði hér á landi og því má segja en enn sé hægt að gera betur hvað þennan tiltekna vanda varðar. Erlendar rannsóknir verða því að duga í bili en ástæða er til að rannsaka hegðunina nánar hér á landi. Vissulega eru úrræði í boði á Íslandi sem geta nýst börnum sem skaða sig og öll þeirra úrræði sem listuð eru hér að ofan virðast einnig taka tillit til aðstandenda barnanna.

Hugsanlega væri hægt að taka aðstoðina skrefinu lengra hér á landi með því að bæta frekar við þekkingu á sjálfskaðandi hegðun barna og nýta þá þekkingu til endurbóta. Með því að rannsaka sjálfskaðandi hegðun enn frekar væri hægt að þróa aðferðir til þess að draga úr henni eða jafnvel koma í veg fyrir hana. Niðurstöður um áhættuþætti sjálfskaðandi hegðunar mætti einnig nota til þess að þróa inngrip og úrræði. Slíkar niðurstöður mætti einnig nota til þess að kenna þeim börnum sem talin eru í áhættuhópi fyrir sjálfskaðandi hegðun að takast á við aðstæður sínar á æskilegri hátt. Áhugavert væri einnig að rannsaka hvernig íslenskum börnum sem skaða sig og aðstandendum þeirra þætti gagnlegt að takast á við vandann. Út frá slíkri rannsókn væri hægt að bæta núverandi úrræði og vinna að sérhæfðari úrræðum þar sem tillit er tekið til þarfa allra sem eiga í hlut.

Að lokum skal vakin athygli á því að því að ekki er víst að vandinn leysist strax og barnið fær aðstoð. Huga þarf að viðhorfi barnsins til aðstoðar og til þeirrar staðreyndar að það sé enn á lífi eftir sjálfskaða en hætta á endurteknum sjálfskaða eða tilraun til sjálfsvígs getur verið lengi til staðar þó gripið hafi verið inn í líf barnsins með stuðningi (Laye-Gindhu og Schonert-Reichl, 2005). Að því sögðu er mikilvægt að grípa inn í líf barnsins áður en vandinn verður svo alvarlegur að til endurtekinnar sjálfskaðandi hegðunar eða sjálfsvíga kemur. Snemmtæk íhlutun er vísar til aðgerða sem eiga sér stað snemma í lífi barns til þess fyrirbyggja að vandinn sem þau glíma við ágerist (Tryggvi Sigurðsson, 2001). Með snemmtækri íhlutun er stuðlað að því að barnið fái aðstoð áður en hegðun þeirra hefur skaðlegar og óafturkræfar afleiðingar. Skilgreining snemmtækra íhlutunar er réttur ungra barna og foreldra þeirra til þess stuðnings sem þörf er fyrir (Jóna G. Ingólfssdóttir, 2008) sem er einmitt það sem hefur verið lögð áhersla á í þessu verki.

---

Rakel María Eggertsdóttir



## Heimildaskrá

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

*Barnaverndarlög* nr. 80/2002.

Berger, E., Hasking, P. og Martin, G. (2013). „Listen to them“: Adolescents' views on helping young people who self-injure. *Journal of Adolescence*, 36(5), 935-945.  
doi:10.1016/j.adolescence.2013.07.011

Berger, E., Hasking, P. og Martin, G. (2017). Adolescents' perspectives of youth non-suicidal self-injury prevention. *Youth & Society*, 49(1), 3-22. doi:10.1177/0044118X13520561

Bertalanffy, L. V. (1975). *Perspectives on general systems theory: scientific-philosophical studies*. New York, NY: Braziller.

Birgir Olgeirsson. (2019, 27. febrúar). Hrollvekjandi brúða herjar á börn á netinu og hvetur þau til að skaða sig. *Vísir*. Sótt af <https://www.visir.is/g/2019190228913/hrollvekjandi-bruda-herjar-a-born-a-netinu-og-hvetur-thau-til-ad-skada-sig>

Byrne, S., Morgan, S., Fitzpatrick, C., Boylan, C., Crowley, S., Gahan o.fl. (2008). Deliberate self-harm in children and adolescents: A qualitative study exploring the needs of parents and carers. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(4), 493-504.  
doi:10.1177/1359104508096765

Chapman, A. L., Gratz, K. L. og Brown, M. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behavior Research and Therapy*, 44(3), 371-394.

Clarke-Carter, D., Priest, H. og Timson, D. (2012) Adolescents who self-harm: Professional staff knowledge attitudes and training needs. *Journal of Adolescence*, 35(5), 1307-1314.  
doi:10.1016/j.adolescence.2012.05.001

Cleary, M., Hunt, G. E., Matheson, S. og Walter, G. (2009). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illness and substance misuse: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 238-258. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04879.x

Connors, R. (1996). Self-injury in trauma survivors: 1. Function and meanings. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(2), 197-206. doi:10.1037/h0080171

Curtis, S., Thorn, P., McRoberts, A., Hetrick, S., Rice, S. og Robinson, J. (2018). Caring for Young People Who Self-Harm: A Review of Perspectives from Families and Young People. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(5), 1-14.  
doi:10.3390/ijerph15050950

De-Leo, D. og Heller, T. S. (2004). Who are the kids who self-harm? An Australian selfreport school survey. *The Medical Journal of Australia*, 181(3), 140-144.

- Embætti landlæknis. (2012). *Sjálfsvíg og sjálfskaðandi hegðun*. Sótt af <http://www.landlaeknir.is/um-embættid/greinar/grein/item15298/Sjalfsvig-og-sjalfsskadandi-hegdun>
- Embætti landlæknis. (e.d.). *Síðareglur félagsráðgjafa*. Sótt af <https://www.landlaeknir.is/gaedi-og-efartil/heilbrigdisstarfsfolk/starfsleyfi/sidareglur/item13340/>
- Farley, O. W., Smith, L. L. og Boyle, S. W. (2006). *Introduction to social work*. Boston, MA: Pearsons/Allyn and Bacon.
- Favazza, A. R. (1989). Why patients mutilate themselves. *Hospital and Community Psychiatry*, 40(2), 137–145.
- Favazza, A. R. (1992). Repetitive self-mutilation. *Psychiatric Annals*, 22(2), 60–63
- Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry* (2. útgáfa). Baltimore, MD: The John Hopkins University Press.
- Favazza, A. R. (1998). The coming age of self-mutilation. *The Journal of Nervous Mental Disease*, 186(5), 259-268.
- Favazza, A. R. og Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(3), 283-289.
- Ferrey, A. E., Hughes, N. H., Simkin, S., Locock, L., Stewart, A., Kapur o.fl. (2016). The impact of self-harm by young people on parents and families: a qualitative study. *BMJ Open*, 6(1), 1-7. doi:10.1136/bmjopen-2015-009631
- Fliege, H., Lee, J., Grimm, A. og Klapp, B. F. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(6), 477-493. doi:10.1016/j.jpsychores.2008.10.013
- Freydís Jóna Freysteinsdóttir. (2012). *Skilgreiningar- og flokkunarkerfi í barnavernd* (2. útgáfa). Reykjavík: Barnaverndarstofa.
- Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L. og Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behavior Research and Therapy*, 45(1), 2483-2490. doi:10.1016/j.brat.2007.04.002
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the self-harm inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), 253-263.
- Gratz, K. L. og Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Gratz, K. L., Conrad, S. D. og Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(1), 128-140.

- Hawton, K., Saunders, K. E. og O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379(9834), 2373-2382. doi:10.1016/S0140-6736(12)60322-5
- Hayes, S. C., Wilson, K. W., Gifford, E. V., Follette, V. M. og Stroshal, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Gould, M. S., Kasen, S., Brown, J. og Brook, J. S. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59(8), 741-749.
- Jóna G. Ingólfssdóttir. (2008). Íhlutun fyrstu árin. Í Bryndís Halldórsdóttir, Jóna G. Ingólfssdóttir, Stefán J. Hreiðarsson, Tryggvi Sigurðsson (ritstjórar), *Orsakir, eðli og íhlutun* (bls. 126-133). Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Kelada, L., Whitlock, J., Hasking, P. og Melvin, G. (2016). Parents' experiences of nonsuicidal self-injury among adolescents and young adults. *Journal of Child and Family Studies*, 25(11), 3403-3416. doi:10.1007/s10826-016-0496-4
- Klineberg, E., Kelly, M. J., Stansfeld, S. A. og Bhui, K. S. (2013). How do adolescents talk about self-harm: A qualitative study of disclosure in an ethnically diverse urban population in England. *BMC Public Health*, 13, 572. doi:10.1186/1471-2458-13-572
- Klonsky, E. D. (2009). The function of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research*, 166(2-3), 260-268. doi:10.1016/j.psychres.2008.02.008
- Klonsky, E. D. og Olino, T. M. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: A latent class analysis. *Journal of Consulting Psychology*, 76(1), 22-27. doi:10.1037/0022-006X.76.1.22.
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F og Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population. Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1501-1508. doi:10.1176/appi.ajp.160.8.1501
- Landspítali. (2017a). *BUGL – Barna- og unglingsageðdeild*. Sótt af [https://www.landspitali.is/library/FilesBH/Baeklingar/Fraedsluefni/BUGL\\_Baeklingur2017.pdf](https://www.landspitali.is/library/FilesBH/Baeklingar/Fraedsluefni/BUGL_Baeklingur2017.pdf)
- Landspítali. (2017b). *Sjálfskaðahegðun – Algengar spurningar og svör*. Sótt af [https://www.landspitali.is/library/FilesBH/Baeklingar/Fraedsluefni/Bugl\\_Sj%C3%A1lfsska%C3%B0aheg%C3%B0un\\_Alengar%20spurningar%20og%20sv%C3%B6r.pdf](https://www.landspitali.is/library/FilesBH/Baeklingar/Fraedsluefni/Bugl_Sj%C3%A1lfsska%C3%B0aheg%C3%B0un_Alengar%20spurningar%20og%20sv%C3%B6r.pdf)
- Landspítali. (2018a). *BUGL – Sjálfskaðandi hegðun: Gagnleg viðbrögð foreldra*. Sótt af [https://www.landspitali.is/library/FilesBH/Baeklingar/Fraedsluefni/Sjalfsskadahegdun\\_unglinga.pdf](https://www.landspitali.is/library/FilesBH/Baeklingar/Fraedsluefni/Sjalfsskadahegdun_unglinga.pdf)
- Landspítali. (2018b). *BUGL – Staðreyndir um sjálfskaða: Fyrir ungt fólk, vini þeirra og fjölskyldur*. Sótt af

[https://www.landspitali.is/library/FilesBH/Baeklingar/Fraedsluefni/Bugl\\_Sta%C3%B0reyndir%20um%20sj%C3%A1lfsska%C3%B0a.pdf](https://www.landspitali.is/library/FilesBH/Baeklingar/Fraedsluefni/Bugl_Sta%C3%B0reyndir%20um%20sj%C3%A1lfsska%C3%B0a.pdf)

- Lawrence, D., Johnson, S., Hafekost, J., Boterhove de Haan, K., Sawyer, M., Ainley, J. o.fl. (2015). *The Mental Health of Children and Adolescents: Report on the Second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing*. Canberra, ACT: Department of Health.
- Laye-Gindhu, A. og Schonert-Reichl, K. A. (2005). Non-suicidal self-harm among community adolescents: Understanding the „whats“ and „whys“ of self-harm. *Journal of Youth Adolescence*, 34(5), 447-457. doi:10.1007/s10964-005-7262-z
- Leibenluft, E., Gardner, D. og Cowdry, R. (1987). The inner experience of the borderline self-mutilator. *Journal of Personality Disorders*, 1(1), 317-324. doi:10.1521/pedi.1987.1.4.317
- Levenkron, S. (1998) *Cutting: Understanding and overcoming self-mutilation*. New York, NY: Norton.
- Linehan, M. M. (1993) *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E. J., Corcoran, P. og Fekete, S. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(6), 667-677. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x
- Magne-Ingvar, U., Ojehagen, A. og Traskman-Bendz, L. (1992). The social network of people who attempt suicide. *Acta Psychiatr Scand*, 86(2), 153-158.
- Mangnall, J. og Yurkovich, E. (2008). A literature review of deliberate self-harm. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44(3), 175-184. doi:10.1111/j.1744-6163.2008.00172.x
- McAllister, M. (2003). Multiple meanings of self-harm: A critical review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(3), 177-185. doi:10.1046/j.1440-0979.2003.00287.x
- McAuliffe, C., Corcoran, P., Arensman, E., Bille-Brahe, U., De-Leo, D. o.fl. (2006). Problem-solving ability and repetition of deliberate self-harm: a multicentre study. *Psychological Medicine*, 35(1), 1-11. doi:10.1017/S0033291705005945
- Mittendorfer-Rutz, E., Rasmussen, F. og Wasserman, D. (2004). Restricted fetal growth and adverse maternal psychosocial and socioeconomic conditions as risk factors for suicidal behaviour of offspring: a cohort study. *Lancet*, 364(9440), 1135-1140. doi:10.1016/S0140-6736(04)17099-2
- Moscicki, E. K. (1997). Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatric Clinics of North America*, 20(3), 499-517.



- Nock, M. K. (2008). Actions speak louder than words: An elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. *Applied and Preventive Psychology, 12*(4), 159-168. doi:10.1016/j.appsy.2008.05.002
- Nock, M. K. (2009). Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescent and young adults. *Journal of Abnormal Psychology, 118*(4), 816-827. doi:10.1037/a0016948
- Nock, M. K. og Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(5), 885-890. doi:10.1037/0022-006X.72.5.885
- Nock, M. K. og Prinstein, M. J. (2005). Contextual Features and Behavioral Functions of Self-Mutilation among Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(1), 140-146. doi:10.1037/0021-843X.114.1.140
- Nock, M. K., Joiner Jr., T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E. og Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research, 144*(1), 65-72. doi:10.1016/j.psychres.2006.05.010
- Owen, J. og Horrocks, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *The British journal of psychiatry, 181*, 193-199.
- Pincus, A. og Minahan, A. (1981). *Social work practice: model and method*. Itasca, IL: F. E. Peacock Publishers.
- Píeta samtökin. (e.d.). *Píeta samtökin – Nýtt úrræði í sjálfsvígs- og sjálfkaðaförvörnum*. Sótt af <https://pieta.is/um-pieta/>
- Prinstein, M. J., (2008). Introduction to the special section on suicide and nosuicidal self-injury: a review of unique challenges and important directions for self-injury sciece. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(1), 1-8. doi:10.1037/0022-006X.76.1.1
- Raphael, H., Clarke, G. og Kumar, S. (2006). Exploring parents' responcees to their childs' deliberate self-harm. *Health Education, 106*(1), 9-20. doi:10.1108/0965428061063
- Rauði krossinn. (e.d.). Hjálparsíminn 1717 og netspjallið. Sótt af <https://www.raudikrossinn.is/hvad-gerum-vid/hjalparsiminn-1717/hvad-gerum-vid-3>
- Rissanen, M., Kylmä og Laukkanen, E. (2009). Helping adolescents who self-mutilate: parental descriptions. *Journal of Clinical Nursing, 18*(12), 1711-1721. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02672.x
- Roux, S. L. og Overcash, J. (2008). Addressing self-harm in adolescents. *The Nurse Practitioner, 33*(6), 30-36.
- Sachsse, U., von der Heyde, S. og Huether, G. (2002). Stress regulation and self-mutilation. *American Journal of Psychiatry, 159*(4), 672. doi: 10.1176/appi.ajp.159.4.672

- Skegg, K. (2005). Self-harm. *Lancet*, 366(9495), 1471-1483. doi:10.1016/S0140-6736(05)67600-3
- Stewart, A., Hughes, N. D., Simkin, S., Locock, L., Ferrey, A. E., Kapur o.fl. (2016). Navigating an unfamiliar world: How parents of young people who self-harm experience support and treatment. *Child and Adolescent Mental Health*, 22(2), 1-7. doi:10.1111/camh.12205
- Tryggvi Sigurðsson. (2001). Snemmtæk íhlutun: markmið og leiðir. *Glæður*, 1(11), 39-44.
- Turvill, J. L., Burroughs, A. K. og Moore, K. P. (2000). Change in occurrence of paracetamol overdose in UK after introduction of blister packs. *Lancet*, 355(9220), 2048-2049.
- Útmeða. (e.d.-a). *Um Útmeða*. Sótt af <http://utmeda.is/almennar-upplýsingar/>
- Útmeða. (e.d.-b). *Sjálfskaði*. Sótt af <http://utmeda.is/mer-lidur-illa/sjalfsskadi/>
- Whitlock, J., Eckenrode, J. og Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117(6), 1939-1948. doi:10.1542/peds.2005-2543