

Villet egenskade blant ungdom

Sammendrag

Bakgrunn. For å få sikrere kunnskap om forekomst av villet egenskade blant ungdom og hva som kjennetegner denne ungdomsgruppen, ble det i multisenterstudien Child and Adolescent Self Harm in Europe (CASE) utviklet en ny metode. I denne metoden anvender forskerne strenge predefinerte kriterier for inklusjon og kategorisering av ungdommenes beskrivelser av sin selvskadende atferd.

Materiale og metode. 4 060 elever på første trinn, majoriteten i aldersgruppen 15–16 år, ved samtlige 36 videregående skoler i Hedmark og Oppland besvarte et spørreskjema anonymt. Svarprosenten var 91,2.

Resultater. 266 (6,6 %) av elevene rapporterte en eller flere episoder med villet egenskade siste år som tilfredsstilte studiens kriterier. Kutting (74,1 %) og overdose med medikamenter (16,9 %) var de vanligste metodene. Bare 14,7 % hadde vært i kontakt med sykehus. Det var langt vanligere med behandling i sykehus for dem som kuttet seg enn for dem som tok overdose (46,7 % versus 6,1 %). Villet egenskade var vanligere blant jenter enn gutter (10,2 % versus 3,1 %, OR 3,5, 95 % KI 2,66–4,72). Multipel logistisk regresjon viste en signifikant sammenheng mellom villet egenskade og lav selvtilitt, villet egenskade blant venner, stoffmisbruk og konflikter med foreldre, for begge kjønn.

Fortolkning. Forebygging av villet egenskade blant ungdom krever en variert og målrettet innsats.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

> Se også side 2240

Mette Ystgaard

mette.ystgaard@psykiatri.uio.no
Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo
0320 Oslo

Nils Petter Reinholdt

Oppland sentralsykehus, avdeling Gjøvik

Jorulf Husby

Sanderud sykehus
2312 Ottestad

Lars Mehlum

Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo

Omfattende sykehusbaserte registreringer viser at villet egenskade (1) er vanlig blant ungdom i de fleste land i Europa (2). Oppfølgingsstudier gir dessuten entydig dokumentasjon på at slik selvskadende atferd er et økende problem blant unge (3). Også i Norge er det påvist en økning, særlig blant unge jenter (4). Det ser ut til å være en samvariasjon mellom selvmordsrate og rate for selvmordsforsøk i ungdomsbefolkningen (5). Kliniske studier viser at unge som skader seg selv flere ganger og ikke får egnet hjelp, har en betydelig økt risiko for senere selvmord (6).

De fleste unge som i spørreundersøkelser rapporterer selvmordsforsøk, har ikke fått medisinsk hjelp, og mange har heller ikke vært i kontakt med andre deler av hjelpeapparatet (9). Sykehusbaserte studier gir derfor ikke et fullstendig bilde av omfanget av problemet. Spørreskjemaundersøkelser både fra Norge og en rekke andre vestlige land, oftest gjennomført i skolen, anslår minst ti ganger så høye rater (7, 8).

Det er imidlertid store variasjoner i prevalenstall basert på spørreskjemaundersøkelser. En vesentlig grunn til dette er variasjoner i forskningsmetode. Tallene varierer med hvorvidt undersøkelsen er anonym eller ikke (10) og hvordan man har spurt om selvmordsforsøket eller egenskaden. Villet egenskade er et vidt begrep som inkluderer både selvmordsforsøk og selvskading uten selvmordsintensjon. Det er imidlertid usikkert i hvilken grad ungdom skiller så klart mellom disse forholdene i sine svar i spørreskjemaundersøkelser. I en landsrepresentativ norsk undersøkelse svarer 8,3 % bekreftende på spørsmålet «Har du noen gang prøvd å ta ditt eget liv?» (7). I en oppfølging av de samme ungdommene i 1994 finner

man tilsvarende prevalens (8,1 %) ved å stille spørsmålet «Har du noen gang tatt en overdose med medisin eller på annen måte prøvd å skade deg selv?» (11). Det er med andre ord uklart hvordan ungdommene tolker spørsmålene og i hvilken grad deres forståelse er i overensstemmelse med forskerens definisjon av fenomenet.

Presis kunnskap om utbredelse av villet egenskade og om hva som kjennetegner risikoutsatt ungdom, er nødvendig for å kunne fange opp dem som trenger behandling og for å utvikle mer målrettede forebyggende tiltak.

Dette var bakgrunnen for at selvmordsforskere i ti europeiske land slo seg sammen om studien Child and Adolescent Self Harm in Europe (CASE). Målet med CASE-studien er først og fremst å få sikker og sammenliknbar kunnskap om villet egenskade ved å anvende lik forskningsdesign og felles definisjon og metode. Studien gir et vesentlig nytt metodebidrag, idet det er første gang i slike studier at man baserer prevalenstallene på forskernes skåringer av ungdommenes beskrivelser av sin selvskadende atferd. I denne artikkelen vil vi presentere resultater fra den norske delen av spørreundersøkelsen. To problemstillinger blir belyst:

- Prevalensen av villet egenskade blant ungdom basert på CASE-studiens definisjon og metode
- Faktorer som har sammenheng med slik selvdestruktiv atferd

Materiale og metode

Den internasjonale forskergruppen består av mennesker med stor erfaring fra skolebaserte studier og fra selvmordsforskning. Det ble utarbeidet felles protokoller for deltakerlandene vedrørende utvalgets størrelse og sammensetning, prosedyrer for gjennomføring av undersøkelsen i skolene samt definisjon og skåringsregler for villet egenskade. Felles spørreskjema ble også utarbeidet.

! Hovedbudskap

- Villet egenskade er vanlig blant ungdom, særlig jenter
- Hyppigste skadeform er kutting
- Slik atferd har sammenheng med lav selvtilitt, villet egenskade blant venner, misbruk av rusmidler og konflikter med foreldrene

Tabell 1 Eksempler på elevenes beskrivelse av atferden og forskernes koding

	Villet egen-skade (metode)	Ikke villet egenskade	Ingen informasjon om atferden
Kranglet med familie og venner. Mistet mange gode venner, rotet med en gutt, følte at jeg ble brukt av alle, prøvde å begå selvmord. Hoppet i vannet og fra hus	Hopp	–	–
Smertestillende og alkohol på samme tid	Alkohol Medikament	–	–
Jeg vil ikke fortelle det til noen, ikke engang min beste venn	–	–	X
Fant et glass med sovetabletter i skapet til mamma og tok dem som var i glasset, men det var ikke nok	Medikament	–	–
Jeg tok et barberblad og prøvde så godt jeg kunne å skjære over pulsåren	Kutting	–	–
Jeg ønsket å dø av Paracet og sovetabletter, men kom til å tenke på hvor egoistisk det var	–	X	–

Tabell 2 Forekomst av villet egenskade

		Villet egenskade					
		Gutter (n = 2 088)		Jenter (n = 1 970)		Samlet	
		Antall	(%)	Antall	(%)	Antall	(%)
15 og 16 år (n = 3 515)	Livstidsprevalens Siste år	75	(4,2)	248	(14,3)	323	(9,2)
		43	(2,4)	166	(9,6)	209	(5,9)
> 16 år (n = 543)	Livstidsprevalens Siste år	39	(12,9)	72	(30,0)	111	(20,4)
		22	(7,3)	35	(14,6)	57	(10,5)
Samlet	Livstidsprevalens Siste år	114	(5,5)	320	(16,2)	434	(10,7)
		65	(3,1)	201	(10,2)	266	(6,6)

To elever var 14 år og ikke medregnet her

været skyldtes hovedsakelig tilfeldig sykdom. I det samlede materialet var det 2 090 gutter og 1 970 jenter. 83 % av elevene var i aldersgruppen 15–16 år.

Prosedyre

De videregående skolene ble skriftlig og muntlig informert om undersøkelsen av forfatterne. Alle skolene valgte å delta. Pedagogisk-psykologiske rådgivere i de to fylkene sammen med sykepleiestudenter ved Høgskolen i Elverum stod for den praktiske gjennomføringen av datainnsamlingen. Lærere og elever ble forklart hensikten med studien 14 dager før undersøkelsen og igjen på selve undersøkelsesdagen. Elevene kunne velge å la være å delta. Foreldre ble skriftlig informert om undersøkelsen og måtte melde fra til forskerteamet dersom de ikke ville at deres barn skulle delta. Regional komité for medisinsk forskningsetikk, fylkesopplæringsjefen i Oppland og fylkesskolesjefen i Hedmark godkjente undersøkelsen.

Metode

Det ble anvendt et spørreskjema (utviklet av CASE-gruppen) som elevene besvarte anonymt i klassen i løpet av 30–45 minutter. Den originale engelskspråklige utgaven av skjemaet ble oversatt til norsk og tilbake igjen til engelsk før det norske skjemaet ble pilottestet med norske elever. Det ble kun gjort mindre språklige justeringer etter utprøvingen i Norge.

Villet egenskade, definert i ramme 1, ble målt ved at elevene først ble spurt om følgende: «Har du noen gang med vilje tatt en overdose (for eksempel piller eller annen medisin) eller forsøkt å skade deg selv på noen annen måte (som å kutte eller skjære deg)?» Deltakere som svarte ja, ble bedt om å beskrive så detaljert som mulig hvordan de skadet seg selv (ved den siste episoden dersom de rapporterte flere episoder). Forskerne klassifiserte så episoden som villet egenskade eller ikke, basert på felles skåringsregler utviklet av CASE-gruppen. Reglene for skåring av villet egenskade angir klare kriterier for hvorvidt handlingen(e) som elevene beskriver, tilfredsstillende kriteriene for studiens definisjon, samt regler for kategorisering av skademetodene. (Skåringsreglene kan fås ved henvendelse til førsteforfatter.) Forskerne gjennomgikk trening før de skåret eget materiale. Det norske materialet ble skåret av førsteforfatter. Typiske eksempler på hva ungdommene svarte og forskerens skåring er beskrevet i tabell 1. Et tilfeldig utvalg (56 elever; 10%) av elevenes beskrivelser av villet egenskade ble skåret på nytt av en av forfatterne (LM). Interskårerelabiliteten var god (kappa 0,92, p < 0,001).

Som ramme 1 viser, omfatter definisjon av villet egenskade enhver handling hvor intensjonen er å skade seg selv, med eller uten ønske om å dø. For en nærmere presisering av handlingen ble elevene også spurt om hva de hadde håpet å oppnå med selvskaden og spesielt om de hadde ønsket å dø.

! Ramme 1

Definisjon av villet egenskade

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

- Initierte atferd (for eksempel kuttet seg selv, hoppet fra en høyde) i den hensikt å skade seg selv
- Tok medikamenter i en mengde utover det som er foreskrevet eller som er vanlig anerkjent dose
- Tok illegale stoffer/narkotika i den hensikt å skade seg selv
- Svelget et ikke-fordøyelig stoff eller gjenstand

Materialet

Undersøkelsen ble gjennomført blant alle elever på første trinn i Opplands 17 og Hedmarks 19 videregående skoler, henholdsvis høsten 2000 og 2001. De to fylkene ble valgt fordi de er relativt representative for Norge som helhet når det gjelder aldersfordeling, befolkningstetthet og forskjellige sosioøkonomiske forhold. Dessuten var det samlede folketall i tråd med CASE-protokollens anbefalte tall på 250 000 for undersøkelsens nedslagsfelt.

Av alle 4 453 elevene på første trinn bevarte 91,2 % spørreskjemaet. Fem elever leverte blanke skjemaer og 388 elever var fraværende, hvorav 44 fordi foreldrene ikke ønsket at deres barn skulle delta. Fraværet for øvrig var som på en ordinær skoledag. Det var like stort fravær av gutter og jenter, og ingen skole pekte seg ut med særlig stort fravær. Skriftlige rapporter fra klassestyrene viste at omtrent en tredel av fraværet skyldtes elever som ofte var borte. Det øvrige fra-

Tabell 3 Univariate sammenhenger mellom villet egenskade og forklaringsvariabler

	Gutter				Jenter			
	Antall	N (%) Villet egenskade	OR	95 % KI	Antall	N (%) Villet egenskade	OR	95 % KI
Foreldre skilt ¹								
Nei	1 532	39 (2,5)	1,00		1 437	117 (8,1)	1,00	
Ja	558	26 (4,7)	1,87	1,13–3,10	533	84 (15,8)	2,11	1,56–2,85
Seksuelle overgrep ¹								
Nei	2 038	60 (2,9)	1,00		1 760	135 (7,7)	1,00	
Ja	52	5 (9,6)	3,51	1,35–9,13	210	66 (31,4)	5,52	3,93–7,75
Fysiske overgrep ¹								
Nei	2 000	51 (2,6)	1,00		1 817	160 (8,8)	1,00	
Ja	90	14 (15,6)	7,04	3,73–13,27	153	41 (26,8)	5,62	2,56–5,62
Villet egenskade i familien ¹								
Nei	1 886	42 (2,2)	1,00		1 664	140 (8,4)	1,00	
Ja	204	23 (11,3)	5,58	3,29–9,49	306	61 (19,9)	2,71	1,95–3,77
Villet egenskade blant venner ²								
Nei	1 910	38 (2,0)	1,00		1 606	111 (6,9)	1,00	
Ja	180	27 (15,0)	8,69	5,17–14,62	364	90 (24,7)	4,42	3,26–6,01
Konflikter med foreldre ²								
Nei	1 762	37 (2,1)	1,00		1 458	101 (6,9)	1,00	
Ja	328	28 (8,5)	4,35	2,62–7,22	512	100 (19,5)	3,26	2,42–4,39
Antall ganger full ²								
Aldri	648	6 (0,9)	1,00		520	17 (3,3)	1,00	
En gang	180	4 (2,2)	2,43	0,68–8,71	202	13 (6,4)	2,04	0,97–4,27
2 eller 3	306	7 (2,3)	2,51	0,83–7,51	386	34 (8,8)	2,86	1,57–5,20
4–10	380	10 (2,6)	2,89	1,04–8,02	445	46 (10,3)	3,41	1,93–6,04
<10	564	37 (6,6)	7,51	3,14–17,93	403	89 (22,1)	8,39	4,90–14,36
Bruk av stoff ²								
Nei	1 814	33 (1,8)	1,00		1 774	143 (8,1)	1,00	
Ja	276	32 (11,6)	7,08	4,27–11,72	196	58 (29,6)	4,79	3,37–6,81
Mobbet på skolen ²								
Nei	1 991	53 (2,7)	1,00		1 885	181 (9,6)	1,00	
Ja	99	12 (12,1)	5,04	2,60–9,78	85	20 (23,5)	2,90	1,72–4,89
Problemer med skolearbeid ²								
Nei	1 574	37 (2,4)	1,00		1 320	100 (7,6)	1,00	
Ja	516	28 (5,4)	2,38	1,44–3,93	650	101 (15,5)	2,24	1,67–3,01
Bekymring med seksuell legning ²								
Nei	2 028	56 (2,8)	1,00		1 865	180 (9,7)	1,00	
Ja	62	9 (14,5)	5,98	2,81–12,72	105	21 (20,0)	2,34	1,41–3,87
I trøbbel med politiet ²								
Nei	1 859	42 (2,3)	1,00		1 875	172 (9,2)	1,00	
Ja	231	23 (10,0)	4,78	2,82–8,11	95	29 (30,5)	4,35	2,74–6,92
Angst								
> 9,00	1 778	30 (1,7)	1,00		1 402	82 (5,8)	1,00	
≤ 9,00	312	35 (11,2)	7,36	4,45–12,19	568	119 (21,0)	4,26	3,16–5,76
Depresjon								
> 7,00	1 748	39 (2,2)	1,00		1 619	124 (7,7)	1,00	
≤ 7,00	342	26 (7,6)	3,61	2,16–6,01	351	77 (21,9)	3,39	2,48–4,63
Impulsivitet Gjennomsnitt (SD) ³								
Gutter	2 025	14,11 (2,76)	1,00		1 769	14,04 (2,70)	1,00	
Jenter	65	15,86 (3,07)	1,23	1,13–1,33	201	15,60 (3,16)	1,21	1,15–1,27
Selvtillit Gjennomsnitt (SD) ⁴								
Gutter	2 025	24,26 (3,74)	1,00		1 769	22,70 (4,08)	1,00	
Jenter	65	19,72 (4,46)	0,77	0,72–0,81	201	19,32 (4,57)	0,84	0,81–0,86

¹ Livshistorie² Det siste året³ Høyere skåre indikerer høyere impulsivitet. OR for 1 skalapoengs økning i skåre⁴ Lavere skåre indikerer lavere selvfølelse. OR for 1 skalapoengs økning i skåre

Negative livshendelser og problemer siste år og tidligere i livet er kartlagt med utgangspunkt i en sjekkliste utarbeidet av Kienhorst og medarbeidere (12). Det ble lagt til spørsmål som bekymring for seksuell legning, alvorlige problemer med skolearbeidet og villet egenskade blant venner.

Mental helse. Symptomer på *angst og depresjon* ble målt med Hospital Anxiety and Depression Scale (13), *impulsivitet* med seks spørsmål fra Plutchik Impulsivity Scale (14) og *selvtillit* med en åtte spørsmåls versjon av en skala utviklet av Robson (15). Materialet ble delt både ved delingspunktet for «mulig

depresjon» (7,0) og delingspunktet for «mulig angst» (9,0) (16). Impulsivitet og selvtillit ble beholdt som kontinuerlige variabler fordi det ikke er noe angitt delingspunkt for disse skalaene, og inspeksjon av dataene viste at det var en lineær sammenheng mellom hver av de to variablene og villet egenskade.

Tabell 4 Multipel logistisk regresjon for villet egenskade siste år for 64 av 2 089 gutter og 199 av 1 968 jenter

	Gutter		Jenter	
	OR	95 % KI	OR	95 % KI
Alvorlige konflikter med foreldre ¹	2,20	1,24–3,91	1,44	1,02–2,03
Stoff ¹	2,51	1,39–4,56	1,76	1,16–2,66
Alkohol ¹	–	–	2,15	1,50–3,07
Villet egenskade hos venner ¹	3,71	2,03–6,77	2,24	1,57–3,19
Villet egenskade i familien ²	2,47	1,32–4,62	–	–
Seksuelle overgrep ²	–	–	2,74	1,85–4,07
Foreldre skilt ²	–	–	1,45	1,03–2,04
Angst	1,79	0,96–3,33	1,56	1,07–2,28
Impulsivitet ³	–	–	1,07	1,01–1,13
Selvfølelse ⁴	0,82	0,76–0,88	0,89	0,86–0,93

¹ Det siste året
² Livshistorie
³ Høyere skåre indikerer høyere impulsivitet. OR for 1 skalapoengs økning i skåre
⁴ Lavere skåre indikerer lavere selvfølelse. OR for 1 skalapoengs økning i skåre

Alkohol og stoff. De unge ble spurt hvor mange ganger de hadde vært fulle i løpet av det siste året og om de hadde brukt illegale stoffer (marihuana og hardere stoffer).

Demografiske variabler dekket kjønn, alder, skole og foreldrenes sivile status.

Analyser

Ujusterte oddsratioer med 95 % konfidensintervall ble estimert med univariat logistisk regresjon. Deretter ble justerte oddsratioer beregnet ved multipel logistisk regresjon, «baklengs seleksjon». Statistikkprogrammet SPSS 11.0 for Windows ble benyttet. Det engelske materialet fra CASE-studien (17) som vi ønsker å sammenlikne våre resultater med, ble analysert på tilsvarende måte.

Resultater

Prevalens av villet egenskade

Tabell 2 viser omfanget av villet egenskade som tilfredsstilte kriteriene for studien. Tabellen spesifiserer livstidsprevalens og prevalens siste år, samlet og separat for gutter og jenter. Materialet er også delt i to etter alder (15–16 år og over 16 år). Villet egenskade en eller flere ganger i løpet av livet ble rapportert av 562 av elevene (13,8 %). 434 (10,7 %) beskrev handlinger som tilfredsstilte studiens kriterier for villet egenskade. I 113 av de 128 besvarelsene som ikke ble inkludert som villet egenskade, var det ikke gitt noen informasjon om aktuell selvskadende atferd. Villet egenskade i løpet av det siste året ble rapportert av 344 (8,6 %), hvorav 266 (6,6 %) tilfredsstilte studiens kriterier. Resultatene som blir presentert i resten av denne artikkelen, er basert på denne sistnevnte gruppen (n = 266). Det var en signifikant forskjell i forekomst av villet egenskade mellom gutter og jenter siste år (3,1 % versus 10,2 %; OR 3,5, KI 2,66–4,72).

De vanligste metodene var kutting (197 tilfeller; 74,1 %) og overdoser med medikamenter (45 tilfeller; 16,9 %). De resterende (24 tilfeller; 9 %) fordelte seg i hovedsak

mellom alkohol eller narkotiske stoffer tatt i den hensikt å skade seg, hopp fra høyde og henging. 39 (14,7 %) av dem som hadde skadet seg selv i løpet av det siste året, hadde vært i kontakt med sykehus i forbindelse med dette. Det var langt mer vanlig med behandling i sykehus ved overdose med medisiner (21 av 45; 46,7 %) enn ved kutting (12 av 197; 6,1 %). En kombinasjon av to eller flere metoder ved samme forsøk ble rapportert av 15 elever (5,6 %). Over halvparten av dem som tilfredsstilte kriteriene for villet egenskade (149 elever; 56 %), rapporterte at de ønsket å dø den aktuelle gangen da de skadet seg. Når det gjaldt ønsket om å dø, var det ingen signifikant forskjell i forekomst mellom de som kuttet seg og de som hadde tatt en overdose.

Faktorer som har sammenheng med villet egenskade

Tabell 3 viser resultater fra univariate analyser mellom villet egenskade og en rekke faktorer. På grunn av interaksjoner mellom flere av faktorene og kjønn ble analysene gjennomført separat for gutter og jenter. Når det gjelder negative livshendelser og vedvarende problemer er det særlig sterke sammenhenger for begge kjønn mellom villet egenskade og fysiske overgrep, villet egenskade blant venner og trøbbel med politiet. Det var en særlig sterk sammenheng mellom villet egenskade og stoffmisbruk og det å ha vært full mer enn ti ganger både for gutter og jenter. Sammenhengen mellom villet egenskade og angst var sterkere enn mellom villet egenskade og depresjon. Lav selvfølelse og impulsivitet var også signifikant korrelert med villet egenskade hos begge kjønn.

Flere jenter rapporterte seksuelle overgrep, og det var sterkere sammenheng mellom seksuelle overgrep og villet egenskade blant jentene. Jentene rapporterte også oftere villet egenskade blant familiemedlemmer og bekymring for egen seksuell legning. Men sammenhengene mellom disse fakto-

rene og villet egenskade var sterkere for gutter. Det var også sterkere sammenheng mellom villet egenskade og mobbing på skolen hos guttene.

Vi tilpasset deretter en modell for villet egenskade siste år og alle faktorene som er presentert i tabell 3. Her ble multipel logistisk regresjon, «baklengs seleksjon», benyttet. Antall ganger full ble delt i to grupper ved fire eller flere ganger full. Resultatene er vist i tabell 4. Faktorer som hadde en signifikant sammenheng med villet egenskade i løpet av det siste året hos både gutter og jenter, var alvorlige konflikter med foreldre, misbruk av stoff, villet egenskade blant venner og lav selvtilitt. I tillegg var misbruk av alkohol, seksuelle overgrep, skilte foreldre, angst og impulsivitet signifikant forbundet med villet egenskade siste år hos jenter. Slik egenskade i familien derimot var bare signifikant forbundet med villet egenskade hos guttene.

Diskusjon

Et særtrekk ved CASE-studien er at man har anvendt strenge kriterier for å klassifisere elevenes beskrivelse av atferden som villet egenskade. Vi er ikke kjent med noen tidligere studie der man har prøvd å få ungdoms beskrivelse av handlingen de rapporterte som egenskade, for deretter på en reliabel måte å vurdere om beskrivelsen tilfredsstillte forskernes kriteriebaserte definisjon. Siden de egenrapporterte dataene på denne måten er blitt forskervalidert, kan forekomsten av villet egenskade, særlig blant jentene, anses for å være bekymringsfullt høy, 10,7 % totalt og 6,6 % i løpet av siste år.

Ytterligere 3 % rapporterte egenskade som ikke tilfredsstilte studiens kriterier. De fleste av disse ble ekskludert fordi de ikke hadde gitt nærmere informasjon om den selvrapporterte egenskaden. Det er derfor mulig at våre tall er en underestimert. Blant dem som gav beskrivelser av egenskaden, var det få som ikke ble vurdert av forskerne å være egenskade i henhold til kriteriene. Vårt inntrykk er derfor at ungdoms fortolkning av spørsmålet om villet egenskade ikke er så ulik forskernes forståelse.

Den høye svarprosenten indikerer at prevalenstillene er pålitelige. Muligens vil egenskade være noe høyere blant et lite mindretall som ikke går på videregående skole og blant de tradisjonelle skulkerne, men skulkerne utgjør i vårt materiale bare en tredel av det relativt beskjedne fraværet. Prevalensen i de undersøkte fylkene er trolig ikke vesentlig forskjellig fra tilsvarende for resten av landet. Det er imidlertid viktig å merke seg den høye forekomsten (10,5 %) av villet egenskade i aldersgruppen over 16 år. Dette skyldes antakelig først og fremst at dette er en selektert og risikoutsatt gruppe. Undersøkelsen ble gjennomført på første trinn i videregående skole. De fleste elever over 16 går på høyere klassetrinn.

Til nå er det bare fra England det er publisert nasjonale tall fra CASE-studien (17). Forekomsten der er svært like den norske. Villet egenskade det siste året var i England rapportert av 8,6%, hvorav 6,9% tilfredstilte kriteriene. Tilsvarende tall i Norge var 8,6% og 6,6%. Vi finner også sammenfallende kjønnsforskjeller. I Norge var prevalensen for gutter 3,1% og for jenter 10,2%. I England var de tilsvarende tallene 3,2% og 11,2%. Liknende kjønnsforskjeller er også påvist i tidligere spørreskjemaundersøkelser (18) og sykehusbaserte undersøkelser blant ungdom (3).

Studien påviser sterke sammenhenger mellom villet egenskade og flere kjente risikofaktorer, selv om man ikke kan trekke konklusjoner om kausale sammenhenger i en tverrsnittundersøkelse som denne. Det er over tre ganger så vanlig med villet egenskade blant jentene. Likevel er det først og fremst fellestrekkene mellom gutter og jenter som slår en når det gjelder korrelater til egenskaden. Dette er på linje med Wichstrøms & Rossows studie (18), som også påviser felles risikofaktorer for begge kjønn. Det er også her tydelige likheter mellom funnene i England og Norge. Villet egenskade blant venner, misbruk av stoff og lav selvtilitt var, uavhengig av hverandre, forbundet med villet egenskade hos gutter og jenter både i Norge og i England. Sammenhengen mellom egen villet egenskade og kjennskap til villet egenskade blant venner er særlig sterk i begge landene. Kanskje har man her å gjøre med en modelleffekt på linje med tidligere funn om smitte av selvmordsatferd blant ungdom (19). Eller er det snarere slik at like barn leker best? Tidligere studier har vist at sosial støtte fra venner beskytter mot utvikling av psykiske problemer (20). Denne studien gir indikasjoner på subkulturer der vennemiljøet kan virke i selvdestruktiv retning (11).

Til forskjell fra det engelske CASE-materialet finner vi i vårt at også alkoholmisbruk har en signifikant sammenheng med villet egenskade, først og fremst hos jenter. Sammenhengen mellom alkohol- og stoffmisbruk og selvmordsforsøk er også påvist i tidligere spørreundersøkelser i Norge (7). Til forskjell fra England finner vi også en sammenheng mellom mellom seksuelle overgrep og villet egenskade blant jentene, som vist i tidligere undersøkelser (21).

Noe uventet finner vi i de multiple analysene ingen sammenheng mellom villet egenskade og depresjon, verken for gutter eller jenter. Villet egenskade ble rapportert i løpet av siste år mens HAD-skalaen for angst og depresjon måler symptomer på depresjon og angst i perioden rett før undersøkelsen. Det er derfor godt mulig at flere selvskadende unge var deprimert og hadde angst på selve skadetidspunktet.

Samlet sett viser funnene mange av de samme risikofaktorene som er påvist i tidligere sykehusbaserte studier (6, 11) og spør-

reundersøkelser (8, 11, 17, 22). Det er i den forbindelse interessant å merke seg at ved en sammenlikning mellom et klinisk og et epidemiologisk utvalg av unge norske selvmordsforsøkere fant Grøholt og medarbeidere at de to gruppene kjennetegnes ved de samme risikofaktorer, men at risikofaktorene var mer uttalte i det kliniske utvalget (11).

Forebygging av villet egenskade blant ungdom nødvendigvis er en variert og målrettet innsats, både på grunn av de store problemene atferden i seg selv representerer, men også fordi villet egenskade øker risikoen for senere selvmord. Det er en viktig utfordring å identifisere dem som har alvorlige psykiske problemer og tilby individuelt tilpasset behandling. Her kan skolen og skolens hjelpeapparat være til god hjelp dersom de får presis kunnskap om risikofaktorer og behandlingsmuligheter. Studier har dokumentert at aktiv oppsøking og tett oppfølging er viktig i behandling av unge suicidale (23). Det må derfor etableres gode samarbeidsrutiner mellom skole og helsevesen både i første- og annenlinjetjenesten og hvis nødvendig også med sykehus, slik at god oppfølging over tilstrekkelig tid blir sikret.

Men individuell hjelp er ikke tiltrekkelig som forebyggingstiltak alene. Funnene i denne studien viser at sosiale realiteter som konflikthete hjemmeforhold, rus og overgrep er særpreg ved livssituasjonen til mange selvskadende unge. Det er derfor nødvendig med intensivt innsats overfor risikoutsatte familier og ungdomsgrupper. Forebyggende tiltak må ta hensyn til gruppeprosesser i ungdomsmiljøer og sosiale risikofaktorer i samspill med individavhengige risikofaktorer (24). Vi anbefaler at det utarbeides nasjonale retningslinjer for selvmordsforebyggende tiltak som involverer både familiearbeid, skolesektoren samt første- og annenlinjetjenesten.

Den norske delen av CASE-studien er finansiert av Stiftelsen Helse og Rehabilitering. Vi takker medarbeiderne i CASE-gruppen for samarbeid om design og metode, medhjelpere i PP-tjenesten og ved Høgskolen i Elverum for gjennomføring av datainnsamlingen og alle elevene for samvittighetsfulle besvarelser.

Litteratur

1. ICD-10. Den internasjonale klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. 10. rev. Oslo: Statens helsetilsyn, 1998.
2. Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 327–38.
3. Hawton K, Fagg J, Simkin S, Bale E, Bond A. Deliberate self-harm in adolescents in Oxford 1985–1995. *J Adolesc* 2000; 23: 47–55.
4. Hjelmeland H. WHO-undersøkelsen i Sør-Trøndelag: parasuicidraten øker for unge kvinner. *Suicidologi* 2001; 6: 12–3.
5. Hawton K, Arensman E, Wasserman D, Hulten A, Bille-Brahe U, Bjerke T et al. Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52: 191–4.

6. Hawton K, Kingsbury S, Steinhardt K, James A, Fagg J. Repetition of deliberate self-harm by adolescents: the role of psychological factors. *J Adolesc* 1999; 22: 369–78.
7. Rossow I, Wichstrøm L. Parasuicide and use of intoxicants among Norwegian adolescents. *Suicide Life Threat Behav* 1994; 24: 174–83.
8. Bjarnason T, Thorlindsson T. Manifest predictors of past suicide attempts in a population of Icelandic adolescents. *Suicide Life Threat Behav* 1994; 24: 350–8.
9. Rossow I, Wichstrøm L. Når nøden er størst – er hjelpen nærmest? Hjelp og behandling etter selvmordsforsøk blant ungdom. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 1740–3.
10. de Wilde EJ, Kienhorst CW. Suicide attempts in adolescence: self-report and «other report». I: Kerkhof A, red. *Attempted suicide in Europe: findings from the multicentre study on parasuicide by the WHO regional office in Europe. Leiden: DSWO Press, 1994: 263–9.*
11. Grøholt B, Ekeberg Ø, Wichstrøm L, Haldorsen T. Young suicide attempters: a comparison between a clinical and an epidemiological sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 868–75.
12. Kienhorst CW, de Wilde EJ, Diekstra RF, Wolters WH. Construction of an index for predicting suicide attempts in depressed adolescents. *Br J Psychiatry* 1991; 159: 676–82.
13. Zigmund AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361–70.
14. Plutchik R, van Praag HM, Picard S, Conte HR, Korn M. Is there a relationship between the seriousness of suicidal intent and the lethality of the suicide attempt? *Psychiatry Res* 1989; 27: 71–9.
15. Robson P. Development of a new self-report questionnaire to measure self esteem. *Psychol Med* 1989; 19: 513–8.
16. White D, Leach C, Sims R, Atkinson M, Cottrell D. Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale for use with adolescents. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 452–4.
17. Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ* 2002; 325: 1207–11.
18. Wichstrøm L, Rossow I. Explaining the gender difference in self-reported suicide attempts: a nationally representative study of Norwegian adolescents. *Suicide Life Threat Behav* 2002; 32: 101–16.
19. Gould MS, Wallenstein S, Davidson L. Suicide clusters: a critical review. *Suicide Life Threat Behav* 1989; 19: 17–29.
20. Ystgaard M, Tambs K, Dalgard OS. Life stress, social support and psychological distress in late adolescence: a longitudinal study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34: 12–9.
21. Santa Mina EE, Gallop RM. Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behaviour: a literature review. *Canadian Can J Psychiatry* 1998; 43: 793–800.
22. Wichstrøm L. Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 603–10.
23. Hulten A, Jiang GX, Wasserman D, Hawton K, Hjelmeland H, De Leo D et al. Repetition of attempted suicide among teenagers in Europe: frequency, timing and risk factors. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2001; 10: 161–9.
24. Ystgaard M. Villet egenskade blant ungdom: nye forskningsresultater og konsekvenser for forebyggende arbeid. *Suicidologi* 2003; 8: 6–9.