



# **Viðhorf meðferðaraðila til orsaka sjálfsskaðandi hegðunar hjá ungmennum**

**Anna Margrét Arthúrsdóttir  
Þórunn Einarsdóttir**

**Ritgerð til BS prófs (16 einingar)**



**HÁSKÓLI ÍSLANDS**  
**HEILBRIGÐISVÍSINDASVIÐ**

HJÚKRUNARFRÆÐIDEILD

# **Viðhorf meðferðaraðila til orsaka sjálfsskaðandi hegðunar hjá ungmennum**

Anna Margrét Arthúrsdóttir

Þórunn Einarsdóttir

Ritgerð til BS prófs í hjúkrunarfræði

Leiðbeinandi: Páll Biering

Hjúkrunarfræðideild

Heilbrigðisvísindasvið Háskóla Íslands

Maí 2014

# **Therapists' view on the causes of self-injury among young people**

Anna Margrét Arthúrsdóttir  
Þórunn Einarsdóttir

Thesis for the degree of Bachelor of Science

Supervisor: Páll Biering

Faculty of Nursing  
School of Health Sciences

May 2014

Ritgerð þessi er til BS prófs í hjúkrunarfræði og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi réttihafa.

© Anna Margrét Arthúrsdóttir og Þórunn Einarsdóttir 2014

Prentun: Svansprent ehf.

Reykjavík, Ísland 2014

## Ágrip

Sjálfskaði er yfirheiti yfir skaða sem einstaklingur veldur sér vísvitandi með það markmið að meiða sjálfan sig og vekja upp sterkar tilfinningar, hjá sér og/eða öðrum. Hann hefur þann tilgang að vera bjargráð einstaklinga til að standast sjálfsvígshugsanir, halda í lífið og fá útrás fyrir tilfinningar sínar. Sjálfskaði er alþjóðlegt vandamál og tíðni þess er há víðast hvar í heiminum en erfitt er að gera sér fyllilega grein fyrir stærð vandamálsins sökum þess að sjálfskaði er í eðli sínu dulið vandamál.

Verkefni þetta er fræðileg úttekt og eigindleg rannsókn þar sem leitast er við að fá svör við þeirri spurningu hvort viðhorf meðferðaraðila til orsaka sjálfskaða séu þau sömu og viðhorf ungmenna sem skaða sig. Tekin voru sex viðtöl við hjúkrunarfræðinga sem allir höfðu reynslu af því að veita meðferð við sjálfskaða. Rannsóknaráhugi á efninu er að aukast en fáar rannsóknir eru til um efnið á Íslandi og eftir bestu vitund rannsakenda hefur þetta sjónarhorn ekki verið skoðað áður hérlandis.

Helstu niðurstöður rannsóknar okkar eru þær að viðhorf meðferðaraðila og þeirra sem skaða sig eru að stærstum hluta þau sömu. Helstu viðhorf eru þau að sjálfskaði er leið til að refsa sér, dreifa huganum eða losna við doða, þetta gefur af sér létti og útrás fyrir neikvæðum tilfinningum og innri vanlíðan. Sameiginleg viðhorf ungmenna sem skaða sig og meðferðaraðila ættu því að hafa jákvæð áhrif á meðferð og meðferðarhorfur.

## **Abstract**

Self-harm is defined as harm that the person causes herself, with the aim of inflicting pain upon herself, it breaches the limits of acceptable behavior and elicits a strong emotional response. Self-harm has the purpose of being a coping mechanism for the person to withstand suicidal thoughts and turning overwhelming feelings into a more manageable physical form. Self-harm is an international problem affecting a lot of people. It's prevalence is high almost everywhere in the world but it is hard to determine exactly the scale of the problem because self-harm is in its nature a hidden phenomenon.

This essay is a theoretical withdrawal and a qualitative research with the aim of answering the question if there is a difference between the views on the causes of self-harm between young people who self-harm and therapists. Six nurses who all have experience in working with young people who self-harm were interviewed.

A scientific interest on self-harm is increasing but there are few Icelandic researches that exist on the subject. The main result of our research is that the views of therapists and the people who self-harm are comparable. The main views are that self-harm is a way of punishing the self, getting relief from a terrible state of mind and to escape from overwhelming numbness, this results in an outlet of negative feelings and emotional distress. These results are positive in regards to treatment and treatment prospective.

## **Þakkir**

Við viljum þakka Páli Biering leiðbeinanda okkar fyrir samvinnuna og þá hjálp sem hann veitti okkur. Einnig viljum við þakka Guðmundi Birni Birkissyni fyrir alla tæknilega framsetningu á verkefninu. Að lokum viljum við svo þakka viðmælendum okkar fyrir að hafa deilt með okkur reynslu sinni á faglegan hátt.

## Efnisyfirlit

Ágrip .....	4
Abstract.....	5
Þakkir.....	5
Efnisyfirlit .....	6
Listi yfir skammstafanir .....	8
1 Inngangur .....	9
2 Fræðilegur kafli .....	10
2.1 Sjálfsskaði skilgreiningar .....	10
2.2 Aðferðir .....	11
2.3 Tíðni .....	12
2.4 Áhættuþættir .....	14
2.5 Kenningar og orsakir.....	17
2.5.1 Sjálfsskaði sem spennulosun .....	18
2.5.2 Sjálfsskaði sem leið til að refsa sjálfum sér.....	18
2.5.3 Sjálfsskaði sem hluti af sjálfsvígshögðun .....	19
2.5.4 Sjálfsskaði til að hafa stjórn á aðstæðum og tilfinningum .....	19
2.5.5 Sjálfsskaði sem leið til að ná tengslum við raunveruleikann .....	19
2.5.6 Sjálfsskaði sem leið til að flýja raunveruleikann .....	19
2.5.7 Sjálfsskaði og félagsmótun kynjanna .....	19
2.5.8 Sjálfsskaði til að hafa áhrif á aðra og skapa spennu.....	20
2.6 Meðferð og batahorfur .....	20
2.6.1 Hugræn atferlismeðferð (HAM) .....	22
2.6.2 Dialektísk atferlismeðferð (DAM) .....	22
2.6.3 Dýnamísk meðferð .....	23
2.6.4 Hópmeðferð.....	24
2.6.5 T-SIB24 .....	
2.6.6 Óyrt meðferð.....	24
2.6.7 Lyfjameðferð.....	24
2.6.8 Skaðaminnkandi meðferð.....	24
2.6.9 Áhrif fordóma á meðferðir.....	25
2.7 Internet.....	25
2.8 Niðurstöður úr B.S. verkefni frá 2010 .....	28
3 Aðferðafræði .....	30
3.1 Rannsóknarsnið .....	30
3.2 Úrtak .....	30
3.3 Gagnasöfnun .....	30
3.4 Greining gagna .....	31
4 Niðurstöður.....	32
4.1 Hvað telja meðferðaraðilar vera orsakir sjálfsskaða hjá ungmennum og hver er tilgangurinn með skaðanum? .....	32
4.2 Hvaða meðferð nota meðferðaraðilarnir? .....	33
4.3 Eru viðhorf meðferðaraðila til orsaka sjálfsskaðandi hegðunar sambærileg við viðhorf ungmenna sem skaða sig? .....	34

5 Umræður .....	35
Heimildaskrá .....	40
Fylgiskjöl .....	43



## Listi yfir skammstafanir

BUGL: Barna og unglíngageðdeild Landsspítalans

BS: Bachelor of Science

DAM: Díalektísk atferlismeðferð

HAM: Hugræn atferlismeðferð

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence

Pro-SI: pro self-injury

RANZCP: Royal Australian & New Zealand College of Psychiatrists

T-SIB: Treatment for Non-Suicidal Self-Injury in Young Adults

# 1 Inngangur

Þetta verkefni var unnið af tveimur nemendum á fjórða ári við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og er lokaverkefni til B.S. gráðu. Leiðbeinandi verkefnisins er Páll Biering dósent í geðhjúkrun. Verkefnið er eigindleg rannsókn og fræðileg úttekt á sjálfsskaða og viðtölum við sex hjúkrunarfræðinga sem unnið hafa með ungmennum sem skaða sig. Ástæðan fyrir því að þetta tiltekna viðfangsefni var valið er áhugi höfunda á barna- bráða- og geðhjúkrun og tengdi þetta viðfangsefni þessi tvö svið saman.

Sjálfsskaði er mjög vítt hugtak og viðurkennda skilgreiningu vantar á hana. Ekki er til nein alþjóðleg skilgreining á sjálfsskaða sem villir um fyrir rannsakendum og því flækir það túlkun niðurstaða fyrirbyggjandi rannsókna. Við ákváðum að takmarka rannsókn okkar við líkamlegan sjálfsskaða, það er sjálfsskaði sem skilur eftir sig sýnilega áverka á líkama.

Tilgangur rannsóknarinnar er að skrifa fræðilega úttekt á sjálfsskaða og bera saman viðhorf meðferðaraðila sem vinna með ungmennum sem skaða sig og viðhorf ungmennanna á orsökum sjálfsskaða. Skoðuð var fyrri rannsókn á skýringarlíkönunum ungmenna, en það var BS verkefni Ástu Maríu Runólfsdóttur og Gerðar Geirsdóttur frá árinu 2010 við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands. Við tókum viðtöl við sex hjúkrunarfræðinga sem allir vinna á mismunandi vettvangi með ungmennum sem skaða sig. Hjúkrunarfræðingarnir voru sérstaklega spurðir út í viðhorf þeirra til orsaka sjálfsskaða ásamt helstu meðferðarúrræðum sem þeir veita. Við bárum niðurstöður okkar saman við niðurstöður Ástu og Gerðar (Ásta og Gerður, 2010) til að sjá hvort munur væri á viðhorfum þeirra sem skaða sig og þeirra sem veita þeim meðferð. Lítið er um rannsóknir á sjálfsskaðandi hegðun á Íslandi og eftir bestu vitund rannsakenda hefur þetta sjónarhorn ekki verið skoðað áður. Er það von okkar að niðurstöðurnar munu varpa ljósi á hvort munur sé á viðhorfum meðferðaraðila og þeirra sem skaða sig, og muni bæta og styrkja þau meðferðarúrræði sem standa fólki með sjálfsskaða til boða.

Mikilvægi rannsóknarinnar fyrir hjúkrun er fólgin í því að rannsóknaráhugi á sjálfsskaða er tiltölulega nýtilkominn og því fáar rannsóknir sem til eru um sjálfsskaða á Íslandi. Því langaði okkur að gera rannsókn á viðhorfum meðferðaraðila á orsökum sjálfsskaða og bera það saman við viðhorf þeirra sem skaða sig, sem komu fram í B.S. ritgerð frá árinu 2010. Niðurstöður okkar geta ef til vill eftir og styrkt núverandi meðferðarúrræði eða bent til þess að þörf sé á betri meðferðarúrræðum.

Verkefnið er byggt á fræðilegri úttekt þar sem helsta vitneskja um fyrirbærið kemur fram, svo sem skilgreiningar, aðferðir, tíðni, áhættuþættir, kenningar um orsakir, meðferðir og batahorfur, og nýtilkomin undirmenning á internetinu. Við tókum opin viðtöl með viðtalsvísi og studdumst við túlkunarfræðilega fyrirbærafræði við greiningu þeirra. Leitað var að heimildum í erlendum gagnasöfnum, svo sem Pubmed, Springer, Science direct, Wiley online library og Pscychinfo. Helstu leitarorðin voru self harm, self injury, NSSI, treatment, adolescents, causes, nursing o.fl.

## 2 Fræðilegur kafli

### 2.1 Sjálfsskaði skilgreiningar

Sjálfsskaði er yfirheiti yfir skaða sem einstaklingur veldur sér vísvitandi með það markmið að meiða sjálfan sig og vekja upp sterkar tilfinningar, hjá sér og/eða öðrum. Sjálfsskaði er oftast flokkaður í tvo flokka. Annars vegar sjálfsskaða sem veldur líkamlegum áverka (self injury) og hinsvegar sjálfseitrun (self poisoning) sem felur í sér inntöku of stórs lyfjaskammts, efna eða vímuefna. Þetta eru tvö algengustu form sjálfsskaða en sjálfsskaði tekur þó á sig fjöldann allan af myndum og getur bæði verið vegna verknaðar, það er að einstaklingur geri sjálfum sér eitthvað eða vegna skorts á því að einstaklingurinn sinni sjálfum sér (Long, Manktelow og Tracey, 2013). Ekki er til nein almenn skilgreining á sjálfsskaða og hefur það aftrað rannsóknum á fyrirbærinu (Clarke og Whittaker, 1998; Simpson, 2006). Sjálfsskaði er einnig nefndur mörgum mismunandi nöfnum t.d. parasuicide, NSSI eða non-suicidal self injury, self mutilation, self injury og deliberate self harm sem flækir málið enn frekar (Clarke og Whittaker, 1998; Jacobs-Kayam, Lev-Wiesel og Zohar, 2013).

Sýndarsjálfsvígstilraun (parasuicide) er skilgreind sem sjálfsskaði hvort sem það er sjálfsskaði í formi líkamlegs áverka eða ekki með litlum eða engum ásetningi til að enda eigið líf (Anderson, Woodward og Armstrong 2004). Sjálfsskaði án vilja til sjálfsvígs (non-suicidal self injury) er visvítandi skaði á líkamsvef án vilja til að enda eigið líf, sem er óviðeigandi eða óleyfilegur í samfélagi einstaklingsins (Klonsky og Muehlenkamp, 2007). Sjálfsmisþyrming (self-mutilation) er vísvítandi meiðing á eigin líkama sem kemur fram sem yfirborðs eða miðlungs líkamlegur skaði. Þessi skaði á eigin líkama er ekki tilkominn vegna vilja til að enda eigið líf (Jacobs-Kayam o.fl., 2013). Að lokum er svo vísvítandi sjálfsskaði (deliberate self-harm) sem er bæði í formi sjálfseitrunar eða sjálfsáverka. Mismunandi er hvort inn í þennan flokk flokkist einnig sjálfsvíg, sjálfsvígshugsanir og sjálfsvígstilraunir. Sumar skilgreiningar tala um að hér sé um sjálfsskaða án vilja til að deyja að ræða en aðrar tala um visvítandi sjálfsskaða sem sjálfsvígstilraunir með það að markmiði að enda eigið líf (Boxer , 2011; Rönka, Taanila, Koironen, Sunnari og Rautio, 2013).

Sjálfsskaði af ásettu ráði meðal barna er oft fyrirboði um sjálfsskaðandi hegðun á unglingsárunum og merki um undirliggjandi sálfræðileg vandamál. Sjálfsskaði meðal barna er þó sjaldgæfur og því hafa rannsóknir frekar beinst að ungmennum (Krishnakumar, Geeta og Riyaz, 2011).

Sjálfsskaða er oft ruglað saman við sjálfsvígstilraunir og sjálfsvígshegðun eða þá að lítil munur er gerður á milli þessara tveggja fyrirbæra (Simpson, 2006). Það er að mörgu leiti skiljanlegt þar sem sjálfsskaði og sjálfsvíg eru nátengd fyrirbæri þar sem margir áhættuþættir eru sameiginlegir eða svipaðir. Sjálfsskaði er svo einnig áhættuþáttur fyrir sjálfsvíg en eftir sjálfsskaða tímabil er hættan á sjálfsvígi innan árs 0,5% til 2% og eru sjálfsvígstilraunir einnig áhættuþáttur fyrir sjálfsskaða (Kirchner, Ferrer, Forns og Zanini, 2011). Þannig eru þessi tvö ólíku fyrirbæri líka mjög lík og samtvinnuð. Einnig má nefna að hjá sumum eru sjálfsvígshugsanirnar mjög breytilegar og óljósar og bilið milli sjálfsskaða án vilja til að deyja og sjálfsvígstilrauna því mjótt (Klonsky og Muehlenkamp, 2007). Sjálfsskaði án vilja til að deyja er þó algengari en sjálfsvígshegðun (Swahn o.fl., 2012).

Undirliggjandi tilgangur sjálfsskaða og sjálfsvígstírauna eru þó andstæður þar sem sjálfsskaði er oft skilgreindur sem bjargráð til að koma í veg fyrir sjálfsvíg. Þannig er markmið sjálfsskaða að halda lífi en markmið sjálfsvíga að enda líf (Long o.fl., 2013; Shek og Yu, 2012). Líta má á sjálfsskaða sem tímabundna lausn á langvarandi vandamáli á meðan sjálfsvíg er endanleg lausn á tímabundnu vandamáli (Hicks og Hinck, 2008).

Sjálfsleitrun er stundum flokkuð með sjálfsskaða en í öðrum rannsóknum er hún flokkuð sem sjálfsvígshegðun. Það er gott dæmi um hve misvísandi fyrirliggjandi rannsóknir eru. Sjálfsleitranir eru öðruvísi en sjálfsskaði í formi líkamlegra áverka (self injury) að því leiti að sjálfsleitranir eru oftast gerðar í þeim tilgangi að enda líf (Simpson, 2006). Sjálfsskaði í formi líkamlegra áverka hefur þvert á móti þann tilgang að vera bjargráð einstaklinga til að standast sjálfsvígshugsanir, halda í lífið og breyta andlegri vanlíðan í líkamlega áverka. Með því að skera sig eða valda sér áverka tjáir viðkomandi innri vanlíðan sína og fær útrás fyrir hana.

Sjálfsskaði hefur verið flokkaður nánar niður í endurtekinn sjálfsskaða (repetitive moderate self-harm) og tilviljanakenndan sjálfsskaða (episodic moderate selfharm). Þegar um endurtekinn sjálfsskaða er að ræða er sjálfsskaðinn orðinn svo stór hluti af lífi einstaklingsins að hann er orðinn hluti af sjálfsmynd hans. Einstaklingurinn lítur þá á sig sem sjálfsskaðara (self-harmer) eða skerara (cutter) og er orðinn mjög háður sjálfsskaðanum. Einstaklingurinn þróar þá oft með sér ákveðna siði og hefðir þegar kemur að sjálfsskaðanum eins og til dæmis hvar og hvenær og með hverju hann sker sig eða skaðar sig. Tilviljunarkenndur sjálfsskaði er öðruvísi að því leiti að hann fylgir ekki ákveðnum hefðum eða siðum sem einstaklingurinn hefur tamið sér. Sjálfsskaðinn er framkvæmdur til að losna undan yfirþyrmandi tilfinningum og hugsunum og getur þörfin komið fram hvar og hvenær sem er sem veldur því að einstaklingurinn getur notað hvað sem er til að valda sér skaða og oftast verður það sem hendi er næst fyrir valinu (Long o.fl., 2013).

## 2.2 Aðferðir

Aðferðirnar við sjálfsskaða eru fjölmargar, en að skera sig og að taka inn lyf eru tvö algengustu formin (Hicks og Hinck, 2008; Long o.fl., 2013). Flestar rannsóknir benda til þess að sjálfsskaði í formi skurða og annara líkamlegra áverka sé algengari meðal kvenna ásamt sjálfsvígstíraunum og sjálfsvígshugsunum. Sjálfsvíg eru algengari meðal karla og sjálfsskaðinn tekur oft á sig annað form til dæmis lyfjainntöku og ofnotkun áfengis (Kidger, Heron, Lewis, Evans og Gunnell, 2012).

Líkamlegar afleiðingar sjálfsskaða eru oftast yfirborðsmeiðsli af völdum skurða, bruna og þess að sárum er ekki leyft að gróa (Hicks og Hinck, 2008). Skurðir eru algengastir en sú aðferð er notuð af yfir tveim þriðju þeirra sem skaða sig (Clarke og Whittaker, 1998; Klonsky og Muehlenkamp 2007). Þrír fjórðu (75%) nota þó fleiri en eina aðferð og rannsóknir hafa sýnt að því fleiri aðferðir sem notaðar eru því meiri hættu er á að sjálfsskaðinn sé endurtekinn og verði að langvarandi vandamáli (Madge o.fl., 2008).

Flestir hafa ákveðinn hlut sem þeir nota oftast til að skaða sig með og þar á meðal eru rakvélarblöð, blýantar, bréfastlemmur, glerbrot og skæri. Þeir líkamshlutar sem eru oftast skaðaðir eru úlnliðir, hendur, ökkjar, kálfar, læri og kviður (Hicks og Hinck, 2008). Ástæður fyrir vali á líkamshluta

eru taldar fara eftir hentugleika hverju sinni og hversu mikið einstaklingurinn vill fela skurðinn ásamt neikvæðum tilfinningum til líkamshlutans sem verður fyrir valinu (Bosman og van Meijel, 2008).

Í rannsókn Preyde o.fl. frá 2012 kemur fram að börn 12 ára og yngri sýna öðruvísi sjálfsskaðandi hegðun en unglingar, þar sem börn eru líklegri til að hafa sjálfsvígshugmyndir, fleiri tilraunir til að hengja sig eða kyrkja eða að ganga í veg fyrir umferð og að henda sér niður stiga. Unglingarnir eru líklegri til að sýna líkamlegan sjálfsskaða eða taka of stóran skammt af lyfjum, áfengi og/eða vímuefnum. Börnin í rannsókninni eru frábrugðin unglíngunum varðandi aðferðir við sjálfsskaða, t.d. notuðu börnin ekki eins flóknar aðferðir, þau ráfuðu frekar í veg fyrir umferð eða settu sig í hættulegar aðstæður eins og að hanga út um glugga. Unglingarnir greindu frá flóknari og fágaðri aðferðum eins og að eitra fyrir sjálfum sér, taka of stóran skammt og að skera sig eða rispa. Unglingsárin eru tímabil umbreytinga frá barnæsku til fullorðinsára og á þessu tímabili er hegðunin blönduð af barnslegu og fullorðinslegu atferli. Margskonar hættuleg hegðun, eins og að klifra á húsgögnum er algeng hjá börnum en hún minnkar með aldrinum. Aðferðir við sjálfsskaða verða áhrifaríkari eftir því sem barnið eldist, þar sem börn og unglingar eru frábrugðin í vitsmunalegum, líkamlegum og tilfinningarlegum þroska (Preyde o.fl., 2012).

## 2.3 Tíðni

Sjálfsskaði er alþjóðlegt vandamál og tíðni þess er há víðast hvar í heiminum. Mikil aukning var á tilfellum sjálfsskaðandi hegðunar á seinasta áratugi og tilfellum fjölgaði fimmfalt frá 1988-1991 til 2008-2011 eða frá undir 50 tilvísunum í yfir 200 tilvísarnir samkvæmt gagnabankanum psychINFO (Washburn o.fl., 2012). Nýlegar rannsóknir sýna þó að á seinustu fimm árum eða svo hefur tíðnin minnkað og meira jafnvægi komist á hana (Muehlenkamp, Claes, Havertape og Plener, 2012).

Ákveðnir faraldrar sjálfsskaða hafa verið greindir. Á árunum 1960 til 1970 var greint frá faraldri sjálfsskaða í Englandi en þá hækkaði tíðni meðal kvenna 15 til 20 ára 18 falt miðað við það sem hún hafði áður verið og 5 falt meðal karla í sama aldursflokki (Clarke og Whittaker, 1998). Á árunum 1985 til 1995 var annar faraldur í Englandi en þá jókst tíðni þeirra sem leituðu sér hjálpar á heilbrigðisstofnunum sökum sjálfsskaða um 28% ásamt því að 49% hækkun var á öllum tilfellum sökum hækkaðrar endurtekningartíðni sjálfsskaða (Anderson o.fl., 2004).

Aukning á greindri tíðni sjálfsskaða má líklegast að hluta til rekja til aukinnar athygli innan læknisfræðinnar og meðal fjölmiðla, og þar með aukningu á rannsóknum á sjálfsskaða (Muehlenkamp o.fl., 2012). Erfitt er að gera sér fyllilega grein fyrir stærð vandamálsins sökum þess að sjálfsskaði er í eðli sínu dulið fyrirbæri og aðeins brot af þeim sem skaða sig leita sér hjálpar (Long o.fl., 2013). Rannsóknir benda til þess að einungis 10% til 13% ungmenna sem skaða sig leiti sér hjálpar á heilbrigðisstofnunum (Klineberg, Kelly, Stansfeld og Bhui, 2013). Það má að mörgu leiti rekja til þess að fordómar eru gagnvart sjálfsskaða í samfélaginu og oftast fylgir sjálfsskaðanum mikil skömm hjá þeim sem skaðar sig. Algengt er að þegar fólk leitar sér hjálpar vegna sjálfsskaða segi það ekki rétt frá og kenni einhverju öðru um áverka sína. Einnig er sjálfsskaði stundum hunsaður eða misgreindur af heilbrigðisstarfsfólki (Hicks og Hinck, 2008).

Tíðnitölur gefa því ekki alveg rétta mynd en þær byggja eingöngu á tilgreindri tíðni (Long o.fl., 2013). Tíðni er þó talin vera á bilinu 13% til 23% meðal unglíngla samkvæmt stórum

samfélagskönnunum víðs vegar um heiminn (Swahn o.fl., 2012). Evans, Hawton o.fl. greindu frá 13% tíðni hjá ungmennum í Englandi árið 2005, Ross, Heath o.fl. fengu sömu tölu hjá ungmennum í Kanada árið 2000 og Laukannen o.fl. greindu frá 10.2% tíðni meðal ungmenna í Finnlandi árið 2009 (Kirchner o.fl., 2011). Í stórri faraldsfræðilegri rannsókn á 14 til 17 ára ungmennum í sjö Evrópu löndum, var fundið út að ævialgengni sé um 17.8% og 12 mánaða tíðni upp á 11.5% fyrir sjálfsskaðandi hegðun (bæði með og án vilja til að deyja), tíðnin var þó mismunandi milli landa (Muehlenkamp o.fl., 2012). Fjölpjóðleg samfélags rannsókn sem gerð var í Evrópu og Ástralíu leiddi í ljós að 13,5% kvenna og 4,3% karla höfðu á einhverjum tímamarki í lífinu framkvæmt sjálfsskaða. Önnur rannsókn sem framkvæmd var í Kanada leiddi í ljós að kynjaskipting á tilfellum sjálfsskaða var 17% kvenna og 8% karla (Kirchner o.fl., 2011). Rannsóknir Loughlin og Sherwood frá árinu 2005 og rannsókn Warm o.fl. frá árinu 2003 benda þó til þess að munurinn milli kynjanna sé ekki eins mikill og áður var talið (Bosman og van Meijel, 2008; Klonsky og Muehlenkamp, 2007).

Sjálfsskaðandi hegðun er einnig algeng í klínískum úrtökum á meðal unglinga en meðaltíðnin hefur verið áætluð á milli 20 og 68% í kanadískri rannsókn frá 2012 (Preyde o.fl., 2012). Sjálfsskaða hefur verið lýst sem einu útbreiddasta og mest ögrandi viðfangsefni sem greint er frá í úrtökum hjá inniliggjandi ungmennum. Nýleg rannsókn á greiningum nýútskrifaðra ungmenna frá meðferðarstofnun í Bandaríkjunum vegna sjálfsskaða gaf til kynna að tíðni sjálfsskaða hafi þrefaldast meðal ungmenna sem lagst hafa inn á sjúkrahús á árunum 1990 til 2000 (Ferrara, Terrinoni og Williams, 2012).

Þrátt fyrir hagnýtar og sterkar aðferðafræðilegar kannanir þá finnur hver rannsókn mismunandi tíðnitölur fyrir þessa hegðun, sem aftrar því að hægt sé að draga ályktanir um nákvæma faraldsfræði sjálfsskaða meðal ungmenna (Muehlenkamp o.fl., 2012). Munurinn á tíðni milli rannsókna fer að stórum hluta eftir því hvað ungmennin sem taka þátt í rannsókninni eru gömul en sjálfsskaði er algengastur hjá ungmennum. Sjálfsskaði hefst oftast á unglingsárunum við 13 til 14 ára aldurinn og er talinn vera eitt helsta geðheilbrigðisvandamál þess aldursflokks (Klonsky og Muehlenkamp, 2007; Long o.fl., 2013). Rannsóknir sýna að yngri unglingar skaði sig oftast en þeir eldri en á móti þá hafa rannsóknir sýnt að eldri unglingar greini frekar frá sjálfsvígshugmyndum og sjálfsvígstilraunum en þeir yngri (Preyde o.fl., 2012). Sjálfsskaði er miðað við flestar rannsóknir algengastur meðal unglings stúlkna en hefur verið greindur hjá börnum niður í 6 ára aldur og hjá fullorðnum upp í 90 ára aldurs (Hicks og Hinck, 2008). Sjálfsskaðandi hegðun er sjaldgæf undir 12 ára aldri en tíðnin eykst hratt í gegnum unglingsárin (Kidger o.fl., 2012).

Ástæða þess að sjálfsskaði er algengastur meðal unglinga er meðal annars talin vera viðkvæmni unglingsáranna og það hvað unglingar eru móttækilegir fyrir áhrifum frá jafnöldrum sínum (Jacobs-Kayam o.fl., 2013). Há tíðni sjálfsskaða hjá unglingsum er áhyggjuefni en sterk tengsl eru á milli sjálfsskaða og sjálfsvíga þó svo að sjálfsskaði sé ekki sjálfsvígstilraun. Langstærstur hluti þeirra sem skaða sig eða 95% gera það ekki sem hluta af sjálfsvígstilraun. Þrátt fyrir þetta eru skýr tengsl milli sjálfsvíga og sjálfsskaða þar sem 40% til 60% þeirra sem fremja sjálfsvíg hafa sögu um sjálfsskaða (Long o.fl., 2013). Saga um sjálfsskaða er því einn af aðal áhættuþáttum sjálfsvíga seinna í lífinu (Anderson o.fl., 2004).

Algengast er að fólk skaði sig einu sinni eða nokkrum sinnum en eingöngu minnihlutinn þróa með sér langvarandi, endurtekna hegðun (Klonsky og Muehlenkamp, 2007). Algengast er að fólk skaði sig í

einrúmi og verður sjálfsskaði því algengari á þeim tíma dags þegar einstaklingurinn upplifir einangrun eða einmannaleika. Áhættutími er því þegar lítið er um skipulagðar athafnir í daglegu lífi einstaklingsins, sérstaklega á kvöldin áður en farið er að sofa (Bosman og van Meijel, 2008; Clarke og Whittaker, 1998). Algengast er að sjálfsskaðinn sé ekki skipulagður fram í tímann en flestir skaða sig innan klukkustundar frá því að þörfin kemur fram (Madge o.fl., 2008).

## 2.4 Áhættuþættir

Margir þættir auka líkur fólks á að þróa með sér sjálfsskaðandi hegðun. Persónueinkenni fólks geta haft mikið að segja og erfiðleikar með að tjá tilfinningar sínar og átta sig á þeim er sterkur áhættuþáttur. Sjálfshatur, sjálfsgagnrýni, vonleysi og lækkað skaplyndi eru einnig sterkir áhættuþættir (Klonsky og Muehlenkamp, 2007). Þeir sem skaða sig finna oftast fyrir tíðari og sterkari neikvæðum tilfinningum í sínu daglega lífi en þeir sem skaða sig ekki. Þeir sem skaða sig greina einnig frá fleiri þunglyndis- og kvíðaeinkennum. Sjálfsskaðinn dregur tímabundið úr þessum neikvæðu tilfinningum og er það talið vera aðaltilgangur sjálfsskaðans hjá flestum (Klonsky og Muehlenkamp, 2007).

Stór hluti fólks með geðraskanir hefur tilhneigingu til að skaða sig eða um 20% fullorðinna og 40% til 80% barna og unglunga (Bosman og van Meijel, 2008; Ferrara o.fl., 2012; Krishnakumar o.fl., 2011). Geðraskanir eru því einn af áhættuþáttum sjálfsskaða, þar sem tíðar og sterkar neikvæðar tilfinningar eru einkenni fjölmargra geðraskana. Þar má meðal annars nefna kvíða og lyndisraskanir, átraskanir, geðhvarfasýki, ADHD og persónuleikaraskanir (Klonsky, 2009; Preyde o.fl., 2012). Algengast er að sjálfsskaði sé tengdur við persónuleikaraskanir og þá helst við jaðarpersónuleikaröskun og samkvæmt DSM kerfinu er sjálfsskaði flokkaður sem einkenni hennar (Ferrara o.fl., 2012). Faraldsfræðilegar niðurstöður hafa bent til þess að 80% fullorðinna einstaklinga með jaðarpersónuleikaröskun hafi skaðað sig að minnsta kosti einu sinni (Ferrara o.fl., 2012).

Gagnrýnisraddir hafa þó verið á lofti um að fólk sem skaðar sig sé greint með jaðarpersónuleikaröskun þó svo að það skorti mörg önnur greiningaratriði röskunarinnar (Hicks og Hinck, 2008). Nýttillögð greining á sjálfsskaðandi hegðun, án vilja til að deyja (NSSI) er að líta dagsins ljós og mun hegðunin þá vera greind sem sjálfstæð greining en ekki einkenni annars geðsjúkdóms. Greiningin mun eiga við þá einstaklinga sem hafa skaðað sig í fimm daga eða fleiri á síðastliðnu ári, en þetta á ekki við um sjálfsvígstilraunir, og þarf sjálfsskaðinn að valda miklum þjáningum eða veikindum. Með því að gera sjálfsskaða að greiningu mun vonandi draga úr þeirri stöðluðu hugmynd að allir þeir einstaklingar sem skaði sig séu með jaðarpersónuleikaröskun (Ferrara o.fl., 2012). Mun þetta hjálpa til við að staðfesta sjálfsskaða sem heilbrigðishegðun en ekki eingöngu sem einkenni geðraskana (O'Connor, Rasmussen og Hawton, 2012). Sjálfsskaði er þekktur hjá fólki sem ekki er greint með geðröskun en talið er að rúmlega helmingur hafi þó undirliggjandi geðröskun (Bosman og van Meijel, 2008).

Fjölmargir neikvæðir atburðir í æsku hafa áhrif á einstaklinginn allt hans líf. Þar má m.a. nefna misnotkun, heimilisofbeldi, vanrækslu, aðskilnað við ástvini, alkóhólisma fjölskyldumeðlima, eða endurtekna sjúkrahúsinnlagnir (Jacobs-Kayam o.fl., 2013). Atburðir sem þessir geta leitt til lélegrar og viðkvæmrar sjálfs- og líkamsímyndar, ásamt lélegs sjálfsöryggis og sjálfsálits. Einnig geta alvarlegir atburðir í æsku orðið til þess að einstaklingurinn eigi erfitt með að þekkja og tjá hugsanir sínar og

tilfinningar. Meiri líkur eru á að þeir sem búa yfir slíkri reynslu þrói með sér sjálfsskaða sem bjargráð til að tjá erfiðar og bældar tilfinningar (Bosman og van Meijel, 2008). Sjálfsskaðinn verður þannig tjáskiptarleið þar sem innri vanlíðan er tjáð með líkamlegum skaða og áverkum (Long o.fl., 2013).

Kynferðisleg misnotkun í æsku er sterkasti einstaki áhættuþáttur sjálfsskaða seinna í lífinu (Hicks og Hinck, 2008). Fórnarlömb kynferðislegrar minotkunar eiga á hættu að öðlast óskýra mynd af sjálfum sér og þar með tilfinningum sínum vegna þess að öryggisþörfum þeirra var ekki mætt í æsku og tilfinningum þeirra ekki sinnt. Sjálfsskaði verður þannig leið til að fá útrás fyrir innri vanlíðan og tilfinningar sem viðkomandi kann ekki að tjá með orðum. Þar sem brotið var á trausti þessara einstaklinga í barnæsku eiga þeir oft erfitt með að treysta öðrum og þar af leiðandi eiga þeir oft erfitt með að mynda meðferðarsamband við meðferðaraðila (Simpson, 2006). Rannsóknir hafa bent til þess að alvarleiki sjálfsskaða á unglingsárum sé í beinu samhengi við tíðni og alvarleika misnotkunarinnar í æsku. Algengast er að sjálfsskaði sökum kynferðislegrar misnotkunar komi fram vegna sjálfsgagnrýni og sjálfhaturs, og byrji á unglingsárunum þegar unglingurinn tekst á við kynþroskann og breytingar á eigin líkama (Jacobs-Kayam o.fl., 2013).

Vanræksla er sterkur áhættuþáttur fyrir sjálfsskaða seinna í lífinu líkt og misnotkun. Einstaklingum, sem hafa verið vanræktir sem börn, hefur ekki verið kennt að þekkja tilfinningar sínar og jafnvel verið skammaðir fyrir ákveðnar tilfinningar sem eru hluti af mannlegu eðli (Hicks og Hinck, 2008). Þetta veldur því að þessir einstaklingar eiga erfitt með að átta sig á eigin tilfinningum og þar með einnig erfitt með að tjá þær (Klonsky og Muehlenkamp, 2007). Í stað þess að tjá tilfinningar sínar byrgja þeir þær inni og skammast sín fyrir þær. Tilfinningarnar sem hafa ekki verið viðurkenndar í barnæsku vekja e.t.v. upp reiði hjá viðkomandi sem hann refsar sjálfum sér fyrir með því að skaða sig (Hicks og Hinck, 2008; Simpson, 2006).

Samband milli álags og sjálfsskaða hjá ungmennum hefur verið mikið rannsakað og algengt er að sjálfsskaði byrji vegna bráðs eða langvarandi álags (Simpson, 2006), eins og kemur fram í rannsókn Krishnakumar, Geeta og Riyaz frá árinu 2010. Þar var rannsakað samband álags og sjálfsskaða og sýndu niðurstöðurnar að 90% ungmennanna í úrtakinu hafði upplifað annað hvort brátt eða langvarandi álag. Nærri því helmingur þeirra hafði upplifað brátt álag ofan á langvarandi álagstímabil og var fjölskyldan upptök álagsins hjá meirihluta barnanna. Einn fjórði barnanna hafði misst annað eða báða foreldra sína og annar fjórðungur hafði upplifað ósamlyndi milli foreldra sinna (Krishnakumar o.fl., 2011).

Í rannsókn Simpson árið 2004 var reynsla ungmenna sem skáru sig skoðuð og kom í ljós að þeir atburðir sem ollu miklu álagi voru aðallega tengdir miklum einmannaleika, vonleysi og það að geta ekki haft áhrif á aðstæðurnar sem að lokum leiddi til þess að ungmennin fjarlægðust frá vinum sínum og að lokum frá sjálfum sér. Einangrunin varð til þess að sjálfsmýndin hlaut skaða og ungmennin fóru að nota sjálfsskaða sem bjargráð. Dæmi um atburði sem ungmennin nefndu voru erfiðleikar í samböndum, erfiðleikar innan fjölskyldunnar, ofbeldi, misnotkun og það að verða fyrir einelti á vinnustað eða í skólanum (Simpson, 2006). Einelti og það að verða fyrir stríðni er sérstaklega áhættuþáttur hjá strákum en það tvöfaldar líkurnar á því að þeir noti sjálfsskaða sem bjargráð. Sterkasti áhættuþátturinn meðal unglingsdregja er þó fíkniefnanotkun en þeir sem nota fíkniefni eru margfalt líklegri til að skaða sig (Kirchner o.fl., 2011).



Vímuefnamisnotkun er sterkur áhættuþáttur sjálfsskaða hjá báðum kynjum og á það sameiginlegt með sjálfsskaða að valda einstaklingnum líkamlegum skaða og deyfa tilfinningar. Vímuefni eru oft notuð samfara sjálfsskaða og benda rannsóknir til þess að þeir sem misnoti vímuefni hafi hærrí tífni af sjálfsskaða (Klonsky og Muehlenkamp, 2007). Aðrir áhættuþættir sem komið geta fram á unglingsárunum eru m.a. það að eiga vini eða tilheyra hóp sem stundar það að skaða sig en þá verður sjálfsskaði að viðurkenndri leið til að takast á við erfiðleika og meiri líkur eru á því að unglingsprófi það (Klineberg o.fl., 2013). Áhrif fyrirmýnda á sjálfsskaðandi hegðun barna og unglunga hefur verið mikið rannsökuð. Börn og unglingar geta fengið hugmyndina af sjálfsskaðandi hegðun frá fyrirmýndum úr þeirra eigin lífi eða frá fjölmiðlum. Í rannsókn Krishnakumar, Geeta og Riyaz frá árinu 2010 kom fram að í 17% tilvika lærðu unglingsprófi sjálfsskaða frá fyrirmýndum í sínu eigin lífi á meðan 24% unglunganna lærðu um sjálfsskaða með því að horfa á sjónvarpið eða bíómyndir (Krishnakumar o.fl., 2011). Samkvæmt rannsókn O'Connor, Rasmussen og Hawton (2012) kom fram að ef einstaklingur á fjölskyldumeðlim eða vin sem skaðar sig þá er það tölfræðilega sterkasti áhættuþátturinn í þróun sjálfsskaða hjá viðkomandi, þetta er í samræmi við þá hugmynd að sjálfsskaði sé smitandi (O'Connor, Rasmussen og Hawton, 2012).

Einmanaleiki er talinn vera sterkur áhættuþáttur þegar kemur að sjálfsskaðandi hegðun og sjálfsvígshugsunum hjá ungmennum. Finnisk rannsókn leiddi í ljós að þau ungmenni sem fundu fyrir miklum einmanaleika áttu frekar á hættu en aðrir að skaða sig eða vera með sjálfsvígshugsanir en þeir sem ekki fundu fyrir einmanaleika. 40,9% stelpna og 18% stráka sem voru mjög oft einmana greindu frá sjálfsskaðandi hegðun (Rönka o.fl., 2013).

Óörugg vinatengsl geta aukið líkur ungmenna á að skaða sig. Rannsóknir hafa sýnt að strákar sem forðast að umgangast jafningja sína og stelpur sem eru kvíðnar og óöruggar yfir vinatengslum sínum, eru helmingi líklegri til að skaða sig heldur en önnur ungmenni (Bosman og van Meijel, 2008; Kirchner o.fl., 2011; Stallard, Spears, Montgomery, Phillips og Sayal, 2013). Það gefur því auga leið að verndandi þættir gegn sjálfsskaða eru m.a. þeir að eiga góða vini sem hægt er að leita til og traust samband við foreldra (Kirchner o.fl., 2011; Stallard o.fl., 2013). Aðrir verndandi þættir sem rannsakaðir hafa verið eru m.a. félagshæfni, sterk sjálfsvitund, jákvæð framtíðarsýn, vitræn hæfni, gott skólaumhverfi, að búa með báðum foreldum, sterk sjálfsmýnd, sjálfstraust og framtakssemi. Aftur á móti getur framtakssemi einnig virkað sem áhættuþáttur sjálfsskaða því að mikla staðfestu og sjálfsgæta þarf til að framfylgja hugmyndum og hugsunum um að skaða sig (Shek og Yu, 2012).

Sterk tengsl eru milli sjálfsskaða og sjálfsvígstilrauna. Sambandið er flókið þar sem sjálfsvígstilraun er áhættuþáttur sjálfsskaða, og sjálfsskaði er áhættuþáttur sjálfsvíga. Tvær nýlegar rannsóknir sýndu að sjálfsskaði væri sterkari áhættuþáttur fyrir sjálfsvíg í framtíðinni en fyrri sjálfsvígstilraun á meðal ungmenna með þunglyndi. Það er því líklegt að talsverður hópur ungmenna sem fá bráðageðþjónustu vegna sjálfsvígshæðunar hafi sögu um eða séu í áhættuhóp fyrir sjálfsskaða (Washburn o.fl., 2012). Algengt er að ungmenni sem skaða sig hafi áður gert tilraun til sjálfsvígs og 70% þeirra hafa reynt það oft en einu sinni (Preyde o.fl., 2012). Ekki er enn vitað að hve miklu leyti sjálfsskaði tengist vilja til að deyja með tilliti til áhættuþátta, verndandi þátta og mismunandi hlutverka. Einstaklingar sem skaða sig eru samt sem áður í aukinni áhættu á sjálfsvígstilraunum borið saman við þá sem skaða sig aldrei

(Kidger o.fl., 2012). Sambandið milli sjálfsskaða og sjálfsvígshugsana styrkist því oftast sem einstaklingurinn skaðar sig (Kidger o.fl., 2012).

Fordómar í garð sjálfsskaða sem birtast t.d. í því að litið er á sjálfsskaða sem athyglissýki og leið til að ráðskast með aðra, ýtir undir skömm hjá þeim sem skaðar sig og virkar þannig sem áhættuþáttur að sjálfsskaðinn haldi áfram eða verði verri (Long o.fl., 2013).

Fyrir fólk sem skaðar sig getur meðferð virkað sem áhættuþáttur. Þeir sem eru inniliggjandi á meðferðarstofnun finna fyrir ákveðinni höfnun og einangrun við það að að vera inni á stofnun og allar breytingar á dagskrá inná deildinni geta aukið líkur á sjálfsskaða. Tilfellum sjálfsskaða fjölgar þar af leiðandi t.d. oft við vaktaskipti og um helgar þegar hluti sjúklinga fer heim í leyfi og þeir sem eftir eru upplifa einmanaleika og aukinn óróleika (Clarke og Whittaker, 1998).

## 2.5 Kenningar og orsakir

Það hefur lengi vafist fyrir rannsakendum hvað orsakar sjálfsskaða, hvað það er sem fær einstaklinginn til að skaða sig vísitandi (Simpson, 2006) og hvers vegna sumt ung fólk skaðar sig í einrúmi á meðan aðrir sýna sjálfsskaðandi hegðun sína (Madge o.fl., 2008). Fyrsta rannsóknin á þessu sviði var framkvæmd árið 1913 af Emerson en í rannsókn sinni skoðaði hann sjónarhorn þeirra sem skaða sig og skýringar þeirra á orsökunum. Hann komst að þeirri niðurstöðu að sjálfsskaði var tilkominn vegna andlegrar vanlíðan sem einstaklingur ræður ekki við ásamt innri baráttu við þá tilfinningu að hann lifi ekki innihaldsríku lífi (Simpson, 2006). Fram að því hafði þekking á sjálfsskaða að mestu leiti byggst á kenningum en ekki rannsóknum. Margar yfirgripsmiklar rannsóknir á orsökum sjálfsskaða hafa verið gerðar á nýliðnum árum sökum aukinnar vitundar og vaxandi greindrar tíðni fyrirbærisins (Klonsky og Muehlenkamp, 2007).

Orsakir sjálfsskaða eru einstaklingsbundnar og mikilvægt er að skoða líf einstaklingsins til að gera sér fyllilega grein fyrir orsökunum. Sjálfsskaði þjónar einhverjum tilgangi í lífi hvers einstaklings, til dæmis því að fá útrás fyrir innri vanlíðan, öðlast stjórn yfir aðstæðum sínum og veruleika, upplifa þannig öryggi eða að refsa sjálfum sér. Þrátt fyrir að orsakirnar séu mismunandi og fjölmargar er algengast að um einhverskonar spennulosun sé að ræða (Long o.fl., 2013).

Litið hefur verið á sjálfsskaða sem einkenni jaðarpersónuleikaröskunar frá árinu 1980 þegar hann var fyrst settur inn í DSM kerfið. Gagnrýnisráddir hafa verið á lofti í nokkurn tíma því sífellt fleiri rannsóknir sýna að sjálfsskaðandi hegðun er ekki einungis bundin við persónuleikaraskanir (Klonsky, 2007). Sjálfsskaðandi hegðun má finna sem einkenni fjölmargra geðraskana t.d. áfallastreituröskunar, átraskana, kvíðaraskana o.fl. (Klonsky, 2009). Rannsóknir benda til þess að eingöngu um helmingur þeirra sem skaða sig séu haldnir einhverskonar geðröskun og því sé ekki endilega samasemmerki á milli sjálfsskaðandi hegðunar og undirliggjandi geðröskunar (Bosman og van Meijel, 2008; (Long o.fl., 2013).

Samkvæmt fræðilegu yfirliti frá árinu 1998 eru flestir rannsakendur sammála um að sjálfsskaða megi skipta í þrjá flokka eftir orsökum, þeir eru sjálfsskaði sem hluti af alvarlegum geðrænum sjúkdómi á borð við geðklofa, sjálfsskaði sem er hluti af líffræðilegri orsakafræði, eins og t.d. Tourette heilkenni og að lokum sjálfsskaði sem er tilkominn vegna hvorugra þessa (Clarke og Whittaker, 1998).

Ákveðna fordóma er að finna gegn sjálfsskaða og er stundum litið á hann sem form af athyglisleit en það stangast á við niðurstöður nýlegra rannsókna. Rannsóknir hafa sýnt að einstaklingar skaða helst þá líkamsparta sem auðveldast er að fela frá öðrum. Warm o.fl. framkvæmdu rannsókn á netinu um viðhorf til sjálfsskaðandi hegðunar sem sýndi að 70% þeirra sem tóku þátt voru ósammála þeirri staðhæfingu að sjálfsskaði væri athyglisleit. Þessar niðurstöður eru í mótsögn við þá skoðun að einstaklingar skaði sig til þess að fá athygli frá öðrum (Messina og Iwasaki, 2011).

### **2.5.1 Sjálfsskaði sem spennulosun**

Algengt er að áður en sjálfsskaði er framkvæmdur upplifi einstaklingurinn mikla reiði, kvíða eða pírting sem hann fær útrás fyrir með því að skaða sig. Algengar tilfinningar í kjölfar sjálfsskaðans eru svo tímabundinn léttir og vellíðan (Bosman og van Meijel, 2008; Klonsky og Muehlenkamp, 2007). Lífeðlisfræðileg svörun verður í kjölfar sjálfsskaðans (Kidger o.fl., 2012), sem fellst í að endorfín losun verður í heilanum sem veldur tímabundinni vellíðan og létti í kjölfar skaðans en þetta varir þó ekki nema í nokkrar mínútur (Bosman og van Meijel, 2008; Klonsky og Muehlenkamp, 2007). Þannig getur ávanabinding orðið þegar einstaklingurinn fer að nota þetta bjargráð til að takast á við ýmsar erfiðar tilfinningar. Þú getur myndast fyrir áhrifum endorfínsins og þarf skaðinn sífellt að verða meiri og meiri til að ná fram spennulosuninni sem felst í áhrifum endorfínsins. Þetta getur leitt til þess að einstaklingurinn skeri sig of djúpt og hættan á ófyrirsjáanlegum dauðsföllum eykst. Sjálfsskaði er talinn geta verið jafn ávinabindandi og reykingar og áfengismisnotkun (Hicks og Hinck, 2008).

Haines o.fl. gerðu rannsókn á lífeðlisfræðilegri svörun annars vegar þeirra sem skaða sig og hins vegar þeirra sem hafa aldrei skaðað sig. Þátttakendur voru beðnir að ímynda sér atvik um sjálfsskaða og lífeðlisfræðileg viðbrögð þeirra skoðuð í kjölfarið. Þeir sem sköðuðu sig upplifðu spennulosun í kjölfarið en þeir sem sköðuðu sig aldrei upplifðu hins vegar aukna spennu (Kidger o.fl., 2012). Þessar niðurstöður benda til þess að það sé lífeðlisfræðilegur munur á viðbrögðum einstaklinga eftir því hvort þeir skaði sig eða ekki.

### **2.5.2 Sjálfsskaði sem leið til að refsja sjálfum sér**

Sjálfsskaði sem leið til að refsja sjálfum sér er talin næst algengasta orsök sjálfsskaða á eftir spennulosun (Klonsky og Muehlenkamp, 2007). Sjálfsskaði er oft tengdur því að fólk þekkir ekki eða kann ekki að meðhöndla tilfinningar sínar. Algengt er að þessum einstaklingum hafi verið kennt að ýmsar mannlegar tilfinningar séu óeðlilegar og illar í eðli sínu, dæmi um þessar tilfinningar eru reiði og kynlífstengdar tilfinningar. Vanræksla í æsku er sterkur áhættuþættir fyrir því að einstaklingur skaði sig til að refsja sér. Börnum sem hafa verið vanrækt hefur aldrei verið kennt að þekkja tilfinningar sínar né viðurkenna þær. Þegar tilfinningar sem þessar vakna refsar viðkomandi sér fyrir að hafa þær með því að skaða sig (Hicks og Hinck, 2008; Simpson, 2006). Vellíðunartilfinningin sem einstaklingurinn finnur fyrir í kjölfar skaðans getur svo orðið tilefni til að skaða sig á ný sökum fyrirlitningar og samviskubits (Hicks og Hinck, 2008). Saga um kynferðislegt ofbeldi er eins og áður segir sterkasti einstaki áhættuþætturinn fyrir sjálfsskaða og hefur mikil áhrif á sjálfsmynd og sjálfsöryggi einstaklingsins. Sjálfsskaði sem kominn er til vegna sjálfshatars og refsingar er algengur hjá þeim sem hafa verið misnotaðir kynferðislega (Hicks og Hinck, 2008; Jacobs-Kayam o.fl., 2013).

### **2.5.3 Sjálfsskaði sem hluti af sjálfsvígshegðun**

Í mörg ár var litið á sjálfsskaða sem misheppnaða tilraun til sjálfsvígs en sú sýn takmarkar tilgang sjálfsskaðans með því að gefa ekki ástæðum að baki hans rétt á sér (Adams, Rodham og Gavin, 2005). Það eru talsverðar deilur um það hvers vegna ungt fólk skaðar sig og hvort sjálfsskaði sé tengdur sjálfsvígstilraunum, kemur þetta að hluta til vegna ruglings á fræðiheimum (Madge o.fl., 2008). Það gæti verið að sjálfsvígshugsanir leiði einstaklinga til sjálfsskaða, annað hvort til að bregðast við eða minnka löngunina, eða að sjálfsskaði valdi tilfinningalegri þjáningu sem svo stuðlar að sjálfsvígshugsunum. Þessir tveir hlutir komi fram saman vegna þriðja þáttarins, til dæmis lágs sjálfálits og geta orsakir lágs sjálfálits svo verið fjórði þátturinn í dæminu (Kidger o.fl., 2012).

### **2.5.4 Sjálfsskaði til að hafa stjórn á aðstæðum og tilfinningum**

Sjálfsskaði er í eðli sínu bjargráð (Messina og Iwasaki, 2011), en mismunandi er í hvaða tilgangi bjargráðið er notað. Rannsóknir hafa sýnt að sjálfsskaði veiti einstaklingum stjórn á tilfinningum sínum með því að minnka neikvæðar tilfinningar (Messina og Iwasaki, 2011), helstu tilfinningar sem um ræðir eru kvíða- og þunglyndiseinkenni. Mikil minnkun kvíða og þunglyndiseinkenna hefur verið greind ásamt minnkun á óreglulegum hugunum í kjölfar sjálfsskaða (Kidger o.fl., 2012).

### **2.5.5 Sjálfsskaði sem leið til að ná tengslum við raunveruleikann**

Fólk sem skaðar sig upplifir stundum tilfinningu um óraunveruleika og finnst það vera dofið og notar þá sjálfsskaða til að ná tökum á raunveruleikanum. Sársaukinn og það að sjá blóðið leka, gefur einstaklingnum þá tilfinningu um að vera raunverulegur og að hann sé á lífi og til staðar í aðstæðunum. Fólk sem skaðar sig hefur lýst því að það sé betra að finna til heldur en að finna ekki neitt (Klonsky og Muehlenkamp, 2007). Sjálfsskaði er notaður til að marka ákveðin skil milli líkamans, sjálfsins og umheimsins og afmarka þannig sjálfið. Húðin er það sem skilur einstaklinginn frá umheiminum og með því að skera í hana myndast ákveðið frelsi og tenging við raunveruleikann. Með því að skera sig öðlast einstaklingurinn ákveðna stjórn yfir aðstæðum og finnst hann sjálfstæðari fyrir vikið (Klonsky og Muehlenkamp, 2007, Jacobs-Kayam o.fl., 2013).

### **2.5.6 Sjálfsskaði sem leið til að flýja raunveruleikann**

Öfugt við það sem lýst var hér að ofan er sjálfsskaði stundum notaður til að flýja raunveruleikann og þar af leiðandi andlega vanlíðan, erfiðar tilfinningar og aðstæður. Með því að fókusa á líkamlegan sársauka kemst fólk hjá því að hugsa um andlega vanlíðan sína. Sumir skera sig í þessum tilgangi rétt áður en þeir taka þátt í streituvekjandi atburðum eða aðstæðum, t.d. áður en það fer að vinna. Þannig verða félagsleg samskipti auðveldari vegna þess að einstaklingurinn upplifir sig ekki fullkomlega til staðar í augnablikinu (Bosman og van Meijel, 2008).

### **2.5.7 Sjálfsskaði og félagsmótun kynjanna**

Eins og áður hefur komið fram er sjálfsskaði algengastur á unglingsárunum en á þeim tíma verður unglingsurinn fyrir áhrifum frá mörgum áttum og það getur verið streituvekjandi. T.d. það að vera í námi, að stofna til sambands, sambands slit, jafningjaáhrif og margt fleira. Þetta hefur allt áhrif á sjálfsmyndina og hvernig unglingsurinn upplifir sjálfan sig og umhverfi sitt. Það að skaða sig getur á

Þessum tíma þróast sem bjargráð til að takast á við óuppgerða atburði úr æsku ásamt streitu og erfiðleikum sem fylgja breytingum unglingsáranna (Anderson o.fl., 2004).

Kynjamunur er á því hvernig ungmenni valda sér skaða en stúlkur hafa í gegnum tíðina verið í meirihluta þeirra sem skaða sig með því að skera sig eða valda sér öðrum líkamlegum áverkum. Aftur á móti eru sjálfsvíg algengari hjá strákum og nota þeir oftast aðrar leiðir til að skaða sig, meðal annars með því að taka of stóran skammt af lyfjum. Félagsmótun kynjanna spilar hér ef til vill inn í þar sem stelpum er kennt að vera þægar og góðar og eru því meiri líkur á því að þær snúi vanlíðan sinni inn á við og byrgi hana inni. Með sjálfsskaðanum fá þær útrás fyrir vanlíðaninni og innbyggðu spennunni sem þær upplifa (Clarke og Whittaker, 1998; Rönka o.fl., 2013). Strákar tjá frekar vanlíðan sína með því að snúa henni gegn umheiminum og öðrum með árásahneigð, afbrotum og áhættuhegðun á borð við lyfja og áfengismisnotkun (Jacobs-Kayam o.fl., 2013; Shek og Yu, 2012). Strákum er kennt að sýna tilfinningar sínar minna og vera sterkir. Því er líklegra að þeir átti sig ekki á vanlíðan sinni eða tjái hana ekki fyrir en orðin ofraun og gæti það skýrt hvers vegna sjálfsvíg eru algengari hjá strákum (Rönka o.fl., 2013). Munur á tíðni milli kynja hvað sjálfsskaða varðar er lítil í yngstu aldursflokkunum en verður mestur á unglingsárunum. Bilið minnkar svo aftur eftir því sem ungmennin eldast, sem leiðir til þess að tíðni meðal kvenna verður aðeins lítið hærri en tíðni meðal karla. Þetta gefur til kynna að munurinn hjá unglungum sé að hluta til kominn vegna þess að strákar og stelpur eru á mismunandi þroskastigum (Kidger o.fl., 2012).

### **2.5.8 Sjálfsskaði til að hafa áhrif á aðra og skapa spennu**

Sjálfsskaði getur í sumum tilfellum verið aðferð til að hafa áhrif á annað fólk. Hvort sem það er til að fá samkennd og stuðning eða til að falla í hópinn með öðrum sem skaða sig líka. Stundum getur sjálfsskaði einnig verið leið til að ráðskast með aðra og stjórna þeim (Klonsky og Muehlenkamp, 2007) er þetta þó óalgengasta ástæða sjálfsskaða (Madge o.fl., 2008). Oft gerir fólk sér ekki grein fyrir því að hegðun þeirra er styrkt af viðbrögðum annarra við henni (Klonsky og Muehlenkamp, 2007).

Sjálfsskaði í þeim tilgangi að skapa spennu er algengur þegar um félagslega hegðun er að ræða. Þegar sjálfsskaðinn er framkvæmdur í ákveðnum vinahópi eða til að vera hluti af hóp. Þá er það að skera sig notað sem leið til að mynda spennu og hálfgerða vímu, svipað og um fallhlífastökk eða teygjustökk væri að ræða. Þetta form sjálfsskaða er ólíkt öðrum að því leiti að það er ekki framkvæmt sökum djúpstæðrar vanlíðan (Klonsky og Muehlenkamp, 2007, Jacobs-Kayam o.fl., 2013).

## **2.6 Meðferð og batahorfur**

Þrátt fyrir aukinn áhuga rannsakenda á sjálfsskaðandi hegðun, þá hafa fáar meðferðir verið þróaðar sérstaklega fyrir sjálfsskaða og þar af leiðandi er lítið vitað um árangur og batahorfur einstaklinga sem hafa fengið meðferð gegn sjálfsskaða (Preyde o.fl., 2012). Það er einstaklingsbundið hvaða meðferð virkar best fyrir hvern og einn einstakling og fer það meðal annars eftir tilgangi sjálfsskaðans í lífi viðkomandi. Það er mikilvægt að meðferðaraðilinn komist að rót vandamálsins og finni hver er undirliggjandi tilgangurinn fyrir sjálfsskaðanum (Klonsky, 2009; Long o.fl., 2013). Það er mikið áhyggjuefni að engin meðferð hafi verið þróuð sérstaklega fyrir unglunga sem skaða sig. Skortur er á inngrípum fyrir sjálfsskaða á meðal unglunga sem gæti verið vegna tiltölulega nýlegs áhuga og viður-

kenningar á vandamálinu á meðal þessa aldurshóps. Þetta gæti lagast ef sjálfsskaðandi hegðun verður samþykkt sem geðræn röskun (Washburn o.fl., 2012).

Líkamlegur skaði í kjölfar sjálfsskaða er sjaldnast lífsógnandi og það mikill að hann þarfnist lækni meðferðar. Oftast er um yfirborðssár að ræða sem skilja eftir sig ör á líkamanum sem geta svo orsakað slæma sjálfs- og líkamsmynd (Jacobs-Kayam o.fl., 2013). Þrátt fyrir að oftast sé um yfirborðssár að ræða getur sjálfsskaði verið lífsógnandi og eru þeir sem skaða sig í áhættuhóp fyrir sjálfsvíg og sjálfsvígstilraunir. Einn sterkasti áhættuþáttur sjálfsvíga hjá ungu fólki er fyrri reynsla af sjálfsskaðandi hegðun (Anderson o.fl., 2004). Fólk sem skaðar sig er 18 sinnum líklegra til að falla fyrir eigin hendi en aðrir, bæði vegna ásetnings um að enda eigið líf og vegna slysnis. Sjálfsvíg geta orðið af slysnis þegar ekki er nógu varlega farið þegar sjálfsskaðinn er framkvæmdur. Hættan á óhöppum eykst eftir því sem sjálfsskaðinn varir lengur. Endorfín losun í heila veldur því að fíkn myndast og einstaklingurinn þarf að skaða sig oft og dýpra til að ná fram sömu áhrifum og fyrr. Þetta verður til þess að sárin verða dýpri og hættan á sjálfsvígi af slysnis eykst. Það er því mikilvægt að gripið sé inn í áður en sjálfsskaðinn verður að fíkn. Því lengur sem sjálfsskaðinn varir því erfiðar er að hætta (Hicks og Hinck, 2008).

Sjálfsskaði er stundum tengdur við ákveðna tilraunastarfsemi á unglingsárunum. Bresk rannsókn var gerð meðal 15 til 16 ára unglunga á viðhorfi þeirra til sjálfsskaða. Þriðjungur þátttakendanna hafði aldrei skaðað sig, þriðjungur hafði einu sinni prófað það en þriðjungur gerði það endurtekið. Nokkrir af unglungunum töluðu um að þeir hefðu getað hætt að skaða sig þegar þeir vildu og ákváðu að hætta eða þegar þeir fundu ekki fyrir þörf til að skaða sig lengur. Meirihluti unglunganna talaði þó um að það að hætta að skaða sig væri flókið og mjög erfitt (Klineberg o.fl., 2013). Það er því greinilegt að meðferð gegn sjálfsskaða, hvort sem hann er framkvæmdur með eða án vilja til að deyja, er bráðnauðsynleg. Á meðan fræðin rannsaka kenningar að baki sjálfsskaðandi hegðunar, þá þarf heilbrigðiskerfið að bregðast við henni. Sú nálgun sem notuð er í heilbrigðiskerfinu hefur frekar verið sú að skoða sjálfsskaðan sjálfan, þ.e. hvaða aðferðir eru notaðar og fleira því tengt en minni áhersla lögð á að skoða einstaklinginn á bakvið skaðann. Þessi nálgun er skiljanleg út frá því mikla álagi sem er á heilbrigðiskerfinu og vegna hræðslunnar við að hegðunin muni draga einstaklinginn til dauða, en þetta gefur einfalda sýn á sjálfsskaða, þar sem einungis er lögð áhersla á kenningar um sjálfsskaða á kostnað einstaklingsbundinna þátta (Adams o.fl., 2005). Heilbrigðisstarfsfólk þarf að meðhöndla ungmenni sem skaða sig jafnvel þó engin sérhæfð meðferð sé til. Meðferðaraðilar geta þó leitað í almennar klínískar leiðbeiningar um sjálfsskaða, þar til sérhæfð meðferð verður hönnuð (Washburn o.fl., 2012).

Árið 2004 gaf National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) út klínískar leiðbeiningar um sjálfsskaðandi hegðun, en NICE leiðbeiningarnar eru ekki eingöngu um sjálfsskaðandi hegðun. Í samræmi við niðurstöður rannsókna á sjálfsskaðandi hegðun er sjálfsskaði skilgreindur sem sjálfseitrun eða líkamlegur sjálfsskaði, án tillits til hlutverks athafnarinnar. Einungis lítill hluti af NICE leiðbeiningunum fjallar um sálfræðimeðferðir og lítið er til um hvers konar meðferð er best að nota. Mælt er með díalektísk atferlismeðferð, en einungis fyrir einstaklinga með sjálfsskaða og með greininguna jaðarpersónuleikaröskun. Árið 2009 gaf the Royal Australian & New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP) út klínískar leiðbeiningar um sjálfsskaðandi hegðun, þar sem sjálfsvígs-

hegðun og sjálfsskaða án vilja til að deyja var blandað saman. RANZCP leiðbeiningarnar gefa ítarlegri upplýsingar um meðferðarnálganir sjálfsskaða en NICE leiðbeiningarnar. Mælt er með að veita meðferð við undirliggjandi geðröskunum, koma í veg fyrir frekari sjálfsskaða, minnka líkamlega skaðan, bæta bjargráð, minnka álag, koma í veg fyrir sjálfsvíg og styrkja fjölskylduna (Washburn o.fl., 2012).

### **2.6.1 Hugræn atferlismeðferð (HAM)**

Fáar rannsóknir hafa skoðað áhrif meðferðar sem þróuð er sérstaklega fyrir ungmenni sem skaða sig. Meirihluti rannsókna hafa beint athyglinni að sjálfsskaða tengdum sjálfsvígstilraunum en ekki sjálfsskaða einum og sér, sem flækir túlkun niðurstaðna. Auk þess hafa margar rannsóknir skoðað ungmenni og fullorðna saman, á meðan fáeinir hafa rannsakað ungmennin sérstaklega. Nokkur afbrigði af hugrænni atferlismeðferð hljóta mestan stuðning í fræðunum og hafa fengið mesta athygli rannsókna á þessu sviði. HAM er gagnreynd meðferð og mikið notuð við líkamlegum sjálfsskaða. Sértek meðferðarform sem falla undir HAM eru lausnamiðuð meðferð, díalektísk meðferð og hefðbundin hugræn atferlismeðferð. Þessi meðferðarform eiga það sameiginlegt að meta hvert er hlutverk sjálfsskaðans hjá hverjum og einum, kenna ákveðna færni t.d við lausnir vandamála og streituþol, nota ákveðin hegðunarinngrip t.d með því að fjarlægja það sem styrkir hegðunina og gera virkniáætlun fyrir daginn og stuðla að vitsmunalegri enduruppbyggingu. MACT meðferð sem blandar saman lausnamiðaðri meðferð og aðferðum hugrænna atferlismeðferðar hefur reynst vel og sýnt fram á lækkaða tíðni sjálfsskaða ásamt því að lengja tímann milli sjálfsskaða hjá þeim sem eru með langvarandi sjálfsskaðandi hegðun þ.e. hjá þeim sem skaða sig enn þá ári eftir meðferð (Klonsky og Muehlenkamp, 2007).

Tegund af hugrænni atferlismeðferð, lausnamiðuð meðferð var ein fyrsta meðferðin við sjálfsskaða. Lausnamiðuð meðferð felur í sér þjálfun í nauðsynlegri hæfni til að ráða fram úr vandamálum. Þau markmið sem stefnt er að, eru að þróa eða auka jákvæða lausnamiðaða hugsun, þjálfu upp gagnreynda hugsun við lausn vandamála t.d. með því að afmarka og skilgreina vandamál og setja þau fram skipulega. Einnig er stefnt að því að minnka tilhneigingu til að forðast að leysa vandamál, sömuleiðis að minnka hvatvísi og kærulausa ákvarðanatöku. Inn í þessu líkani er hugtakinu sjálfsskaða lýst sem árangurslausri lausn á vandamálum og með þjálfun í viðhorfum og færni til að leysa vandamál, þá minnkar þörfin á að skaða sig til þess að ráða fram úr aðstæðunum (Washburn o.fl., 2012). Rannsóknir á HAM við sjálfsskaða sýna mismunandi niðurstöður en benda þó til þess að þær virki ekki vel til langtíma litið. Stór rannsókn sem gerð var á HAM hjá fólki sem skaðar sig sýndi að 60% einstaklinganna í rannsókninni hætti að skaða sig í kjölfar meðferðarinnar en aftur á móti voru bakslög mjög algeng og stór hluti fór að skaða sig aftur (Asarnow, Porta og Spirito, 2011).

### **2.6.2 Díalektísk atferlismeðferð (DAM)**

Díalektísk atferlismeðferð lofar góðu og stefnir að því að bæta tilfinningastjórnun og var hún þróuð af Marsha Linehan til að meðhöndla konur greindar með jaðarpersónuleikaröskun og krónískar sjálfsvígshugsanir (Geddes, Dziurawiec og Lee, 2013). Þó hún hafi ekki verið þróuð til að meðhöndla sjálfsskaða, þá er hún samt sú tegund af hugrænni atferlismeðferð sem flestar rannsóknir styðja sem bestu meðferðina við sjálfsskaða (Washburn o.fl., 2012). Árið 1997 var DAM fyrir fullorðna breytt til að

hún hentaði betur 13-19 ára ungmennum með sjálfsvígshugsanir, og báru einkenni jaðarpersónuleikaraskana. Meðferðin var styttn úr einu ári niður í 12 vikur til að auka líkurnar á því að sjúklingar lykju meðferðinni, og vikulegri einstaklingsmiðaðri sálfræðimeðferð með fjölskyldumeðlimum var bætt við þegar fjölskylduvandamál voru ríkjandi (Geddes o.fl., 2013). Meðferðin er ströng og inniheldur fjölmargar aðferðir en markmið með meðferðinni er að einstaklingarnir hætti að skaða sig (Simpson, 2006).

DAM er áhrifarík meðferð til að meðhöndla ýmsar aðrar raskanir sem koma til vegna tilfinningalegra erfiðleika (Geddes o.fl., 2013). Meðferðin gengur út á það að minnka tíðni og áhrif neikvæðra tilfinninga og leita leiða til að hjálpa einstaklingnum að takast á við neikvæðar tilfinningar á annan hátt en með því að skaða sig (Klonsky, 2007, 2009). Markmið hennar er að takast á við órólegt atferli með því að kenna ný þjargráð og að leysa vandamál innan öruggs umhverfis. Þar sem áhrifin virðast góð á ungmenni þá lofar það góðu að aðlaga meðferðina að börnum með sjálfsvígshneigð og/eða sjálfsskaða (Perepletchikova o.fl., 2012).

Rannsóknir benda til að DAM gefi jákvæð langtímaáhrif fyrir einstaklinga með sjálfsvígshægðun og jaðarpersónuleikaröskun. Virðist hún virka vel á marga þætti, svo sem á einkenni jaðarpersónuleikaröskunar, þunglyndi, sjálfsvígshugsanir og sjálfsvígstilraunir, sjálfsskaðandi hegðun, félagsfærni og einnig virðist hún minnka notkun geðlyfja ásamt því að lækka tíðni sjálfsskaða (Pistorello og Fruzzetti, 2012). Rannsókn sem gerð var meðal sex unglingsstúlkna sem voru í meðferð vegna sjálfsvígshugsana og sjálfsskaða, styður þessar niðurstöður. Þær greindu allar frá sjálfsskaðandi hegðun í að minnsta kosti þrjú mánuði áður en díalektísk atferlimeðferð hófst. Eftir meðferðina voru fimm af stelpunum sex hættar að skaða sig. Þessi sama rannsókn greindi einnig frá mikilli lækkun sjálfsvígshugsana, kvíða og þunglyndiseinkenna í kjölfar meðferðarinnar ásamt aukinni getu í að þekkja og stjórna tilfinningum sínum. Þessar niðurstöður eru í samræmi við aðrar rannsóknarniðurstöður á árangri DAM (Geddes o.fl., 2013).

Einnig hefur verið sýnt að DAM fækki sjúkrahúsinnlögnum og að færri flosna upp úr meðferð vegna jákvæðra áhrifa á sjálfsskaða og sjálfsvígshneigð (Geddes o.fl., 2013). Rannsóknir benda þó til að þessi meðferð sé ekki betri en önnur meðferð í að draga úr sjálfsskaða og virki frekar á sjálfsvígshægðun og hin ýmsu jaðarpersónuleikaeinkenni (Klonsky og Muehlenkamp, 2007). Sjálfsskaðandi hegðun er líkleg til að þurfa sérstaka sálfræðimeðferð, umfram meðferð við þunglyndi og/eða sjálfsvígshneigð. Jafnvel þótt meðferð fyrir jaðarpersónuleikaröskun sé að öllum líkindum hjálpleg til að minnka sjálfsskaðandi hegðun hjá ungmennum með þessi persónuleikaeinkenni, þá er ekki vitað hvort áköf meðferð, eins og DAM, sé jafn árangursrík eða jafnvel nauðsynleg fyrir unglunga sem skaða sig en hafa ekki persónuleikaraskanir (Washburn o.fl., 2012).

### **2.6.3 Dýnamísk meðferð**

Dýnamísk meðferð er einnig notuð í meðferð sjálfsskaða en líkt og DAM leggur hún aðallega áherslu á meðferð einstaklinga með jaðarpersónuleikaröskun. Sjálfsskaði er þó oft til staðar og er aðal meðferðarmarkmiðið. Dýnamísk meðferð felur m.a. í sér að gera upp gömul persónuleg sambönd og stofna til nýrra sambanda, auka tilfinningatjáningu og meðvitund um tilfinningar ásamt því að bæta sjálfsmyndina (Klonsky og Muehlenkamp, 2007), þessum áföngum er náð með því að skoða hvað það



er sem orsakar sjálfsskaðann. Oft er erfitt fyrir einstaklinginn að komast að því hvað það er nákvæmlega sem orsakar sjálfsskaðann og þarf hann að endurupplifa erfiðar minningar sem tengjast upptökum sjálfsskaðans (Simpson, 2006).

#### **2.6.4 Hópmeðferð**

Hópmeðferð hefur verið mikið rannsökuð fyrir ungmenni sem skaða sig. Þessi meðferð fléttar saman lausnamiðaða þjálfun, sjónarhorn díalektískrar atferlismeðferðar og dýnamískrar meðferðar (Washburn o.fl., 2012).

#### **2.6.5 T-SIB**

Önnur meðferð sem verið er að rannsaka sem meðferð fyrir ungt fólk sem skaðar sig er the Treatment for Non-Suicidal Self-Injury in Young Adults eða T-SIB. Hún var þróuð sérstaklega fyrir ungt fullorðið fólk á aldrinum 18-29 ára. Gengur hún út á það að á níu tímum er notuð áhugahvetjandi meðferðartækni og færniþjálfun til hjálpa til við að leysa vandamál. Þó við álagi er byggt upp, reynt að minnka vitsmunalega afskræmingu og unnið með mannlega færni (Washburn o.fl., 2012).

#### **2.6.6 Óyrt meðferð**

Auk sálfræðimeðferðar er óyrt meðferð á borð við líkamlega hreyfingu og æfingar, slökun og óyrta tjáningu mikilvægar. Markmið þeirra er að draga úr spennu, efla tengingu hugar og líkama og læra að koma ró á hugann. Með þessu lærir viðkomandi að treysta á sjálfan sig og hæfileika sína til að finna aðrar leiðir en sjálfsskaða til að tjá tilfinningar sínar (Bosman og van Meijel, 2008). Greint hefur verið frá því að hreyfing eða að taka þátt í íþrótt sé ein besta leiðin til að berjast á móti lönguninni til að skaða sig. Rannsókn á ungmennum með 13 ára sögu um sjálfsskaðandi hegðun sýndi að löngun og tíðni sjálfsskaðandi hegðunar minnkaði verulega með líkamlegri hreyfingu. Frekari rannsókna er þó þörf til að skilja áhrif þjálfunar og líkamlegrar hreyfingar á ungmenni með sjálfsskaða (Washburn o.fl., 2012).

#### **2.6.7 Lyfjameðferð**

Lyfjameðferð er einnig oft notuð meðfram sálfræðimeðferð, þó er ekki til nein sérstök meðferð gegn sjálfsskaða en lyfjameðferð við undirliggjandi einkennum er þekkt. Þar má t.d. nefna kvíðastillandi lyf og þunglyndislyf (Klonsky og Muehlenkamp, 2007).

#### **2.6.8 Skaðaminnkandi meðferð**

Frá sjónarhorni skjólstæðinga er áhrifaríkasta leiðin til að draga úr sjálfsskaða sú að auka sjálfstæði og ábyrgð þeirra sem skaða sig. Í þessu felst að meðferðaraðilinn þarf að viðurkenna að sjálfsskaði hefur einhvern tilgang hjá skjólstæðingnum og er einhverskonar bjargráð. Með því að viðurkenna þetta er hægt að stuðla að skaðaminnkun með því að kenna þeim sem skaðar sig leiðir til að koma í veg fyrir sýkingar, koma í veg fyrir að skera sig of djúpt, gefa hrein rakvélarblöð og sjúkratöskur. Sumir benda á að sjúkrahúsvistanir og innlagnir vegna sjálfsskaða ættu ekki að vera leyfðar þar sem þær taka allt sjálfstæði og ábyrgð af þeim sem skaðar sig. Einnig leiðir sjúkrahúsumhverfið til þess að

einstaklingurinn upplifir mikla höfnun og vanlíðan sem getur leitt til frekari sjálfsskaða (Clarke og Whittaker, 1998).

## 2.6.9 Áhrif fordóma á meðferðir

Eins og áður hefur komið fram eru töluverðir fordómar gegn sjálfsskaða, heilbrigðisstarfsfólk er þar engin undantekning. Hugmyndir um að sjálfsskaði sé athyglissýki og leið til að ráðskast með aðra er dæmi um fordóma. Fordómar leiða til þess að brugðist er við sjálfsskaða með reiði og afneitun (Clarke og Whittaker, 1998). Fordómar birtast einnig í því að ekki er gerður greinarmunur á sjálfsskaða og sjálfsvígstilraunum og getur það orðið til þess að meðferð gengur erfiðlega og erfiðara er að mynda meðferðarsamband (Simpson, 2006). Með því að auka skilning heilbrigðisstarfsfólks á því hvers vegna fólk skaðar sig er hægt að bæta meðferð og meðferðarhorfur hjá fólki með sjálfsskaða (Klonsky, 2009). Viðhorf heilbrigðisstarfsmanna verða fyrir áhrifum frá almenningi og öfugt. Það er því mikilvægt að heilbrigðisstarfsmenn sem vinna með fólki sem skaðar sig skoði eigin hugsanir og viðhorf. Algengt er að heilbrigðisstarfsmönnum finnist sjálfsskaði óþægilegur, ruglingslegur og sumum finnst hann jafnvel ógeðslegur (Long o.fl., 2013). Fólk sem skaðar sig er sérstaklega viðkvæmt fyrir neikvæðu áliti og tilfinningum í sinn garð, sérstaklega frá heilbrigðisstarfsfólki. Fordómar heilbrigðisstarfsfólks geta því orðið til þess að fólk sem skaðar sig leitar sér síður hjálpar og upplifir mikla afneitun sem verður til þess að sjálfsskaðinn eflist enn frekar (Clarke og Whittaker, 1998).

Rannsóknir sýna að sjálfsskaði er algengur og hefur verið að aukast í ákveðnum faröldrum en ennfremur sýna þær að algengi þess að ungmenni leiti sér hjálpar vegna sjálfsskaða er merkilega lágt (Klonsky, 2007). Samfélags rannsóknir benda til þess að einungis 10 til 13% ungmenna sem skaða sig leiti sér formlegrar hjálpar. Algengara er að unglingar segi vini eða fjölskyldumeðlimi frá sjálfsskaðanum en að þeir leiti til heilbrigðisstofnanna. Þeir sem fá formlega hjálp frá heilbrigðisstarfsfólki vonast eftir því að vera meðhöndlaðir af virðingu og að vandamálum þeirra, tilfinningum og skoðunum sé sýndur skilningur (Klineberg o.fl., 2013). Rannsókir benda til þess að algengt sé að þeir sem leiti sér hjálpar sé ekki sýnd þessi virðing og að það vanti skilning frá heilbrigðisstarfsfólki (Simpson, 2006). Einnig upplifa margir að þeir séu hálfpartinn hunsaðir vegna þess að þeir eru álitnir erfiðir sjúklingar og erfitt að meðhöndla þá. Rannsóknir styðja þessa fullyrðingu að því leiti að hjúkrunarfræðingum finnst erfitt að byggja upp meferðarsamband við fólk sem skaðar sig og veita þeim þann stuðning sem það þarf á að halda. Vandamál við myndun meðferðarsambands má að stórum hluta rekja til mismunandi viðhorfa annars vegar meðferðaraðila og hins vegar sjúklinga til sjálfsskaða og meðferðar sjálfsskaða (Bosman og van Meijel, 2008).

## 2.7 Internet

Vaxandi athygli er veitt að eðli internetnotkunar meðal ungs fólks og áhættunnar sem henni fylgir (Lewis, Heath, Michal og Duggan, 2012). Vegna þess hve einfalt er að nota internetið og aðgangurinn auðveldur, þá hafa myndast aðstæður þar sem einstaklingar geta undir nafnleynd átt í samskiptum við aðra einstaklinga með sömu áhugamál (Messina og Iwasaki, 2011). Tækninýngar hafa breytt því hvernig margir einstaklingar eiga í samskiptum við hvorn annan. Þetta á sérstaklega við um ungmenni sem hafa alist upp á öld þar sem samskipti á internetinu og internet sýndarsamskipti hafa risið upp á

hæð sem á sér ekki fordæmi (Messina og Iwasaki, 2011). Íslensk rannsókn sem framkvæmd var árið 2011 í þeim tilgangi að skoða internet notkun og fíkn unglunga, sýndi að 47% unglunga á aldrinum 13-15 ára sögðust eyða 1-3 klst. á sólarhring á internetinu (Guðmundur Björgvin Sigurbjörnsson og Reynir Hólm Gunnarsson, 2011). Lenhart o.fl. fengu út í rannsókn sinni að 87% bandarískra ungmenna notaði internetið og 51% þeirra notaði það daglega (Messina og Iwasaki, 2011).

Ungmenni hafa daglegan aðgang að internetinu og taka þátt í meiri félagslegum internet samskiptum en nokkur annar aldurshópur. Nafnlaus internet samskipti gera ungmennum kleift að finna hratt aðra einstaklinga með sameiginleg áhugamál. Á internetinu geta því þeir sem hafa sögu um sjálfsskaða verið í sambandi við aðra einstaklinga sem skaða sig (Messina og Iwasaki, 2011). Tíðni sjálfsskaða er hæðst meðal ungmenna og taka þeir sem skaða sig oftast þátt í internet samskiptum en aðrir. Það kemur því ekki á óvart að það hefur verið mikil aukning á áróðurstengdu efni um sjálfsskaða á internetinu á undanföllum árum (Lewis o.fl., 2012). Þetta má e.t.v. skýra út frá því að einstaklingum sem skaða sig þykir ekki þægilegt að ræða sjálfsskaðandi hegðun sína í eigin persónu og leita því frekar í önnur tjáningarform (Lewis o.fl., 2012)).

Þar sem einstaklingar í umræðuhópum á internetinu geta ákveðið að halda sér nafnlausum, þá finnst þeim þeir frjálssari til að tjá neikvæðar tilfinningar eða ræða sjálfsskaða sinn opinskátt án hræðslu við höfnun (Adams o.fl., 2005). Rannsóknir benda stöðugt til þess að tölvunotendur finni minna fyrir sjálfsmeðvitund og finnist þeir minna dæmdir af internet samfélaginu (socially evaluated), sem ýtir undir frekari persónulega uppljóstrun og viðheldur fjarlægð þeirra frá umhverfinu og gefur þeim persónulegt pláss. Internetið getur veitt frjálsræði til að tjá tilfinningar og hugsanir sem taldar eru vera óásættanlegar í raunveruleikanum (Adams o.fl., 2005).

Rannsóknir hafa sýnt að internetið höfðar sérstaklega til einstaklinga sem eiga í erfiðleikum með samskipti augliti til auglitis, hvort sem það er vegna félagslegs kvíða eða vegna sjúkdóms sem veldur skömm. Gross o.fl. skýrðu frá því að ungmenni sem fundu fyrir félagslegum kvíða og/eða fundu reglulega fyrir einmanaleika í skóla væru líklegri til að eiga í samskiptum á internetinu við aðra einstaklinga sem þau þekktu ekki persónulega (Gross, Juvonen og Gable, 2002). Berger o.fl. fundu að þeir einstaklingar sem voru greindir með geðsjúkdóma voru líklegri til að hafa notað internetið til að fá heilbrigðistengdar upplýsingar á seinustu 12 mánuðum, en þeir sem ekki voru greindir með geðsjúkdóma. Þessir einstaklingar voru einnig líklegri til að greina frá samskiptum við lækni um heilbrigðistengd málefni á internetinu (Berger, Wagner og Baker, 2005). Félagsleg internet samskipti hafa þannig tekið á sig meðferðarform fyrir ungt fólk sem sækir handhægan og tilfinningalegan stuðning á internetinu (Messina og Iwasaki, 2011).

Til eru margar svokallaðar stuðningssíður, fyrir hin fjölbreyttustu viðfangsefni og sjúkdóma, en að undanförunu hefur athygli beinst að síðum um sjálfsskaða vegna möguleika þeirra til að, annað hvort hjálpa einstaklingum að ná bata eða að auka á einkenni sjálfsskaða. Fræðilegar greinar hafa sýnt fram á að internetsíður með sjálfsskaðandi efni veiti nafnlausan stuðning fyrir einstaklinga sem skaða sig, frá öðrum einstaklingum með svipaða reynslu. Tilfinningalegi stuðningurinn sem einstaklingar upplifa á þessum síðum er ólíkur þeim sem þeir myndu upplifa frá heilbrigðisstarfsfólki. Mikið er deilt um hvort þessar internetsíður hjálpi fólki eða hindri bata þeirra (Messina og Iwasaki, 2011). Sumir rannsakendur

hafa greint frá því að þessar internet síður gefi nauðsynlegan stuðning, á meðan aðrir hafa áhyggjur af opinskáum umræðum um hvernig best sé að skaða sig (Messina og Iwasaki, 2011).

Oftast eru þessar stuðningssíður kallaðar Pro-SI síður (pro self-injury), þessar síður samþykkja og styðja sjálfsskaðandi hegðun og þær birta mjög fjölbreytt, hvetjandi og ögrandi sjálfsskaðandi efni. Pro-SI síður innihalda oft tillögur og hugmyndir að sjálfsskaðandi hegðun, og ýmis ráð t.d. leiðir til að minnka örmyndanir og leiðir til að fela sjálfsskaðan ásamt því að fyrstuhjálpar upplýsingar eru einnig oft gefnar (Lewis o.fl., 2012; Messina og Iwasaki, 2011). Kostir sjálfsskaða samskiptasíða eru m.a þeir að þær veita þeim sem skaðar sig áveðna staðfestingu á því að vera á lífi, stuðning á erfiðum tímum og tilfinningalega útrás (Messina og Iwasaki, 2011). Nýlegar rannsóknir styðja það að internet umræðusíður veita ekki einungis upplýsingar en einnig gagnkvæman og sameiginlegan stuðning (Owens o.fl., 2011). Þessi stuðningur er mjög mikilvægur fyrir einstaklinginn og ein helsta ástæðan fyrir því að hann leitar á þessar síður.

Skilningur hefur tvær hliðar og tvö mikilvæg hlutverk á þessu síðum. Annars vegar það að upplifa stuðning frá öðrum og vera skilinn og hins vegar það að vera sá sem skilur aðra og það sem þeir eru að ganga í gegnum. Það er mikil viðurkenning fyrir einstaklinginn að geta verið til staðar fyrir aðra og ákveðin umbun fólgin í því. Sérstaklega hjá fólki sem skaðar sig því það fær oft á sig neikvæðar stimplanir um að vera geðveikt eða athyglissjúkt. Einstaklingurinn fær þannig viðurkenningu og upplifir jákvæðar tilfinningar til sjálfs síns t.d. að hann sé hjálpsamur, samúðarfullur, elskaður og viðurkenndur (Baker og Fortune, 2008).

Nafnleyndin sem ríkir á þessum síðum leyfir þátttakendum þeirra að deila hlutum sem þeim þætti ekki þægilegt að deila með meðferðaraðila sínum, fjölskyldu, eða vinum (Messina og Iwasaki, 2011). Ákveðið samband myndast milli einstaklinganna sem tjá sig opinskátt sín á milli og þörfinni fyrir að tilheyra ákveðnum hóp verður fullnægt. Internethópurinn verður þannig uppspretta vináttu og félagslegra samskipta. Rannsókn sem gerð var meðal ungs fólks sem skaðar sig og viðhorfa þeirra til sjálfsskaðandi internetsíða leiddi í ljós að vinátta og vinskapur var það sem þáttakendurnir kunnu helst að meta við síðurnar (Baker og Fortune, 2008). Einnig má nefna að á flestum síðunum er kennsla í fyrstu hjálp eins og það hvernig best er að undirbúa sig fyrir sjálfsskaða, t.d. að hreinsa rakvélarblaðið og hvernig á að hreinsa og búa um sár eftir skaðann. Í þessu felst ákveðin skaðaminnkun fyrir einstaklinginn sem skaðar sig (Lewis o.fl., 2012). Að auki benda sumar rannsóknir til þess að einstaklingar sem nýta sér þessar síður greini frá minnkun á sjálfsskaðandi hegðun eftir að þau gerðust félagar í þessum hópum. Þetta sýnir að það virðist vera einhver ávinningur af sumum þessara samskiptasíða (Lewis o.fl., 2012).

Helstu ókostir sjálfsskaðandi samskiptasíða eru aftur á móti að án utanaðkomandi stjórnar getur sá stuðningur sem fæst með þátttöku á þessum samskiptasíðum leitt til þess að hegðunin sé álitin eðlileg og verði frekar að ákveðnum lífstíl hjá þeim sem skaðar sig. Það hefur neikvæð áhrif á batahorfur einstaklinga og getur ýtt undir frekari sjálfsskaða ásamt því að einstaklingurinn leitar sér síður formlegrar hjálpar (Messina og Iwasaki, 2011; Sharkey o.fl., 2012). Sá sem skoðar síðurnar verður fyrir neikvæðum áhrifum og fær hugmyndir að leiðum til að skaða sig, t.d. með því að að heyra frásögn annara á hvernig sjálfsskaðinn var framkvæmdur og hvaða tækni var notuð. Ungmennin sem skaða sig og hafa aðgang að þessum upplýsingum gætu því verið berskjaldaðri fyrir nýjum aðferðum til að

skaða sig, hvernig á að undirbúa og framkvæma skaðann, og hvernig á að fela það fyrir öðrum (Lewis o.fl., 2012). Rannsóknir hafa bent til þess að það hvernig einstaklingar deila sjálfsskaðandi reynslu sinni á internetinu geti leitt til styrkingar á hegðuninni fyrir suma einstaklinga þegar efni er skoðað endurtekið (Lewis o.fl., 2012).

Margar internet- og samskiptasíður birta viðvaranir sem eru ætlaðar til að vara notendur við sjálfsskaðandi efni sem gæti leitt til tilfinningalegs uppnáms og aukinni þörf á að skaða sig (Lewis o.fl., 2012). Ekki eru til rannsóknarniðurstöður sem styðja að allir sem athafna sig á þessum síðum endi á að skaða sig, en niðurstöður margra rannsókna gefa til kynna að sumt fólk verði fyrir áhrifum af grafísku sjálfsskaðandi efni á internetinu, sem hrindir af stað hegðuninni (Lewis o.fl., 2012).

## 2.8 Niðurstöður úr B.S. verkefni frá 2010

Árið 2010 var skrifað B.S. verkefni við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands, um skýringarlíkön sjálfsskaðandi hegðunar. Tekin voru viðtöl við átta nemendur, sem sóttu kennslu við Háskóla Íslands. Þeir voru allir kvenkyns og á aldrinum 23-40 ára. Eitt viðtal var tekið við hverja þeirra og sögðu þær frá reynslu sinni og upplifun á sjálfsskaðandi hegðun, eins og orsökum fyrir sjálfsskaðanum, hvaða tilfinningar koma fram og hvað hjálpaði þeim við að hætta. Voru þær allar hætta að skaða sig þegar viðtölin voru framkvæmd, fyrir að minnsta kosti ári síðan. Orsakir fyrir sjálfsskaða þátttakenda rannsóknarinnar voru mismunandi en þær töluðu allar um mikla vanlíðan og að sjálfsskaðinn væri einkenni hennar. Vanlíðanin byrjaði í æsku eða á unglingsárunum hjá flestum þeirra og töldu þær að orsakirnar væru áföll í æsku, eins og kynferðisleg misnotkun, einelti og/eða erfiðar heimilisaðstæður. Lýsti einn viðmælandinn miklum vanlíðunarköstum svona: „...svo fór ég að velta fyrir mér eitthvað af þessum áföllum...og ég fékk bara svona...vanlíðunarköst og það þrengdi alltaf meira og meira að mér...og ég losnaði ekki út úr neinu...það er engin leið út úr vanlíðaninni.“

Þrjár af átta kvennanna höfðu orðið fyrir kynferðisofbeldi í æsku og höfðu þær allar lélega sjálfsmynd og brotið sjálfstraust. Þær sköðuðu sig ekki bara til þess að finna líkamlegan sársauka, heldur einnig til að refsa sér. Vanlíðan og léleg sjálfsmynd virðast þarna magna hvora aðra upp og útkoman er þörf fyrir að skaða sig. Ein kvennanna var með átröskun á sama tíma og hún skar sig og notaði hún sjálfsskaðann til að refsa sér ef hún náði til dæmis ekki að hreinsa sig nægilega vel eftir átköst, og einnig vegna þess að henni fannst hún vera ógeðsleg og ómöguleg: „Mér fannst gott að sjá mig blæða, það var gott á mig...“ Taldi hún lélega sjálfsmynd, ásamt því að vera með átröskun og áfengisvandamál, eiga upptök sín í mikilli vanlíðan sem orsakaðist af því áfalli sem hún varð fyrir sem barn.

Allir þátttakendurnir urðu fyrir einhvers konar áfalli í æsku, fyrir utan eina. Þeir þátttakendur sem höfðu orðið fyrir kynferðisofbeldi í æsku töldu það vera orsök vanlíðan sinnar, og ástæða sjálfsskaðans. Miklar sjálfsásakanir, sem og mikil vanlíðan og depurð, komu í kjölfar þessa áfalls sem hafði mikil áhrif á líf þeirra. Sem dæmi um sjálfsásakanir þá sagði einn viðmælandinn að frásögn hennar af kynferðisofbeldinu hefði sundrað fjölskyldunni og taldi hún það vera vegna þess að hún sagði frá. Hún sagði að á þessum tíma hafi allt farið í rúst, henni leið afskaplega illa og fann fyrir þörf til að skaða sig. „Maður veit náttúrulega að það er ekki manni að kenna en manni líður öðruvísi. Ég vissi

að það var út af því sem ég sagði, þetta var náttúrulega ekki út af mér en þú veist...og þá fór einhvern veginn allt til fjandans“.

Niðurstöður rannsóknarinnar leiddi í ljós að megin ástæða sjálfsskaðans var mikil vanlíðan sem viðmælendurnir fundu fyrir. Orsakirnar fyrir vanlíðaninni voru mismunandi en þó virtust þær allar tengjast ákveðnum atburðum í æsku. Misjafnt var hvaða tilfinningum viðmælendurnir tengdu við sjálfsskaðann, en helstu voru léttir, að fá útrás, að finna fyrir vellíðan eða líkamlegum sársauka, og að finna að maður sé lifandi. Léleg sjálfsmynd og sjálfsgagnrýni virtist einnig hafa áhrif á tilgang sjálfsskaða en þeir einstaklingar sem sköðuðu sig til að refsa sér höfðu allir orðið fyrir kynferðisofbeldi í æsku.

### 3 Aðferðafræði

Tilgangur rannsóknar okkar var að skoða skilning og viðhorf meðferðaraðila til sjálfsskaðandi hegðunar og bera það saman við viðhorf ungmenna sem skaða sig. Við rannsóknina var notast við eigindlega aðferðafræði, sem byggir á túlkunarlegri aðferðafræði. Tekin voru opin viðtöl við sex hjúkrunarfræðinga sem allir höfðu unnið með ungmennunum sem sköðuðu sig og notaður var viðtalsvísir í viðtölunum.

Í þessum kafla verður greint frá rannsóknarsniðinu sem notað var, úrtakinu, gagnasöfnuninni og greiningu gagna.

#### 3.1 Rannsóknarsnið

Eigindlegar rannsóknir á þjónustu heilbrigðiskerfisins auka skilning á reynslu og upplifun fólks af ákveðinni þjónustu og er markmið þess að bæta þekking í klínísku starfi þannig að umönnun einstaklinga verður betri (Collingridge og Gantt, 2008). Eigindlegar rannsóknir lýta á mannlega reynslu út frá því að best sé að skilja hana í samhengi við þær aðstæður sem hún á sér stað í og er markmið þeirra að dýpta og bæta skilning á henni (Polit og Beck, 2006). Í rannsókninni var leitast við að ná fram skoðunum og viðhorfum viðmælendanna en til þess notuðum við túlkunarfræði. Hún lýtur svo á að sameiginleg merking sé undirstaða gagnkvæms skilnings á viðhorfum og þekkingu (Polit, Beck og Hunger, 2001).

#### 3.2 Úrtak

Öflun þátttakenda var í höndum leiðbeinanda okkar Páls Biering en við öflun úrtaks var notað þægindaúrtak. Hann var í sambandi við hjúkrunarfræðinga á geðsviðinu og fékk þá í viðtal við okkur. Skilyrðin sem þátttakendurnir þurftu að uppfylla voru að hafa reynslu af meðferðarstarfi með ungmönnum sem skaða sig. Að lokum voru sex hjúkrunarfræðingar sem voru tilbúnir að tala við okkur, en þeir höfðu 2-29 ára starfsreynslu. Stærð úrtaks í eigindlegum rannsóknum fer eftir hvaða tilgangi rannsóknin þjónar og hvaða tegund úrtaks er notað. Ekki eru neinar sérstakar reglur hversu margir einstaklingar þurfa að vera í úrtaki en yfirleitt eru það sex til tíu einstaklingar (Polit o.fl., 2001).

#### 3.3 Gagnasöfnun

Tekið var eitt viðtal við hvern hjúkrunarfræðing í febrúar og mars árið 2014 og fóru þau fram á vinnustöðum viðmælenda. Stuðst var við sama opna viðtalsvísinn í öllum viðtölum og sögðu viðmælendurnir frá reynslu sinni á umönnum unglíngja með sjálfsskaða sem og viðhorfum sínum til orsaka sjálfsskaða. Viðtölin tóku um 20 til 30 mínútur hvert og voru tekin upp á segulband og svo vélrituð í tölvu. Vandlega var lesið yfir þau og stutt samantekt gerð á hverju þeirra. Ekki voru fundin þemu úr þeim heldur var reynt að finna hvað var líkt á meðal þeirra og ólíkt.

Gögn rannsóknarinnar voru einungis í höndum rannsakenda og leiðbeinanda og að lokinni úrvinnslu var efni viðtalanna eytt.

### 3.4 Greining gagna

Algengt er að greina þemu í eiginlegum rannsóknum en það var ekki gert hér. Gagnagreiningin fólst í því að rannsakendur skrifuðu viðtölin orðrétt upp og brutu þau svo niður í sameiginlega þætti. Flokkuð voru saman sambærileg atriði úr öllum viðtölunum og þannig komust rannsakendur að niðurstöðu um viðhorf meðferðaraðila til orsaka sjálfsskaða. Því næst voru niðurstöður viðtalanna borin saman við niðurstöður úr B.S. verkefni Ástu og Gerðar og rannsóknarspurningunum svarað.

Tilgangur rannsóknarinnar er að skrifa fræðilega úttekt á sjálfsskaða og bera saman viðhorf meðferðaraðila sem vinna með ungmennum sem skaða sig og viðhorf ungmennanna á orsökum sjálfsskaða. Til að ná tilgangi rannsóknarinnar var leitast við að svara eftirfarandi spurningum:

- Hvað telja meðferðaraðilar vera orsakir sjálfsskaða hjá ungmennum og hver er tilgangurinn með skaðanum?
- Hvaða meðferð nota meðferðaraðilarnir?
- Eru viðhorf meðferðaraðila til orsaka sjálfsskaðandi hegðunar sambærileg við viðhorf ungmennanna sem skaða sig?



## 4 Niðurstöður

### 4.1 Hvað telja meðferðaraðilar vera orsakir sjálfsskaða hjá ungmennum og hver er tilgangurinn með skaðanum?

Ástæður sjálfsskaðandi hegðunar að mati þeirra hjúkrunarfræðinga sem við töluðum við, voru meðal annars þær að ná stjórn á tilfinningum sínum og að komast hjá andlegum sársauka með því að dreifa honum frá andlegu hliðinni yfir á þá líkamlegu. Því fylgir ákveðinn léttir að komast út úr höfðinu á sér og upplifa líkamlegan sársauka í stað innri vanlíðan. Þannig breytist sjálfsskaðinn í bjargráð til að takast á við tilfinningar, og einnig til að losa um spennu sem einstaklingurinn ræður ekki við. Þessir einstaklingar eiga oft í miklum erfiðleikum við að tjá tilfinningar sínar og er þetta því viss leið til þess.

Við ræddum við skólahjúkrunarfræðing á grunnskólastigi og lýsti hún upplifun sinni af orsökum sjálfsskaða sem brotnum samskiptum og samskiptavanda milli foreldra og unglunga. Þessi samskiptavandi lýsir sér sem óöryggi í samskiptum og tengslaröskunar við foreldrana, oft vegna fyrri vandamála sem ekki hefur verið unnið úr. Annar skjólahjúkrunarfræðingur, en á menntaskólastigi, vildi meina að orsakir sjálfsskaða væru oft tengdar því að einstaklingarnir vildu refsa sér. Sagðist hún yfirleitt upplifa þetta hjá unglingsstúlkum sem gerðu miklar og óraunhæfar kröfur til sín, og ef þeim fannst þær ekki standa sig nógu vel þá refsuðu þær sér með sjálfsskaða. „[Þær] gera þetta ef þær mæta miklu mótlæti og finnast þær ekki hafa gert nógu vel.“ Einnig talaði hún um aðrar orsakir sjálfsskaða sem hún sá mikið hjá skjólstæðingum sínum, en þar var sjálfsskaði framkvæmdur til að ná tengslum við raunveruleikann. Stúlkurnar tjáðu sig um doða og að finna ekki til neins, eftir að hafa skaðað sig upplifðu þær sársauka sem þeim fannst betra en að finna ekki neitt. Talaði hún um tvær týpur af einstaklingum sem skaða sig. Annars vegar þá sem skammast sín fyrir hegðunina og reyna að leyna henni, með því að skera þá líkamshluta sem hægt er að hylja auðveldlega. Og hins vegar, þá sem skaða sig ekki vegna djúpstæðrar vanlíðan og finna ekki fyrir þessari skömm, en þessir einstaklingar leitast frekar til að sýna hegðunina og ögra þannig umhverfi sínu. Til dæmis sagði annar hjúkrunarfræðingur okkur frá ungri konu sem skar sig fyrir framan litla bróður sinn og sýndi honum svo skurðinn í þeim tilgangi að vekja hjá honum hrylling og vanlíðan. Þessi gerð af sjálfsskaða er að hluta til komin vegna netmenningarinnar sem í gangi er og þeirra fjölda síða sem gera dauðanum hátt undir höfði. Félagslegt internetsamfélag er að myndast í kringum þessa undirmenningu. Hluti þeirra hjúkrunarfræðinga sem við ræddum við talaði um internetið og þessa nýju sjálfsskaðandi internetmenningu sem orsök sjálfsskaða hjá vaxandi fjölda unglunga. „Flestir unglingar sem koma til okkar núna [á BUGL] með sjálfsskaðandi hegðun eru á einhvern hátt tengdir Tumblr.“ Tumblr er bloggsíða og samfélagsmiðill þar sem fólk getur t.d. deilt myndum og texta.

Þrátt fyrir þá skoðun í samfélaginu, að þeir sem skaði sig vilji eða séu að reyna að enda líf sitt, sagði enginn af þeim sex hjúkrunarfræðingum sem við töluðum við að það væri markmiðið. Þau framkvæma þessa hegðun til að finna leið út úr vanlíðaninni og til að kalla á hjálp. „Ekki [gert] til að reyna að taka líf sitt heldur þvert á móti, að reyna að halda í það.“ Flestir hjúkrunarfræðingarnir sem við töluðum við sögðu sjálfsskaða verða að lokum að fíkn, þar sem sífellt meiri skaða þarf til að upplifa þau áhrif sem af honum verða, ásamt því að með tímanum þarf minni vanlíðan til að kveikja á þörfinni til að skaða sig. Skiptar skoðanir voru þó á því hvort sjálfsskaði sé hluti af undirliggjandi

persónuleikaröskunum, eins og jaðarpersónuleikaröskun. Sumir hjúkrunarfræðingarnir vildu meina að sjálfsskaði væri einkenni persónuleikaraskana og að nánast allir þeir einstaklingar sem sýndu sjálfsskaða með því að skera sig væru með persónuleikaröskun. Vakin var athygli á því að ef til vill skipti máli hversu langt sjálfsskaðinn þyrfti að ganga til að hægt væri að greina hann sem óvenjulega hegðun eða röskun, „...þetta er eins með alla geðsjúkdóma, hvað þú gengur langt í eðlilegri hegðun þar til hún verður óeðlileg. Þannig að já mér finnst þetta vera orðin röskun þegar þú ert farin að gera þetta. Þetta er bara svo óeðlilegt, að hafa þessa þörf til að gera þetta.“

Hins vegar ræddu viðmælendur okkar einnig um nauðsyn þess að aftengja sjálfsskaðandi hegðun frá jaðarpersónuleikaröskun og eru miklar vonir bundnar við ICD-11, sem kemur út árið 2015, þar sem rætt er um að skilgreina sjálfsskaðandi hegðun sem sér greiningu. Allir hjúkrunarfræðingarnir sem við ræddum við voru sammála um að sjálfsskaðinn hafi eitthvað hlutverk í lífi þess sem skaðar sig og eru orsakir þess mjög einstaklingsbundnar. Þegar margir áhættuþættir koma saman aukast líkurnar á að sjálfsskaði þróist.

## 4.2 Hvaða meðferð nota meðferðaraðilarnir?

Okkur var tilgreint að á BUGL er verið að taka upp nýja meðferð við sjálfsskaðandi hegðun, og gengur hún út á fjölskyldumiðaða meðferð. Í henni felast þrjú samtöl við fjölskyldur unglínganna sem koma inn á BUGL vegna sjálfsskaðandi hegðunar, og snýst hún um fjölskyldustuðning og að styrkja foreldrana í að vera örugg höfn fyrir unglíngana. Var okkur sagt af hjúkrunarfræðingi á BUGL að markmið meðferðarinnar snýst ekki um að draga úr eða að fá einstaklinginn til að hætta að skaða sig, heldur að hjálpa unglíngunum að leita til foreldra sinna þegar þau eiga erfitt, en hnignun á sjálfsskaða er oft aukaafurð meðferðarinnar. „Aukaafurð af því er mögulega sú að það dragi úr sjálfsskaða eða hann hætti. En við þrímt fókúsum ekki á það.“ Einnig er skaðaminnkandi meðferð mikið notuð, þar sem unglíngunum er kennt að axla ábyrgð á þessari hegðun sinni. Þeir fá meðferð með díalektískri atferlismeðferð, sem virkar á tilfinningalegan óstöðugleika en bein meðferð gegn sjálfsskaða er ekki til.

Það sem kom oft fram í viðtölum okkar var að hluti af meðferðinni snérist um að hlusta á unglíngana, gefa þeim tækifæri til að tala um tilfinningarnar og losa þannig um streitu, í stað þess að meiða sig. Snýst þetta um að finna aðrar leiðir til að koma tilfinningunum frá sér, eins og til dæmis að skrifa í tilfinningadagbók, nota slökun, fara í sund eða hringja í vin. Streitupól og færniþjálfun er kennd á Hvítabandinu en fókúsin þar er að kenna ungmennunum árvekni og kenna þeim að lesa sjálfan sig og fylgjast með tilfinningum sínum, þannig að þau nái upp streitupóli. Einnig er mikilvægt að byggja upp sjálfstraustið hjá þessum einstaklingum og hjálpa þeim að finna tilgang með lífinu.

Voru viðmælendur okkar sammála því að mikilvægt væri að ná upp góðu meðferðarsambandi við þennan sjúklingahóp og fá þau til að treysta meðferðaraðilanum svo þau opni sig og finni að þau geta tjáð sig. „Það þarf að vinna að því að þau treysti einhverjum sem þau geta talað við um hvernig þeim líður.“ Þannig er hægt að hjálpa þeim að finna nýjar aðferðir til að bjarga sér og líða betur.

Lítið er vitað um batahorfur þessa sjúklingahóps og fara þær mikið eftir hvaða meðferð er notuð. En þar sem orsakir vandans eru svo mismunandi þá er erfitt að móta meðferð sem virkar fyrir marga og flækir þetta því allar meðferðir.

### 4.3 Eru viðhorf meðferðaraðila til orsaka sjálfsskaðandi hegðunar sambærileg við viðhorf ungmenna sem skaða sig?

Megin niðurstaða rannsóknar okkar um orsakir sjálfsskaða er að viðhorf þeirra sem skaða sig og þeirra sem veita meðferð eru sambærileg. Sjálfsskaðinn er ýmist leið til að refsa sér, dreifa huganum eða losna við doða. Sameiginleg afleiðing verður þannig ákveðinn léttir og útrás fyrir neikvæðar tilfinningar og vanlíðan. Sjálfsskaðinn hefur þannig eitthvað hlutverk í lífi hvers og eins og er einstaklingsbundinn en ákveðnir áhættuþættir eins og áföll í æsku auka líkurnar á því að sjálfsskaði þróist og verði notaður sem bjargráð.

Viðmælendurnir sem talað var við í B.S. ritgerðinni frá árinu 2010 töluðu allar um mikla innri vanlíðan sem orsök þess að þeir fóru að skaða sig. Misjafnt var hvaðan þessi vanlíðan var upprunnin en hún byrjaði á unglingsárunum og áttu allar konurnar nema ein það sameiginlegt að hafa lent í áfalli í æsku. Þar af voru þrjár sem höfðu orðið fyrir kynferðislegri misnotkun og tvær sem höfðu verið eineltis fórnarlömb. Sjálfsásakanir, vanlíðan og depurð þróuðust út frá þessum áföllum og áttu þátt í því að þær fóru að skaða sig. Misjafnt var hvaða tilfinningum viðmælendurnir lýstu við sjálfsskaðann, en þær helstu voru léttir, að fá útrás, að finna fyrir vellíðan eða líkamlegum sársauka, og að finnast þær lifandi (Ásta og Gerður, 2010). Þeir hjúkrunarfræðingar sem við ræddum við voru sammála því að sjálfsskaði væri afleiðing mikillar vanlíðan og væri leið til að dreifa innri sársauka og fá líkamlega útrás fyrir tilfinningar. Þannig væri sjálfsskaði leið til að losa um spennu. Einnig var sjálfsskaði talinn vera leið til að refsa sér. Einn af hjúkrunarfræðingunum sem rætt var við upplifði það hjá skjólstæðingum sínum að þegar þeir náðu ekki að standast eigin kröfur og væntingar refsuðu þeir sér með því að skera sig. Þetta samræmist frásögn kvennanna sem talað var við í rannsókninni frá árinu 2010 en þær sem höfðu orðið fyrir kynferðisofbeldi í æsku notuðu sjálfsskaða sem sjálfsrefsingu (Ásta og Gerður, 2010).

Eins og kom fram hér að ofan var ein af ástæðum sjálfsskaðans sem viðmælendur í rannsókninni frá 2010 nefndu, sú að finnast maður vera lifandi (Ásta og Gerður, 2010). Það samræmist niðurstöðum rannsóknar okkar en í viðtölunum við hjúkrunarfræðingana kom m.a. fram að tilgangur sjálfsskaðans væri að finna til í stað þess að finna ekki neitt. Hjúkrunarfræðingur lýsti reynslu skjólstæðinga sinna þannig að sumir þeirra upplifðu mikinn doða áður en skaðinn var framkvæmdur og að sjálfsskaðinn væri leið til að losna undan doðanum og finna raunverulegar tilfinningar.

Aðal munurinn á viðhorfum viðmælenda, úr rannsókninni sem var framkvæmd 2010, og hjúkrunarfræðinganna felst í því að hjúkrunarfræðingarnir töluðu talsvert um sjálfsskaða og internetmenningu en það töluðu viðmælendurnir í rannsókninni frá 2010 ekkert um. Líkleg skýring á því er sú að internetmenning sjálfsskaða er tiltölulega nýtilkomin en hún er mjög algeng í dag meðal unglinga sem skaða sig. Flestir hjúkrunarfræðingarnir sem rætt var við töluðu um hana og hjúkrunarfræðingur sem rætt var við á BUGL tók fram að flestir unglingar sem koma á deildina núna eru á einhvern hátt tengdir við Tumblr. Niðurstöður rannsóknarinnar gefa vísbendingu um að viðhorf annars vegar þeirra sem skaða sig og hins vegar meðferðaraðila séu sambærileg og ættu mismunandi viðhorf því ekki að hafa neikvæð áhrif á meðferð og meðferðarhorfur þeirra sem skaða sig. Aftur á móti væri fróðlegt ef framtíðarrannsóknir á þessu sviði skoðuðu nánar sjálfsskaða og internetmenningu vegna aukinnar tíðni fyrirbærisins.

## 5 Umræður

Niðurstöður rannsóknar okkar um orsakir sjálfsskaða sýndu að viðhorf þeirra sem skaða sig og þeirra sem veita meðferðina eru sambærileg. Er sjálfsskaðinn ýmist leið til að refsa sér, dreifa huganum eða að losna við doða. Því fylgir ákveðinn léttir að komast út úr höfðinu á sér og upplifa líkamlegan sársauka, í stað innri vanlíðan. Þannig breytist sjálfsskaðinn í bjargráð til að takast á við tilfinningar, og einnig til að losa um spennu sem einstaklingurinn ræður ekki við. Þetta er viss leið til að tjá tilfinningar sínar þar sem þessir einstaklingar eiga oft í miklum erfiðleikum með það. Þannig hefur sjálfsskaðinn eitthvert hlutverk í lífi hvers og eins en ákveðnir þættir eins og áföll í æsku auka líkurnar á því að sjálfsskaði þróist og verði að bjargráði. Sjálfsskaði í formi líkamlegra áverka hefur þann tilgang að vera bjargráð einstaklinga til að standast sjálfsvígshugsanir, til að halda í lífið og koma tilfinningum sínum í áþreifanlegri búning með því að gera andlega sársaukann að líkamlegum áverkum (Long o.fl., 2013).

Skólahjúkrunarfræðingur á framhaldsskólastigi sem við ræddum við sagðist oft upplifa að sjálfsskaði sé tilkominn vegna þarfa til að refsa sjálfum sér. Hún sagðist sjá það hjá unglingsstúlkum sem gerðu miklar og óraunhæfar kröfur til sín að ef þeim fannst þær ekki standa sig nægilega vel þá refsuðu þær sér með sjálfsskaða. Hún lýsti þessu sem birtingarmynd mikillrar fullkomnunaráráttu. Sjálfsskaði í þeim tilgangi að refsa sér er talin næst algengasta orsök sjálfsskaða (Klonsky og Muehlenkamp, 2007) og er oft tengd því að fólk þekkir ekki eða kann ekki að meðhöndla tilfinningar sínar. Vanræksla í æsku er sterkur áhættuþáttur fyrir því að einstaklingur refsir sér með því að skaða sig. Börnum sem hafa verið vanrækt hefur ekki verið kennt að þekkja tilfinningar sínar né að viðurkenna þær (Hicks og Hinck, 2008; Simpson, 2006) og oftast en ekki verið kennt að þær séu af hinu illa (Hicks og Hinck, 2008). Þegar tilfinningar vakna notar viðkomandi sjálfsskaða til að refsa sér fyrir að hafa þessar tilfinningar (Hicks og Hinck, 2008; Simpson, 2006) en vellíðunartilfinningin sem kemur í kjölfar getur svo orðið tilefni til að skaða sig á ný (Hicks og Hinck, 2008).

Hjúkrunarfræðingurinn talaði einnig um sjálfsskaða sem tilraun til að ná tengslum við raunveruleikann. Einstaklingar sem leituðu til hennar tjáðu sig um doða tilfinningu og að finna ekki til neins. Í kjölfar sjálfsskaða fundu þeir til sársauka sem þeim þótti betri en doðinn og því varð sjálfsskaði oft að endurtekinni hegðun. Sársaukinn og það að sjá blóðið renna, gefur einstaklinginum þá tilfinningu að hann sé á lífi og til staðar í aðstæðunum. Fólk sem skaðar sig hefur lýst því að það sé betra að finna til sársauka heldur en að finna ekki neitt (Klonsky og Muehlenkamp, 2007).

Annar skólahjúkrunarfræðingur sem við ræddum við, en á grunnskólastigi, sá sjálfsskaða oftast sem afleiðingu brotinna samskipta og samskiptavanda milli foreldra og unglunga. Þessi samskiptavandi lýsir sér sem óöryggi í samskiptum við foreldrana, oft vegna fyrri vandamála sem ekki hefur verið unnið úr. Gefur það því auga leið að verndandi þættir gegn sjálfsskaða eru meðal annars það að eiga traust samband við foreldra og góða vini sem hægt er að leita til (Kirchner o.fl., 2011; Stallard o.fl., 2013). Í frásögn þriggja viðmælenda í rannsókn Ástu og Gerðar kemur fram að brotin samskipti voru ein af orsökum vanlíðaninnar sem hafði þær afleiðingar að þeir fóru að skaða sig á unglingsárunum. Þó svo að einungis einn hjúkrunarfræðingur sem við ræddum við hafi talað um þetta þá benda þessar niðurstöður til þess að samskiptavandi milli foreldra og barna sé áhættuþáttur fyrir sjálfsskaða á unglingsárum.

Ástæður sjálfsskaða að mati margra þeirra hjúkrunarfræðinga sem við ræddum við má rekja til þess að því fylgir ákveðinn léttir að komast út úr höfðinu á sér, ná stjórn á tilfinningum sínum og komast hjá andlegum sársauka með því að dreifa sársaukanum frá andlegu hliðinni yfir á þá líkamlegu. Sjálfsskaði gefur þeim sem skaðar sig tafarlausa skammtímalausn frá kvíða og hjálpar þeim að aftengja sig frá raunveruleikanum, hröðum hugsunum og erfiðum tilfinningum (Messina og Iwasaki, 2011). Algengar tilfinningar í kjölfar sjálfsskaða eru tímabundinn léttir og vellíðan (Klonsky og Muehlenkamp, 2007). Þannig breytist sjálfsskaðinn í bjargráð til að takast á við tilfinningar, og einnig til að losa um spennu sem einstaklingurinn ræður ekki við. Með því að skaða sig minnka einstaklingar þannig tíðni neikvæðra tilfinninga og stjórna tilfinningum sínum og upplifun á þeim (Kidger o.fl., 2012).

Hjúkrunarfræðingarnir sem við ræddum við lýstu tveimur tegundum af sjálfsskaða. Annars vegar sjálfsskaða sem er gerður í þeim tilgangi að ögra og vekja neikvæðar tilfinningar hjá öðrum og hins vegar sjálfsskaða sem er falinn fyrir umhverfinu. Einn af þeim hjúkrunarfræðingum sem við ræddum við rifjaði upp dæmi af ungri konu sem skar sig fyrir framan litla bróður sinn og sýndi honum svo skurðinn í þeim tilgangi að vekja hjá honum hrylling og vanlíðan. Tilfinningar og viðbrögð annarra við sjálfsskaðanum er það sem annað hvort styrkir eða minnkar sjálfsskaðann (Klonsky og Muehlenkamp, 2007). Hin tegundin er þó algengari að mati hjúkrunarfræðinganna sem við ræddum við en það er þegar einstaklingur sker sig eða skaðar í einrúmi og leitast við að fela áverkana vegna þess að hann skammast sín fyrir það sem hann hefur gert. Sú tegund sjálfsskaða er e.t.v. orsök af dýpri vanlíðan. Þessi tegund sjálfsskaða er algengust á þeim tíma dags þegar einstaklingurinn upplifir einangrun eða einmannaleika og lítið er um skipulagðar athafnir til að dreifa huganum frá vanlíðaninni t.d. á kvöldin þegar viðkomandi er að fara að sofa (Bosman og van Meijel, 2008).

Netmenning tengd sjálfsskaða er eitthvað sem flestir hjúkrunarfræðingarnir töluðu um. Nánast öll tilfelli sem koma inn á BUGL eru á einhvern hátt tengd Tumblr og sjálfsskaða netmenningu. Með aukinn internetnotkun unglunga og breyttum samskiptaháttum hefur þetta form sjálfsskaða þróast. Þeir unglingar sem skaða sig taka að meðaltali oftast þátt í internet samskiptum en aðrir unglingar (Lewis o.fl., 2012). Ákveðin netsamfélög hafa myndast þar sem unglingar tala opinskátt um sjálfsskaða. Unglingum sem líður illa og eru einmanna eru líklegir til að leita á síður sem þessar til að upplifa félagslegan og tilfinningalegan stuðning (Messina og Iwasaki, 2011). Hættan við netsíður tileinkaðar sjálfsskaða er sú að ákveðið smit verði milli einstaklinganna þar og að sjálfsskaðinn verði eitthvað sem þykir töff og eftirsóknarvert. Það er því mikill munur á því að skaða sig í einrúmi og fela áverka sína og það að vera hluti af internetmenningu sem styður sjálfsskaða og upphefur hann. Það er þó mikilvægt að átta sig á því að hvorug tegundin af sjálfsskaða er lítilvæg. Um er að ræða bjargráð annars vegar vegna mikillar innri vanlíðan og hins vegar bjargráð gegn einmannaleika sem knúid er áfram af þörf til að tilheyra og vera skilinn af öðrum.

Eins og áður segir er sjálfsskaði í eðli sínu bjargráð. Sjálfsskaði er bjargráð gegn sjálfsvígum í þeirri merkingu að með því að skaða sig reynir einstaklingurinn að fá líkamlega útrás fyrir andlega vanlíðan í stað þess að byrgja hana inni. Þannig verður þetta að tilraun til að halda í lífið með því að gera aðstæður sínar bærilegri. Allir hjúkrunarfræðingarnir voru sammála um það að sjálfsskaði hefði ekki það markmið að enda líf. Þrátt fyrir það er sjálfsskaða oft ruglað saman við sjálfsvígstílaunir og sjálfsvígshegðun eða þá að lítil munur er gerður á milli þessara tveggja fyrirbæra (Simpson, 2006).

Það er að mörgu leiti skiljanlegt þar sem sjálfsskaði og sjálfsvíg eru nátengd fyrirbæri þar sem margir áhættuþættir eru sameiginlegir eða svipaðir (Kirchner o.fl., 2011). Einnig má nefna að hjá sumum eru sjálfsvígshugsanirnar mjög breytilegar og óljósar og bilið milli sjálfsskaða og sjálfsvígstilrauna því mjótt (Klonsky og Muehlenkamp, 2007). Þannig er sambandið milli sjálfsskaða og sjálfsvíga mjög flókið.

Í viðtölum okkar við hjúkrunarfræðinga kom það einnig fram að sjálfsskaði á auðvelt með að verða að fíkn með tímanum. Einstaklingurinn þarf þá að skera sig sífellt dýpra til að upplifa létti frá vanlíðan sinni ásamt því að minna áreiti þarf til að vekja upp þörf fyrir að skaða sig. Fíkn þróast þegar þol myndast fyrir áhrifum endorfíns en það losnar í kjölfar skaðans og veldur tímabundinni tilfinningu um létti og vellíðan (Bosman og van Meijel, 2008; Klonsky og Muehlenkamp, 2007). Fíknin hefur sterk tengsl við sjálfsvíg vegna aukinnar hættu á því að óviljandi sjálfsvíg verði þegar einstaklingurinn fer að skera sig dýpra.

Hjúkrunarfræðingarnir töluðu margir um að samlagningarmáttur áhættuþátta væri sterkur, þ.e. að því fleiri áhættuþætti sem ungmennið hefur því meiri líkur eru á því að sjálfsskaði verði notaður sem bjargráð. Sterk tengsl eru milli ýmissa áfalla í æsku og sjálfsskaða, þar af er kynferðislegt ofbeldi sterkasti áhættuþátturinn (Jacobs-Kayam o.fl., 2013). Rannsókn þeirra Ástu og Gerðar sem skoðaði skýringarlíkön kvenna sem höfðu sögu um sjálfsskaða styður það að áföll í æsku séu sterkur áhættuþáttur sjálfsskaða. En allir nema einn þáttakandi í þeirri rannsókn höfðu lent í áfalli í æsku sem þeir tengdu við mikla vanlíðan og orsök sjálfsskaðans. Sjálfsásakanir, vanlíðan og depurð þróuðust út frá þessum áföllum og virkuðu sem áhættuþættir fyrir sjálfsskaða seinna í lífinu. Þessir áhættuþættir hafa svo áhrif á þróun annarra áhættuþátta eins og t.d. lélegrar sjálfsmyndar og þunglyndis. Þannig hafa áhættuþættirnir áhrif á hvern annan og samlagningaráhrif verða þegar margir áhættuþættir koma saman.

Hvað varðar meðferð gegn sjálfsskaða þá töluðu hjúkrunarfræðingarnir um að erfitt væri að þróa meðferð gegn sjálfsskaða sökum þess að orsakirnar eru svo fjölbreyttar og einstaklingsbundnar. Það er því nauðsynlegt að meðferðaraðilinn komist að því hvað orsakar sjálfsskaðann hjá hverjum og einum og að meðferðin miðist út frá orsökunum. Engin ein meðferð er til við sjálfsskaða því erfitt er að þróa almenna meðferð þar sem hún þarf að vera einstaklingsbundin. Einnig er sjálfsskaði oftast tengdur við jaðarpersónuleikaröskun og beinist meðferðin gegn sjálfsskaða því frekar gegn henni en ekki gegn sjálfsskaðanum einum sér. Aukin meðvitund er þó um að aftengja sjálfsskaða persónuleikaröskun og eru vonir bundnar við að sjálfsskaði verði skilgreindur sem sér röskun en ekki hluti af persónuleikaröskun í náninni framtíð (Ferrara o.fl., 2012). Það myndi e.t.v. bæta meðferðarhorfur einstaklinga sem skaða sig en eru ekki með undirliggjandi persónuleikaröskun þar sem tækifæri myndast til að þróa sérhæfari meðferð. Sú meðferð sem mest er notuð samkvæmt þeim hjúkrunarfræðingum sem við ræddum við er skaðaminnkandi meðferð, fjölskyldumiðuð meðferð, DAM, streituból og færnipjálfun.

Skaðaminnkandi meðferð gengur út á það að veita þeim sem skaðar sig meira sjálfstæði og ábyrgð. Þá þarf meðferðaraðilinn að átta sig á því að sjálfsskaðinn hefur einhvern tilgang í lífi viðkomandi. Með því að viðurkenna þetta er hægt að stuðla að skaðaminnkun með því að kenna þeim sem skaðar sig leiðir til að koma í veg fyrir sýkingar, koma í veg fyrir að skera sig of djúpt, gefa hrein rakvélarblöð og sjúkratöskur (Clarke og Whittaker, 1998).

Fjölskyldumiðuð meðferð er notuð á BUGL en í henni felst að styrkja fjölskyldu þess sem skaðar sig í því að vera örugg höfn sem ungmennið getur leitað til. Markmið fjölskyldumiðaðrar meðferðar er að efla ungmennið í því að leita til foreldra sinna þegar því líður illa en aukaafurð meðferðarinnar er oft sú að þörfin til að skaða sig minnkar.

DAM gengur út á það að minnka tilfinningalegan óstöðugleika en hún var upprunalega þróuð sem meðferð við jaðarpersónuleikaröskun (Geddes o.fl., 2013). Þó hún hafi ekki verið þróuð til að meðhöndla sjálfsskaða, þá er hún samt sú tegund af hugrænni atferlismeðferð sem flestar rannsóknir styðja sem bestu meðferðina við sjálfsskaða (Washburn o.fl., 2012). Streituþol og færniþjálfun er þáttur í díalektískri atferlismeðferð og er stór þáttur í þeirri meðferð sem veitt er á Hvítabandinu. Fókusinn er á árvekni og að læra að fylgjast með tilfinningum sínum og efla þannig smá saman streituþolið. Þess má þó geta að Hvítabandið sér um meðferð þeirra sem greindir eru með jaðarpersónuleikaröskun og sjálfsskaði er oft hluti af þeirri röskun en þó ekki alltaf.

Fróðlegt væri að framtíðarrannsóknir á þessu sviði myndu skoða nánar tíðni og nýgengi sjálfsskaða á Íslandi þar sem tíðnitölur eru yfirhöfuð á reiki vegna mismunandi skilgreininga á fyrirbærinu, og fáar rannsóknir eru til um þetta efni á Íslandi. Um allan heim virðist nýgengið vera að aukast en ekki er vitað hvort það sé vegna raunverulegrar aukningar eða aukins rannsóknaráhuga á fyrirbærinu. Hjúkrunarfræðingarnir töluðu flestir um aukningu á sjálfsskaða tengdum internethópum, t.d. sagði einn hjúkrunarfræðingurinn að flest öll börn sem koma inn á BUGL vegna sjálfsskaða hefðu síðu á Tumblr. Því væri fróðlegt að rannsaka nánar internetmenningu tengda sjálfsskaða þar sem hún er tiltölulega nýtilkomin og hefur verið að aukast mikið með aukinni internetnotkun og breyttum samskiptaháttum.

Miklir fordómar eru gagnvart sjálfsskaða í samfélaginu sem ýta undir leynd og skömm og hefur þau áhrif að þeir sem skaða sig leita sér síður hjálpar. Vangaveltur hafa vaknað hjá rannsakendum hvort opinber umræða um sjálfsskaða væri jákvæð leið til að minnka fordóma og myndi þar af leiðandi verða til þess að fleiri leiti sér hjálpar. Umræðan gæti aftur á móti leitt til þess að ungmenni sem eru í áhættu kynnist þessari hegðun og fái hugmyndir að aðferðum til að skaða sig.

Eins og áður hefur komið fram voru niðurstöður okkar þær að viðhorf meðferðaraðila samræmist viðhorfi þeirra sem skaða sig fyrir orsökum sjálfsskaða. Eingöngu er hægt að álykta út frá niðurstöðum okkar en ekki alhæfa, þar sem takmarkanir rannsókna okkar eru nokkrar. Helstu takmarkanirnar eru þær að rannsóknin tekur eingöngu til íslenskra hjúkrunarfræðinga og meðferðar hér á landi og því er ekki hægt að alhæfa um aðra menningarheima. Einnig voru viðmælendur okkar eingöngu sex og aðeins hjúkrunarfræðingar, því endurspeglar viðhorf þeirra til orsaka sjálfsskaða ekki viðhorf allra heilbrigðisstétta sem koma að meðferð eða umönnun fólks sem skaðar sig. Að lokum takmörkuðum við rannsókn okkar við líkamlegan sjálfsskaða hjá ungmönnum og því er ekki hægt að yfirfæra niðurstöður okkar á alla aldurshópa og aðrar tegundir sjálfsskaða.

Niðurstöður rannsókna okkar gefa vísbendingu um að viðhorf meðferðaraðila og þeirra sem skaða sig fyrir orsökum sjálfsskaða séu sambærileg. Sameiginlegur skilningur og viðhorf á orsökum sjálfsskaðans eru mikilvægur þáttur við myndun sterks meðferðarsambands. Viðmælendur okkar voru sammála um að mikilvægt væri að ná upp góðu meðferðarsambandi við ungmenni sem skaða sig til þess að þau vilji opna sig og ræða tilfinningar sínar. Sameiginleg viðhorf ættu að mati rannsakenda að

styrkja meðferð þeirra sem skaða sig og bæta meðferðarhorfur þeirra sökum þess að sameiginlegur skilningur á vanlíðan þeirra virðist vera til staðar.



## Heimildaskrá

- Adams, J., Rodham, K., og Gavin, J. (2005). Investigating the "self" in deliberate self-harm. *Qualitative health research*, 15(10), 1293–1309.
- Anderson, M., Woodward, L., og Armstrong, M. (2004). Self-harm in young people: a perspective for mental health nursing care. *International nursing review*, 51(4), 222–228.
- Asarnow, J., Porta, G., og Spirito, A. (2011). Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry* 50(8), 772-781.
- Ásta María Runólfssdóttir og Gerður Geirsdóttir. (2010). *Skýringarlíkön sjálfsskaða*. Óbirt BS-ritgerð: Háskóli Íslands, Hjúkrunarfræðideild.
- Baker, D., og Fortune, S. (2008). Understanding Self-Harm and Suicide Websites. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 29(3), 118–122.
- Berger, M., Wagner, T. H., og Baker, L. C. (2005). *Internet use and stigmatized illness*. *Social science & medicine*, 61(8), 1821–1827.
- Bosman, M., og van Meijel, B. (2008). Perspectives of mental health professionals and patients on self-injury in psychiatry: a literature review. *Archives of psychiatric nursing*, 22(4), 180–189.
- Boxer, P. (2011). Variations in risk and treatment factors among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm in an inpatient sample. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 39(4), 470–480.
- Clarke, L., og Whittaker, M. (1998). Self-mutilation: culture, contexts and nursing responses. *Journal of clinical nursing*, 7(2), 129–137.
- Collingridge, D. S., og Gantt, E. E. (2008). The quality of qualitative research. *American journal of medical quality: the official journal of the American College of Medical Quality*, 23(5), 389–395.
- Ferrara, M., Terrinoni, A., og Williams, R. (2012). Non-suicidal self-injury (Nssi) in adolescent inpatients: assessing personality features and attitude toward death. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 6(1), 12-20.
- Flick, U., von Kardoff, E., og Steinke, I. (2004). *A companion to qualitative research*. London: Sage Publication.
- Geddes, K., Dziurawiec, S., og Lee, C. W. (2013). Dialectical Behaviour Therapy for the Treatment of Emotion Dysregulation and Trauma Symptoms in Self-Injurious and Suicidal Adolescent Females: A Pilot Programme within a Community-Based Child and Adolescent Mental Health Service. *Psychiatry journal*, 2013, 145-219.
- Gross, E. F., Juvonen, J., og Gable, S. L. (2002). Internet Use and Well-Being in Adolescence. *Journal of Social Issues*, 58(1), 75–90.
- Guðmundur Björgvin Sigurbjörnsson og Reynir Hólm Gunnarsson. (2011). *Tölvur og unglingar: Tölvufíkn og áhrif af mikillar tölvunotkunar á heilbrigði og námsárangur unglinga*. Óbirt BA-ritgerð: Háskóli Íslands, Menntavísindasvið.
- Hicks, K. M., og Hinck, S. M. (2008). Concept analysis of self-mutilation. *Journal of advanced nursing*, 64(4), 408–413.
- Jacobs-Kayam, A., Lev-Wiesel, R., og Zohar, G. (2013). Self-mutilation as expressed in self-figure drawings in adolescent sexual abuse survivors. *The arts in psychotherapy*, 40(1), 120–129.
- Kidger, J., Heron, J., Lewis, G., Evans, J., og Gunnell, D. (2012). Adolescent selfharm and suicidal thoughts in the ALSPAC cohort: a self-report survey in England. *BMC psychiatry*, 12(1), 69-81.

- Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M., og Zanini, D. (2011). Self-harm behavior and suicidal ideation among high school students. Gender differences and relationship with coping strategies. *Actas españolas de psiquiatría*, 39(4), 226–235.
- Klineberg, E., Kelly, M. J., Stansfeld, S. a., og Bhui, K. S. (2013). How do adolescents talk about self-harm: a qualitative study of disclosure in an ethnically diverse urban population in England. *BMC public health*, 13(1), 572-582.
- Klonsky, E. D. (2007). Non-suicidal self-injury: an introduction. *Journal of clinical psychology*, 63(11), 1039–1043.
- Klonsky, E. D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry research*, 166(2-3), 260–268.
- Klonsky, E. D., og Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-Injury : A Research Review for the Practitioner. *Journal of clinical psychology*, 63(11), 1045–1056.
- Krishnakumar, P., Geeta, M. G., og Riyaz, a. (2011). Deliberate self harm in children. *Indian pediatrics*, 48(5), 367–371.
- Lewis, S. P., Heath, N. L., Michal, N. J., og Duggan, J. M. (2012). Non-suicidal selfinjury, youth, and the Internet: What mental health professionals need to know. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 6(1), 13-22.
- Long, M., Manktelow, R., og Tracey, A. (2013). We are all in this together: working towards a holistic understanding of self-harm. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 20(2), 105–113.
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E. J., Corcoran, P., Fekete, S., van Heeringen, K., De Leo, D., og Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 49(6), 667–677.
- Messina, E. S., og Iwasaki, Y. (2011). Internet Use and Self-Injurious Behaviors Among Adolescents and Young Adults: An Interdisciplinary Literature Review and Implications for Health Professionals. *Cyberpsychology Behavior and Social Networking*, 14(3), 161–168.
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., og Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 6(1), 10-19.
- O'Connor, R. C., Rasmussen, S., og Hawton, K. (2012). Distinguishing adolescents who think about self-harm from those who engage in self-harm. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 200(4), 330–335.
- Owens, C., Hewis, E., Sharkey, S., Jones, R. B., Emmens, T., Ford, T., og Smithson, J. (2011). Membership and Boundary Maintenance on an Online Self-Harm Forum. *Qualitative Health Research*, 21(11), 1567–1575.
- Perepletchikova, F., Axelrod, S. R., Kaufman, J., Rounsaville, B. J., DouglasPalumberi, H., og Miller, A. L. (2012). Adapting Dialectical Behaviour Therapy for Children: *Towards a New Research Agenda for Paediatric Suicidal and NonSuicidal Self-Injurious Behaviours*. *Child and adolescent mental health*, 16(2), 116–121.
- Pistorello, J., og Fruzzetti, A. (2012). Dialectical behavior therapy (DBT) applied to college students: A randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(6), 344–359.
- Polit, D. F. og Beck, C. T. (2006). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal and utilization* (6. útgáfa). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., Beck, C. T. og Hungler, B. F. (2001). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal and utilization* (5. útgáfa). Philadelphia: Lippincott.

- Preyde, M., Watkins, H., Csuzdi, N., Carter, J., Lazure, K., White, S., Penney, R., Ashbourne, G., Cameron, G., og Frensch, K. (2012). Non-suicidal self-injury and suicidal behaviour in children and adolescents accessing residential or intensive home-based mental health services. *Journal of the Canadian academy of child and adolescent psychiatry*, 21(4), 270–281.
- Rönka, A. R., Taanila, A., Koiranen, M., Sunnari, V., og Rautio, A. (2013). Associations of deliberate self-harm with loneliness, self-rated health and life satisfaction in adolescence: Northern Finland Birth Cohort 1986 Study. *International journal of circumpolar health*, 72(1).
- Sharkey, S., Smithson, J., Hewis, E., Jones, R., Emmens, T., Ford, T., og Owens, C. (2012). Supportive interchanges and face-work as 'protective talk' in an online self-harm support forum. *Communication & Medicine*, 9(1), 71–82.
- Shek, D. T. L., og Yu, L. (2012). Self-harm and suicidal behaviors in Hong Kong adolescents: prevalence and psychosocial correlates. *The scientific world journal*, 2012.
- Simpson, A. (2006). Can mainstream health services provide meaningful care for people who self-harm? A critical reflection. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 13(4), 429–436.
- Stallard, P., Spears, M., Montgomery, A. a., Phillips, R., og Sayal, K. (2013). Selfharm in young adolescents (12-16 years): onset and short-term continuation in a community sample. *BMC psychiatry*, 13, 328-342.
- Swahn, M. H., Ali, B., Bossarte, R. M., Van Dulmen, M., Crosby, A., Jones, A. C., og Schinka, K. C. (2012). Self-harm and suicide attempts among high-risk, urban youth in the U.S.: shared and unique risk and protective factors. *International journal of environmental research and public health*, 9(1), 178–191.
- Washburn, J. J., Richardt, S. L., Styer, D. M., Gebhardt, M., Juzwin, K. R., Yourek, A., og Aldridge, D. (2012). Psychotherapeutic approaches to non-suicidal selfinjury in adolescents. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 6(1), 14-22.

## Fylgiskjöl

### Viðtalsvísir

Hver er starfsreynsla þín?

Hvernig líður þér að vinna með unglíngum sem skaða sig?

Hvað telur þú orsaka sjálfsskaða hjá unglíngum, hver er tilgangurinn með skaðanum?

Hvernig er hægt að koma í veg fyrir sjálfsskaða?