

**Oppgave medisin kull V-01**

**Student: Lillian Leknes**

**Veileder: Berit Grøholt**

**Tittel: Om begrepene selvmordsforsøk, selvmutilering og villet egenskade blant ungdom – klinisk relevant slektskap og ulikhet.**

**Fagområde: Psykiatri**

**Abstract**

A brief discussion about the terms suicidal attempt, self-mutilation and deliberate self-harm among adolescents.

Background: A number of clinicians and researchers support a distinction between suicide-attempters and self-mutilators. On the other side, we find those who call both the phenomena deliberate self-harm.

Issue questioned: The question is whether we can regard all the young people who practice self-harm as one group, or if they represent two different groups (with different personalities, ideation, motives, etc) who therefore act differently and hence need different treatment.

Method: Study of literature. Selected a age limit 13-18years, and used the terms suicide-attempt, self-mutilation, self-injury and self-harm when searching in PubMed. Wanted both Norwegian and literature of other nationalities and all ranged by publication date.

Results: In epidemiological and clinical studies, the researcher have looked mainly at the same risk-factors; social-economic status, mental health, relationships, alcohol-abuse, type of suicidal behaviour and how serious it seemed to be. Some of the studies use the definitions for self-mutilation on the one side and on the other side suicide attempts. Some choose to use just the term deliberate self-harm.

Conclusion: It was not possible to make a conclusion on which definitions are most adequate to use in clinical practice. In medical literature there is no proper distinction between the terms. But, no matter which definition, the adolescents who self-harm is characterized by the same risk factors. And they represent a growing and important problem that needs more focus. These people need early identification and help. We also seem to need more research in this area.

Supervisor: Berit Grøholt,  
Sogn Centre for Child and Adolescent Psychiatry, Department group of  
Psychiatry

# Om begrepene selvmordsforsøk, selvmutilering og villet egenskade blant ungdom – klinisk relevant slektskap og ulikhet.

## Innholdsfortegnelse

### **Kap 1 Innledning s.3**

- begrunnelse for valg av problemstilling
- oppgavens oppbygging
- problemstillingen

### **Kap 2 Studiemetode s.3**

- datainnsamling

#### **Resultater:**

### **Kap 3 Selvmordsforsøk s.4**

- definisjoner
- statistikk
- hvor vi finner selvmordskandidaten og hva kjennetegner vedkommende
- risikofaktorer
- skademetoder
- intensjon

### **Kap 4 Selvskading og selvmutilering s.6**

- definisjoner
- statistikk
- hvor vi finner selvskaderen og hva kjennetegner vedkommende
- risikofaktorer
- skademetoder
- intensjon

### **Kap 5 Villet egenskade s.8**

- definisjoner
- statistikk
- hvor vi finner egenskaderen og hva kjennetegner vedkommende
- risikofaktorer
- skademetoder
- intensjon

### **Kap 6 Oppsummering av resultater s.9**

- presentasjon av innholdet i artiklene som tekst (tabeller vedlagt til slutt i oppgaven)

### **Kap 7 Sammenlikning og drøfting av resultater s.12**

### **Kap 8 Konklusjon s.14**

### **Kap 9 Litteraturliste s.15**

### **Kap 10 Tabeller med presentasjon av materialet fra artiklene s.16**

## Innledning

Som det kommer fram av tittelen, vil dette dreie seg om ungdom. Og fokuset er rettet mot en type risikoadferd, beskrevet med begrepene selvmutilering, selvmordsforsøk og villet egenskade. Hva betyr disse ordene? Hvordan brukes de i litteraturen? Hvordan brukes de i praksis?

Innledningsvis vil jeg begrunne valg av problemstilling og oppgavens hensikt. Jeg vil avgrense oppgaven og redegjøre for dens oppbygging.

### Begrunnelse for valg av tema og problemstilling.

Da tema for oppgaven skulle velges, ønsket jeg å skrive noe relatert til selvskading. Bakgrunnen for dette, er at jeg synes det er et interessant tema, og samtidig et fenomen jeg kjente lite til. Men også et fenomen som samfunnet kanskje kjenner lite til. Er det et sjeldent fenomen eller er det et skjult fenomen?

Min kjennskap til selvskading før jeg begynte, var et par unge pasienter i psykiatri-praksis, og det som har stått oppslått i media med jevne mellomrom.

Problemstillingen ble formet etter at jeg hadde lest diverse litteratur om temaet. I de nyere artiklene (1) er begrepet villet egenskade særlig benyttet. Det kan virke som om den nye trenden er å samle selvmordsforsøk og selvmutilering under ett begrep. Jeg ble da nysgjerrig på om dette er noe som gir positiv gevinst, og i så fall hvordan blir det i forhold til terapi dersom alt samles under villet egenskade?

Med min problemstilling ønsker jeg å oppnå en større innsikt, åpenhet og forståelse omkring emnet.

### Oppgavens oppbygging

Først følger en presentasjon av studiemetode og framgangsmåte ved valg av litteratur. Deretter vil jeg ta for meg begrepene selvmordsforsøk, selvmutilering og villet egenskade, først presentert under hver sin overskrift. Under alle disse overskriftene følger noe statistisk informasjon, hvor vi finner risikofaktorer, metoder benyttet for skading og til slutt intensjonen. Så presenteres resultater fra litteraturen, med hovedvekt på fem større artikler, og med utgangspunkt i problemstillingen. Videre følger en drøfting av dette.

Materialet fra de 5 artiklene jeg har studert, er presentert i 3 tabeller. Disse er lagt til slutt i oppgaven.

Jeg har valgt å ikke inkludere noe eget om behandling og forebygging. Dette fordi det er et omfattende tema, og jeg var nødt til å begrense oppgaven og fokusere på det som litteraturen jeg valgte ut tok for seg. Tilslutt vil jeg se om det er mulig å komme med en konklusjon på mitt arbeide.

### Problemstillingen

**Selvmordsforsøk og selvmutilering. To beslektede fenomener?**

**Er det grunnlag for å opprettholde skillet mellom disse fenomenene hos ungdom, eller skal kunnskapen kombineres under et felles begrep villet egenskade?**

## Studie-metode

Jeg vil i dette kapittelet beskrive hvordan jeg har gått frem for å svare på problemstillingen, og si litt om hvilken type litteratur jeg har valgt. Videre vil jeg gjøre rede for hvordan jeg har funnet frem til relevant litteratur, og hvilke databaser og søkeord jeg har benyttet.

Oppgaven er basert på en litteraturstudie med fokus på hvordan selvmordsforsøk og selvskading defineres, og hva som faller innunder begrepene. Hele tiden er fokuset ungdom i alderen 13-18 år. Litteraturen er både norsk og utenlandsk forskning. Fordelen var at jeg fikk mulighet til å fordype meg i et emne jeg finner utfordrende og interessant, ved å benytte allerede bestående og relevant teori om emnet. Det er rett å bemerke at dette ikke er en komplett gjennomgang av all litteratur som er skrevet om emnet, men isteden et mindre utvalg jeg har tatt for meg.

Jeg valgte ut én oversiktsartikkel som jeg tar for meg først, og deretter fem hovedartikler. Samtidig benyttet jeg en del litteratur i tillegg, både for min egen forståelses skyld og som tilleggsopplysninger der det har vært nødvendig som hjelp til å få svar på min problemstilling. Jeg har også hatt et sideblikk på hva som er skrevet om emnet i allmenne media (dagspressen, populærvitenskapelige ukeblad osv), da slike media er det som i stor grad både fanger opp og preger folks oppfatning. Tabellene jeg har referert til underveis er lagt med helt til slutt i oppgaven. Dette gjør det greit å søke tilbake til disse for informasjon.

Oppgaven er gjort slik at jeg først tar for meg de tre begrepene, som er nevnt i problemstillingen, hver for seg. Under disse overskriftene presenteres fagstoff som jeg har funnet i diverse litteratur jeg har lest. Deretter

sammenlikner jeg det jeg har funnet, da med hovedvekt på hva jeg fant i artiklene jeg tok for meg. Hele tiden med problemstillingen i bakhodet.

Jeg har plukket ut både kliniske og epidemiologiske studier. Tanken bak dette er at epidemiologiske studier inkluderer de som ikke allerede er fanget opp av helsevesenet, gjennom en selvrapporing. Dette kan tenkes å være særlig aktuelt ved mildere former for selvskade-adferd, som ellers kanskje ville få passere i det stille. En slik metodikk gir dessuten mulighet til å se på funn i en større gruppe ungdom. Som kontrast har vi de kliniske tilfellene, der man kommer tett innpå den enkelte hendelse.

Artiklene:

- Young People who practice self-harm intentionally, review of recent research (2001-2004), Dr.L.F.Lowenstein, M.A.,DIP.PSYCH.,Ph.D (British Journal of Clinical and Social Psychiatry (2004) (1)
- Adolescents hospitalised with deliberate self-harm: the significance of an intention to die, B. Grøholt, Ø.Ekeberg, T.Haldorsen ((Eur.Child Adolesc.Psychiatry, 9(2000) 244-254) (4)
- Young suicide attempters: A comparison between a clinical and an epidemiological sample, B.Grøholt, Ø.Ekeberg, M.D., L.Wichstrøm (Eur.Child Adolesc.Psychiatry juli 2000) (5)
- An investigation of differences between self-injurious behaviour and suicide attempts in a sample of adolescents, Jennifer J.Muehlenkamp, MA, and Peter M. Gutierrez, PHD ((Suicide Life Threat.Behav, 34(2004) 12-23) (9)
- Villet egenskade blant ungdom, M.Ystgaard, N.P.Reinholdt, J.Husby, L.Mehlum (Tidsskr.Nnor.Legefor. 123, 2241-2245, 2003) (10)
- Who are the kids who self-harm?, Diego De Leo and Travis S.Heller (Med.J.Aust. 181(2004) 140-144) (11)

### **Datainnsamling**

Innsamling av data til oppgaven er hovedsakelig basert på bibliotek-søk ved Medisinsk Bibliotek Rikshospitalet og dens database BibSys. Via disse siden kom jeg inn i søkedatabasen til PubMed. Jeg benyttet følgende ord for søk:

- Selvskading
- Self-harm
- Self-mutilation
- Self-injury
- Suicide-attempt

Søking i databasene ga tilfredstillende mange treff uten å virke uoversiktlig. Ved søking på self-mutilation og begrenset til å gjelde 13-18åringer og artiklene skrevet etter 2000, fikk jeg et treff på 52 artikler. Da jeg brukte ordet self-injury alene fikk jeg over 1000 treff, men igjen ved å begrense aldersgruppen, til engelskspråklig og datering, så ble antallet redusert til 70. Ved søking på ordet selvskading fikk jeg 72 treff. Disse funnene ble igjen begrenset ved at jeg ønsket artikler av nyere dato, av ulike forfattere/nasjonalitet og ved at jeg leste meg fram til det som virket å egne seg best. Jeg sorterte så ut etter artiklenes nasjonalitet, omfang og studiemetode, klinisk versus epidemiologisk. Jeg leste flere artikler, og de jeg valgte ut synes å dekke kunnskapen presentert i de som jeg da lot være å inkludere her.

Bøkene og artiklene jeg har benyttet er skrevet av fagpersoner, noe som gjør at reliabiliteten ivaretas. Alle artiklene jeg har valgt er vitenskapelige artikler av nyere dato og publisert i ulike tidsskrift. Kildene er lett tilgjengelig for leseren dersom det er ønskelig å fordype seg ytterligere i emnet. Jeg har prøvd å bruke mest mulig primærkilder for å unngå andres tolkninger og eventuelle unøyaktigheter. Bøker om emnet har jeg funnet ved å lete meg gjennom bibliotekets psykiatrihyller.

## **Resultater**

### **Selvmordsforsk**

Først vil jeg definere begrepet selvmord. Dette er ikke emne for denne studien, men har en klar grenseflate mot selvmordsforsk. Definert ut fra språkets betydning, betyr selvmord å drepe seg selv (2). En mer praktisk rettet definisjon finner vi hos WHO (2). Her defineres ordet slik: Selvmord er en handling med dødelig utgang som avdøde med viten og forventning om et dødelig utfall, selv hadde foranstaltet og gjennomført med det formål å

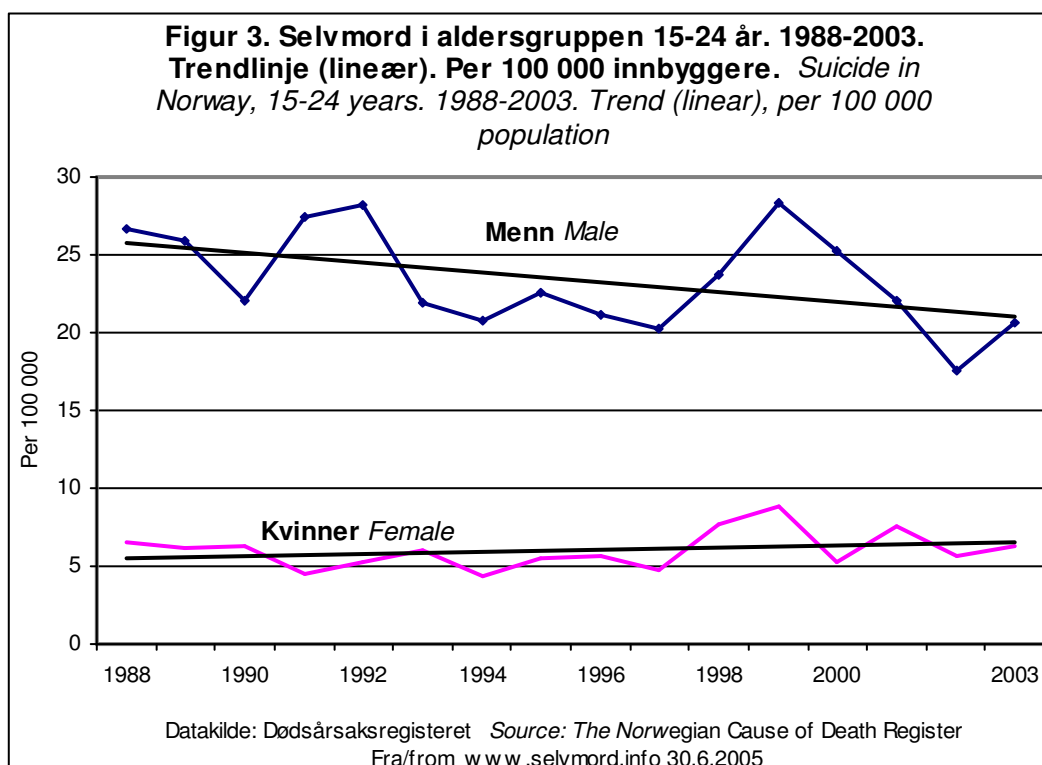
framkalle de av den avdøde ønskede forandringer. Dette betyr at den som velger selvmord, forventer å dø, samtidig som at målet ikke nødvendigvis er å dø, men et ønske om en forandring av situasjonen.

For å definere selvmordsforsøk er begrepet parasuicid tatt i bruk (2). En internasjonal, europeisk **definisjon** lyder som følgende;

Parasuicid er et forsøk på egenskade som ikke ender med døden. Individet har med vilje utført en handling som uten hjelp eller intervensjon fra andre ville skadet ham eller henne, eller med vilje tatt et stoff i mengder utover det som er forskrevet eller ellers er vanlig anerkjent terapeutisk dose, hvor målet er å oppnå forandringer som han eller hun ønsket å oppnå ved hjelp av de forventede fysiske konsekvenser. Definisjonen inkluderer suicidal atferd med intensjon om å dø og uten en slik intensjon. Her er også selvmordsforsøk  
I praksis vil parasuicid være klart nærmere selvmordsforsøk enn selvmutilering.

### **Statistikk**

Å lete opp statistiske oversikter over hvor utbredt selvmordsforsøk er blant ungdom, viste seg å være vanskelig. Den manglende lovpålagte registrering av selvmordsforsøk gjør at det ikke eksisterer nasjonal statistikk over selvpåførte skader noen steder i verden. Omfanget av selvmordsforsøk i en befolkning beregnes vanligvis til å være 7 - 15 ganger større enn tallet på selvmord (3). Det er her valgt å ta med en enkel grafisk oversikt over utbredelsen av selvmord blant ungdom registrert over tid.



Cirka 10-15% av jentene og 5-10% av guttene rapporterer selvmordsforsøk, og selvmordsforsøk versus komplett selvmord ratioen er mye høyere hos ungdom (4). Videre angis selvmordsforsøk å være mest hyppig hos jenter, og da i alderen 15-24 år, mens selvmord har høyest prevalens i alderen 24-29 år, og da blant gutter. Fenomenene er svært sjeldne før 12års alder (2). Insidensen for selvmordsforsøk når en topp midt i tenårene, sjelden før puberteten, mens død som resultat øker jevnt gjennom tenårene.

### **Hvor finner vi selvmordskandidaten og hva kjennetegner vedkommende?**

Først må vi skille unge med reell selvmordsfare fra annen ungdom. En tredel av all ungdom vil i perioder ha noen selvmordstanker (5). Det er en vanlig oppfatning at unge i aldersgruppen 14 -19 vanskelig betror seg til voksne, og enda større blir utfordringen idet man vet at hos suicidal ungdom er denne terskelen ennå høyere (2). Å kartlegge risikofaktorene viser seg å være et svært viktig helperedskap i arbeidet med å finne de som står i risiko for senere selvmordsforsøk. Vår oppgave blir å finne de unge suicidal, og å gi dem hjelp tilpasset hver enkelt. I dette arbeidet er det trolig intensjonen bak handlingen som bør stå i fokus.

### **Risikofaktorer**

Det er enkelte faktorer som øker risiko for selvmordsforsøk, og disse går igjen i litteraturen (tabell 2). Det er økt hyppighet av alkohol og stoffmisbruk, personlighetsforstyrrelser, impulsivitet, interpersonelle tap og familieproblemer. Innunder familieproblemer faller dødsfall, sykdom, overgrep, vold, alkohol og dårlig kommunikasjonsvaner i hjemmet. Ensomhet og sosial isolasjon/lite nettverk, lav sosialøkonomisk status er sentrale faktorer som virker negativt inn. Videre stressende livshendelser, slik som overgrep, suicid i nær familie/smitteeffekt eller forvirring rundt egen seksualitet.

Det som karakteriserer de suicidale, er særlig en tyngre belastning av negative livsfaktorer, slik som ekstra tunge belastninger sosioøkonomisk og psykososialt.

Vi må huske at tilgjengelighet til selvmordsmetode i seg selv er en risikofaktor (2).

Som en kontrast til ovennevnte faktorer kan det nevnes faktorer som vi vet virker forebygge på selvmordsforsøk. Dette kan være god selvtillit, følelsen av kontroll over egen situasjon, gode familierelasjoner og følelsen av muligheten for støtte/hjelp utenfra.

### **Selvskade-metoder**

For oversikt over metoder henvises til tabell 3.

Vanligste metode ved selvmordsforsøk er medikamentforgiftning hvor paracetamol har høyest insidens (1). Så følger henging og skyting. Disse mer alvorlige metodene, der et dødelig utfall virker mer sannsynlig, er de mest impulsive. Menn velger tøffere metoder med større risiko for dødelig utfall. Dette kan være noe av forklaringen på at menn topper selvmordsstatistikken. Av tabellen kommer det også fram at kutting og kloring kan være tilstede ved selvmordsforsøk, men dette er skademetoder som da benyttes samtidig med andre mer risikofylte metoder.

Det synes å være en korrelasjon mellom hvilket kjennskap selvkaderen har til selvskade-metoder og hvilket valg av metode vedkommende gjør (2,6).

### **Intensjonen**

Det er viktig, i arbeidet med selvmordsforsøk, å forstå menneskene det dreier seg om og hvilken funksjon selvmord var tenkt å ha. Stikkordet er motivet bak en slik handling, det at selvmordsforsøk utføres med en hensikt. Motivet står beskrevet som å slippe smerte (2). Samtidig er det trolig flere ting som ligger bak, og er en handling som blir utført i en tilstand av blandede følelser, hvor hvert tilfelle er individuelt og forskjellig.

## **Selvskading og selvmutilering**

### **Selvmutilering –det vanskeligste psykiatriske fenomenet å forstå?**

Den, for meg, klareste definisjonen av fenomenet selvmutilering, får vi av Tor Bøe (7). Han definerer selvmutilering som en overlatt skading av egen kroppsflate gjennom direkte handlinger, uten bevisst ønske om å ta eget liv.

I "Arbeid med selvskading" (8) defineres selvmutilering som enhver handling som innebærer at en person med forsett påfører seg selv smerte og/eller skader sin egen kropp, uten hensikt om å ta sitt eget liv. Denne definisjonen stemmer godt overens med den som T.Bøe legger fram. Hyppigheten av selvskading varierer, alt fra daglig til måneders mellomrom. Uten at det alltid kommer helt klart fram, er det når selvskadingen får repeterende preg at det dreier seg om selvmutilering (7).

### **Statistikk**

I to epidemiologiske studier oppgis selvmutilerings-prevalensen til 15,6% (9) respektive 6,6% (10). Ses selvmutilering og selvmordsforsøk under ett, ligger prosenten på gj.snitt 10,7% (10) og 12,4% (11) for ungdom. De debuterer oftest i tenårene, med gjennomsnittsalder 14,5 år (1). Det er flest jenter, og kun en liten del kommer i kontakt med helsevesenet for dette problemet (10,11).

Det antas en viss underreportering knyttet til mange av kartleggingsstudiene over selvskade-handlinger (6).

Jeg opplevde det vanskelig å finne gode oversikter fra kartleggingsstudier. Dette kan ha ulike årsaker knyttet til valg av søk-metode, men kan også ha å gjøre med den noe diffuse grensen mellom selvmordsforsøk og selvmutilering, samt at man antar høye mørketall fordi pasienter som skader seg selv ikke alltid oppsøker hjelpeapparatet (3,8).

I en artikkel i en norsk dagsavis for et par år tilbake, og som fokuserte på selvmutilering, sto følgende: "Man antar at 1 av 600 ungdommer skader seg selv, men det er ikke gjort noen forskning på dette." Videre sier Per Johan Isdahl, prosjektleder og spesialpsykolog ved Ullevål universitetssykehus: "Mye av selvskadingen foregår i det skjulte. Problemet er både stort og økende" (12). I samme artikkel prøver de også å gi en forklaring på hvorfor jenter dominerer denne statistikken, og da sier Isdahl følgende; "Vi antar at selvskading er mer utbredt blant kvinner enn menn, men dette kan skyldes at menn ikke søker seg til hjelpeapparatet. Her kan det ligge store mørketall".

I min konklusjon vedblir en usikkerhet over hvor mange det egentlig er som sliter med dette problemet.

### **Hvor finner vi selvskaderen og hva kjennetegner vedkommende?**

Selvmutilering alene – hva er det? Finnes det? Er det bare enda et moderne og populært begrep slik som fibromyalgi og utbrenthet – et begrep det tar tid å svelge. Eller er det der, men uten at vi helt evner å se det? Kan en tenke seg selvmutilering uten at personen også har en psykiatrisk lidelse?

### **Risikofaktorer:**

Henviser igjen til tabell 2, som viser at risikofaktorene er de samme som for selvmordskandidaten.

Når det gjelder årsaker til at mennesker skader seg selv, er det i litteraturen en bred enighet om at opphavet til problemene kan spores tilbake til barndom og oppvekstforhold. Dette fremheves sterkere enn for eksempel i forhold til selvmordsforsøk. Fagfolk på området mener at majoriteten av de som skader seg selv har hatt en utrygg oppvekst, ofte preget av psykisk, fysisk og/eller seksuelt misbruk. Omsorgssvikt, vold og alkoholmisbruk i hjemmet er faktorer som ofte nevnes i forbindelse med utrygge oppvekstforhold (9). I annen litteratur nevnes spesifikt episoder i barndommen som skaper en følelsesmessig smerte: misbruk, omsorgssvikt, alvorlig sykdom/alkoholmisbruk hos foreldre, kommunikasjonsmangel i hjemmet, mobbing/undertrykking/kronisk sykdom i barndom (6). Flere unge som skader seg har ingen depresjon eller annen psykisk lidelse (2).

T.Bøe skriver at selvskaderne kan ha lidelser som personlighetsforstyrrelser, spiseforstyrrelser, posttraumatisk stresslidelse (som følge av fysisk og seksuelt misbruk, voldtekt, tortur og overgrep), depresjon eller angst. Men selvskading er også noe som ellers godt fungerende mennesker kan ty til når ting blir for vanskelig. I vår kultur er ikke dette en så veldig unaturlig måte å takle vanskelige følelser på, sier Bøe (7). Oppsummert her, kan man si det er ting som subjektivt oppleves vanskelig som er den sentrale risikofaktoren for selvmutilering. Da ethvert individ har sine egne følelser, da følelser er en noe subjektivt, så har vi kanskje et grunnlag for en påstand om at en klinisk forståelse av fenomenet selvmutilering fortsatt dreier seg litt om å trække opp fremmede stier.

### **Selvmutilerings-metoder**

Tabell 3 viser en oversikt over metoder oppgitt fra pasientene i hovedartiklene som er brukt her. Av denne ser man at de tre vanligste metodene er kutting, kloring og å slå seg selv. 24,2% oppgir bruk av flere metoder (9). Den mest vanlige formen for selvmutilering er direkte selvskading, og foregår ved hjelp av skarpe gjenstander, kutting. Oftest på armene, evt beina og sjeldnere på andre steder av kroppen. Noen brenner seg. Andre utøver slag mot egen kropp eller dunking av hodet mot en vegg. Det angis også handlingsformer som f.eks kloring, at vedkommende biter seg selv eller river av seg hår.

Noen inkluderer i beskrivelse av selvskading misbruk av rusmidler, spiseforstyrrelser, å forsømme egne behov, å bli værende i destruktive forhold og røyking. Dette bør uansett kategoriseres som indirekte selvskade-atferd og faller antakelig utenfor definisjon av selvmutilering brukt i denne artikkelen. (6)

### **Intensjonen**

Tor Bøe (7) er klar i sin tale; selvmutilering dreier seg ikke om selvmordsadferd eller ønske om å dø. Han er opptatt av de følelsesmessige sår påført under oppveksten, og som kan føre til selvmutilering senere i livet. Er disse sårene det som senere gjenspeiler seg i forholdet til foreldre, sosialt nettverk, alkohol/stoff og selvtillit? I så fall jakter T. Bøe på akkurat det samme som de andre forfatterne viser seg å gjøre. Risikofaktorene gir sårene, og sårene må mestres. Det handler om å finne i hvilken sammenheng atferden skjer, for å kunne forstå hvilken funksjon den har for vedkommende. Og det gjelder å kartlegge et skademønster ut fra tid, sted og metode som er benyttet. Er det impulsivt eller er det en gjennomtenkt handling etter en følelse av å ha handlet feil?

Ofte er første gang en spontan selvskading, men man opplever følelsen av mestring (13). Slik kan det utvikle seg til et repeterende mønster, en slags mestrings-atferd som øker i omfang ettersom man venner seg til smerten. Finn Skårderud (6) oppgir følgende som årsaker til en slik mestrings-atferd: Straff mot seg selv, straff mot en annen, behov for en slags oppmerksomhet eller å få ut raseri. Selvskading kan være en metode for å bli kvitt den indre smerten knyttet til traumer som er påført personen under oppveksten. Deres selvskader må først og fremst sees som uttrykk for dysfunksjonell mestring i perioder med alvorlige livsproblemer. Hos noen få er ønsket om å dø dominerende, men oftest er motivet preget av ambivalens. *"I dagens smertelindrende kultur undervurderes den nytelse som kan finnes i smerten, at lidelsen saliggjør. Utøveren kan erfare det tilsynelatende paradoks at smerten er smertestillende. Smertens fortrinn er at den kan skyve alt annet til side"*

”Ser du min indre smerte?” skriver Skårderud (6); gjennom arrene blir noe utydelig tydelig. Unge mennesker som føler de mangler ord til å beskrive det de bærer på av tanker eller følelser, og som opplever smerte som smertelindring. For hva gjør selvsykning med kroppen? Det gir en endorfin-frigjørelse. Det oppleves et kick og et behag istedenfor en hjertesmerter som fylte kroppen. Kanskje vi bør sende dem til avvenning?

Det er vanlig å feiltolke selvsykning som selvmordsforsøk, men i realiteten dreier det seg oftest om å ivareta seg selv for å kunne opprettholde håpet, sier Bøe (7). Han skiller mellom tre former for selvsykning:

- Alvorlig selvsykning (enkeltepisoder, kan skje schizofrene pasienter eller ved andre vrangforestillingslidelser)
- Repeterende alvorlig selvsykning (skjer oftest hos psykisk utviklingshemmede men også hos psykotikere og hos pasienter med alvorlig personlighetsforstyrrelse)
- Moderat/lett selvsykning – kan være repeterende (skjer blant annet hos pasienter med tilpasningslidelse og personlighetsforstyrrelse)

Her nevnes helt kort den funksjonen som selvsykning nevnes å kunne ha (15):

- Lindring av følelser
- Selvstraff og soning
- Repetering av overgrepsopplevelser
- Forsøk på å gjenskape og reparere
- Skape trygghet gjennom smerter
- Opplevelsen av kontroll
- Kommunikasjon
- Å føle seg levende

## **Villet egenskade**

I den norske litteraturen er det ordet ”villet egenskade” som vurderes, mens det tilsvarende begrepet i engelsk heter deliberate self-harm.

Vi tar utgangspunkt i en definisjon utviklet av ”The child and adolescent self-harm in Europe” (CASE):

En handling med ikke-fatalt resultat, hvor individet gjorde ett eller flere av følgende:

- utførte handling der intensjonen var å skade seg selv (kutting, hopp fra stor høyde)
- inntok medisin utover det som er forskrevet eller generelt anbefalt terapeutisk dose
- inntok illegalt/recreational stoff med hensikt å skade seg selv
- svelget ufordøyelige substanser/objekter.

Dette har Ystgaard (10) formulert slik:

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

- initierte adferd i den hensikt å skade seg selv
- tok medikamenter i en mengde utover det som er forskrevet eller som er vanlig anerkjent dose
- tok illegale stoffer/narkotika i den hensikt å skade seg selv
- svelget et ikke-fordøydlig stoff eller gjenstand

Ut fra dette ser det ut til at begrepet ”villet egenskade” er en paraplyterm som dekker flere ulike atferder. Også unge som selvutlirer synes inkludert. Fellesnevner er at individet utfører akutt skade på seg selv. Noen gjør dette med det mål å dø, noen gjør det som et rop om hjelp og atter andre med mål om begge deler.

## **Statistikk**

I en norsk epidemiologisk studie, fra 2003, ble tallet for villet egenskade funnet å være 10,7% (10). Dette gjaldt for ungdom, på Østlandet i Norge, i alderen 15-16 år. I en australsk studie, med samme metode og aldersgruppe, var tallet 12,4 % (11).

I flere studier er det overvekt av jenter, blant de ungdommene som rapporterer om villet egenskade (4,9,11). Alle tallene er gjengitt i tabell 1.

## **Hvor finner vi personen og hva kjennetegner vedkommende?**

Her kan man oppsummere det som står under selvmordskandidater og selvsykadere. Det er disse personene det handler om. Likevel, med den problemstillingen jeg har, føler jeg det viktig å ta med egne punkter brukt i



litteratur som spesifikt benytter begrepet villet egenskade. Dette for å få et best mulig innblikk i hva forfatterne legger i "villet egenskade", utover den definisjonen som ble gjengitt tidligere.

### **Risikofaktorer**

I en epidemiologisk studiet, utført av Ystgaard mfl (10), prøver de å få fram hva som kjennetegner disse unge menneskene. Signifikant sammenheng (gjengitt i tabell 2) med villet egenskade ble funnet å være alvorlige foreldrekonflikter, stoffmisbruk, villet egenskade blant venner og lav selvtillitt. I tillegg kom alkohol, seksuelle overgrep, skilte foreldre, angst og impulsivitet hos jenter. I en epidemiologisk studie utført på 14 skoler i Australia (11) er risikofaktorene som var signifikant forbundet med villet egenskade, følgende:

- selvskading hos venner/familie
- røyking
- lav selvtillitt
- seksuelle orienteringsvansker.

Oppsummert er det ungdom hvor negative livshendelser dominerer, som er i faresonen for villet egenskade, slik definisjonen er brukt her. I flere studier oppgis villet egenskade hos venner/bekjente som en svært viktig risikofaktor, en smitteeffekt (10,11).

### **Selvskade-metoder**

Henviser til tabell 3. Kutting og medikamenter i unaturlig stor dose er vanligste metode, mens hending, skyting og hopp fra stor høyde er andre og mye mer sjeldne metoder. Risikofaktorer og valg av metode viser ingen signifikant forskjell mellom kjønnene (10,16).

### **Intensjon**

I litteraturen finner man angitt følgende hendelser som incitament eller generator for et selvskade-motiv:

- Ensomhet
- Problemer med foreldre
- Kjærlighet og andre relasjonsproblemer

De intrapsykeiske viktigste motivasjonelle faktorene er følgende (8,9):

- Tapt kontroll
- En situasjon de ikke kan bære
- Vise desperasjon eller kjærlighet til noen
- Ønske om å dø
- Selvstraff og soning
- Få noen til å føle skyld eller gi noen en lettelse
- Slippe fri/sove for en stund
- Ønske om hjelp

## **Oppsummering av resultater**

### **Problemstillingen**

**Selvmordsforsøk og selvmutilering. To beslektede fenomener?**

**Er det grunnlag for å opprettholde skillet mellom fenomenene hos ungdom, eller skal kunnskapen kombineres med villet egenskade?**

- Resultatene presentert som tabeller 1, 2, 3
- Resultatene presentert som tekst

Den første artikkelen er en oversiktsartikkel, hvor alle de tre begrepene tatt med i problemstillingen, presenteres. Lowenstein m.fl. (1) har da funnet, ved en gjennomgang av litteratur fra årene 2001-2004, en definisjon som sier at villet egenskade er en form for selvmordsadferd. Videre at suicid er en underkategori som brukes idet villet egenskade får et fatalt utfall. Artikkelen ser også på selvmutilering og hvordan dette er relatert til selvmordsforsøk. Vi møter klare utvalgte definisjoner, men leser man videre bekrefter oversiktsartikkelen at det er flere uoverenstemmelser angående bruk av begrepene. Villet egenskade og selvmutilering brukes omhverandre, selvmordsforsøk brukes både som et selvstendig begrep, men innlemmes også under de andre. Likevel ender artikkelen i et forsøk på å komme med en konklusjon. Denne sier at det i flere studier er funnet en

klare fellestrekk når man ser på adferden ved selvmutilering og suicidal oppførsel. Jeg henviser til oversiktsartikkelen (1) hvis det er ønske om referanser til studiene dette gjelder.

Her følger en tekst som presenterer resultatene, oppsummert i tabellene. En sammenlikning av disse resultatene vil hovedsakelig komme i avsnittet om drøftninger som følger nedenfor, med mål om å kunne resonnerer seg fram til en eventuell konklusjon på presentert problemstilling.

To av artiklene bruker CASE-studien som mal i sin epidemiologiske studie. Disse artiklene benytter ett begrep, villet egenskade. Den ene av disse er norsk, og har tittelen "Villet egenskade blant ungdom"(10). Dette er en ren epidemiologisk studie utført i 2003 på Østlandet, Norge, og anvender spørreskjema utviklet av CASE-gruppen (Child and Adolescent Self Harm in Europe). Spørreskjemaene ble besvart, skriftlig, av 4060 elever, i 15årsalder. Det var tilnærmet likt antall gutter og jenter som deltok. Resultatet i denne studien viser følgende: 10,7 % faller innunder definisjonen for villet egenskade, hvorav 14,7 % av disse oppgav å ha vært i kontakt med lege. Faktorene som viser seg å ha en signifikant sammenheng med fenomenet er, for begge kjønn, overgrep, stoff, lav selvfølelse, impulsivitet, villet egenskade i omgangskretsen og trøbbel med politiet. I tillegg, hos jenter, alkohol, skilte foreldre og angst siste året. I studien er det 3,5 ganger flere jenter enn gutter blant de med villet egenskade. Men da det gjelder risikofaktorer og skademethoder som benyttes, er disse like for begge kjønn (10). I forhold til problemstillingen, blir det viktige her å se om risikofaktorene som her er nevnt, er de samme for selvmutilering og selvmordsforsøk. Dette diskuteres senere.

Den australske artikkelen, "Who are the Kids who self-harm" (11), bruker også CASE-studien som hjelpemiddel i sin epidemiologiske studie. Dette gir oss mulighet til å sammenlikne med tall utenfor egne landegrenser. Her brukes den definisjonen av villet egenskade som er utformet av CASE, og som er lik den Ystgaard (10) har forholdt seg til.

Det var 3757 australske ungdommer, med gjennomsnittsalder 15,4, som svarte på spørreskjemaene. I tillegg til de definerte punktene fra CASE, har forfatterne tatt med spørsmål om bruk av medikamenter (ikke spesifisert nærmere i artikkelen). Samtidig benyttes HAD (Hamiltons angst&depresjons-score), Impulsivitetsskala, og spørsmål om villet egenskade i en åpen spørsmålsformulering med ungdommen. Disse åpne spørsmålene gjør at ungdommene kan beskrive med egne ord slik de opplever og tenker rundt villet egenskade.

I denne artikkelen har man inkludert kun de med villet egenskade siste året. Totalt sett var det 12,4% av ungdommene som oppgir tidligere episode(r) med villet egenskade, mens for siste 12 måneder rapporterte 6,2% av ungdommene om skade som falt innunder definisjonen benyttet for DSH. Blant disse var 85,6% jenter, slik at en sammenlikning av risikofaktorer mellom kjønnene ble ikke utført. Isteden ser studiet både på jentene alene (n=200) og på alle totalt (n=233). For disse to gruppene var resultatene tilnærmet like, noe som er naturlig da gruppen med jentene utgjør en stor andel av totalen.

Skademethodene som ble benyttet er gjengitt i tabell 3.

Det som viste seg å ha en signifikant sammenheng med villet egenskade utført siste året, var villet egenskade i omgangskretsen, seksuell forvirring, lav selvtilitt og opplevelse av stressende episoder (subjektivt). Når man ser på villet egenskade uavhengig av tid, vises en signifikant sammenheng med villet egenskade i omgangskrets, røyking, amfetamin, relasjonsproblemer, bruk av medikamenter og andre negative stressorer. Med stressorer menes episoder i hverdagen som oppleves spesielt belastende for individet (11). Den viktigste faktoren ble beskrevet å være selvskading i omgangskretsen.

Det oppgis ingen sammenheng med depresjon, men vedkommende kan ha være deprimert ved skadetidspunktet uten å være det ved undersøkelsestidspunktet.

Den neste artikkelen som presenteres her, er en artikkel av Muehlenkamp mfl. (2004); "An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents"(9). Som man leser av tittelen, er det her forsøkt en inndeling i selvmutilering og selvmordsforsøk. Altså er to ulike begreper tatt i bruk. Den tar for seg resultatet av en epidemiologisk studie utført blant 390 ungdomsskoleelever i Amerika. I denne sammenliknes tre ulike grupper; kontrollgruppen, de med selvskading og parasuicid.

CASE er ikke benyttet. Likevel er fremgangsmåten mye av den samme. Det blir brukt åpne spørsmål og spørsmål hentet fra ulike semistrukturerte intervjuer, i kartleggingen. De åpne spørsmålene er ment å gi en god og detaljert beskrivelse av handlingen som er utført, enten det gjaldt et engangstilfelle eller repetert selvskading, selvmutilering. Den strukturerte delen inneholder SIQ (suicidal ideation questionnaire), RADS (Reynolds adolescents depression scale), MAST (multi-attitude suicide tendency) og SHB ( self-harm behavior scale). Sistnevnte for å kartlegge hva slags type egenskade det dreier seg om, om den kommer innunder kriteriene definisjon stiller, skademethoder og hvor omfattende skadingen er.

Fokuset er på begrepene selvmutilering og selvmordsforsøk, og det testes for om det kan være en sammenheng mellom disse. Termen villet egenskade blir ikke brukt.

Resultatet viser en signifikant forskjell mellom kontrollgruppen og selvskaderne når det gjelder depresjon, tanker om å dø og suicidal intensjon (9). Valget om å leve eller å dø betinges ut fra psykisk helse, glede og om hverdagen oppleves å fungere bra. Selvskaderne beretter at de har en sterkere tiltrekning til å dø enn å leve, sammenliknet med kontrollgruppen. Kontrollgruppen viser seg å være mer tilfredse og ha en mer positiv holdning til livet generelt.

Videre resultat viser en signifikant forskjell i tanker om å dø versus leve idet man sammenlikner selvskadere og selvmordsforsøkere. Selvskadere oppgir å ha færre livserfaringer som føles å ha påvirket vedkommende negativt, enn hva som er tilfelle hos selvmordskandidaten. Selvskaderen har derfor en mer positiv holdning til det å leve. Dette er den eneste signifikante forskjellen som studien finner mellom gruppene selvkading og selvmordsforsøk, og det betyr igjen, som et eksempel, at disse to gruppene ungdom er like deprimerte, men mer depressive enn kontrollgruppen. Oppsummert kan man si at tanker om å leve versus dø, viser seg å være den viktigste risikofaktoren, sett ut fra dette studiet. Den gruppen som ønsker å dø, opptrer uavhengig av skadem metode.

Det blir også gjort en post hoc regresjons-analyse. Målet med denne er å finne de sterkeste faktorene, i arbeidet med å skille de som skader, enten det dreier seg om selvmutilering eller selvmordsforsøk, fra de som aldri påfører seg selv skade, altså kontrollgruppen. I analysen finner de at SIQ, RADS og MAST, er de hjelpemidlene som best egner seg til å skille ut de ungdommene som er i risikozonen for villet egenskade, dvs enten selvmutilering eller selvmordsforsøk. Det poengteres på nytt at blant disse hjelpemidlene, er det kun MAST-skalaen som er signifikant når man skal skille selvmutilering fra selvmordsforsøkere.

Artikkelen oppsummerer med at selvkading er et utbredt fenomen blant unge i dag. Man kan skille teoretisk mellom selvskaderen og selvmordsforsøkeren, men at dette er vanskelig å gjøre praktisk sett, og er kanskje mer komplekst enn man opprinnelig trodde. Dette knyttes til å leve/dø-tankene som er en svært subjektiv faktor, og trolig vanskelig å få ordentlig tak på hos et annet individ.

To av de norske artiklene, en klinisk (4) og en epidemiologisk versus klinisk (5), har delvis overlappende materiale.

I den kliniske studien "Adolescents hospitalised with DSH: the significance of an intention to die"(4) har man tatt for seg hospitaliserte selvmordskandidater og intervjuet disse. Materialet er ungdom i alder 13-19 år i Oslo og Akershus, Norge (1993/-94). 90% var jenter og gjennomsnittsalderen var 16,9 år. I artikkelen setter de fokus på om selvmordsforsøk hører til under villet egenskade.

Første spørsmål i intervjuet, er om intensjonen bak handlingen var å dø. Slik deles ungdommene inn i to ulike grupper som så sammenliknes. Gr1:intensjonen med skaden var å dø, Gr2: intensjonen var ikke å dø, men noe annet. Dette resulterer i en inndeling annerledes enn øvrig litteratur. Her er det gjort en gruppering innenfor gruppen villet egenskade, basert på intensjonen bak handlingen. Først i den epidemiologiske studien inkluderes ungdom uten villet egenskade (5).

I det kliniske studiet er fenomenet villet egenskade i fokus, og gruppene sammenliknes med hensyn på skadeforsøket og definerte risikofaktorer. Først er det et åpent intervju tatt opp nært til hendelsen, og deretter flere semistrukturerte intervjuer. Sammen tar disse for seg;

- SES (socio-economic status) – sosiale+økonomisk forhold og foreldrerelasjon kartlegges
- Beskrivelse av egenskaden ved bruk av åpent intervju. Det spørres spesifikt om suicidal oppførsel og om villet egenskade. Begrepene brukes som to selvstendige definisjoner, og alle pasientene spørres om begge.
- Semistrukturerte intervjuer: SIS (Beck scale of suicid intent), RRR (risk rescue rating, inkludert gradering etter medisinsk alvorlighet (alvorlig = innlagt mer enn 24 timer for medisinsk behandling, som ved overdose, skyting, henging)), MPQ (motives for parasuicid score), UCLA loneliness scale og SPPA (self-perceived profile adolescent), HS (Hopelessness scale), YSR (youth self-report; mobbing og trusler på skolen).

Resultatet av denne studien (tabell 2) forteller viktige ting om villet egenskade som er av klinisk relevans. De som ikke ønsker å dø (gr2) ønsker også hjelp. De oppgir å være rammet av en akutt hendelse, handler mer impulsivt og er mer ustabile. Ofte er utløsende årsak interpersonelle problemer. De som ønsker å dø (gr1) oppgir å være mer deprimerte og ensomme, og ønsker generelt ikke hjelp. Videre har de mer alvorlige selvmordsforsøk. Dette resulterer i to ulike grupper villet egenskade, basert på intensjonen bak skadingen.

Gruppene er like når det gjelder demografiske faktorer. Felles for dem er også det at dette dreier seg om ungdom som bærer på en rekke problemer inni seg, og som dermed også har øket risiko for at dette blir repeterende atferd (13,17), og for senere psykososiale problemer eller psykiatrisk sykdom.

På tross av en litt annen gruppeinndeling, fikk man resultater som stemmer godt overens med andre studier. Likevel er det viktigste resultatet i denne studien å se at ved de fleste risikofaktorene fant man ingen signifikant forskjell, mellom de som ønsket å dø og de som ønsket noe annet.

Derimot fant man en del risikofaktorer som er mer uttalt i begge gruppene uavhengig av intensjon, enn i normalbefolkningen. Dette er relasjonsproblemer, alkohol, stoff, lav selvtilitt, mobbing, overgrep, alkohol med mer som problem hos foreldre. Videre oppgav 2/3 at de har en mental sykdom som er under behandling, og 1/3 var under behandling ved skadetidspunktet.

Denne sammenlikningen opp mot normalbefolkningen, altså gjennomsnitts ungdom, kom ikke fram i den kliniske studien, men ble gjort i en epidemiologisk studie, "Young Suicide Attempters; a comparison between a clinical and an epidemiological sample"(5). Dette er også en norsk studie, og den er et videre forskningsarbeide på det kliniske materiale som nettopp er presentert ovenfor (4). I den klinisk-epidemiologiske studien sammenliknes Gr1:de som kom i kontakt med sykehus (4) med Gr2: gjennomsnitts ungdom, inkludert de som rapporterer selvsykdom. Resultatet viser at signifikante faktorer for selvsykdom er depresjon og ensomhet. For selvmordsforsøk er det depresjon, personlighetsforstyrrelser, lav selvtilitt og utilstrekkelig støtte fra foreldre eller andre nære relasjoner. Risikofaktorene er generelt mer uttalt for de hospitaliserte, enn for de som er fanget opp epidemiologisk. For en nøyaktig oversikt over utvalget som deltar i studiene (4,5), hvilke risikofaktorer som det er testet for og resultatene av dette, henvises til tabellene til slutt i oppgaven.

## **Sammenlikning og drøfting av resultater**

Under denne overskriften vil jeg presentere en sammenlikning og drøfting av resultatene. Den mest nøyaktige sammenlikningen ble utført ved å samle materialet jeg har studert inn i tabeller, og det henvises til disse..

Oppsummert finner jeg mange av de samme resultatene uavhengig av studiets nasjonalitet og forskningsmetode. Begrepene er definert og benyttet uavhengig av dette, og det synes umiddelbart å være lite relevant om man kaller det villet egenskade, selvmutilering eller selvmordsforsøk. Det ser ut til å uansett dreie seg om samme gruppe ungdommer og de samme risikofaktorene og skademethoder. I så fall vil det heller ikke være noe som tilsier at man skal gruppere de innunder ulike faguttrykk. Men uten å hoppe rett på en eventuell konklusjon, vil jeg se på resultatene, og hvordan man er kommet fram til disse, litt nærmere.

Når det gjelder skademethoder er dette presentert både i tidligere avsnitt og oppsummert i tabell 3. Vedrørende hvor utbredt det er å utøve skade mot egen kropp, kommer det fram av tabell 1. Det henvises også til avsnittene med statistikk.

Definisjonene som skrives for villet egenskade, selvsykdom/selvmutilering og selvmordsforsøk er tydelige og synes lett å forstå. Uavhengig av hvilke begreper forfatteren velger å forholde seg til, så er det de samme risikofaktorene som er i fokus når ungdommen skal intervjues og kartlegges. Dette kommer fram av tabell 2. Videre er det de samme risikofaktorene som finnes signifikant relevante. Kan man da samle alt under ett begrep; villet egenskade? Er det ikke noe behov å skille ungdommen innen denne gruppen?

Etter systematisering av resultatene inn i tabell 2, vises det bred enighet om hvilke risikofaktorer som er av signifikant betydning, når det gjelder risiko for villet egenskade i denne aldersgruppen. Men samtidig kommer det ikke fram hvor mange risikofaktorer som må være til stede, og hvordan man eventuelt skal vurdere en totalrisiko. Kan man ut fra å kartlegge risikofaktorene slik det er gjort her, egentlig si noe om de to fenomenene selvmutilering og selvmordsforsøk? Hva med forebygging og behandling av slik adferd?

Risikofaktorene som bekreftes, ved begge fenomenene, er fokus på familieband, skilte foreldre, familieproblemer, venner, rusmidler, seksuell debut, skulk av skolen, ensomhet og global selvfølelse og depressive følelser. Men det er ingen kartlegging av hva som kommer først av risikofaktorene? Er det et vanskelig individ som gjør at familien går i oppløsning, eller ble individet i ubalanse pga negative familieforhold?

Det som virker klart, er at det er de samme risikofaktorene som er tilstede, uansett om dreier seg om selvmutilering eller selvmordsforsøk, eller om man forholder seg kun til villet egenskade.

Når man sammenlikner ungdom med intensjon om å dø med dem der intensjonen oppgis å være noe annet, finner man heller ingen signifikante risikofaktorer til å skille mellom disse gruppene (4,5). Samtidig virker intensjonen å være en svært subjektiv faktor, som både kan være vanskelig for ungdommen å forklare og for oss

å kartlegge. Den kan også tenkes å være av et stort spenn, og derfor vanskelig å bruke til å finne klare skiller mellom ungdommen som utøver omtalt risikoadferd.

Det er her interessant å trekke inn Lars Mehlum (2). Han skriver at flere av de som dør i et selvmordsforsøk, enten var usikre på målet eller til og med bevisste på at de ikke ville dø. At idet de utfører handlingen, er usikre på om de ønsker å dø eller å leve. Vet ungdommen hva intensjonen er? Mener de, når de sier at de ønsker å dø, at de ønsker å forsvinne fra alt, eller at de ønsker en forandring i tilværelsen som allerede eksisterer?

I håndboka fra stiftelsen psykiatrisk forening er samme poenget framhevet (6). Det unge mennesket synes å være forvirret over sitt eget motiv bak selvmutileringen. Selvmutileringen virker kun å være et tegn på at vedkommende er i nød, noe som vel gjelder både selvmordskandidaten og selvskaderen. Eller som Finn Skårderud (6) skriver ” Selvmutilering er i hovedsak ikke utført med selvmorderisk hensikt. Tvert imot. Men det forhindrer ikke at selvskadere også tar sine liv”.

Og i det man leser om årsakene til selvmutilering, er det som om de skader for å oppnå positive mål. Det er sunne ønsker, men feil mestringssteknikk. ”da jeg stoppet å kutte følte det som om jeg hadde mistet min beste venn og min verste fiende” (6).

Noen igjen beskriver at det gir en opiatfrigjørelse. Det er vanlig å se selvmutilering som et forsøk på å få det bedre. Det oppleves et kick, og en behagelig følelse, istedenfor en hjertesmerter som fylte kroppen. Må vi sende dem på avvenning? Eller kan vi, dersom de ikke er i fare for suicid, bare la det gå over? Går det over? Kan man helt sikkert si at det ikke er suicidalfare? –for selv om den ikke er der i dag...kan den ikke komme i morgen? Man er vel ikke født suicidal. Det er jo noe som dukker opp underveis (6).

Men hvis det er sånn at selvmutilering er en mestringssteknikk, som øker i omfang idet man blir vant til smerten, kan omfanget øke slik at det dreier seg om suicidal adferd? At individet mister kontroll og liv går tapt? Og er da selvmutilering og selvmordsforsøk en og samme ting? Eller et helt annet spørsmål man kan stille seg, vil selvmutilering beskytte mot selvmordsforsøk?

I den norske epidemiologiske studien, Ystgaard mfl (10), konkluderer de med at det er bestemte risikofaktorer knyttet til villet egenskade og at risikofaktorene er mer dominerende i mer alvorlige tilfeller, det vil si hvor mer dødelige metoder benyttes. Man kan si at det finnes ulike alvorlighetsgrader bland de ungdommene som faller innunder definisjonen villet egenskade. I ene enden har man mildere villet egenskade. I andre enden mer alvorlig villet egenskade. Til slutt så alvorlig at intensjonen er å dø. Slik får vi selvskading i ene enden og suicid i andre, med en gradvis overgang i mellom disse endene.

Et problem er at man må stole på subjektiv informasjon. Man er hele tiden avhengig av hva den enkelte ungdom ønsker å fortelle, også farget av dennes opplevelser, bakgrunn, åpenhet og oppfatning. Dessuten er det vanskelig å si at der ikke finnes noen som helst intensjon om å dø hos ett menneske som selvskader. For et slikt individ trenger åpenbart en form for hjelp, og må ikke falle ut av systemet selv om intensjonen oppgis å ikke være å dø. Det er heller ikke drøftet om intensjonen kan endre seg gjennom lengre tid med selvmutilering.

Begrepet mild og alvorlig er ikke diskutert i hovedartiklene som er tatt med her, men etter å ha lest dem, viser det seg at fokuset hele tiden er på alvorlig selvskading. Den milde formen for selvskading, som for eksempel lugge seg selv i håret, er ikke blitt nevnt. Man kan dermed forstå det slik at mild skading synes å være mindre viktig, og forfatterne virker enige seg i mellom på dette. Oppsummert virker fenomenene, selvmordsforsøk og selvskading, først å være to adskilte fenomener, men likevel vises en sammenheng, da det ene klart øker risikoen for det andre (7).

Slik virker det nødvendig å få fram en tydelig gradering innenfor begrepet villet egenskade, da de mest alvorlige villet egenskadere står nærmere et suicid (10,13). Ved å spørre om intensjonen var å dø eller om intensjonen var en annen, viser det seg at man lykkes i å få fram noe av denne graderingen (4). Villet egenskade er et vidt begrep. Og i ene enden er det selvskaderne, mens mot den andre enden nærmer vi oss potensielle selvmordskandidater (intensjon om å dø-gruppa). En slik skala er nevnt som mulig konklusjon i flere av studiene (4,10,13). Og kanskje er det nettopp slik at selvskadingen må være av en viss alvorlighetsgrad skal den være av noen betydning. Er det slik at en som lugger seg selv ikke har noen mer risiko for selvmordsforsøk enn en i kontrollgruppen? At mild selvskading bare kan ”glemmes”?

I Muhlenkamp's artikkel (9) henvises det innledningsvis til forskning hvor man har kommet fram til at ett begrep kan brukes for fenomenene, fordi mange med selvmutilering har tidligere suicidforsøk bak seg. Men blir det riktig å gjøre det, dersom ungdommene har ulik motivasjon bak sin handling? Er alle selvskadere innom tanken om selvmord og død?

Da det her er inkludert både epidemiologisk og kliniske studier, blir det viktig å se på om de fanger opp ulike grupper mennesker. Man kan slik fremme hypotesen om at de som kommer på sykehus er nærmere et komplett selvmord, altså et dødelig utfall. Dette ble sammenliknet til dels i norsk klinisk forskning (4,5), og man fant at de som kontaktet sykehus generelt var mer alvorlig syke og med mer uttalte risikofaktorer. Igjen kommer det fram at risikofaktorer funnet i klinisk som i epidemiologiske studier er de samme, men mer uttalt i kliniske utvalg. Et annet spørsmål er om sammenlikningsgrunnlaget er godt nok, idet man har to ulike materialer, et klinisk og et epidemiologisk.

Oppsummert finner jeg ganske lik informasjon i ulike studier. De stemmer godt overens med hverandre. Både hvordan inndelingen i grupper er gjort under studiene, og hvilke faktorer som tas opp og hvilke utslag de gir. Men hva hvis alle har glemt en viktig faktor? At vi ser på hele fenomenet på en feil måte? Foreløpig vet vi lite om hva som ligger bak selvsykdom, men man antar at problemet er økende. Krever samfunnet for mye av oss? Har vi ikke tid til å snakke om smerten inni eller å lytte til hverandre? Er det mangel på kjernefamilien som er utslagsgjørende? Hvordan måler man følelsen av håpløshet eller impulsivitet? Er spørreskjemaene de bruker gode nok? Hos en med lav håpløshet og da mindre risiko for alvorlig negativ atferd, kan ikke vedkommende føle mer håpløshet i morgen? Artiklene bruker samme metoder; spørreskjemaer og åpent intervju, eventuelt skriftelige, mer åpne spørsmål. Sistnevnte for å få konkret og detaljert info om selvsykdommen eller selvmordsforsøket, og tankene bak en slik handling. Hver undersøkelse har hvert sitt sett av spørreskjemaer. Dekker disse egentlig det samme? Er noen bedre enn andre? Er spørsmålene enkle å tolke av ungdommen, og tolkes disse likt?

Gjennomgående trekk viser at det er de samme faktorer for selvsykdom og parasuicid, men mer uttalt ved selvmordsforsøk, også definert som alvorlig villet egenskade (10).

## **Konklusjon**

I første delspørsmål, i problemstillingen, spør jeg om selvmordsforsøk og selvmutilering er to fenomener som har noe med hverandre å gjøre. Ser man på risikofaktorene for de to fenomenene hver for seg, er det i stor grad de samme. Ut ifra det konkluderer jeg med at det er to beslektede fenomener dette dreier seg om.

Det neste spørsmålet handler om bruk av ulike begreper i aktuell litteratur. Er selvmordsforsøk og selvsykdom det samme, og kan vi putte det innunder termen villet egenskade? Eller er det best med klart definerte skiller?

I de ulike studiene ser man egenskade-fenomener både samlet som villet egenskade, eller som grupper definert ved hjelp av flere underbegreper. Det kommer fram, av min litteraturgjennomgang, at selvmutilering og selvmordsforsøk overlapper hverandre. Og at man slik kan velge å beskrive det med ett begrep, villet egenskade. Men samtidig er det en forskjell i alvorlighetsgrad, slik at selvmutilering og selvmordsforsøk kan representere to ytterkanter. Dette faller bort dersom alt kalles villet egenskade, ergo mister man en del informasjon ved å samle alt under ett begrep.

Vi klarer kanskje ikke skille de to gruppene ved å ta utgangspunkt i teoretiske definisjoner, men det er en stor forskjell klinisk som det er viktig å være klar over.

Teoretisk sett, å bruke flere begreper synes ikke å styrke noen felles forståelse. Det viktigste må være at forfatteren nøyaktig definerer fenomenene, og ordene som er benyttet for å beskrive disse, i hvert enkelt tilfelle. Det er gjort i alle de artiklene jeg har tatt for meg, og synes å ha fungert bra. Praktisk sett er det viktig å fange opp hva som kjennetegner risikoadferden til nettopp den ungdommen man har foran seg, slik at videre hjelp blir optimal.

Dette er ikke snakk om nye fenomener, og er noe som kan ramme alle mennesker. Konklusivt kan man si at det er et rop om hjelp og man vet aldri når eller om individet skader seg så alvorlig at det ender i døden. Selv om det kan være greit å definere begrepene teoretisk, virker det vanskelig og kanskje umulig å gruppere ungdom innunder disse i praksis.

## Litteraturliste

1. **Lowenstein, LFL, dr, MA, DIP.PSYCH., Ph.D. (2004). Young People who practice self-harm intentionally, review of recent research (2001-2004) (British Journal of Clinical and Social Psychiatry)**
2. Mehlum, L. (1999). Tilbake til livet. Kap1 (forfatter L.Mehulum), Kap 3 (forfatter H.Hjelmeland)
3. www.thefarm.nu (07.06.2004), en artikkel om selvskading i media. Bla med innspill fra psykolog T.Bøe.
4. **Grøholt, B., Ekeberg, Ø., Haldorsen, T. (2000). Adolescents hospitalised with deliberate self-harm: the significance of an intention to die (Eur.Child Adolesc.Psychiatry, 9, 244-254)**
5. **Grøholt, B., Ekeberg, Ø., Wichstrøm, L. (2000). Young suicide attempters: A comparison between a clinical and an epidemiological sample (Eur.Child Adolesc.Psychiatry juli )**
6. Skårderud, F. (1998). Uro, en reise i det moderne selvet.
7. Bøe, T. (2003) Forstå selvskading. Psykiatrisk helse.
8. Arnold L & Magill A (2002). Arbeid med selvskading. En praktisk håndbok for behandlere. (Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning, Stavanger)
9. **Muehlenkamp, J. J., MA, Gutierrez, P. M., PHD. (2004). An investigation of differences between self-injurious behaviour and suicide attempts in a sample of adolescents (Suicide Life Threat.Behav, 34, 12-23)**
10. **Ystgaard, M., Reinholdt, N.P., Husby, J., Mehlum, L. (2003). Villet egenskade blant ungdom ( Tidsskr.Nnor.Legefor. 123, 2241-2245)**
11. **De Leo, D., Heller, T. S. (2004). Who are the kids who self-harm? (Med.J.Aust. 181, 140-144)**
12. Dagbladet 26.04.2003
13. Evans, J., Platts, H., Liebenau, A. (1996). Impulsiveness and deliberate self-harm: a comparison of first-timers and repeaters. (Acta Psychiatrica Scandinavica, 93, 378-380).
14. Dieserud, G., Loeb, M., Ekeberg.Ø. (2001). Selvmord og selvmordsforsøk i Bærum 1984-95. (Tidsskrift for den Norske Lægeforening, 121, 1026-31)
15. Berman, Alan L., Jobs, David A. (1991). Adolescent suicide assessment and intervention.
16. Bennewith, O., Stocks, O., Gunnell, D. (1999). General practice based intervention to prevent repeat episodes of deliberate self-harm (British Medical Journal, 324, 1254-1257)
17. Esposito, C., PHD, Spirito, A., PHD, Boergers, J., PHD (2003). Affective, behavioral and cognitive functioning in adolescents with multiple suicide attempts ( Suicide Life Treatment Behavioural,33, 389-399)
18. Milnes, D., Owens, D., Blenkiron, P. (2002). Problems reported by self-harm patients. Perception, hopelessness and suicidal intention (Journal of Psychosomatic Research, 53, 819-822)
19. www.med.uio.no/ipsy/ssff/

**Tabell 1** : demografiske variabler og forekomst av villet egenskade, selvmordsforsøk og selvmutilering.

TABELL 1	ref 10	ref 4	ref 5	ref 9	ref 11
	Ystgaard m.fl	Grøholt m.fl	Grøholt m.fl	Muehlenkamp	De Leo
	epidemiologisk	klinisk	klinisk/epide.	epidemiologisk	epidemiologisk
	DSH/AA	dø DSH/ ikke dø DSH	innlagt DSH/ AA inkl.DSH	Selmordsforsøk/ Selvmutilering/ AA	DSH/AA
<b>DEMOGRAFI</b>					
antall med (n)	4060	92	1736	390	3757
gutter (%)	51,5	10	48	45,1	51,3
jenter (%)	48,5	90	52	54,9	48,7
alder index					
gj.snitts alder (år)	83% 15-16	16,9	17,2	16,27	15,4
selvmutilering (%)				15,6	
selvmordsforsøk (%)				5,6	
DSH (%)	10,7	100	8,1		12,4
gj.snitt alder ved første selvskading				14,5	
DSH i kontakt med lege (%)	14,7				10,3
prevalens selvmordsforsøk jenter		351/år/100000			
prevalens selvmordsforsøk gutter		47/år/100000			



**Tabell 2** : sammenhenger mellom villet egenskade og forklaringsvariabler.

TABELL 2	ref 10	ref 4	ref 5	ref 5	ref 9	ref 9	ref 11
	Ystgaard m.fl	Grøholt m.fl	Grøholt m.fl	Grøholt m.fl	Muehlenkamp	Muehlenkamp	De Leo
	epidemiologisk	klinisk	klinisk/epide.	klinisk/epide.	epidemiologisk	epidemiologisk	epidemiologisk
	DSH/AA	dø DSH/	innlagt DSH/	innlagtDSH/	selvmutilering/	parasuicid/	DSH/AA
		ikke dø DSH	AA inkl.DSH	ikke innlagt DSH	kontroll	selvmutilering	
<b>RISIKOFAKTORER</b>							
selvmutilering i omgangskrets	Signifikant						signifikant
relasjonsproblemer	Signifikant	n.s	signifikant	signifikant			
adferdsproblemer	Signifikant		signifikant				
seksuelle orienteringsprobl.							signifikant
SES (sosio-økonomisk status)			signifikant	signifikant			
depresjon		n.s	signifikant p<0,01	signifikant			
personlighetsforstyr.			signifikant	n.s			
angst	signifikant			n.s			
Attraction to life or death					signifikant p<0,01	signifikant p<0,01	signifikant
Suicide Ideation Quisteonaire		signifikant			signifikant p<0,01	n.s	
Reynolds depression scale					signifikant p<0,01	n.s	
impulsivitet	signifikant						
ensomhet			signifikant	n.s			
håpløshet		0,043					
lav selvtilitt	signifikant	n.s	signifikant	signifikant			signifikant
medikamentmisbruk	signifikant	n.s					signifikant
alkohol	signifikant	n.s		n.s			
trøbbel med politiet	signifikant						
overgrep	signifikant	n.s					
fulle foreldre >2/mnd		n.s	signifikant	signifikant			
stressorer/truancy	signifikant	n.s	signifikant				signifikant
fl.risikofaktorer			signifikant	n.s			
demografi		n.s					
alvorlig DSH		0,029					
Risc rescue rating (alvorlighetsgrad)		p=0,001					
Youth Self Report (mobbing o.l)		n.s					
Motive for parasuicide quistionaire		p=0,001					

**Tabell 3** : Skademetoder rapportert benyttet i studiene. (Ikke alle deltakere har redegjort for type skademetode, derfor kan summen fordelt på ulike skademetoder, avvike fra det totale antallet som er med i studien og som har rapportert en form for selvpåført skade.)

<b>TABELL 3</b>	<b>ref 10</b>	<b>ref 4</b>	<b>ref 5</b>	<b>ref 5</b>	<b>ref 9</b>	<b>ref 9</b>	<b>ref 11</b>
	<b>Ystgaard m.fl</b>	<b>Grøholt m.fl</b>	<b>Grøholt m.fl</b>	<b>Grøholt m.fl</b>	<b>Muehlenkamp</b>	<b>Muehlenkamp</b>	<b>De Leo</b>
	<b>epide.</b>	<b>klinisk</b>	<b>klinisk/epide.</b>	<b>klinisk/epide.</b>	<b>epide.</b>	<b>epide.</b>	<b>epide.</b>
	<b>DSH/AA</b>	<b>dø/ikke dø</b>					<b>DSH/AA</b>
<b>metoder blant de som skader, n (%)</b>	<b>DSH</b>	<b>DSH</b>	<b>innlagt DSH</b>	<b>ikke innlagt DSH</b>	<b>selvmutilering</b>	<b>parasuicid</b>	<b>DSH</b>
totalt antall med (n)	4060	91	99	1736	390	390	3757
antall med DSH/selvmutilering/selvmondsforsøk	434 (10,7)	91 (100)	99 (100)	141 (8,1)	62 (15,6)	22 (5,6)	233 (6,2)
medisinering gutter		91 (100)					
medisinering jenter		79 (86,7)					
Medisinering	73 (16,9)		87 (88,0)	43 (31,0)			69 (29,6)
Stoff							7 (3,0)
sniffing							4 (1,7)
kutting	322 (74,1)		6 (6,0)	69 (49,0)	29 (46,8)	13 (59,1)	138 (59,2)
slag mot seg selv					14 (22,6)	2 (9,1)	5 (2,2)
brenning					5 (7,6)	1 (4,5)	
kloring					17 (27,4)	5 (22,7)	
hopping		1 (1,1)	3 (3,0)				
henging		2 (2,2)	5 (5,1)				4 (1,7)
skyting		1 (1,1)	1 (1,0)				
medisin og kutting		6 (6,5)					
medisin og hopping		2 (2,2)					
alkoholpåvirket		29 (32,0)					
repeaters		35 (39,0)	35 (35,0)				
bruk av flere metoder			4 (4,0)		15 (24,2)	4 (18,2)	
andre (=annet enn kutting/medikamenter)				28 (20,0)			

