



Hva er selvskading?

Sammendrag

Bakgrunn. Vi ønsker med denne artikkelen å gi en introduksjon til selvskading som klinisk fenomen, med fenomenologiske beskrivelser og redegjørelser for ulike definisjoner, epidemiologi, risikofaktorer og funksjoner.

Materiale og metode. Grunnlaget for artikkelen er et ikke-systematisk litteratursøk i databasene Medline, Psyc-Info og EMBASE (1985–2008) samt eget litteraturarkiv.

Resultater. Det er en viss evidens for en faktisk økning i forekomst. Mulige prediktorer er overgrep, omsorgssvikt, tap og separasjon, og den affektive kvaliteten på tilknytningsbåndene i oppveksten. Selvskadende atferd tjener ofte affektregulerende funksjoner, og kan slik sett forstås som dysfunksjonell mestring.

Fortolkning. Å forsøke å forstå selvskading i individuelle, familiære og kulturelle kontekster er bidrag til å møte slike fenomener på empatiske og virksomme måter.

Bente Sommerfeldt

bsommerfeldt@gmail.com
Poliklinikk for spiseforstyrrelser
Oslo universitetssykehus, Aker
0320 Oslo
og
Regional avdeling for spiseforstyrrelser
Oslo universitetssykehus, Ullevål

Finn Skårderud

Avdeling for helse- og sosialfag
Høgskolen i Lillehammer

I 1992 spådde den amerikanske psykiateren Armando R. Favazza at selvpåført kroppsskade ville bli oppdaget som den neste store «ukjente lidelsen», slik spiseforstyrrelser i løpet av et par tiår beveget seg fra å være «a strange case» til å bli «a hot case» (1). Det ser ut som om han har rett. Fenomener som selvskading, som først og fremst ble knyttet til sosiale kontekster som fengsler og institusjoner, og til diagnostiske kontekster som autisme og psykisk utviklingshemning, er i ferd med å øke i synlighet i ungdomskulturen generelt og mer spesielt på PP-kontorer, i barnevernet og i forskjellige psykiatriske behandlingssammenheng (2, 3).

I løpet av de senere årene er det publisert flere studier som bekrefter at bak en slik synlighet finnes det faktiske, relativt høye forekomster av selvskading i ungdomspopulasjoner (4–6). Da fenomenet oppleves som relativt «nytt», finnes det begrenset med tidligere epidemiologisk materiale å sammenlikne med, men det er en viss evidens for at det har vært en faktisk økning.

Det kan oppleves som et paradoks at unge mennesker skader seg selv i vår kultur preget av relativ materiell velstand og sosial trygghet. Vanskene med å forstå dette, og å forstå den enkelte personens handlinger, kan utløse sterke følelser hos leger og andre som står nær. Det kan dreie seg om følelser av frykt, sinne, fortvilelse, skyld, forakt, tristhet og egen opplevelse av å mislykkes. Det er således en åpenbar utfordring at de som jobber med selvskading, utvikler kompetanse både til å møte slike fenomener og til å håndtere egne reaksjoner. Om ikke, er det risiko for at leger og behandlingsmiljøer på basis av følelsesmessige tilstander kan bidra til uheldige intervensjoner.

Formålet med artikkelen er å presentere forskjellige definisjoner av selvskading, epidemiologiske data, risikofaktorer og noen av de meningsdannelser som ofte blir tilskrevet slik atferd.

Materiale og metode

Grunnlaget for artikkelen er et ikke-systematisk litteratursøk i databasene Medline, Psyc-Info og EMBASE for perioden 1985–2008, samt eget litteraturarkiv som også inkluderer fagbøker og populærlitterære bøker. Det er gjort et skjønnsmessig utvalg i klinisk og vitenskapelig litteratur basert på forfatterens erfaringer innen feltet.

Definisjoner av selvskading

Selvskading representerer et sammensatt og langt fra entydig klinisk fenomen. Selvskading er atferd, og kan være uttrykk for en rekke psykiske, sosiale og kulturelle forhold. En første distinksjon er å skille mellom «direkte selvskading» og «ikke-direkte selvskading» (7). Ikke-direkte selvskading viser til et vidt spekter av kroppspraksiser som er destruktive for liv og helse, som røyking, spiseforstyrrelser, rusmisbruk, risikofølelse og ødeleggende relasjoner. Slike former for ikke-direkte selvskading vil ikke bli direkte tematisert i denne artikkelen.

Direkte selvskading handler om at man aktivt påfører sin egen kropp sår, smerte og skader. Motivene kan være forskjellige. Eksempelvis finnes det seksuelt motivert selvskading, som ved autoerotisk kvelning (8) eller sadomasochistiske relasjoner. Det vil ikke være tema her. Videre finnes det selvpåførte vevsskader som er dekorativt motivert, som tatovering, piercing og arrdannelse. Slike praksiser blir stort sett normativt oppfattet å være innenfor det kulturelt akseptable. Det kan riktignok være flytende gråsoner mellom slike former for dekorativ kroppsmodifikasjon og selvskading som uttrykk for psykopatologiske forhold (7). Kulturhistorien gir en rekke eksempler på at radikale, selvskadende praksiser har blitt fortolket å være innenfor normen, eksempel-

Hovedbudskap

- Selvskading representerer en emosjonell og terapeutisk utfordring for klinikere
- Det finnes ulike definisjoner av selvskading, men selvskading har ikke status som offisiell diagnose
- Selvskading kan ha skiftende meninger i forskjellige kulturelle kontekster og vi kjenner ikke selvskaden før vi kjenner den enkelte pasienten

> Se også side 734

vis selvpisking og selvulting i europeisk middelalderkristendom (9, 10). Og vi møter kunstnere som eksperimenterer med sin kropp, sin smerte, sin kontroll og provokasjonen som et artistisk uttrykk.

Med klinisk praksis som utgangspunkt er det behov for definisjoner og distinksjoner.

Villet egenskade

I de senere år har man i økende grad benyttet begrepet «villet egenskade». Dette er ikke en diagnose, og definisjonene finnes i forskjellige versjoner uten at noen har offisiell status. Med begrepet «villet» sikter man ikke til viljen til å dø. «Villet» handler om å utføre selvskadende handlinger med vilje, til forskjell fra at man blir skadet eksempelvis ved en ulykke. Innen suicidologien erstatter villet egenskade tidligere begrep som «parasuicid» (11). Vi gjengir her en definisjon av villet egenskade som er blitt utviklet i forbindelse med en europeisk multisenterundersøkelse, Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study (4, 6) (ramme 1). Villet egenskade anvendes her som en fellesbetegnelse på de handlinger som en person med vilje utfører for å skade seg selv med eller uten selvmordsintensjon, men beskriver ikke noen spesifikk hensikt med egenskaden. La oss illustrere kasuistisk:

A er elev i videregående skole. Kjæresten har nettopp brutt med henne. Hun er på fest og drikker langt mer enn hun pleier. I rusen synes hun forferdelig synd på seg selv. Hun orker ikke å ta del i festen og kommer seg hjem. Hun romsterer i familiens medisinskapp og tar en rekke preparater. Hun blir lagt inn i sykehus på grunn av intoksikasjon og blir aspirert.

Dette kan beskrives som et impulsivt forsøk på å ta sitt eget liv, og kan således beskrives som en form for alvorlig selvskading. Men i dette tilfellet var og ble det en engangsforeteelse. Dagen derpå angret hun og skammet seg over en slik atferd.

«Selvskadingssyndrom»

Favazza har presentert kriterier som innnevner gruppen av selvskadere i forhold til det relativt vide begrepet villet egenskade (1). Favazza utviklet forslag til diagnostiske kriterier for «selvskadingssyndrom» for DSM-IV. Der definerte han selvskading som en «direkte og intendert ødeleggelse eller endring av eget kroppsvev uten selvmordsintensjon». Definisjonen inkluderte ikke selvmordsforsøk, svelging av objekter som for eksempel glass, overdoser av narkotiske stoffer eller ikke-direkte selvskadingsmetoder som det å sulte seg. Kriteriene ble ikke akseptert som utgangspunkt for et selvstendig syndrom i DSM-nosologien, men tematikken er fortsatt høyst aktuell. I den pågående femte revisjonen av det amerikanske diagnosesystemet (DSM-V) er det arbeidsgrupper som vil fremme forslag til nye dia-

gnoser innen dette feltet. En egen akse VI for suicidalitet er blitt foreslått av blant annet Oquendo (12).

Favazzas opprinnelige beskrivelser er videreutviklet av Simeon & Favazza til fire hovedkategorier av selvskading (13) (ramme 2).

Det er i den fjerde kategorien, «impulsiv selvskading», vi finner mange av pasientene vi møter i klinisk praksis, og som vi gjerne betegner som «selvskadere». La oss illustrere kasuistisk:

B har en historie med seksuelle overgrep fra far. Hun har store vansker med å beholde maten, og kaster hyppig opp. Nesten daglig kutter hun seg på underarmene. På spørsmålet om hvorfor, svarer hun at det som oftest er for å dempe indre uro og spenninger. Hun tyr til den fysiske smerten for å dempe mental smerte. Andre ganger kan det være, sier hun, at det er for å fordrive flashbacks fra overgrepsscener, eller for å straffe seg selv.

Slik atferd er ofte symptomatiske ytringer ved komorbide tilstander som personlighetsforstyrrelser, spiseforstyrrelser, posttraumatiske stresslidelser og rustilstander (14). Den selvskadende atferden tar ofte form av kutting, risping, brenning, slag mot kroppen eller hindring av sårtilheling (fig 1). For idrettsutøveren kan smertefull og utmattende fysisk aktivitet fungere som selvskadende og affektregulerende atferd (15).

Sutton (7) bygger videre på Simeons & Favazzas kategorier (13). Vi finner hennes definisjon egnet både for fremstillingen her og for klinikerne som møter slike fenomener i praksis (7) (ramme 3).

De forskjellige definisjonene tydeliggjør at selvskading ikke er en etablert diagnose i de diagnostiske systemene. Definisjonene vektlegger forskjellige aspekter ved slik atferd. Den refererte definisjonen av villet egenskade er deskriptiv i forhold til et relativt bredt spekter av forskjellige metoder for å ville påføre seg selv skade (6), mens Simeon & Favazzas underkategori impulsiv selvskading vektlegger at selvskading ofte har en repetitiv og ritualisert karakter (13). I Suttons definisjon tillegges selvskadingen en psykologisk motivasjon i form av å mestre og regulere affekter, og hun vektlegger at selvskadingen kan være relatert både til tvang og impulsivitet (7).

Suicidalitet som klinisk utfordring

Selv om selvskading utføres uten suicidalintensjon, er selvmord et problematisk tema knyttet til slike fenomener. Selvskadere er en gruppe som er mer utsatt for suicid. Studier viser at unge som skader seg selv flere ganger og ikke får egnet hjelp, har en økt risiko for senere selvmord (16). Det er også en klinisk utfordring å vurdere tilstedeværelse eller grad av selvmordsintensjon fordi personene som skader seg, kan være svært impulspregede eller ambivalente (17, 18).

Ramme 1

Villet egenskade (6)

Dette er betegnelsen på en handling som ikke endte med døden, hvor individet med vilje gjorde en eller flere av følgende: initierte atferd (f.eks. kuttet seg selv, hoppet fra en høyde) i den hensikt å skade seg selv, tok medikamenter i en mengde utover det som er foreskrevet eller som er vanlig anerkjent dose, tok illegale stoffer/narkotika i den hensikt å skade seg selv, svelget et ikke-fordøyelig stoff eller gjenstand.

Ramme 2

Selvskadingssyndrom i henhold til Simeon & Favazza (13)

Stereotyp selvskading

- Dette er knyttet til psykisk utviklingshemning og autisme, som repetitiv hodedunking.

Alvorlig selvskading

- I denne kategorien inkluderes sjeldne fenomener som bl.a. ses i tilknytning til psykosier eller rus. Alvorlig selvskading hos psykotiske, som blinding eller selvkastraksjon, er ofte en følge av kroppslige vrangforestillinger, som at kjønnsorganene utsondrer giftige stoffer eller gasser.

Tvangspreget selvskading

- Dette er knyttet til symptomer som trikotillomani, og innebærer repeterende atferd som å plukke hår eller hud.

Impulsiv selvskading

- Selvskaden har i slike kontekster ofte en repetitiv og ritualisert karakter.

Ramme 3

Selvskading definert av Sutton (7)

Selvskading følger en tvang eller impuls til å påføre fysisk skade på egen kropp, motivert av behovet for å mestre psykologisk smerte eller for å gjenvinne følelsesmessig balanse. Handlingene er *vanligvis* utført uten suicidale, seksuelle eller dekorative hensikter.

Forekomster av selvskading

Forskning på forekomst er vanskelig av flere grunner. Et hoveddilemma er naturlig nok de mange forskjellige definisjonene av selvskade, som gjør det vanskelig å sammenlikne estimater. Man må forvente større estimater ved bruk av definisjoner som springer ut av begrepet villet egenskade enn om man, som i Favazzas opprinnelige definisjon (1), ekskluderer suicidal intensjon samt visse for-

mer for selvskadende atferd, som eksempelvis bruk av narkotika i selvskadende hensikt. Videre er det en risiko for underrapportering ettersom mange anstrenger seg for å skjule selvskadende atferd. Middleton & Butler foreslår at selvskade av genitalier er særlig underrapportert (19). Forskningsfokuset på selvskading er av ny dato, og dette begrenser mulighetene for å sammenlikne i et historisk perspektiv. Det er således vanskelig å finne vitenskapelige holdepunkter for den påståtte økningen av slike fenomener. Boyce og medarbeidere mener likevel å ha grunnlag for å dokumentere en økning av såkalt impulsiv selvskading i både kliniske populasjoner og befolkningen ellers (20). Basert på antall konsultasjoner i helsevesenet i England er det estimert en økning av villet egen-skade på 93 % i perioden 1996–2005 (7).

Ifølge Yates er livstidsprevalens av impulsiv selvskading i den generelle populasjonen om lag 10–15%, hvor om lag 5–10% bedriver gjentatt selvskading. Forekomsten er størst i slutten av tenårene og i tidlig voksen alder (14).

Basert på definisjonen av villet egenskade, fant Ystgaard og medarbeidere at 6,6% hadde

skadet seg i løpet av det siste året (6). Det var en signifikant kjønnsforskjell ved at 10,2% jenter og 3,1% gutter rapporterte at de hadde skadet seg siste året. Slike kjønnsforskjeller bekreftes også i andre studier (4, 5) og har likheter med hva man finner ved spiseforstyrrelser. Relasjonen mellom selvskading og spiseforstyrrelser er tema for en egen artikkel i denne serien om selvskading i Tidsskriftet (21). En mulig fortolkning er at kvinner er sosialisert til å håndtere emosjonelle utfordringer ved å agere på seg selv, mens menn er mer sosialisert til å agere på andre, f.eks. i form av vold (22). I de vestlige samfunn påstås det at det er større forekomst av selvskading hos den etnisk hvite befolkningen (14).

Med de beskrevne økningene av forekomster er det ikke minst aktuelt å integrere kulturelle forhold. Kultur kan eksempelvis bety et fokus på selvskading i medier. Celebriteter i populærkulturen, som Hollywoods Angelina Jolie, Christina Ricci og Johnny Depp eller prinsesse Diana har stått frem med sine historier om selvskade. Samtalene om selvskading legitimeres, samtidig som slike narrativer i det offentlige rom kan gi

konkrete handlingsideer til mennesker med følelsesmessige vansker. Språk kan fungere som smittebærer.

Risikofaktorer

I litteraturen legges det vekt på at det særlig er barndoms erfaringer innenfor familiekonteksten som fysiske og seksuelle overgrep, omsorgssvikt, tap og separasjon, den affektive kvaliteten på tilknytningsbåndene og individuelle risikofaktorer som er forbundet med utvikling av selvskadende atferd hos ungdom og voksne (18, 23, 24). Vi vil kort redegjøre for disse risikofaktorene.

Fysiske og seksuelle overgrep

Flere studier påviser at det er en sammenheng mellom overgrep og selvskadende atferd (18, 22, 24), og en større korrelasjon med seksuelle overgrep enn fysiske (18). En metaanalyse viser imidlertid en ganske beskjeden sammenheng mellom seksuelt misbruk og selvskading når det ble kontrollert for andre faktorer (25). Studiene varierer i hvilken grad det kontrolleres for andre variabler, og i fremtidige studier bør man undersøke betydningen av misbruksfrekvens, alvorlighetsgrad og relasjon til overgriper.

Omsorgssvikt

Til tross for blandede resultater når det gjelder relasjonen mellom omsorgssvikt og selvskading, bør det rettes sterkere søkelys mot dette i fremtiden (18). Det er noe vitenskapelig belegg for at omsorgssvikt i barndommen kan ha negative konsekvenser for senere utvikling, for eksempel i form av emosjonell dysregulering som ses på som en risikofaktor for selvskading.

Tap og separasjon

Det er begrenset empiri om relasjonene mellom selvskading og tap og separasjon, men noen kasusstudier viser at separasjon fra omsorgsgiver eller tap av foreldre korrelerer med senere selvskadende atferd (18). For eksempel fant Gratz at separasjon i barndommen var en sterk prediktor for selvskadende atferd hos studenter (18).

Den affektive kvaliteten på tilknytningsbåndene

Selv hos pasienter uten en historie med traumer, misbruk, omsorgssvikt eller separasjon er det aspekter av foreldre-barn-relasjonen som kan få viktige konsekvenser for senere tilpasning, og også være potensielle risikofaktorer for senere selvskading. I dag er den empiriske kunnskapen om tilknytningens betydning for psykisk helse og psykopatologiske forhold relativt robust. Men enn så lenge eksisterer det begrenset kunnskap om betydningen av den affektive kvaliteten på tilknytningsbåndene for utvikling av selvskading (18).

Individuelle risikofaktorer

Linehan foreslår at individuell biologisk sårbarhet kan fremme emosjonell dysregule-



Figur 1 Impulsiv selvskading har ofte en repetitiv karakter. Bildet viser tettstilte arr fra overflatiske og dype sår. Illustrasjonsfoto Science Photo Library/GV-Press/NordicPhotos

ring som bakgrunnsfaktor for selvskading (26). Det siktes blant annet til at biologisk redusert affektregulering i form av sensitivitet for følelsesmessige stimuli kan øke risikoen for selvskading (18, 23, 24).

Interaksjon av risikofaktorer

I litteraturen vektlegges interaksjonen av de ulike risikofaktorene (26), men få studier har omhandlet samspillet mellom disse. I et slikt perspektiv må man også regne inn kulturelle forhold.

Selvskadingens meninger

Selvskaden kan ha mange funksjoner og meninger. I både klinisk og vitenskapelig litteratur beskrives flere funksjoner som illusjon om kontroll, avreagering, affektregulering, konkretisering av følelser, flukt fra ubehag, hjelp til å stoppe pågående tankekjør, selvstimulering, egenomsorg, straff, hevn og ydmykelse, oppmerksomhet og kommunikasjon (2, 18, 22). Basert på litteratur og egen klinisk erfaring løfter vi frem fire overordnede kategorier: Selvskading som affektregulering, selvskading og skam, selvskading og dissosiasjon og selvskading som kommunikasjon (ramme 4).

Selvskading som affektregulering

Smertens paradoks er at den kan lindre smerte. Selvskading er et eksempel på atferd som kan bidra til en følelse av kontroll og mestring som skaper midlertidige endringer i den affektive tilstanden. Når følelser er kompliserte, søker vi redskaper for å håndtere dem. Et sentralt symbolsk redskap er språket. Erfaringer blir symbolisert til ord og fortellinger. Når språket om følelser ikke er tilstrekkelig utviklet, slik vi ofte ser hos ungdom, kan man ty til kroppen som et språk. Et sår kan fungere som en synlig representasjon av en indre tilstand. Det er en definert, avgrensbar og synlig skade som gir uttrykk til en indre skade som er vanskeligere å definere, avgrense og se (2).

Det er essensielt i forståelsen av selvskading at den er relatert til dysregulering av følelser (18, 22, 27). Dette kan presiseres som manglende evner til å tolerere ubehagelige følelser, redusere spenninger, tåle stress og kjenne selvkontroll. I CASE-studien angir ungdommene «to get relief from at terrible state of mind» som det viktigste motivet for å skade seg (4). Ross & Heath fant at ungdommer som skader seg selv, har høyere nivå av angst og aggresjon enn dem som ikke skader seg, og konkluderte med at hovedgrunnen til selvskading er ubehagelige følelser som fører til økt angst, og som kulminerer i selvskading (28).

Affektregulering som begrep er beskrevet i så vel biologisk (29) som psykologisk teori (30). Ifølge Gratz kan traumatiske erfaringer i barndommen, som seksuell og fysisk mishandling, bidra til en kronisk hyperaktivering som øker risiko for følelsesmessig dysregulering (18).

Selvskading og skam

En spesifikk versjon av affektregulering er knyttet til skamfølelser. Selvskade kan inkluderes i Kaufmans begrep «skambaserte syndromer» (31). Det viser til fenomener hvor skamfølelsen er både utgangspunkt og konsekvens (32). En dyp følelse av skam kan få offeret for fysiske og seksuelle overgrep til å forsøke dempe sin selvforakt ved å skade seg. Eller skaden som ritual kan fungere som en kroppsliggjort symbolisering av å straffe seg selv. Etterpå sitter man med sårene og arrene, og skammen kan kjennes enda større.

Selvskading og dissosiasjon

Dissosiasjon betyr rent språklig «å spalte av». Begrepet er i psykologisk litteratur hyppig knyttet til mestring av traumer. ICD-10 kategoriserer dissosiasjonslidelser som et tap av den normale integrasjonen mellom erindringer av fortiden, identitetsbevissthet og umiddelbare sanseopplevelser (33). Og fenomenet kan fungere som et forsvar mot utålelig smerte. Hos dem som skader seg selv, ser en tidvis beskrivelser av en dissosiativ tilstand forut for handlingen, hvor man kan «falle ut» (34). Følelser av depersonalisering og derealisering ledsages ofte av uutholdelig uro og en patologisk trang til å angripe kroppen (35).

En annen mulig psykologisk mekanisme mellom selvskading og dissosiasjon, er at den selvpåførte smerten kan fungere som en metode for å få slutt på den dissosiative tilstanden. Selvskaden kan fungere som selvstimulering for å unngå følelsen av tomhet og av å være frakoblet (2, 18, 36). Den selvskadende stimuleringen blir den behovsdekkende aktiviteten som kan gi en opplevelse av å være levende og i kontakt med seg selv.

Selvskading som kommunikasjon

En av de populære mytene om selvskading er at det handler om oppmerksomhet. Flere legger vekt på å være kritiske overfor en slik gjengs oppfatning (18, 37). Appell om oppmerksomhet kommer ofte langt ned på listen over motiverende forhold, eksempelvis i CASE-studien hvor «I wanted to get some attention» kommer nest lavest i ungdommenes egne rapporteringer om motiver for selvskading (4). Tvert imot er mange svært oppvakt av å skjule sin atferd. Men i visse sammenhenger er det både relevant og nyttig å se hvordan den selvskadende kan rette søkelyset mot seg selv for å få de andre til å reagere. Det kan handle om et ønske om omsorg, et ønske om å provosere eller skremme, eller det kan være en anklage til omgivelsene. De konkrete sårene sier klart ifra om at *noe er skadet* (38). I subkulturer, som fengsler, psykiatriske avdelinger og andre institusjoner, kan såret regulere et hierarki mellom personer. Noen strekker seg lenger og skjærer dypere enn andre. Det er i ikke minst i slike sammenhenger at det er

Ramme 4

Selvskadens funksjoner (2, 18, 22)

Selvskading som affektregulering

Selvskading og skam

- Dempe selvforakt
- Symbolisere selvstraff

Selvskading og dissosiasjon

- Dempe dissosiative symptomer som depersonalisering og derealisering
- Selvstimulering for å avbryte dissosiative opplevelser

Selvskading som kommunikasjon

- Ønske om omsorg
- Provosere
- Anklage og straffe omgivelsene
- Hevde seg i et hierarki

relevant å snakke om smitteeffekter ved selvskading.

Avslutning

Leger og helsearbeidere rapporterer om økt synlighet av selvskadende atferd, særlig hos unge mennesker. Det er en viss evidens for at det ikke bare er snakk om økt synlighet, men også om økte forekomster. Selvskadende atferd representerer en krevende emosjonell og terapeutisk utfordring. Økt kompetanse er nødvendig både for å møte pasientene på virksomme måter og for at behandlere skal håndtere sine egne reaksjoner.

Selvskading kan ha mange betydninger og skiftende meninger i forskjellige personlige, familiære og kulturelle kontekster. Et slikt mangfold minner oss om at vi ikke kjenner tilstandenes meningsinnhold før vi kjenner den enkelte pasienten. Det er hensiktsmessig med definitoriske avgrensinger som grunnlag for forskning og beskrivelser. Slike definisjoner bør ikke være for vide, men ha en fenomenologisk forankring i fremtredende fellestrekk både når det gjelder atferd og tilskrevet funksjon. I denne introduksjonen til selvskading som kunnskapsfelt viser vi til beskrivelser og definisjoner som særlig vektlegger selvskadingens funksjoner i form av å regulere vanskelige følelser. Selvskading, slik det er beskrevet her, har ofte en repetitiv og ritualisert karakter. Handlingene er som regel utført uten selvmordsintensjoner, men selvskadere er empirisk en gruppe med høyere suicidfrekvens. Slike kroppspraksiser representerer ofte forsøk på å være kompetent i forhold til komplekse livserfaringer, men representerer en dysfunksjonell kompetanse, da det er snakk om kortvarig lindring og typer atferd med både somatiske, psykologiske og sosiale negative effekter (39).

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Favazza AR. Bodies under siege. Self-mutilation in culture and psychiatry. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1992.
2. Skårderud F. Skrift i hud. Om selvskading. Rus og avhengighet 2006; 3: 24–7. www.idunn.no/?marketplaceld=2000&languageid=1&site-Nodeid=2913772 [23.1.2009].
3. Øverland S. Selvskading. En praktisk tilnærming. Bergen: Fagbokforlaget, 2006.
4. Madge N, Hewitt A, Hawton K et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-Harm in Europe (CASE) Study. J Child Psychol Psychiatry 2008; 49: 667–77.
5. Hawton K, Rodham K, Evans E et al. Deliberate self-harm in adolescents: self report survey in schools in England. BMJ 2002; 325: 1207–11.
6. Ystgaard M, Reinholdt NP, Husby J et al. Villet egenskade blant ungdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2241–5.
7. Sutton J. Healing the hurt within. Understand self-injury and self-harm, and heal the emotional wounds. 3. utg. Oxford: How to books, 2007: 23.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. Washington, D.C.: APA, 2000.
9. Skårderud F. Smertens bilder – selvskading i film. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: nr. 9.
10. Skårderud, F. Hellig anoreksi. Sult og selvskade som religiøse praksiser. Caterina av Siena. Tidsskr Nor Psykologforen 2008; 45: 408–20.
11. Ekeberg Ø. Villet egenskade, parasuicid eller selvmordsforsøk? Suicidologi 2001; 6: 6–7. www.med.uio.no/ipsy/ssff/suicidologi/2001-nr1/Ekeberg.pdf [23.1.2009].
12. Oquendo MA. Issues for DSM-V: Suicidal behavior as a separate diagnosis on a separate axis. Am J Psychiatry 2008; 165: 1383–4.
13. Simeon D, Favazza AR. Self-injurious behaviors. Phenomenology and Assessment. I: Simeon D, Hollander E, red. Self-injurious behaviors: assessment and treatment. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, 2001.
14. Yates TP. The developmental psychopathology of self-injurious behavior: compensatory regulation in posttraumatic adaption. Clin Psychol Rev 2004; 24: 35–74.
15. Skårderud F. Selvskading og idrett – en kasuistisk tilnærming. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: nr. 9.
16. Hawton K, Kingsbury S, Steinhardt K et al. Repetition of deliberate self – harm by adolescent: the role of psychological factors. J Adolesc 1999; 22: 369–78.
17. Wagner BM, Wong SA, Jobes DA. Mental health professionals' determinations of adolescent suicide attempts. Suicide Life Threat Behav 2002; 32: 284–300.
18. Gratz KL. Risk factors for and functions of deliberate self-harm: an empirical and conceptual review. Clin Psychol Sci Pract 2003; 10: 192–205.
19. Middleton W, Butler J. Dissociative identity disorder: an Australian series. Aust N Z J Psychiatry 1998; 32: 794–804.
20. Boyce P, Oakley-Browne MA, Hatcher S. The problem of deliberate self-harm. Curr Opin Psychiatry 2001; 14: 107–11.
21. Skårderud F, Sommerfeldt B. Selvskading og spiseforstyrrelser. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: nr. 9.
22. McAllister M. Multiple meanings of self-harm: a critical review. Int J Ment Health Nurs 2003; 12: 177–85.
23. Vivekananda K. Integrating models for understanding self-injury. Psychother Aust 2000; 7: 18–25.
24. Everett B, Gallop R. The link between childhood trauma and mental illness. New York: Sage, 2000.
25. Klonsky ED, Moyer A. Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. Br J Psychiatry 2008; 192: 166–70.
26. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press, 1993.
27. Yip KS. A multi-dimensional perspective of adolescents' self-cutting. Child and Adolescent Mental Health 2005; 10: 80–6.
28. Ross S, Heath N. A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. J Youth Adolesc 2002; 31: 67–77.
29. Schore A. Affect dysregulation and disorder of the self. New York: Norton, 2003.
30. Bateman A, Fonagy P. Psychotherapy for borderline disorder: mentalization-based treatment. London: Oxford University Press, 2004.
31. Kaufman G. The psychology of shame: theory and treatment of shame-based syndromes. New York: Springer, 1993.
32. Skårderud F. Skammens stemmer. Om taushet, veltalenhet og raseri i behandlingsrommet. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1613–7.
33. World Health Organization. ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Oslo: Gyldendal, 2002.
34. Herman JL. I voldens kølvand. Om psykiske traumer og deres heling. København: Hans Reitzels Forlag, 1995: 121–61.
35. Benum K, Boe UT. Dissosiasjon som beskyttelse mot overgrep. Forståelse og betydning for behandling. Tidsskr Nor Psykologforen 1997; 34: 81–91.
36. Suyemoto KL. The function of self-mutilation. Clin Psychol Rev 1998; 18: 531–54.
37. Brown MZ, Comtois KA, Linehan MM. Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. J Abnorm Psychol 2002; 11: 198–202.
38. Selekman MD. Living on the razor's edge. New York: Norton, 2002.
39. Skårderud F. Kropp, kompleksitet og kompetanse. Et mentaliseringsbasert perspektiv på spiseforstyrrelser, selvskade og rus. I: Nygren P, Thuen H, red. Barn og unges kompetanseutvikling. Oslo: Universitetsforlaget, 2008: 211–20.

Manuskriptet ble mottatt 2.11. 2008 og godkjent 27.2. 2009. Medisinsk redaktør Siri Lunde.