Selvskading og selvmord... ingen selvfølge

Ved Gerd-Ragna Bloch Thorsen

"Hvis jeg stapper meg selv full av glass, vil de skade seg de som forsøker å trenge seg inn!"

Karin.T

Selv om kunnskapen om selvskading og selvskadende atferd har økt i de siste ti årene, er det enda mange misforståelser og fordommer omkring temaet. I denne artikkelen vil jeg beskrive selvskade, årsak og forekomst, forsøke å forklare sammenhengen mellom selvskade og selvmord og se på enkelte pasienters eg en forståelse av lidelsen. Den fremkommer av pasientsitater som er utdrag fra intervjuer med seks sterkt selvskadende pasienter høsten 2005.

Man kan ikke forklare alvorlig selvskade uten å se det i sammenheng med posttraumatisk lidelse og dissosiative fenomener. Selvmord har vært omspunnet av myter og fordommer. Bedre blir det ikke når de to fenomenene selvmord og selvskade ikke holdes atskilt, selv om det heller ikke er riktig å lage skarpe skillelinjer mellom dem.

For tjue år siden, når pasienter med utallige arr på armer og håndledd etter selvskader ble intervjuet og vurdert på akuttmottak og legevakt, gikk alle (inklusive pasienten selv) ut fra at arrene og skadene var et uttrykk for selvmordsatferd. Pasienten kanskje fordi han eller hun ble fortalt det, behandlingsapparatet fordi det da var den gjengse tenkning omkring temaet.

Definisjoner

Man kan ha følgende definisjon på selvskading:

"Selvskade er handlinger som innebærer at individet påfører seg selv skade og smerte uten at man har til hensikt å ta sitt eget liv. Selvskade er en handling mennesket bruker for å håndtere smertefulle eller overveldende tanker, følelser eller situasjoner. Ved å skade seg selv kan man føle seg bedre for en stund og være i stand til å mestre livet sitt."

Relasjonene mellom selvskade og suicidalitet kan beskrives slik:

"En som er suicidal, ønsker primært å dø fordi vedkommende har mistet alt håp. Den som selvskader, ønsker å lette den følelsesmessige smerten for å kunne fortsette å leve. Selvmordet er den permanente utveien fra livet. Selvskading hjelper en gjennom de vanskelige øyeblikkene."

Man opererer med følgende begreper: selvmord, selvmordsforsøk, selvskade og villet egenskade. Det er ofte nødvendig med en begrepsavklaring mellom de tre siste. Selvmordsforsøk er et ikke fullbyrdet selvmord, mens selvskade oftest betegner skade på en selv der hensikten ikke er å dø. Villet egenskade omfatter begge disse.

Historikk

Selvskadende atferd har vært kjent gjennom årtusener. Vi har hatt fakirer, religiøse flagellanter og eremitter. Deres atferd er gjerne blitt tolket inn i en religiøs, filosofisk eller selveksplanderende ramme.

Middelalderens selvpiskere ble betraktet med gru og beundring. Man var ikke sikker på om deres metoder førte til frelse og om man selv burde følge deres eksempel. Samtidig var det òg ofte klart at de som drev med selvskadende atferd var de vanvittige, rasende, besatte eller fortvilede.

Fakirer var respekterte samfunnsborgere i flere kulturer og deres selvplagende atferd ble beundret og stillet til skue. I enkelte kulturer i dag, også i Norge, anses det å kontrollere smerte og tøy smertegrensen som en viktig del av livet. Man kan gjøre dette i ensomhet eller som en performance, der handlingen tjener flere formål, som kunst, provokasjon eller en tankevekker. (Fjell, 2004)

Hva gjør den som selvskader?

Det å selvskade er noe de fleste mennesker gjør, ofte eller mer sjeldent. Noen biter neglene til blods, napper av seg hårtuster eller biter seg i kinnet i stressede

situasjoner. Smerter kan hjelpe til å holde fokus i truende situasjoner. Å selv kontrollere smerten kan hjelpe mot påført smerte (for eksempel klype seg i armen ved tannlegebesøk). Gro Harlem Brundtland fortalte at hun hadde skarpe gjenstander i skoen når hun skulle holde vanskelig taler.

Man klorer på sår eller klemmer på utslett og kviser. Dette er så vanlig at det mer betegnes som normale nervøse handlinger enn selvskading. Det er i ulike kulturer en rekke selvødeleggende handlinger i tillegg til disse som ikke kommer inn under betegnelsen av selvskade.

I vårt samfunn hører bl.a. piercing, bruk av rusmidler, plastisk kirurgi, røyking og overspising inn blant disse.

Mennesker som selvskader, gjør dette på ulike måter. Likevel er det store likhetstrekk mellom personene og på tvers av kulturer. Man finner blant annet samme selvskadende mønster i Australia som i USA og Europa.

Noe av det vanligste er kutting eller risping i kroppsdeler, vanligst er i armer, men skade på legger og lår forekommer også ofte.

Det å brenne eller skælde seg er hyppig forekommende og kanskje noen av de selvskadene som oftest presenteres på skadestuer som uhell. Man kan brenne seg med vann eller på strykejern, kokeplater eller en åpen flamme. Enkelte skrubber eller gnir seg såre, gjerne i forbindelse med skålding og risping. Noen binder belter eller tauer så stramt rundt kroppsdeler at man får sår, eller går med for små og gnagende sko.

Det å stikke ting inni kroppen forekommer hos flere av dem med de sterkeste overgrepshistorier. Det kan være at de stikker glass eller gjenstander inn i naturlige kroppsåpninger som skjede og endetarm, eller at de stikker gjenstander inn i sår og rifter.

Svelging av farlige stoffer, tabletter og etsende væsker er vanlig, men enkelte svelger òg større gjenstander som kniver, gafler, spiker eller glass.

De fleste som selvskader gjør dette uten at det er til fare for liv og helse, og uten å få varige fysiske men. Alvorlighetsgraden kan beskrives ut fra type skade og hyppighet av atferden, og vi beskriver den som *alvorlig*, *stereotyp* eller *moderat*. Enkelte selvskader på samme måte hver gang, mens andre selvskader på ulik måte, alt etter hvilken funksjon selvskadingen har der og da. Det kan være for å stoppe redsel og sinne, eller for å stoppe påtrengende minner. Noen selvskader ofte og destruktivt, mens andre bare selvskader få ganger i livet.

Omfang

Det er ikke gjort noen undersøkelser om selvskading i befolkningen i sin alminnelighet. Det har vært gitt inntrykk av at dette var et økende fenomen, og lærere i videregående skole rapporterer at de ser dette langt oftere nå enn før. Overslag antyder at minst 1 av 600 i befolkningen skader seg selv i så stor grad at sykehusbehandling er nødvendig (Tantam & Whitaker, 1992). I dette materialet var det òg tatt med mørketall, det vil si skader som presenteres som uhell eller vold påført av andre.

CASE-studien omhandler òg villet egenskade. Elever i videregående skoler i to fylker i Norge svarte på hvorvidt de hadde selvskadet eller ikke. Man fant der at ca 10 % hadde selvskadet i en eller

annen form og at 80 % av disse ikke kom under behandling. Av de som fikk behandling, ble 12 % behandlet på sykehus. (Ystgaard 2003)

Hva leder til selvskading?

Det er mange hendelser og opplevelser som ligger bak trangen til selvskading. Det kan deles i to hovedgrupper:

1. *Personer som har medfødte vansker av emosjonell, kognitiv eller fysisk karakter.*

Det er økt forekomst av selvskade blant autister, utviklingshemmede og mennesker med lærevansker. Dette henger selv-sagt også sammen med måten de blir møtt på og hjelpen de blir gitt.

Det er vist at mennesker med medfødte, kompliserte lidelser også selvskader oftere enn befolkningen ellers.

2. *Personer som har opplevd overgrep og traumer.*

Incest eller alvorlig mishandling leder ofte til senere selvskadende atferd hos personen, alkoholisme, forsømmelse og savn likeså. I tillegg er det vist at mobbing, rasisme og trakassering kan lede til selvskading. Å bli møtt med ekstreme krav, eller manglende toleranse for egen seksuelle legning kan være en del av bakgrunns-teppet for den som selvskader. Voldtekt, krig og tortur fører også til at personen bruker selvskading som mestringsstrategi sammen med dissosiative teknikker.

I kriteriene for posttraumatisk stresslidelse (PTSD) i ICD-10 er en trang til stadig å oppsøke traumet, eller å gjenta traumet nevnt.

"Jeg ble mishandlet og voldtatt og han holdt på i flere timer. Jeg trodde hele tiden jeg skulle dø. Han førte en stor kniv inn i munnene min, og av og til tok han meg ut på badet og dusjet meg i kokende vann.

Jeg har en jaktkniv jeg hele tiden må forsøke å rispe meg bak i ganen med, for å overbevise meg om at det ikke var farlig, og jeg må skælde meg med varmt vann for å vise at jeg kunne klart enda varmere."

Freud (1920–1955) trodde at slik repetisjon ville gjøre at pasienten ble bedre til å mestre minner og symptomer og at denne handlingen var hensiktsmessig, men

det skjer svært sjelden. I stedet fører disse handlingene heller til at pasienten og omgivelsene retraumatiseres igjen og igjen.

Dissosiative lidelser

Det er helt åpenbart at selvskadende atferd ofte henger sammen med dissosiative lidelser. Dissosiasjon er normale krisereaksjoner og kan opptre ved ulike psykiske lidelser, men kan også være en egen lidelse. Dissosiative lidelser oppstår som oftest etter langvarige, gjentatte og alvorlige traumer. Hos barn følger de etter mishandling og incest, hos voksne etter krig, tortur, voldtekt, mishandling og andre traumer. Desto yngre personen er, desto større er sjansen for alvorlige symptomer i senere alder. (Herzog et al., 1993) Dissosiering er en betegnelse på ulike psykiske fenomener, og i det diagnostiske systemet ICD-10 beskrives disse slik:

"Felles for dissosiative lidelser eller konversjonslidelser er delvis eller fullstendig tap av normal integrasjon mellom erindringer om fortiden, identitetsbevissthet, umiddelbare sanseinntrykk og kontroll over kroppsbevegelser."

Dissosiative lidelser forstås som en mestringsstrategi som "løp løpsk" eller tok over kontrollen. For det lille barnet var det en overlevelsesstrategi å ikke huske og ikke føle noe under mishandlingen. Man forsvant ut av kroppen eller gikk inn i en tåketilstand. Etter hvert "tar mestringsstrategiene over og lever sitt eget liv". Det vil si at det skal mindre og mer perifer stimuli til for å utløse ulike former for reaksjoner. Personen mister delvis kontroll over sitt eget sanseapparat

og sin bevissthetstilstand. En lukt, en farge eller en stemme kan fremkalle minner så sterke at personen går inn i en dissosiativ tilstand.

Selvskading som mestring av dissosiasjonen

Personer som selvskader gjør det ofte for å oppnå en indre følelsmessig endring. Oftest er det for å flykte fra ubehagelige påtrengende minner og følelser som minner om incest og overgrep.

Personen kan være plaget av hyppige flashbacks som er indre bilder, eller filmer, av traumatiske situasjoner som er fastfrosset og uforandret i sitt uttrykk på en slik måte at personen gjenopplever den som om man er i situasjonen på nytt. Det å kutte seg eller brenne seg kan være et middel til å komme ut av eller forhindre en dissosiativ tilstand.

"Når jeg kjenner smerten, kommer jeg tilbake til virkeligheten", eller det kan være det motsatte, nemlig en måte å flykte inn i en dissosiativ tilstand på :

"Når jeg ser blodet piple, går jeg inn i en behagelig tåketilstand hvor alle de vonde minnene blekner."

Noen har ulike måter å selvskade på, alt etter hva de vil oppnå, og alt etter hva som satte i gang trangten til selvskadingen. De vanligste følelsene som leder til selvskading, er angst, sinne, skam, skyld og avvísning.

Selvskading og selvmord

Man kaller det gjerne selvskade der hensikten ikke er et selvmordsforsøk, men sammenhengen mellom selvskade og selvmord er stor. Det er vanskelig å skille mellom selvmordsforsøk og andre typer egenskade i mange tilfeller, og det er selvsagt at pasienter med alvorlige selvskader er mer deprimerte enn normalbefolkningen. Det er publisert en rekke studier som viser en klar sammenheng mellom villet egenskade og økt selvmordsrisiko.

Gairin og medarbeidere (2003) fant at 39 % av de 219 personene som senere døde av selvmord, hadde vært på akuttmottak i året før de døde, 15 % på grunn av selvskade. Det siste besøket med selvskade skjedde ofte like før det endelige selvmordet. Videre fant Hawton og medarbeidere (2003) at villet egenskade er den sterkeste risikofaktoren for fremtidig selvmord. I år 2000 undersøkte de 11 583 pasienter som mellom 1978 og 1997 hadde kontaktet helsevesenet med villet egenskade, og fant at ca. 300 av dem var døde av selvmord. De fant at risikoen for at disse skulle begå selvmord første året var 66 ganger større enn for normalbefolkningen, og at risikoen er vedvarende høyere over tid.

Det kan være ulike faktorer som gjør at selvmordsfaren for en som selvskader er stor:

1. En pasient som selvskader, kan gjøre dette på en mer og mer dramatisk måte som til slutt ender med døden. Det kreves mer og mer handling for å lindre de underliggende symptomene, og man kan òg eksperimentere med grenser for å teste seg selv.
2. Pasienten blir mer og mer destruktiv, noe som ofte følges av en håpløshetsfølelse. Denne håpløshetsfølelsen deles gjerne av pasientens omgivelser og fører til at man ikke klarer å leve lenger. Beck (1985) hevder at håpløshet er et kjernekarakteristikum ved depresjon og er broen mellom depresjon og selvmord.
3. En selvskadende pasient kan i tillegg selvfølgelig lide av en alvorlig depresjon og dø av selvmord som følge av denne.

Håpløshet

Selvskadende pasienter representerer en stor faglig utfordring både for det psykiatriske så vel som det somatiske helsevesenet. Man er vant til å behandle mennesker som uforvarende og uforskyldt er blitt syke eller skadet, eller der skaden ikke var hensikten med handlingen (f. eks. idrettsskader). Man er derimot ikke vant med at pasienter kommer igjen og igjen med de samme skadene eller samme type skader, og der reparasjonsforsøkene blir sabotert f. eks. som når pasienten spretter opp sting igjen eller fjerner brannsårbandasjer. I det somatiske helsevesenet blir disse pasientene ofte møtt med motoverføringsreaksjoner, uforstand og til dels sinne på legevakt og akuttmottak.

"Vi syr uten bedøvelse, for du liker vel smerte du." eller *"Vi gidder ikke sy fint for du kommer jo snart igjen med et nytt kutt."* er utsagn de fleste med selvskadende atferd har hørt fra leger. Eller enda mer aggressive kommentarer som at neste gang må du skjære dypere, da er det lettere å sy.

I legevakt eller akuttmottak fremviser den selvskadende ofte et likeglad eller endatil euforisk bilde. Spenningen er utløst, og pasienten føler seg for en kort stund rolig.

"Jeg kom på legevakten rusa av mitt eget blod" var det en av pasientene som sa,

"Det var ikke så rart da at jeg leende gikk med på å sy uten bedøvelse og smertelindring. Først senere kom sorgen og skamfølelsen. Jeg følte meg som en klovn."

I det psykiske helsevesenet er forholdene noe bedre, men pasienten blir også her utsatt for motoverføringskreftene, selv om forståelsen av symptomatologien og reaksjonsmønstrene er bedre. Spesielt i de siste åtte – ti årene har interessen for og kunnskapene om selvskadende atferd i Norge økt. Allikevel er ambivalensen til disse pasientene stor, og det gjenstår mye før alle selvskadende pasientene får et helhetlig gjennomtenkt og tilpasset tilbud.

Disse pasientene skal gjerne ikke hospitaliseres over lengre tid, samtidig som dramatikken rundt deres selvskadende atferd er så stor at ambulant behandling blir vanskelig. Pasienten skal hjelpes til å mestre og få kontroll over egne følelser og handlinger, mens det er åpenbart at de i lange perioder ikke har det. Tilbudene kan svinge mellom å ha fastvakt i lange perioder og bli utskrevet plutselig og uforberedt. Begge deler med faglige forklaringer, men ikke alltid like velfundert. Man vet ikke nok om hva som kan være det rette for denne pasienten i akkurat denne situasjonen.

Mange pasienter er blitt skrevet ut fra akuttmottak med store bandasjer, nederlagsfølelse og manglende oppfølging, til en tom hybel eller utslitte pårørende.

"Jeg hadde falt og brukket foten, var kastet ut av hybelen og hadde selv kuttet meg kraftig opp på begge armene. Jeg kunne knapt bruke krykker på grunn av smerter i kuttene og forsøkte å balansere plastposene med mine eiendeler. Vakthavende lege ga meg tilbud om poliklinisk time om tre dager. Det var tett oppunder jul. Jeg følte meg som en dritt."

Selv mord

Selv mord hos alvorlig selvskadende blir av noen sett på som psykiatriens "trettthetsbrudd". Det er bare et spørsmål om tid før de klarer det, planlagt eller ved et uhell.

Enkelte pasienter selvskader ved å drikke farlige stoffer som tennvæske eller frysevæske. Slimhinner blir skadet, og forgiftning inntreffer. Det er klart man kan drikke så mye at man er helt sikker på at

man dør, men hvis man bare vil gjøre skade, hvordan doserer man da?

"Jeg drakk et og et eggeglass frostvæske til jeg ble svimmel, og etterpå det drakk jeg to til. Da ble jeg rolig en halvtimes tid før kaoset, kvalmen, redselen kom tilbake enda verre enn før." fortalte Knut en av gangene han selvskadet før han døde av det.

"Jeg visste at jeg ville angre selv mens jeg gjorde det. Brennemerkene ga bare større og verre arr og ville bare gjøre meg enda mer isolert. Jeg klarte bare ikke å la være."

"Jeg tenker aldri på arr eller skader mens jeg selvskader. Jeg husker bare det første kuttet, ser blodet og så forsvinner jeg inn i en behagelig tåketilstand, og våkner ikke opp før lenge etter at alt er over. Mange ganger kan jeg ikke fatte at det er jeg som har gjort det." forteller Tone som selvskader for å komme inn i en dissosiativ tilstand. Det er klart at man i denne tilstanden ikke har kontroll over handlinger som kan føre til død.

Som nevnt er det en overhyppighet av selvmord blant dem som selvskader. Mange pasienter med langvarig hospitalisering, mange traumer i barndommen og sterkt selvskadende atferd ender med å ta livet sitt. En stor andel av selvmord innen institusjoner er slike. Noen gjør det på den måten de selvskadet, ved å skjære seg, hoppe fra høyder eller ta giftige stoffer, mens Hawton og medarbeidere i den førnevnte artikkelen (2003) fant at de fleste selvmordsmetodene i deres materiale var forskjellige fra de innledende selvskademønstrene. Dersom metoden er sterkt annerledes, er det et tegn på at dette er noe annet, nemlig et selvmordsforsøk. I andre tilfeller, uten selvmordsbrev eller annen type beskjed, er det usikkert om det var ekstrem selvskade med døden til følge eller et villet selvmord.

Forebygging og behandling

Som ved de fleste lidelser er det best å forebygge, og dersom man ikke klarer dette, er det viktig å komme til med tidlige tiltak. Skolen og primærlegene, samt legevakt og akuttmottak er viktige arenaer for tidlig intervensjon. Å bedre oppvekstvilkår, gi økt kunnskap om barns

behov og reaksjonsmønstre, å hjelpe skolen til å sette søkelys på elevenes psykiske helse kan være nyttige tiltak. Å øve opp det psykologiske blikket og ha antenner ute når eleven ikke vil ha gym, går med lange ermer i sommervarmen osv. Det trenger ikke å være nålestikk og frostrier. Primærlegen kan være en viktig medspiller og ta seg minutter til å ta opp temaet der mistanken er skjerpet. Stille et spørsmål til omkring arrene, infeksjonen i sårene, brennemerkene og fallskadene.

Det å komme tidlig til, kan bryte et mønster og gjøre at man kan bearbeide vanskelige temaer og lære nye mestrings-teknikker før mønstrene er inngrodd og lever sitt eget liv – før arrene er blitt for store og før miljøet rundt er utslitt.

"Det som hjalp var å ha både kortsiktige og langsiktige mål, og at de ikke ga uttrykk for at de hadde gitt meg opp. Jeg har vært syk i ti år og hele ungdomstiden min ble ødelagt. Jeg var gitt opp og hadde fått uføretrygd. Jeg møtte noen som maktet å få meg til å ta en dag om gangen samtidig som jeg våget å legge planer for livet mitt. Nå er jeg i gang med studier, og selv om jeg har tilbakefall og fremdeles trenger mye hjelp, vet jeg at jeg er på rett vei."

Hilde.K

Som ved alle psykiatriske symptomer gjelder det å behandle grunnlidelsen. Lider personen av en posttraumatisk tilstand skal denne behandles, likeså dersom hovedgrunnen er en dissosiativ lidelse. Klarest ses dette dersom pasienten

selvskader som følge av hallusinasjoner og vrangforestillinger tilknyttet en psykotisk tilstand, eller pasienten lider av en autisme eller av lærevansker. Spiseforstyrrelser eller personlighetsforstyrrelser ses òg i sammenheng med selvskading og skal kartlegges mens man setter i gang behandling. Er det i tillegg en underliggende depresjon, angst eller tvangslidelse, skal denne behandles.

Rus er en form for selvskading som forekommer sammen med andre former, og man må behandle dette problemet parallelt med de andre lidelsene.

For behandlingen er kartlegging av skademønsteret er viktig. Man finner i fellesskap ut hvorfor man selvskader, hva som utløser ønsket om å selvskade og om det er enkelte avledningsmanøvre som hjelper. Man jobber systematisk med å kartlegge bevisstheten om forstadie til selvskading. Er det rastløshet, tomhet eller uakseptabelt sinne? Er det følelsen av å bli avvist eller følelsen av skam eller angst? Noen ganger er det for å straffe seg selv, eller for å straffe andre. Er selvskadingen en måte å kommunisere på? Man mangler ord for fortvilelsen og kan bare vise frem blod og arr.

"Hvis såret ditt kunne snakke, hva ville det fortalt meg nå?" er mange ganger et fruktbart spørsmål.

Tone var akademiker og hadde en historie med incest og overgrep. Hun holdt foredrag og formulerte problemstillinger i forhold til sin jobb, men for følelser hadde hun ikke noe språk.

"Kroppen med brennmerkene var det jeg kunne vise til min behandler. Å fortelle om smerten og angsten på en annen måte var til å begynne med umulig."

"Jeg var bare blitt slått og sparket, hvis jeg i det hele tatt ble lagt merke til. Brannsårene var til å begynne med en måte å få omsorg og medfølelse på – helt til de oppdaget at jeg gjorde det selv."

Selvskading kan òg være en måte å føle seg virkelig på.

"Jeg var så vant til å få vite at jeg ikke var noe, ikke betydde noe at jeg måtte kjenne smerte for å vite at jeg var til."

Skal man stoppe en pasient som selvskader?

Det er ikke noe enkelt svar på dette spørsmålet. Er skadene store, livstruende og varige, skal man på en skånsom måte forsøke å hindre ødeleggelsene. Hvis ikke, kan det å stoppe selvskaden være å ta fra pasienten en mestringsstrategi og øke selvmordsfaren. Det at pasienten kan lette på lidelsestrykket ved å selvskade, kan gjøre at han unngår den verste panikken og den dypeste depresjonen. Men dersom den selvskadende atferden bare øker, kan dette igjen være med på å gi pasienten panikk og redsel for hvor dette skal ende. I tillegg medfører alltid selvskaden et element av skam og skyld, noe som igjen tærer på selvfølelsen og øker håpløshetsfølelsen. Man skal samarbeide med pasienten om mestringsstrategier. Av og til kan man ha målsetting fra time til time eller fra dag til dag. Tilbakefall skal positivt reformuleres dersom det er naturlig, f.eks., *"Det at du skadet deg nå er ikke uttrykk for at du er blitt dårligere, men for at du har våget å prøve flere utfordringer."*, eller *"Man må alltid ta et skritt tilbake for å ta sats."*

Man skal fokusere på de områdene pasienten mestrer og ikke ta dem fra pasienten dersom pasienten har hatt et tilbakefall.

Man må opprettholde pasientens friske sider i alt kaoset. Blir den innlagte pasienten dårlig av å gå ut med venner, kan det kanskje utsettes, men dersom det gjør pasienten godt, skal det ikke sløyfes fordi om pasienten av andre grunner har skadet seg.

Konklusjon

Det er fortsatt mye uvitenhet og sterk stigmatisering av den selvskadende pasienten, men det er gledelig at flere og flere fagmiljøer griper fatt i denne problemstillingen og skolerer seg i forståelse og behandling. Gledelig for pasienter og pårørende som kan bli møtt på en mer empatisk og ivaretagende måte. Gledelig dersom pasienten kan få en riktigere og mer virksom behandling, men ikke minst gledelig dersom det kan være et viktig bidrag i det selvmordsforebyggende arbeidet.

Gerd-Ragna Bloch Thorsen

er psykiater, spesiallege og psykoterapiveileder. Hun er leder av Norsk Psykiatrisk Forening, styreleder i stiftelsen

Psykiatrisk Opplysning i Norge og Russland, og initiativtaker til Schizofrenidagene, Europas største årlige psykiatrikonferanse. Hun er forfatter av flere populærvitenskapelige bøker og medforfatter av flere lærebøker innen psykiatri og allmennmedisin.

Referanser

- Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). **Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation.** *Am J Psychiatry*, 142, 559-563.
- Fjell, H. (2004). **Ten years of pain.** Stavanger: Hvertvrig forlag.
- Freud, S. (1955). **Beyond the pleasure principle.** In J. Strachey (ed. and trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol.18, s. 3-64). London: Hogarth Press.
- Gairin, I., House, A., & Owens, D. (2003). **Attendance at the accident and emergency department in the year before suicide: retrospective study.** *British Journal of Psychiatry*, 183, 28-33.
- Hawton, K., Zahl, D., & Weatherall, R. (2003). **Suicide following deliberate self-harm: long-term follow up of patients who presented to a general hospital.** *British Journal of Psychiatry*, 182, 537-542.
- Herzog, D.B., Staley, J.E., Carmody, S., Robbins, W.M., & van der Kolk, B.A. (1993). **Childhood sexual abuse in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A pilot study.** *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 962-966.
- Tantam, D. & Whitaker, J. (1992). **Personality disorder and self-wounding.** *British Journal of Psychiatry*, 161, 451-464.
- van der Kolk, B.A., Perry, J.C., & Herman, J.L. (1991). **Childhood origins of self-destructive behaviour.** *American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1665-1671.
- Ystgaard, M., Reinholdt, N.P., Husby, J., & Mehlum, L. (2003). **Villet egenskade blant ungdom.** *Tidsskr Nor Lægeforen*, 123, 2241-5
- (Illustrasjoner: Ellen Jepson.
Fra heftet *Selvskading. Arbeidsbok for ungdom og voksne*. Forfatter: Tor Bø. Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.)