

Vad vet vi om flickor
som skär sig?

Socialdepartementet
103 33 Stockholm

Redovisning av regeringsuppdrag om flickor som skadar sig själva

Socialstyrelsen fick i juni 2003 regeringens uppdrag att belysa situationen kring flickor som skadar sig själva. Det gällde dels att kartlägga problemets omfattning och karaktär i landet, dels att beskriva kunskapsläget avseende förekomst, förebyggande insatser, tidig upptäckt, tidiga insatser och behandling. I uppdraget ingick också att Socialstyrelsen skulle föreslå åtgärder för att förbättra samhällets insatser för dessa flickor. Kartläggningsuppdraget redovisades för regeringen den 21 januari 2004.

Allmänna Barnhuset arrangerade i samverkan med Socialstyrelsen den 1-3 mars 2004 en Sättra Brukskonferens om flickor som skadar sig själva. Vid konferensen deltog experter – forskare och kliniskt verksamma – för att presentera sina kunskaper inom området och framför allt för att diskutera vad som bör och kan göras för denna utsatta grupp av unga människor. Fokus för dessa diskussioner var möjligheter att förebygga, tidiga insatser och behandling. Konferensen dokumenterades och skriften Unga som skadar sig själva har nyligen publicerats.

Ett annat viktigt motiv för Sättra Brukskonferensen var att utveckla ett kompetensnätverk i dessa frågor. Allmänna Barnhuset tog på sig ansvaret för att försöka få till stånd ett sådant nätverk.

Samråds- och informationskontakter har genomförts med i uppdraget identifierade myndigheter och organisationer, liksom med Statens Institutionsstyrelse, företrädare för barn- och ungdomspsykiatri och HVB-institutioner.

Bifogad rapport och Socialstyrelsens förslag till åtgärder kompletterar Socialstyrelsens redovisning om flickor som skadar sig själva.

Rapporten Vad vet vi om flickor som skär sig? visar på stora problem och kunskapsluckor inom området. Varken säkra kunskaper om omfattning, etiologi, prognos eller effektiva metoder för att förebygga, tidigt upptäckta eller effektivt behandla har hittills kunnat sammanställas utifrån den vetenskapliga litteraturen.

Stora forskningsinsatser skulle krävas för att till fullo belysa de frågor som finns i uppdraget. I väntan på ett förbättrat kunskapsläge måste ändå samhället vidta åtgärder för att stärka och hjälpa dessa unga människor.

Det är dock inte bara självskadebeteende hos unga som inger oro. Ökad förekomst av självrapporterad psykisk, psykosomatisk och psykosocial ohälsa bland barn och ungdomar är ett påtagligt och större problem.

Det har under senare år publicerats rapporter om ungas psykiska och psykosociala situation som tydligt visar att ungdomar behöver hjälp utöver den som erbjuds idag. Problemen kring flickor som skadar sig bör hanteras i detta större sammanhang.

Olika kartläggningar som t.ex. Folkhälsoinstitutets Svenska skolbarns hälsosvanor 2001/2002 och Ungdomsstyrelsens nyligen presenterade Ung 2004 är värdefulla bidrag i ett nödvändigt analysarbete för att förbättra ungdomars psykiska hälsoläge.

Insatser för att försöka påverka elevers välbefinnande har genomförts på olika håll i landet, vilket förhoppningsvis kan bidra till bättre psykisk hälsa hos barnen och ungdomarna. År 2003 presenterades t.ex. projektrapporten Jämlikhet och hälsa i skolan. Det är ett intressant arbete där s.k. nyckeltal är utgångspunkt för skolornas insatser. Aktuella nyckeltal var mat, sömn, stress, arbetsmiljö i skolan och självbild/självförtroende. Elevernas inflytande över bestämning av nyckeltal och insatser har varit en central målsättning i projektet.

Socialstyrelsen anser också att det är angeläget att förbättra omhändertagande och utveckla evidensbaserade metoder inom hälso- och sjukvård och socialtjänst för unga människor med långvariga psykiska och beteendeproblem, såväl när det gäller öppenvårdsinsatser som behandling inom slutenvård och institutionsvård.

Förslag till åtgärder avseende unga som skadar sig själva:

Socialstyrelsens kartlägningsrapport och expertrapport – tillsammans med den mediala uppmärksamhet, som problematiken kring flickor som skadar sig själva fått – bidrar till att öka medvetenheten om att problemet finns. Därmed kan beredskapen att fånga upp och hjälpa förbättras. Ansvar för att tillvarata aktuell information har de professioner, som i sitt dagliga arbete möter barn och ungdomar. Socialstyrelsen vill samtidigt betona behovet av att det i ungdomarnas närmiljö finns vuxna, som har tid för samtal.

Socialstyrelsen anser det angeläget, i avvaktan på stabilare vetenskapligt stöd, att samhället ändå skapar möjligheter för sådan pedagogisk behandling som har någon form av evidensstöd, t.ex. kognitiv beteendeterapi eller

dialektisk beteendeterapi, för unga människor som återkommande skadar sig själva.

Socialstyrelsen menar också att det är angeläget att pröva och utvärdera metoder för tidig upptäckt och förebyggande program.

Socialstyrelsen anser vidare att det ovan nämnda ”Allmänna Barnhusets kompetensnätverk om självskadebeteende” skulle kunna vara en aktivt bidragande kraft i nödvändig metodutveckling.

Socialstyrelsen anser också att en diagnosklassificering som åtskiljer själv-mordshandlingar och självskadehandlingar, i samband med förbättrad och kvalitetssäkrad inrapportering från hälso- och sjukvården av diagnoser och yttre orsakskoder, skulle kunna bidra till ökad kunskap inom området.

Beslut i detta ärende har fattats av generaldirektör Kjell Asplund. I den slutliga handläggningen har deltagit avdelningschef Åsa Börjesson och avdelningschef Bo Lindblom. Lars Hellgren, sammankallande i Socialstyrelsens råd för barn- och ungdomsfrågor, har varit föredragande.

Enligt Socialstyrelsens beslut

Lars Hellgren

Bilaga

Vad vet vi om flickor som skär sig?

Vad vet vi om flickor
som skär sig?

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är ett *Underlag från experter*. Det innebär att det bygger på vetenskap och/eller beprövad erfarenhet. Författarna svarar själva för innehåll och slutsatser. Socialstyrelsen drar inga egna slutsatser i dokumentet. Experternas sammanställning kan dock bli underlag för myndighetens ställningstaganden.

Artikelnr 2004-123-41

Publicering www.socialstyrelsen.se, december 2004

Förord

Socialstyrelsen fick i juni 2003 regeringens uppdrag att närmare belysa frågeställningar som finns när det gäller flickor som medvetet skadar sig själva. I uppdraget ingick att kartlägga problemets omfattning och karaktär, att sammanställa nationell och internationell kunskap om förekomst, förebyggande insatser, tidig upptäckt, tidiga insatser och behandling samt att lämna förslag till åtgärder.

Den 21 januari överlämnades delrapporten Flickor som skadar sig själva – en kartläggning av problemets omfattning och karaktär.

Rapporten Vad vet vi om flickor som skär sig? belyser mycket tydligt att det finns stora kunskapsluckor, i princip när det gäller alla i uppdraget formulerade kunskapsaspekterna. Men översikten kommer förhoppningsvis att stimulera till fortsatta undersökningar och forskning inom detta angelägna område – att förstå och bistå unga människor som lider.

Överläkare Ewa Ahnemark, med.dr Agnes Hultén och professor Marie Åsberg har tagit fram rapporten.

Kjell Asplund

Generaldirektör

Innehåll

Förord.....	3
Innehåll	5
Sammanfattning.....	7
Bakgrund.....	9
Avgränsning av uppdraget	10
Syfte och frågeställningar	10
Sökvägar	10
Problem	11
Självskadebeteende – en egen diagnos?	12
Vad avses med självskadebeteende?	12
Avgränsning mot självmordsförsök.....	13
Klassifikation av självskador	14
Grov självskada vid svår psykisk funktionsstörning	14
Grov självförvårdad kroppsskada, självstympande beteende	14
Stereotyp självskada	14
Avsiktligt självskadesyndrom.....	15
Självskadebeteende.....	15
Ytlig självskada.....	16
Kompulsivt/tvångsmässigt självskadebeteende	16
Impulsivt självskadebeteende	16
Sammanfattning.....	17
Epidemiologi.....	18
Internationella studier av ungdomar	18
Studier av ungdomar i Sverige	20
Studier av ungdomspsykiatriska patienter	20
Institutionsvårdade ungdomar	21
Vuxenpsykiatriska patienter	22
Slutsats.....	22
Psykiska störningar och självskadebeteende.....	23
Posttraumatiskt stressyndrom	23
Dissociativa syndrom	23
Impulskontrollstörning	23
Missbruk	23
Ätstörningar	24
Depression	24
Personlighetsstörning.....	25
”Smittoeffekter” i samband med vård	25
Orsaker till självskadebeteende.....	27
Kulturell inverkan.....	27

Att ha varit utsatt för trauma.....	27
Maktlöshet, osäkerhet, social otrygghet.....	28
Svårigheter med känsloreglering	29
Biologiska hypoteser	29
Behandling	31
Normalt stöd och omhändertagande	31
Psykoteraier	31
Farmakologisk behandling.....	32
Sammanfattande slutsatser.....	34
Referenser.....	36

Sammanfattning

Ungdomar som skadar sig genom att skära sig avser vanligen inte att ta sitt liv utan vill uppnå snabb, tillfällig lättnad i ett svåruthärdligt tillstånd. Självförvållade skador med detta syfte är inte något nytt fenomen. Under det senaste decenniet har en viss tendens till ökning av beteendet bland tonårsflickor rapporterats, framför allt från olika professionella grupper. En del ungdomar initierar beteendet själva, medan andra lär sig av kamrater.

Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag att beskriva problemet med flickor som skadar sig själva genom att tillfoga sig yttre skador på kroppen. Ett deluppdrag omfattade en nationell kartläggning av problemets omfattning och tänkbara bakomliggande orsaker. Det avrapporterades till regeringen i januari 2004.

Ett annat deluppdrag är att sammanställa nationell och internationell forskning om självskadebeteende hos flickor. Få vetenskapliga studier, där man specifikt inriktat sig på självskadebeteende hos barn och ungdomar, har hittats. Däremot finns det ett litet antal studier (befolkningsstudier och kliniska undersökningar) av barns psykiska hälsa där frågor om självskador också tagits med. Ett problem är dock att frågorna inte är formulerade så att självtillfogade yttre kroppsskador kan skiljas från självmordshandlingar.

I litteraturen om självskador hos vuxna, som är mer omfattande, finns viss information. Dessa retrospektiva studier är problematiska av flera skäl. De studerade populationerna består i huvudsak av vuxenpsykiatriska patienter, dvs. starkt selekterade grupper med kroniska och ofta andra allvarliga psykiska störningar. Studierna är ofta små, och är olika beträffande avgränsning och metod, vilket gör resultaten svåra att jämföra.

Ett flertal olika, delvis överlappande, definitioner av begreppet "självskada" har använts i såväl svenska som internationella studier. Detta kan ge upphov till missförstånd och försvårar jämförelser.

Ingen vet hur många svenska ungdomar som skadar sig genom hudskärning/rispning/bränning. I Socialstyrelsens mycket begränsade kartläggning av självskadebeteende blev bedömningen att minst 1 procent av flickor mellan 13–18 år någon gång skadat sig på detta sätt. Denna uppgift är grundad på hur många flickor personal inom barn- och ungdomspsykiatri, skolhälsovård, socialtjänst m.fl. kände till.

I både nationella och internationella enkätundersökningar riktade till ungdomar själva har 5–7 procent av ungdomspopulationen angett självskadebeteende i form av tablettförgiftningar eller självtillfogade yttre skador på kroppen, åtminstone vid något tillfälle. Internationella data talar för att endast en mycket liten andel (mindre än 15 procent) av dessa ungdomar söker sjukhusvård för skadan.

Hos vuxna har förekomsten av självskadebeteende någon gång under livet uppskattats till cirka 4 procent (med stora variationer). Av retrospektiva studier på vuxna kvinnor som skadar sig själva framgår i allmänhet att beteendet börjat i tidiga tonår. Man kan emellertid inte av detta dra slutsatsen att

de som skär sig i tonåren nödvändigtvis fortsätter att göra det i vuxen ålder. Sannolikt lär sig många ungdomar att bemästra stress på ett mer konstruktivt sätt. Empirisk (erfarenhetsbaserad) kunskap om prognos för ungdomar som skadar sig själva saknas.

Självskadebeteende betraktas i de internationella diagnosmanualerna inte som en egen störning eller sjukdom. Samband mellan självskadebeteende och traumatiska upplevelser under barndomen (vanskötsel, psykiska/fysiska/sexuella övergrepp), liksom senare inträffade trauman, har rapporterats. Inom vuxenpsykiatri förknippas ofta självskadebeteende med andra allvarliga psykiska störningar.

I många förklaringsmodeller/hypoteser fokuseras på problem eller svårigheter i tidiga relationer, individens svårigheter att emotionellt reglera negativa känslor eller att kontrollera impulser. I andra förklaringsmodeller beskrivs samband mellan individens medfödda sårbarhet och de svårigheter den kan medföra, t.ex. i samspelet med stress i uppväxtmiljön. Det finns också psykologiska förklaringsmodeller som starkare betonar kulturella faktorer och likheter med traditionella övergångsriter.

Utifrån biologiska hypoteser diskuteras såväl impulskontrollstörning som inverkan av signalsubstanser och störd funktion hos kroppsegna endorfiner med ändrad smärtröskel.

Endast ett litet fåtal studier (ingen svensk) av små patientgrupper har publicerats om behandling av ungdomar med självskador. Två små internationella studier av kognitiv beteendeterapi har visat viss positiv effekt. Dialektisk beteendeterapi, som ursprungligen utarbetades för självmordsbenägna kvinnor med borderline personlighetsstörning, har prövats med viss framgång vid behandling av tonårsflickor med självskadebeteende. I övrigt saknas i stort sett relevant behandlingsforskning.

Bakgrund

Att unga kvinnor uttrycker psykiskt lidande via sin kropp är inget nytt fenomen. Sådant beteende eller "galenskap" har en historisk och kulturell "identitet", likaväl som social, biologisk eller psykologisk grund. Det gemensamma är att det är kroppsliga uttryck för vånda, rädsla och ångest.

Sara Stina, född 1763 insjuknade i fjortonårsåldern med mystiska kramper och smärtor i bröstet och magen. Hon slukade knappnålar och porslinsbitar. Dagarna före menstruationen var hon som mest labil. Hennes vård anförtroddes Johan Odhelius som i sina anteckningar skrev "Det mesta af symptomerna/.../har påtageligen varit sjelfgjordt" och han rekommenderade stickande instrument och s.k. stinksprit för att avslöja bedrägeri. Behandlingen påverkade henne föga. Hennes beteende var periodvis starkt självdestruktivt, hon fortsatte att svälja nålar, bita sig själv i armar och fingrar, var sexuellt utlevande, gav sig själv örfilar och tog strypgrepp på sig själv. Idéhistorikern Karin Johannisson [1] ser Sara Stina som dåtidens illustration av en ung kvinna med intensiv inre vrede, som hon på olika sätt försöker förmedla till omgivningen.

Historier med liknande innebörd visar, liksom i vår egen tid, att självskadebeteende är svårt att förstå och provocerande för omgivningen. Johannisson försöker förklara beteendevikelseerna. Hon menar att det inte finns tillräckligt utrymme i ett patriarkaliskt präglat samhälle för att utveckla en egen kvinnlig identitet. Självskadan är ett försök att skapa en identitet. Längtan efter bekräftelse, tröst och uppmärksamhet är starkare än smärtan i samband med den självdestruktiva handlingen, enligt Johannisson.

Självskadebeteendet har fått ett "ansikte" efter att Andrew Morton 1992 publicerade en biografi över prinsessan Dianas liv [2]. I anslutning till beskrivning av hennes ätstörning, berättar han också att hon t.ex. skar sig i handlederna.

Tonåren är en tid när förändringar i den egna kroppen och omgivningens bemötande utsätter flickor för en stor press. Det är ofta svårt för flickorna att sätta ord på sina upplevelser och sortera alla tankar och känslor.

Mary Pipher, amerikansk psykolog, beskriver i sin bok "Rädda Ofelia" [3] flickors svårigheter att under puberteten utveckla en sund självkänsla, som kan leda till ett harmoniskt liv som vuxen kvinna. Självskadebeteendet är för henne en självklar utgångspunkt för diskussionen om flickors svårigheter att hantera de krav och den stress som samhället skapar. De flickor som skadar sig själva saknar, enligt Pipher, sannolikt flera och mer effektiva strategier för att handskas med sin stress. De har mindre egen inre styrka och svagare yttre stöd. Pipher menar att klyftan mellan flickornas sanna själv och samhällets syn på vad som är kännetecknande för en kvinna är för stor. För att bli socialt accepterade känner sig flickorna ofta tvingade att anta en kvinnoroll, som passar in i en kultur präglad av sexism och utseendefixering. Inre egenskaper som intelligens, social mognad, social kompetens och förmåga till medkänsla värderas inte lika högt som de yttre attributen.

En liknande bild av flickors situation åskådliggörs i filmen "Tretton" [4]. Filmen beskriver en trettonårig flickas blixtnabba "förvandling" från en öppen, utåtriktad och ambitiös flicka till en utseendefixerad, popularitetssökande ung kvinna.

Även om självskadehandlingar hos unga kvinnor är kända sedan mycket länge, finns inga säkra vetenskapliga belägg för att beteendet verkligen ökat. Tillgänglig svensk statistik visar under senare år en tendens till ökning, som dock inte är signifikant. Vårdpersonal i Sverige, som arbetar med ungdomar i skolan, på ungdomsmottagningar och i andra sammanhang, bedömer att antalet ungdomar som skadar sig själva genom att skära sig förefaller ha ökat. Huruvida detta t.ex. beror på ökad medvetenhet om att beteendet existerar eller att unga inte döljer sitt avvikande beteende i lika hög grad som tidigare är okänt.

Avgränsning av uppdraget

Flickor som skadar sig själva kan omfatta en mycket stor grupp individer som medvetet utsätter sig för fysisk, psykisk eller social skada. Det kan bland annat handla om flickor som förgiftar sig vid enstaka eller upprepade tillfällen, flickor som skär eller rispar sig vid enstaka tillfällen och flickor som medvetet och återkommande skär, rispar eller bränner sig.

Det kan också handla om flickor som missbrukar alkohol och narkotika, flickor som svälter sig, flickor som hetsäter, flickor som utsätter sig för framför allt psykiska och sociala liksom fysiska risker genom prostitution och sexuellt utagerande. Även flickor som utifrån mode eller kultur medvetet tillfogar sig fysiska skador genom t.ex. extrem tatuering eller piercing skulle kunna räknas in i en sådan grupp.

De yttre tecknen, självskadorna, styr avgränsningen. Bakomliggande besvär och/eller ohälsa kan skifta och även ta sig andra uttryck.

Syfte och frågeställningar

Uppdraget och expertrapporten avgränsas till ungdomar som medvetet skär, rispar eller bränner sig eller på annat sätt tillfogar sig själva yttre skador utan avsikt att ta sina liv.

Syftet med rapporten är att ge en överblick över den kunskap som finns i nationell och internationell vetenskaplig litteratur om självskadebeteende.

Frågeställningar:

Hur vanligt är det med självskador utifrån ovanstående avgränsning?

Vilka typer av skador kan ses?

I vad mån är beteendet kopplat till psykiska funktionsstörningar?

Vilka förklaringsmodeller eller hypoteser finns till beteendet?

Vilken kunskap finns om behandlingar?

Sökvägar

Datasökning har gjorts i medicinska databaser: MEDLINE (1966–1 oktober 2003), PubMed, PsycINFO (1985–1 oktober 2003), Current Contents/Social and Behavioural Sciences Journals (2002 vecka 42 till 2003 vecka 41), The

Cochrane Database of Systematic Reviews (fram till 2003); MeSH termer: self-injurious behavior. Sökord: epidemiology, self mutilation, English, human, female, substance abuse, eating disorder, personality disorder, treatment, children 0–18 years, adolescent (13–18 years). Vidare har manuell sökning gjorts via Related Links, referenslistor i tidskriftsartiklar och böcker och innehållsförteckningar i relevanta tidskrifter. Personliga kontakter har utnyttjats för att få tillgång till ännu ej publicerat svenskt material.

Expertrapporten gör inga anspråk på att vara fullständig. För att öka förståelsen och belysa bakomliggande faktorer, har ett flertal studier av vuxenpsykiatriska kvinnor och män tagits med.

Problem

Ett stort problem i analysen har varit att lindrigare självtillfogade yttre skador varken i statistik eller forskning skiljts från tablettförgiftningar och självmordsönsknings. Om denna skillnad inte beaktas, uppfattas självskadebeteende ofta som ett led i en självmordsprocess. Självskadebeteendets unika förlopp och konsekvenser förblir då okända.

Ett besläktat problem är att självskadehandlingar i psykiatrisk litteratur ofta ses som ett symptom på en bakomliggande psykisk sjukdom eller störning, och sällan studeras utifrån sina egna villkor.

Det finns betydligt mer kunskap om självskadehandlingar hos vuxna än hos ungdomar. Visserligen uppger dessa vuxna regelmässigt att självskadebeteendet börjat under tonåren, men retrospektiva data har ändå uppenbara svagheter, framför allt som dessa data nästan uteslutande kommer från en mycket starkt begränsad grupp av vuxenpsykiatriska patienter med allvarliga kroniska störningar.

I Sverige har under de senaste åren några rapporter, i huvudsak enkätundersökningar, om barns skador och om ungdomars liv och hälsa publicerats [5–7]. I dessa ingår frågor om försök att skada sig själv. Det går dock inte att genom dessa särskilja självmordsförsök från annat självskadebeteende. Det saknas svenska vetenskapliga studier med avgränsad inriktning på självskadebeteende.

Evidensgraden i nedan presenterade studier är låg. Randomiserade, kontrollerade studier saknas. Som regel studeras kliniska grupper som forskarna råkar ha tillgång till. Syften, frågeställningar och metoder skiftar mellan studierna, vilket försvårar eller omöjliggör jämförelser. Ofta rör det sig även om små undersökningsgrupper. Enstaka kartläggningar som belyser förekomst har tillfredsställande uppläggning. Se vidare metodkommentar i inledningen av kapitel Epidemiologi, sid. 18.

Självskadebeteende – en egen diagnos?

Vad avses med självskadebeteende?

Vissa författare, t.ex. Armando Favazza [8] och Kahan och Pattison [9] hävdar att självskadebeteende bör diagnostiseras som ett eget psykiatriskt syndrom. Men inget av de vanligaste diagnossystemen som Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders version 4 (DSM-IV) eller International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems version 10 (ICD-10) innehåller någon sådan kategori. I DSM-IV ingår självskadehandlingar som ett av symtomen i borderline personlighetsstörning, rörelsestereotypier hos barn och ungdomar och trichotillomani (hårutdragning).

De diagnostiska principerna vid självskadebeteende lämnar mycket övrigt att önska. Noggrann diagnostik är av största betydelse för förståelse av individens problem och för behandlingsplanering.

Kahan och Pattison [10] publicerade 1983 en studie som senare inspirerade ett flertal forskare att ytterligare undersöka beteendet. En ”prototyp” för att avgränsa eller definiera avsiktligt själv tillfogad kroppsskada presenterades på basis av en grundlig genomgång av 56 studier på vuxna. Enligt denna avgränsning rör det sig om ett beteende som börjar i puberteten och som består av flera händelser och former av självskada, med låg dödlighet och som pågår under många år. Ångest, förtvivlan och ilska är dominerande symptom som förknippas med beteendet.

Självskadehandlingar utförs ofta i avskildhet. Vissa individer använder uttrycket ”beroendeframkallande” för att beskriva beteendets karaktär. Det typiska händelseförloppet vid självskada kan innefatta en utlösande händelse, t.ex. ett avvisande, följt av en tilltagande olustkänsla, ett inre behov av att konkretisera den psykiska smärtan med hjälp av fysisk smärta och till slut en självskadehandling, varpå en tillfällig och kortvarig lättnadskänsla och befrielse inträder [11]. Olustupplevelsen och den inre, emotionella smärtan kan vara svåra för individen att klä i ord, men när det är möjligt, beskriver individer det som skamkänsla, panik, rädsla, ilska eller ensamhetskänsla. Många individer berättar om en växande känsla av tomhet, avdomning eller känslomässig avstängdhet strax före självskadebeteendet. Mer än hälften beskriver frånvaro av fysisk smärta vid självskadehandlingen [11, 12].

Beteendet kan ses som ett sätt att trösta sig själv, ett försök att stå ut – att överleva. Som strategi för att reglera känslor kan självskadebeteendet vara så effektivt att det blir ett behandlingshinder.

Beteendet väcker nästan alltid starka reaktioner hos omgivningen om det upptäcks, vilket långt ifrån alltid är fallet. Många gånger ter sig beteendet

obegripligt och svårt att hantera för personer i omgivningen. Det väcker ofta ilska och känslor av maktlöshet när det upprepas [13].

Avgränsning mot självmordshandling

Avgränsningen är ofta oklar mellan självmordsförsök eller självmordshandling, där individen sätter sitt liv på spel, och självskador, som är avsedda att lindra ett obehagligt sinnestillstånd. Ett exempel är den förvirring som uppstår bland sjukvårdspersonal på t.ex. en akutmottagning, där man inte sällan missbedömer eller felaktigt diagnostiserar ytlig hudskärning som ”självmordsförsök” eller ”självmordsgest”. Det är av största vikt att man så detaljerat som möjligt undersöker individens avsikt och hur beteendet fungerar [14, 15].

Psykiatern Karl Menninger var den förste som beskrev självskadebeteende som ett eget fenomen, skilt från självmordshandling och självmord [16]. Han beskrev beteendet som en icke-dödlig demonstration av självdestruktiva impulser.

Det är huvudsakligen tre faktorer som skiljer självskadebeteende och suicidförsök åt: *dödlighet, upprepning* och *avsikt*.

Hudskärning har befunnits vara den vanligaste självskadehandlingen, följt av hudbränning och slag mot kroppen [17]. Skadorna är oftast lindriga, sjukhusvård krävs som regel inte. Självskadebeteende kan upprepas, allt från någon gång i månaden till flera gånger i veckan. De som skär sig eller bränner sig uppfattar nästan alltid själva en skillnad mellan självmordsförsök och självskadebeteende [13].

Att skillnaden mellan självmordshandlingar och andra självskadehandlingar ofta är oklar beror inte bara på mångtydiga definitioner. Det finns en viss klinisk koppling mellan de båda beteendena. Både tillgänglig forskning och klinisk erfarenhet visar att vissa människor med självmordsplaner tillfogar sig fysiska skador, och en del ”självskärare” kan berätta om självmordsavsikter [10, 18].

Till skillnad från handlingar som i första hand är självmordsinriktade och syftar till att släcka ut medvetandet, är de flesta författare överens om att huvudsyftet med att skära sig eller bränna sig tycks vara att reglera känslor. Hudskadan kan minska ångestkänslor, nedstämdhet, inre spänning, ensamhetskänslor, tomhets- och skuldkänslor. Självskadehandlingar kan också bryta ett dissociativt tillstånd (förvirrings- och/eller frånvaroupplevelse) [13, 18–20]. En persons upplevelse av den egna identiteten är vid dissociation förändrad eller upphävd på grund av en akut krissituation.

Klassifikation av självskador

Terminologin inom självskadeområdet är inte enhetlig och ibland förvirrande. Den amerikanske psykiatern Armando Favazza har arbetat mycket med att klassificera självskador och hans bok "Bodies under siege" [21] är något av ett standardverk på området. Hans förslag till klassifikation och avgränsning beskrivs här, tillsammans med vissa andra vanligt förekommande avgränsningar i den vetenskapliga litteraturen.

Många av begreppen är synonyma eller delvis överlappande. Merparten av termerna inom området härstammar från engelskan, och några allmänt vedertagna svenska översättningar finns ännu inte.

Grov självskada vid allvarlig psykisk funktionsstörning

Grov självförvållad kroppsskada, självstympande beteende

I samband med svår psykisk funktionsstörning kan allvarliga självskador förekomma. Grov självförvållad kroppsskada, eller självstympande beteende (self-mutilation behaviour) definieras som en avsiktlig handling, där individen skadar eller förstör delar av kroppen permanent och bestående [22, 23].

Favazza använder termen grov självskada, Major Self-Mutilation. Han betonar att denna typ av självskada kan ses som ett av symtomen i en sjukdomsprocess. Det är den mest dramatiska och livshotande formen av självtillfogad kroppsskada. Självstympande beteende kan innefatta allt från ögon-enukleation (riva ut ögon) och amputation av ben till kastrering.

Det kan röra sig om en omsorgsfullt planerad eller en högst impulsiv handling i samband med en akut psykosjukdom. Den kan också förekomma vid hjärninflammation, medfödd sensorisk neuropati [24], depression och mani [25, 26], olika personlighetsstörningar [27] och transsexualism [28].

Genital grov självskada är vanligast i denna kategori. Den uppskattas vara minst tio gånger vanligare bland män än bland kvinnor. Den här typen av självskada omfattar total eller partiell penisamputation, borttagande av testiklar eller både och. Majoriteten av dessa individer förefaller lida av schizofreni eller affektiv psykos [25]. I samband med akuta psykoser kan grov självskada förekomma hos hallucinerande individer, där temat ofta är sexuella frestelser, synd, självbesträffning och frälsning [29–31].

Stereotyp självskada

Favazza talar även om stereotyp självskada, Stereotypical Self-Mutilation. Det rör sig då om upprepade, fixerade, monotona, ofta rytmiska handlingar, inte sällan utan speciellt tanke- eller känsloläge. Självskadan kan variera, allt från en mindre vävnadsskada till omfattande och livshotande kroppsskada. Stereotyp självskada kan förekomma vid utvecklingsstörning, autism

och medfödda genetiska defekter som Prader Willis, Cornelia de Langes och Lesh-Nyhans syndrom. Individer med autism kan uppvisa ett självskadebeteende i form av att bita sig på händerna, dunka huvudet i väggen och/eller slå mot den egna kroppen [32].

I en stor studie på individer med förståndshandikapp uppvisade omkring 14 procent stereotypt självskadebeteende i form av slag mot huvud eller kropp, huvuddunkning, bitskador och hårutdragning. Den här typen av skador kan ses i miljöer där stimulansen är låg, t.ex. på institutioner [23]. De beskrivna självskadorna är ovanliga och i första hand kopplade till de bakomliggande allvarliga psykiska funktionshindren. Dessa typer av självskador står inte i fokus för rapporten.

Avsiktligt självskadesyndrom

Avsiktligt självskadesyndrom, eller Deliberate Self-harm, antyder en avsiktlig och övervägd handling. Enligt vissa författare innefattar begreppet ”Self-harm” (ungefär = självdestruktivitet) beteende förknippat med vissa förhållningssätt som också är skadliga för den egna kroppen, t.ex. alkoholmissbruk, narkotikamissbruk, avvikande ätbeteende. Risken för dödlig utgång är i ett kortare tidsperspektiv liten, och beteendet tenderar att upprepas [9]. Syndromet brukar börja under senare delen av adolescensen (15–16-årsåldern).

I den brittiska litteraturen används termen ofta vid tablettförgiftningar [33–36]. Man definierar avsiktligt självskadesyndrom enligt följande: ”en handling utan dödlig utgång, med vilken individen avsiktligt initierar en icke vanemässig händelse som utan andras ingripande leder till kroppslig skada”. Här avses avsiktligt intag av läkemedel i kraftigt överskridna doser jämfört med vad som är rekommenderat. Syftet är att uppnå en önskad förändring med hjälp av de aktuella eller förväntade fysiska konsekvenserna av handlingen [37].

I en studie från England år 2002, [35] utvidgas definitionen och inkluderar även hudskärning: ”En handling med icke dödlig utgång där individen avsiktligt gör en eller flera av följande: (a) initierar ett beteende (t.ex. hudskärning eller hopp från en hög höjd) med avsikt att tillfoga sig själv en kroppslig skada; (b) intag av läkemedel i överskriden dos; (c) intag av narkotika i syfte att skada sig själv eller (d) intag av en substans eller föremål ej avsedda att sväljas”. I den sistnämnda definitionen har inslaget av ”självdestruktivt levnadssätt” i stort sett försvunnit.

Då begreppet Deliberate Self-harm Syndrome används utan att man är helt enig om definitionen, och tillståndet således är oklart avgränsat, är det uppenbart av begränsat värde. Så långt det är möjligt kommer denna term att undvikas i rapporten.

Självskadebeteende

Självskadebeteende, Self-Injurious Behavior, definieras som ett beteende, där individen skadar sig själv utan avsikt att dö. Begreppet introducerades 1992 som en egen term i databasen National Library of Medicine och definieras som en upprepad, självtillfogad kroppsskada som bevisligen inte

medför livsfara [8, 9]. Vanliga självskadehandlingar av denna typ är hudskärning eller hudbränning [23, 38, 39] .

Ytlig självskada

Självskadebeteende eller Self-Injurious Behavior motsvaras hos Favazza närmast av ytlig självskada, Superficial Self-Mutilation. Han delar in det ytliga självskadebeteendet i två undergrupper: tvångsmässig självskada och impulsiv självskada.

Generellt kan sägas att den ytliga formen av självskadebeteende är en dysfunktionell form av självbehandling, som ger en snabb tillfällig lindring och en känsla av kontroll [20]. Det ytliga självskadebeteendet börjar vanligen i tonåren och kan i vissa fall bestå under många år.

Kompulsivt/tvångsmässigt självskadebeteende

Självskadebeteende av tvångsmässig karaktär är ofta ritualiserat och kan förekomma flera gånger per dag. Som exempel kan nämnas att slita ut hår, bita ner naglar eller riva sig. Den mest studerade formen av dessa är hårutdragning (trichotillomani), som klassificeras som en impulskontrollstörning i DSM-IV.

Trichotillomani definieras som ett tillstånd av en okontrollerbar inre spänning där utdragning av hårstrån resulterar i lättnad och tillfredsställelse. Tillståndet kan variera över tid. Det kan öka i intensitet i samband med stress och oro. Hårstrån rycks ut från behårade delar av kroppen, vanligtvis från huvudet men också från ögonbryn, ögonfransar, armhålor och kring könsorgan [40]. Individer med denna form av beteendevikelse är ofta förtagna om sitt handlande och döljer ofta sina svårigheter och dess effekter med diverse scarfar, ändrade frisyrier etc.

Ett annat exempel på tvångsmässig självskada är att individen river sig, skrapar med naglarna, klipper eller på annat sätt tillfogar sig hudskador (skin picking), vanligen i ansiktet eller på armar och ben. Beteendet betraktas som sjukligt när det blir vanemässigt, kroniskt, misspyrdande och leder till ett påtagligt lidande för individen. Även relativt små skador och ärr, som uppstår på grund av detta beteende, kan leda till skamkänslor och social isolering.

Impulsivt självskadebeteende

Den vanligaste typen av impulsivt självskadebeteende är hudskärning, hudbränning, hudrispning med nålar, olika typer av slag mot kroppen, eller att kasta sig mot t.ex. en vägg. Individen får då en snabb och kortlivad befrielse från outhärdliga känslotillstånd [41].

Kriterier för impulsivt självskadebeteende är enligt Favazza:

- 1) Upptagenhet med att skada sig själv fysiskt.
- 2) Återkommande misslyckanden med att stå emot impulser av att skada sig själv, resulterande i vävnadsskador.
- 3) Ökad upplevelse av en inre spänning omedelbart före självskadan.

- 4) Känsla av välbefinnande eller lättnadskänsla i direkt anslutning till självskadehandlingen.

Här utesluts individer med medveten självmordsavsikt, aktuell psykossjukdom, transsexualism, mental retardation och utvecklingsstörning.

Aktuella epidemiologiska studier av livstidsprevalens saknas. Favazza uppskattar dock att 1 procent av befolkningen vid en viss tidpunkt lider av impulsivt självskadebeteende.

Vissa individer ägnar sig åt självskadebeteende under en begränsad tidsperiod och ett begränsat antal gånger i sina liv. Andra kan ägna sig åt detta beteende vanemässigt och under lång tid. Favazza har föreslagit termerna *episodisk* och *repetitiv* för att särskilja dessa två typer av beteende [21, 22].

De vanligaste *episodiska*, ytliga, impulsiva självskadorna är hudskärning och hudbränning. De genomförs så ofta som ett visst symtom (t.ex. ångest) eller omständigheter som framkallar symtomen uppstår (t.ex. separation, avvisande). Enligt Favazza rapporterar cirka två tredjedelar av tillfrågade patienter en signifikant förbättring av sitt emotionella tillstånd efter skadan, en förbättring som kan vara i upp till flera timmar [20].

Det episodiska självskadebeteendet kan övergå i ett repetitivt självskadebeteende. Vid den *repetitiva* typen av självskadebeteende kan det bli ett automatiskt beteende och en för individen vanemässig reaktion på störande inre eller yttre stimuli. Individer med den typen av självskadebeteende kan beskriva sig själva som ”beroende” av sitt dysfunktionella beteende. Metoder för självskadandet kan variera. Favazza föreslår att den repetitiva formen av självskadebeteende ska betraktas som en separat psykiatrisk störning, tillhörande impulskontrollstörning i DSM-systemet [22].

Sammanfattning

Att skapa en enhetlig och allmänt accepterad terminologi för självskadebeteende är en uppgift för framtida forskning. Situationen liknar på många sätt den som tidigare rådde inom självmordsforskningen, där man tvingats lägga ned stor möda för att nå fram till en enhetlig terminologi.

De svåra självskadorna är i första hand uttryck för allvarliga psykiska funktionsstörningar. Dessa kommer inte att redovisas i rapporten. Indirekt självdestruktivt beteende, förenat med narkotika- eller alkoholmissbruk, promiskuöst beteende, annat olämpligt beteende, t.ex. vårdslös bilkörning, eller andra aktiviteter där beteendet är förenat med ökad risk för kroppsskada (dykning, bergsklättring, fallskärmshoppning) kommer inte heller att tas med.

I denna rapport ligger fokus på det självskadebeteende som avser självtillfogad, lätt till medelsvår yttre kroppsskada, utan medveten avsikt att dö. Detta stämmer bäst med beskrivningen av impulsivt självskadebeteende i den klassifikation som Favazza föreslagit. Termen självskadebeteende kommer att användas när dessa lindrigare tillstånd avses.

Epidemiologi

Det finns ingen tillförlitlig statistik över förekomsten av självskador. Många skadar sig i avskildhet. Eftersom skadorna sällan kräver någon insats från sjukvården, noteras de inte i den officiella statistiken [35]. Mörkertalet är stort.

Företeelsen kan mätas både genom frågeundersökningar och i registerdata eller med andra observationsdata som grundar sig på omgivningens bedömningar. Sannolikheten för att resultaten skiljer sig från varandra mellan de olika mätmetoderna är stor.

I studier av problemets förekomst har frågor om självskadebeteende formulerats på olika sätt och utifrån olika tidsperioder (t.ex. någon gång, senaste året). Detta försvårar jämförelser. Det blir också komplicerat att ta ställning till vad som är kliniskt relevant. Risk finns för att enstaka självskadebeteenden uppfattas som långt allvarigare än de kanske är.

Internationella studier av ungdomar

Andelen individer i västerländsk befolkning som vid förfrågan uppgivit att de någon gång avsiktligt skadat sig själva (prevalens) har uppskattats till mellan två och fyra procent [42, 43].

I några undersökningar finns uppgifter om en jämn könsfördelning bland dem som skadar sig själva [10, 42, 43] men de flesta studier visar att beteendet är betydligt vanligare bland kvinnor än bland män [19, 44].

Patton och medarbetare [45], kontaktade cirka 1 700 ungdomar i åldrarna 15-16 år från ett stort antal australiensiska skolor med hjälp av ett självskattningsformulär. Tonåringarna uppgav någon form av självskadebeteende i cirka 5 procent av fallen, varav hudskärning, var vanligast förekommande (cirka 35 procent). Näst vanligast var intoxicationer (cirka 30 procent), därefter vårdslöst beteende.

I England genomfördes nyligen en enkätstudie riktad till 15–16-åriga skolelever ($n = 6020$) som del av den europeiska CASE-studien (Child and Adolescent Self Harm in Europe), vars syfte är att kartlägga förekomst av självtillfogat kroppsskada bland ungdomar i Europa [35]. Ungefär 7 procent (3 procent av pojkarna och 11 procent av flickorna) uppgav att de någon gång under det senaste året försökt skada sig genom intag av tabletter i överdos, eller med avsikt t.ex. skurit sig eller hoppat från hög höjd. Drygt hälften hade gjort det upprepade gånger. Den vanligaste metoden att skada sig själv var hudskärning (cirka 65 procent) och överdosering av tabletter (drygt 30 procent). Endast 13 procent hade sökt sjukvård efteråt.

I Norge publicerades 2003 en motsvarande studie ($n = 4060$) [46]. Av ungdomarna uppgav 7 procent att de skadat sig själva under de senaste 12 månaderna, 10 procent var flickor och 3 procent var pojkar. Den vanligaste metoden var hudskärning (drygt 70 procent), följd av tablettförgiftning. Övriga metoder (cirka 10 procent) var jämt fördelade mellan missbruk av alko-

hol eller droger i syfte att skada sig själv, hopp från höga höjder och hängningsförsök. Endast 6 procent av dem som skar sig sökte sjukhusvård efteråt.

Ytterligare en aktuell enkätundersökning, den första utomeuropeiska studien som inkluderat CASE-frågorna, redovisar svar från 3 757 australiensiska skolungdomar i 15–16-årsåldern angående förekomst av självskadande beteende i form av tablettförgiftning eller hudrispning under senaste 12 månaderna [47]. Cirka 6 procent av ungdomarna (n = 233) uppgav sådan handling, varav nästan 60 procent genom att de skurit eller rispat sig och nästan 30 procent genom att ha överdoserat medicin. Övriga ungdomar hade använt andra självskadande metoder som droger, sniffning, slagit sig själva eller försökt hänga sig. Endast cirka 10 procent av de 233 individerna hade sökt sjukhusvård efteråt.

I USA har Klonsky och medarbetare undersökt en grupp rekryter till flygvapnet [43]. Av 1 236 unga män och 750 kvinnor uppgav 4 procent att de minst en gång tillfogat sig själva en kroppslig skada utan avsikt att dö. Själv-mordsbenägna individer togs inte med.

Tabell 1. Översikt av prevalensstudier

Forskare	Land	Alders-grupp	Antal	Självskador inkl./exkl. självmords-handlingar	Självskada Antal i procent (ca)
Patton, G. C. 1997	Australien	skolelever	1 699	Inkl. självmords-handlingar	5 procent
Hawton, K. et al. 2002	England	skolelever	6 020	Inkl. självmords-handlingar	7 procent, 11 % flickor och 3 % pojkar
Klonsky, D. et al. 2003	USA	rekryter	1 986	Exkl. självmords-handlingar	4 procent
Ystgaard, M. 2003	Norge	skolelever	4 060	Inkl. självmords-handlingar	7 procent, 10 % flickor och 3 % pojkar
Leo, D och Heller, TS	Australien	skolelever	3 757	Inkl. självmords-handlingar	6 procent

Prevalensstudierna i tabellen visar på en förekomst av självskadebeteende i 4–7 procent av ungdomspopulationer. Frågan är om och när det rör sig om kliniskt signifikanta självskador. Nedanstående studie antyder att det kan finnas problem med självskattningsundersökningar.

I en populationsstudie av Garrison och medarbetare från USA undersöktes frekvensen av självskadebeteende (utan självmordsavsikt) bland ungdomar i åldern 12–14 år [48]. Självskattningsformulär delades ut till 3 283 skolungdomar. Av dessa intervjuades en grupp av 444 ungdomar som skattat högt i självskattningsformulären avseende depressivitet och självmordsbenägenhet. En erfaren barn- och ungdomspsykiater intervjuade ungdomarna med hjälp av ett strukturerat frågeformulär (K-SADS). Andelen individer

(i den intervjuade gruppen, $n = 444$), som vid undersökningstillfället uppgav att de avsiktligt skadat sin kropp genom att skära sig, bränna sig, slå sig själv utan avsikt eller önskan att dö, var 2,5 procent bland pojkarna och 2,8 procent bland flickorna. Denna prevalens är väsentligt lägre än de från undersökningar som enbart gjorts med hjälp av självskattningar.

Studier av ungdomar i Sverige

Barnsäkerhetsdelegationen undersökte via register bland annat förekomst av självskador [5]. I rapporten framkommer att 2,5 flickor per 1 000 och 1 pojke per 1 000 hade vårdats på sjukhus vid något tillfälle under år 2000, till följd av avsiktlig självdestruktiv handling. I den sammanställning som Epidemiologiskt centrum vid Socialstyrelsen gjort framgår att endast 5 procent av flickorna i åldern 12–18 år, som 1987–2001 vårdats på sjukhus till följd av ”avsiktlig självdestruktiv handling”, hade skurit sig. I majoriteten av vårdtillfällena (95 procent) rörde det sig huvudsakligen om läkemedelsförgiftning, framför allt med smärtstillande preparat.

Sverige har fortlöpande deltagit i WHO:s stora europeiska multicenterstudie, WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour (självmondsbeteende), från startåret 1989 med forskningscentra i Huddinge och Umeå. Alla patienter från 15 års ålder och uppåt registreras fortlöpande i samband med att de söker akutsjukvård på grund av självmondsförsök eller skärande självskador enligt ICD-10:s klassifikationskoder. De erbjuds behandling inom somatisk vård och/eller inom öppen/sluten psykiatrisk vård. Man använder sig av samma formulär till patienterna och av samma registreringsförfarande som övriga centra som deltar i studien, för att kunna jämföra epidemiologiska data mellan olika forskningscentra [49, 50]. Uppföljning av resultat från ovannämnda svenska centra 1990–2000 visade att 10 procent av 15–19-åriga flickor ($n = 271$) som sökt vård för avsiktligt självdestruktivt beteende, med eller utan önskan att dö, hade skurit sig (personlig kontakt G-X Jiang, 2004).

I en enkätundersökning från Hallands län [7] bad man ungdomar i åldern 13–18 år att svara på frågor om sin hälsa. Enkäten besvarades av nästan 3 000 elever från år 7–9 i grundskolan och gymnasiets år 2. Av dessa uppgav drygt 7 procent (10 procent flickor, 5 procent pojkar) att de under det senaste året (2001) avsiktligt skadat sig själva, t.ex. genom att skära sig eller ta tabletter någon eller några gånger. Ett fåtal elever (2 procent) rapporterade att detta skett ofta. Ingen könsskillnad kunde ses bland de sistnämnda.

Studier av ungdomspsykiatriska patienter

De patienter med självskadebeteende som kommer till psykiatrisk vård har ofta andra psykiska störningar som föranlett inläggningen på sjukhus.

År 2002 publicerades en studie från Kanada [51] av ungdomar, 12–18 år gamla, i ungdomspsykiatrisk behandling (heldygnsvård och dagvård). Under 4 månader bedömdes med hjälp av screeningformulär 130 patienter. Av dessa uppfyllde 50 författarnas kriterier för självtillfogad kroppsskada och ombads besvara ett frågeformulär. Totalt besvarade 42 patienter (27 av 91 från slutenvård, 15 av 39 från dagvård) frågorna i formuläret (36 flickor och

6 pojkar). Den vanligaste självskadande metoden var hudskärning, därefter hudrispning och slag mot kroppen. Många hade hållit sitt beteende hemligt för omgivningen. Debutåldern var för flickor 12 år och för pojkar 15 år. Typen (hudskärning i drygt 40 procent av fallen, hudskrapning i drygt 30 procent) och frekvensen (oftare än en gång per vecka) av självskadebeteende i denna grupp stämmer väl överens med tidigare fynd bland vuxna patienter med självskadebeteende [42, 44, 52].

I en studie från Norge publicerad 2000 [53] undersöktes alla tonårsungdomar som under en 18-månadersperiod fått sjukhusvård efter en självmordshandling. Frågeställningen var om motivet till handlingen var att dö eller inte dö. Av de nästan 100 patienter som tillfrågades uppgav cirka 60 procent att de önskade dö och cirka 40 procent att de inte ville dö. Flickor dominerade i båda grupperna (cirka 90 procent i vardera). Den vanligaste metoden var förgiftning. Båda grupperna hade stora psykosociala problem, men de som önskat dö uppgav starkare depressivitet och hopplöshet och kände sig isolerade från kamratumgänge. Gruppen utan avsikt att dö hade mer beteendestörning, alkoholbruk och skolskolk.

Institutionsvårdade ungdomar

I en nyligen publicerad amerikansk studie av unga lagöverträdare vårdade på ett ungdomshem valde man att studera en grupp på 78 ungdomar, som efter inskrivningsintervjun bedömdes behöva psykiatrisk undersökning [54]. Gruppen bestod av både flickor och pojkar (22 flickor, 56 pojkar), genomsnittsåldern var 15,6 år. Man fann att 30 procent hade självmordsnära beteende med avsikt att dö (självmordstankar, självmordsplaner eller minst ett självmordsförsök) och ytterligare 30 procent rapporterade självskadebeteende utan avsikt att dö (i form av hudskärning, slag mot kroppen, hårutdragning, placering av främmande föremål under naglarna och under huden) både före och under vistelsetiden på institutionen. Knappt en femtedel av gruppen bedömdes både som självmordsbenägna och med självskadebeteende. Faktorer som skilde de två huvudgrupperna åt var depressiva symtom respektive missbruk. Vanligaste syftet med skadebeteendet var att blockera "bad feelings", alternativt att "känna någonting även om det var smärtsamt och att straffa sig själv". Ungdomar med självskadebeteende hade högre ångestnivå, ilska och mer missbruk än icke självskadande ungdomar.

I en tidigare studie (1991) av pojkar vårdade på ett ungdomshem i USA [55] fann man att drygt 10 procent av de vårdade ungdomarna rapporterade minst en självskadehandling i form av hudskärning (självtatuering) under tiden de vistades på institutionen.

I Sverige rapporteras från Statens institutionsstyrelse, att cirka en tredjedel av flickorna som vårdas där skadar sig själva. I jämförelse med självskadande flickor utanför institutionsvården har dessa flickor oftare haft ett impulsivt utagerande beteende, ett eget missbruk, mer problem i sina familjer och oftare varit utsatta för misshandel och övergrepp [56]. Från samma källa rapporteras att 33 procent av flickorna och 10 procent av pojkarna i åldern 11–20 år i inskrivningsintervjuer uppgivit att de "känner för att skada sig själv fysiskt".

Vuxenpsykiatriska patienter

Prevalensen av självtillfogad kroppsskada i kliniska vuxenpsykiatriska populationer uppges ligga mellan 21 procent [42] och 44 procent [57].

Slutsats

Det finns få relevanta studier som belyser förekomst av självskadande beteenden i ungdomspopulationen. Uppgifter varierar mellan cirka 3 och 7 procent. I den högre siffran är då självmordshandlingar medtagna. I de europeiska studierna är beteendet tre till fyra gånger så vanligt hos flickor som hos pojkar.

Vid studier av ungdomspsykiatriska patienter, liksom ungdomar i samhällsvård, rapporteras självskadebeteende hos cirka 30 procent av flickorna och 10 procent av pojkarna. Självskattning av förekomst i allmänna populationer ger förhållandevis höga siffror. Den refererade populationsbaserade intervjustudien av Garrison och medarbetare presenterar väsentligt lägre förekomst än i självskattningsbaserade rapporter. Frågan är var det är rimligt att dra gränsen för ”kliniskt relevant förekomst”.

Psyksiska störningar och självskadebeteende

Posttraumatiskt stressyndrom

Bland 68 vuxenpsykiatriska patienter med självskadebeteende fann man i en studie i USA att 73 procent av gruppen uppfyllde kriterier för PTSD (posttraumatiskt stressyndrom) [42].

Nyligen presenterades en studie omfattande 839 tonårsflickor och pojkar i turkiska högstadieskolor [58]. Studiens syfte var att utröna om det fanns ett samband mellan misshandel och vanvård i barndomen och utveckling av självmordsbenägenhet och självskadebeteende i tonåren. Forskarna beskriver att vanligast var försummelse, därefter emotionell, fysisk och sexuell misshandel. Man fann att de ungdomar som varit utsatta för försummelse (neglect) eller trauma hade en nästan 8 gånger ökad risk för självmordsförsök och en nästan 3 gånger ökad risk för att avsiktligt tillfoga sin kropp yttre skador.

Dissociativa syndrom

I många retrospektiva studier av vuxna patienter har man noterat samband mellan psykiska/fysiska/sexuella övergrepp och, senare i livet, dissociation (förvirrings- och/eller frånvaroupplevelser) och självskadebeteende [58–62].

Impulskontrollstörning

Flera forskare inom området anser att upprepat självskadebeteende i grunden är en impulskontrollstörning [8, 9, 23, 63–66]. Kahan och Pattison [9] presenterar en omfattande argumentation för att upprepat självskadebeteende borde klassificeras som ett eget syndrom i DSM-systemet (impulskontrollstörning som inte klassificeras på annat sätt). Även Favazza delar denna uppfattning [63].

Simeon jämförde 26 personlighetsstörda vuxenpsykiatriska kvinnor som skadat sig själva genom att rispa sig eller bränna sig, med 26 personlighetsstörda kvinnor utan självskadebeteende [65]. Syftet var bland annat att undersöka eventuella skillnader avseende impulsivitet, aggressivitet och andra psykopatologiska variabler. Graden av självskadebeteende var signifikant korrelerad till impulsivitet, kronisk aggressivitet och ångest.

Missbruk

I en studie av 85 flickor i åldern 14–18 år, som deltog i öppenvårdsbehandling på grund av alkohol- och narkotikamissbruk [38], uppgav nästan hälften att de tillfogat sig själva kroppsskada utan avsikt att dö. Hudskärning på armar och ben vid ett eller flera tillfällen var den mest använda metoden.

Det vanligaste missbruket bland flickorna var marijuana och alkohol. Nästan 70 procent använde droger åtminstone fyra dagar i veckan under minst sex månader. Många kunde beskriva nedstämdhet, ilska och ensamhetskänslor strax före självschadan. Drygt hälften av flickorna som skar sig hade tidigare gjort självmordsförsök.

Författarna hävdar att självschador kan bero på bristande impulskontroll, eller ses som ett sätt att minska den inre spänningen. Vissa flickor önskade påverka omgivningen, andra använde det som ett sätt att få "kontroll" över en okontrollerbar omgivning. Författarna påpekar att självschada i form av hudskärning inte är ett självmordsförsök. Självschadan orsakas av en stark akut känslomässig kris där den unga människan upplever sig förlora känslan av självkontroll och inte hittar andra mer konstruktiva uttryckssätt för sitt emotionella tillstånd.

Ätstörningar

Favazza undersökte förekomsten av ätstörning bland 65 psykiatriska patienter som sjukhusvårdades på grund av självschadebeteende. Hälften av deltagarna uppgav aktuell eller tidigare ätstörningsproblematik [64].

I en annan studie av Favaro och Santonastaso år 2000 [67] följde man upp 236 vuxna patienter med anorexia nervosa och bulimia nervosa efter behandling. Självschadebeteende noterades oftare bland patienter med bulimi. Det är i linje med utfallet i en tidigare studie [68] där impulsivt självschadebeteende (t.ex. hudskärning och hudbränning) oftare sammankopplats med den bulimiska formen av ätstörning än med renodlad anorexi.

Thomas Paul publicerade nyligen en studie [69] av 376 patienter med ätstörning. Av dessa uppgav 35 procent att de medvetet hade tillfogat sig en fysisk skada på kroppen någon gång i livet. Självmordsförsök uteslöts i definitionen. En tredjedel rapporterade upprepade självschada flera gånger per månad.

Av ett material sammanställt av David Clinton och Claes Norring på Nationellt kunskapscentrum för ätstörningar i Örebro (personlig kontakt, 2003) framgår att 30 procent av 906 vuxna patienter med ätstörning uppgett att de åtminstone någon gång avsiktligt tillfogat sig själv en kroppslig skada.

I flera studier har författare försökt påvisa samband mellan självschadebeteende och ätstörning [63, 69]. Det behövs flera studier för att man ska kunna utröna hur stort sambandet är.

Depression

Flera författare har funnit att dysfori, dvs. sänkt grundstämning, oftast föregår självschadehandlingen i form av hudskärning, hudbränning eller slag mot kroppen [10, 44].

Tracey Guertin fann i sin undersökning av 95 ungdomar uppdelade i två grupper, en med enbart självmordsförsök och en med både självmordsförsök och självschadebeteende (hudskärning, hudbränning), att gruppen med självschadebeteende och självmordsförsök signifikant oftare uppfyllde diagnoskriterier för depression och dystymi [70].

Den tidigare refererade artikeln av Garrison och medarbetare (sid. 19) visade att endast 2,5 procent av pojkarna och 2,8 procent av flickorna, bland de ungdomar som skattat sig själva högt avseende depressivitet och självmordsbenägenhet, uppgav att de avsiktligt skadat sin kropp genom att skära sig, bränna sig, slå sig själv utan avsikt eller önskan att dö. Denna prevalensuppgift är som påpekats väsentligt lägre än uppgifter från undersökningar som enbart gjorts med hjälp av självskattningar.

Personlighetsstörning

I diagnosmanualen DSM används inte beteckningen personlighetsstörning för personer under 18 år. Borderline personlighetsstörning hos vuxna motsvaras i DSM-IV av identitetsstörning hos barn och ungdomar. Personlighetsdrag som impulsivitet och känslomässig instabilitet kan vara tydliga under hela uppväxten hos dem som senare utvecklar borderline personlighetsstörning. Det har av vissa författare, t.ex. Siever och medarbetare [71], tolkats som en avvikande biologisk funktion eller sårbarhet.

Självskadebeteende bland vuxenpsykiatrins patienter är starkast associerat med diagnosen borderline personlighetsstörning [72–74]. Vissa studier tyder på att gruppen med personlighetsstörning och självskadebeteende har en mer uttalad karaktärspatologi, dvs. mer omfattande psykiatrisk problematik i form av t.ex. ökad impulsivitet, jämfört med gruppen utan självskadebeteende [65, 75, 76].

År 1995 presenterades en studie av Herpertz [44] där man undersökte alla patienter, som vårdats inlaggande på ett psykiatriskt universitetssjukhus i Tyskland under de senaste två åren. Enbart patienter som hade gjort minst tre självskadehandlingar (inte självmordsförsök) togs med i studien, oavsett den psykiatriska diagnosen. Totalt inkluderades 54 patienter (87 procent kvinnor och 13 procent män) med en medelålder av 27 år. Den vanligaste självskademethoden var hudskärning (80 procent). Över 70 procent av alla individer med självskadebeteende uppgav att självskadan utlösts av en outhärdlig inre spänning/ett extremt starkt känsloläge. Borderline personlighetsstörning var tillsammans med ätstörning och missbruk de vanligaste diagnoserna i den undersökta populationen med självskadebeteende.

Herpertz och medarbetare har fört fram hypotesen att självskadebeteende ska ses som en överväldigande känsla av dysfori, ilska, ångest och förtvivlan som individen inte kan hantera på ett bättre sätt. Beteendet kan betraktas som en bristande förmåga att hantera och reglera känslor enligt författarna.

”Smittoeffekter” i samband med vård

Man har ibland talat om ”smittoeffekter” av självskadebeteende bland patienter vårdade inom slutenvård psykiatri och på andra institutioner [38, 77, 78]. Det finns dock inga säkra vetenskapliga belegg för sådan smittoeffekt då det gäller tonåringar som exponerats för självskadebeteende under en vårdperiod. Men sannolikt förekommer detta fenomen på samma sätt som redovisats för ungdomar med självmordsbeteende [79–81].

Kamratpåverkan har också framhållits som en möjlig faktor till självskadebeteende på SiS-institutioner enligt Socialstyrelsens kartläggningsrapport

[82]. Man tänker sig att såväl identifikation som imitation ligger bakom fenomenet. Ungdomar vill testa nyheter, tar lätt intryck av varandra och suggereras till olika beteenden. För en ung människa kan självskadebeteendet också vara ett sätt att visa allvaret i den egna situationen.

Orsaker till självskadebeteende

Kulturell inverkan

Ungdomsperiodens längd och innehåll har förändrats kraftigt de senaste decennierna. Gränsen för "vuxenhet" är inte längre tydlig eftersom köns-mognad, myndighetsålder, ekonomiskt oberoende och familjebildning inte längre ligger i fas med varandra. Flickor får exempelvis sin första menstruation när de är cirka 11 ½ –12 ½ år, men föder i genomsnitt sitt första barn efter 28 års ålder i Sverige. Sociala förändringar och större personlig och kulturell frihet skapar stress hos många menar Harrington [83]. Svårigheter för många flickor att utveckla en sund självkänsla, som Mary Pipher beskriver i boken *Rädda Ofelia*, diskuterades i början av expertrapporten (sid. 9).

Ungdomars inträde i vuxensamhället hade förr inslag av tydliga övergångsriter, men enhetliga, identitetsskapande traditioner och symboliska övergångar blir allt färre. Favazza skildrar i sin bok *"Bodies under Siege"* kulturellt sanktionerade självskadande beteenden och skiljer där på ritualer och sedvänjor [21]. Ritualer är aktiviteter invävd i det sociala livet sedan generationer tillbaka. De återspeglar samhällets traditioner och trossystem och används för att behålla eller återställa den sociala ordningen. Sedvänjor är mer kortlivade, trendmässiga aktiviteter.

Exempel på sedvänjor som blivit kulturellt accepterade av ungdomar i västvärlden är piercing och tatuering. Åtminstone piercing ansågs tidigare vara en mer eller mindre patologisk eller subversiv handling i västvärlden [84]. Frågan är då hur man ska se på de unga som medvetet sargar sina kroppar med tatueringar alternativt rispar in namn eller andra budskap med rakblad eller glas i huden?

Vissa typer av ytliga självskador kan vara en del av en internationell ungdomskultur. Skårderud [85] tar upp kulturella aspekter vid självskadande beteende: "Enhver kultur iverksetter kroppsritualer for at kroppen skal snakke om indre tilstander og sosialt status. Vi bør være forsiktige med at erklære atferd som patologisk bare fordi vi selv er for dumme til å forstå dens logikk".

Att ha varit utsatt för trauma

Försummelse, barnmisshandel och utnyttjande av barn anses kunna leda till kronisk oförmåga eller nedsatt förmåga att reglera och nyansera emotionella svar och reaktioner. Som resultat av denna oförmåga eller svårighet försöker traumatiserade barn och ungdomar att få kontroll över de intensiva affekt-tillstånd de befinner sig i [86]. Det kan yttra sig som självdestruktivt beteende, som ätstörning eller alkohol-/narkotikamissbruk. De förekommer ofta parallellt med, och medför kanske också en ökad benägenhet för, dissociation [87].

Traumatiska upplevelser i barndomen påverkar individen på olika sätt. I två prospektiva studier har man beskrivit samband mellan självdestruktivt

beteende (självbrandsförsök och självskador i form av hudskärning, hudbränning, hudrispning) och traumatiska upplevelser i barndomen [88, 89]. Green fann att 41 procent (n = 59) av fysiskt misshandlade och sexuellt utnyttjade barn uppvisade självdestruktivt beteende i form av slag mot huvudet, hudskärning och hudbränning [88].

Under de senaste två decennierna har flera studier publicerats, där samband kunnat påvisas mellan barndomstrauma som vanvård, fysisk och sexuell misshandel samt upprepade kirurgiska ingrepp tidigt i livet och senare självdestruktivt beteende [10, 11, 17, 19, 62, 73, 90]. För många traumatiserade barn, speciellt om de skadats av sina föräldrar, blir avskärmning/ dissociation ett sätt att försvara sig och överleva [19]. Upprepade fysiska angrepp, som ett barn har få möjligheter att försvara sig mot, antas leda till lagring av aggressivitet och vrede som senare i tonåren kan riktas mot den egna kroppen. På samma sätt blir självbestraffning ett sätt att hantera svåra upplevelser. Självskadebeteende förblir en säker och kontrollerbar överlevnadsteknik. Det kan också vara ett dramatiskt sätt att be om hjälp och assistans i en outhärdlig känsla av hjälplöshet och ensamhet.

Maktlöshet, osäkerhet, social otrygghet

Människor som avsiktligt tillfogar sig själva kroppslig skada upplever sig ofta som maktlösa. Samtidigt är de inte alltid timida eller blyga i sociala sammanhang. De kan uppfattas av andra som trevliga, omtäckta och högpresterande. Ofta är det endast individen själv som vet att hon/han är "annorlunda" än andra. En "självskärare" är ofta plågad av rädsla för att vara otillräcklig enligt Levenkron [91].

Många av dessa unga människor upplever en brist på emotionell säkerhet, och en oförmåga att känslomässigt uttrycka sig själva med hjälp av språket, vilket leder till en känsla av emotionell isolering. En självskadande tonåring, som fortsätter med sitt dysfunktionella beteende, upplever sig ofta mer och mer inåtvänd och isolerad från andra, vilket kan förstärka en känsla av överklighet [91].

Det kan börja som en harmlös "tonårsolycka" eller en tonårsmanifestation i form av att testa tatuering eller piercing. Många tonåringar berättar att de började skära sig sedan de skurit sig genom en olyckshändelse och med förvåning upptäckte att de översköldes av lättnads- och befrielsekänslor [92].

Självskadebeteende fyller en rad funktioner för en tonåring. Beteendet används för att minska frustration, ilska eller ångest, samtidigt som det är en kommunikativ handling [93].

En stor del av de vuxna patienter som skadar sig själva, beskriver problem med sin sexualitet och sexuella identitet, och många känner avsky för sex och för sina könsorgan [19, 20]. Den sexuella läggningen verkar också ha betydelse. Några studier tyder på att det är vanligare med självskador bland homo- och bisexuella än bland heterosexuella individer [10, 20].

Enligt den studie som Rosenthal och medarbetare publicerade 1972 [19] fann man ett tydligt samband mellan menstruationsperioder och perioder med ökad hudskärning. Av hudskärningsepisoder ägde 60 procent rum under menstruationen med toppar kring de första och sista dagarna.

Det förefaller vara svårt för ”självskärare” att etablera varaktiga relationer med andra och de blir ofta socialt isolerade. Det som ofta uppges vara en viktig faktor vid skadadebuten är förlust av en personlig relation, med starka övergivenhetskänslor. Upplevelse av isolering från andra som förelöpare till en självskadehandling var enligt Suyemoto den variabel som starkast skilde ut självskadande ungdomar från dem som inte tillfogade sig själva någon kroppsskada [94].

Svårigheter med känsloreglering

Det finns en samstämmighet i att se hudskärning och annat självskadebeteende som ett icke funktionellt försök att hantera sina svårigheter med att reglera känslor [73, 95]. I den studie som Herpertz och medarbetare genomförde (1997) av 120 vuxna patienter vårdade på en psykiatrisk klinik, fann man att ilska och dess uttryck oftare riktades mot den egna kroppen än mot andra [64]. Även Soloff och medarbetare understryker detta samband, att eftersom vissa individer med självskadebeteende har svårt att uttrycka sin ilska, vänder de den mot sig själva [96].

Upplevelse av ilska, hat eller rädsla beskrivs också kunna kulminera i en känslomässig avskärmning (”numbness”). Det kan tolkas som en dissociativ upplevelse. Andra uttryck som självskärare använder är ”tomhetskänslor, överklighetskänslor” [19].

Vissa forskare hävdar att anorexia nervosa kan ses som ett självskadebeteende [90]. Förvirringstillstånd eller starka känslor av överklighet, emotionell avtrubbnings och främlingskap (dissociation) har beskrivits vid såväl ätstörningar som vid självskadebeteende [69, 90, 97, 98].

Behovet av kontroll över den egna kroppen, som av vissa forskare betraktas som centralt vid anorexi [99, 100], förekommer också som förklaringsmodell för självskadebeteende. Eftersom puberteten för med sig många fysiologiskt betingade förändringar av kroppen som individen själv inte kan kontrollera, ökar då risken för dysfunktionella beteenden enligt denna hypotes [22].

Bland moderna psykoanalytiker är det framför allt Otto Kernberg som studerat självskadehandlingar när han arbetat med patienter med svåra personlighetsstörningar [101]. Han ser självskadehandlingarna hos dessa patienter som ett utflöde av deras intensiva känslor av hat och vrede. Han påpekar att de också kan skapa en känsla av kontroll genom att väcka skuld-känslor hos omgivningen.

En annan variant av kontrollaspekten uttrycks av Leibenluft och medarbetare [11], som tolkar självskadebeteende som ett behov av en kontrollerbar och uthärdlig fysisk smärta, i motsats till den överväldigande och okontrollerbara emotionella smärtan.

Biologiska hypoteser

Hos djur ser man inte sällan självskador i samband med stark stress [102, 103]. Ännu har man inte funnit någon enhetlig neurobiologisk förklaring, varken när djur skadar sig eller när människor gör det. Vissa försök har gjorts att studera biologiska markörer hos individer med självskadebeteende.

Framför allt har man inriktat sig på neurotransmittorer (signalsubstanser) som serotonin, och på endogena (kroppsegna) opioider.

Det finns i den vetenskapliga litteraturen en uttalad samstämmighet om att signalsubstansen serotonin är kopplad till självmordshandlingar, och att denna koppling sannolikt har samband med en dålig kontroll av impulsiva och aggressiva handlingar hos individer med låg serotoninomsättning [104, 105]. De flesta forskare uppfattar i allmänhet den låga serotoninfunktionen som genetiskt betingad och således som en sårbarhetsfaktor.

Under de senaste decennierna har tekniken för att studera serotoninomsättning utvecklats markant. Serotonin har kunnat studeras mer i detalj genom belastningsstudier och receptorstudier med hjälp av positronkamertechnik [106–109]. Ännu tycks dock denna metod inte ha kommit till användning för studier av självskadehandlingar.

Att individer med självskadebeteende använder sig av normalt sett smärtsamma handlingar för att modifiera sitt psykiska tillstånd har lett till spekulationer om att självskadebeteendet frisätter endogena opioider som ger känslor av välbefinnande, vilket skulle kunna medföra en ångestlindring [110, 111]. Upprepad användning av denna teknik skulle kunna tänkas medföra en utveckling av tolerans, som i sin tur stimulerar till fortsatta självskador [11, 110, 111].

En annan hypotes handlar om en nedsatt känslighet för smärtupplevelser [112]. Som förklaring till denna hypotes har föreslagits antingen en bristande negativ återkoppling i det egna opioidsystemet eller en överproduktion av egna opioider. Denna ökade opioidnivå skulle i sin tur förklara dysforiska upplevelser och känslomässig avdomning, alternativt dissociation. Ingen av dessa hypoteser förefaller ha blivit utsatt för någon mer ingående empirisk testning.

Behandling

Normalt stöd och omhändertagande

Det finns inte några vetenskapliga studier där man följt ungdomar som i tonåren debuterat med självskadande beteende. Därför kan man inte säkert beskriva vilka behandlingsinsatser som är nödvändiga eller effektiva tidigt i förloppet.

En del ungdomar som berättat om sitt självskadebeteende har önskat att någon hade förstått vad de höll på med, reagerat och engagerat sig. Ett väl fungerande normalt stöd och omhändertagande av anhöriga och professionella är kanske tillräckligt för många ungdomar, kanske de flesta, för att förebygga en allvarlig och kronisk psykisk störning med självskadebeteende.

Tidig upptäckt är en förutsättning för att kunna ge dessa ungdomar ett ”normalt stöd och omhändertagande”. Det förutsätter att människor i tonåringarnas närhet uppmärksammar att självskadebeteende förekommer och att de vågar se tecken och ställa frågor om det. Även om många noggrant följer sitt skadebeteende för att de skäms, vill de som regel att någon vuxen i deras närhet ska förstå och bry sig om dem.

Psykokoterapier

Det saknas nästan helt behandlingsstudier som specifikt inriktar sig på ungdomar som skadar sig själva. De behandlingsstudier som publicerats inriktar sig vanligen på självskadehandlingar enligt den vidare definitionen ”deliberate self-harm” (avsiktligt självskadesyndrom), som också innefattar tablettförgiftningar med eller utan självmordsavsikt. De baseras dessutom i huvudsak på vuxna patienter.

Hawton och medarbetare [113, 114] har gjort en systematisk genomgång av den publicerade vetenskapliga behandlingslitteraturen. Den nedre åldersgränsen var 16 år. Man identifierade 23 studier där minskning av självskadande beteende användes som mått på behandlingens effekt. Studien visar en tendens till positiv effekt av problemlösningsterapi jämfört med sedvanlig behandling. Den visar också en minskad frekvens av självskador med dialektisk beteendeterapi hos vuxna kvinnor med borderline personlighetsstörning. Författarna efterlyser föga förvånande fler och större behandlingsstudier.

Dialektisk beteendeterapi bygger på beteendeterapeutiska principer och innebär bland annat inträning av färdigheter som ska kunna användas för känsloreglering i stället för det maladaptiva självskadebeteendet. Det är en långtidsbehandling (minst ett år, vanligen längre) som utförs i grupp och individuellt, dvs. varje patient behandlas såväl i grupp som i en individuell psykoterapi. Behandlingen är resurskrävande och förutsätter specialutbildning av behandlarna. Den tycks dock vara kostnadseffektiv [115] och uppskattad av patienterna [116].

Ett försök har gjorts att anpassa dialektisk beteendeterapi för behandling av självmordsbenägna och självskadande ungdomar som är impulsiva och har starka känslor [117]. Denna form av dialektisk beteendeterapi är avsevärt kortare än originalversionen (12 veckor).

I en senare metaanalys av Townsend och medarbetare fann man signifikanta effekter av problemlösningsterapi också på effektmått som depression och hopplöshetskänslor [118]. Det förefaller vara i hög grad angeläget att utveckla denna typ av behandlingsmodeller för barn och ungdomar.

I den mån självskadebeteendet är ett led i en annan psykisk sjukdom eller personlighetsstörning, ter det sig rimligt att anta att framgångsrik behandling av grundsjukdomen skulle leda till förbättring också när det gäller självskadebeteendet. Även denna hypotes behöver prövas i kontrollerade studier. Det finns ett behov av att jämföra resultaten av olika typer av behandling, framför allt olika psykoterapier.

Linehan och medarbetare visade att dialektisk beteendeterapi gav en signifikant nedgång av antalet självskadehandlingar hos vuxna kvinnor med borderline personlighetsstörning [119]. För närvarande pågår stora kontrollerade jämförande studier av dialektisk beteendeterapi och psykodynamiskt inriktad behandling av vuxna i Sverige och i USA.

Bland andra psykoterapiformer som prövats för vuxna självskadande patienter kan nämnas korttids kognitiv beteendeterapi som jämfördes med "rutinbehandling" i en studie från Indien [120]. Studien visade en signifikant större förbättring i gruppen som fick kognitiv beteendeterapi.

I en liten, randomiserad pilotstudie av manualbaserad kognitiv beteendeterapi med självskadande patienter minskade antalet självskadeepisoder och graden av depressivitet signifikant i behandlingsgruppen [121].

En studie som specifikt inriktades mot självskadande ungdomar mellan 12 och 16 års ålder publicerades i England 2001 [122]. Begreppet självskada i denna studie användes i vid bemärkelse och omfattade såväl självmordsförsök som självskador av typ hudskärning, bränning m.m. I gruppbehandlingen flätades flera olika metoder samman enligt en särskild manual. Ungdomarna randomiserades (fördelades slumpvis) till gruppbehandling eller rutinvård. Antalet episoder av självtillfogad kroppsskada minskade i den grupp som randomiserades till gruppbehandlingen jämfört med gruppen som fått rutinbehandling. Ingen signifikant skillnad märktes beträffande depressionsnivån eller självmordstankar mellan grupperna. Men ungdomarna i gruppbehandlingen konsumerade mindre sjukvård och fungerade bättre socialt och i skolarbetet än jämförelsegruppen.

Farmakologisk behandling

Det finns inga studier som påvisar att något enskilt läkemedel har effekt på självskadebeteende. De studier som finns beskriver behandlingar som innehåller flera behandlingsmetoder, s.k. multimodala behandlingar, för patienter där självskada är ett av flera problembeteenden. I dessa fall måste i första hand grundsjukdomen, t.ex. depression eller ångeststörning, behandlas.

I en systematisk genomgång av publicerade studier gjord av Hawton och medarbetare [114] fann man en signifikant minskning av upprepad självska-

da hos vuxna patienter där flupenthixol depot (Fluanxol) jämfördes med placebo.

Det finns läkemedelsstudier, där man prövat SSRI-preparat (serotoninåterupptagshämmare) t.ex. fluoxetin och sertralin [123–125] och där man har funnit viss effekt vid behandling av vuxna, främst avseende impulsivitet, aggressivitet, dysfori, och minskad frekvens av självskadeincidenter.

En livlig internationell debatt pågår för närvarande angående ökad risk för självskador, självmordstankar och självmordsförsök samt besvärliga utsättningsreaktioner hos ungdomar som behandlas med antidepressiva läkemedel av typ SSRI (serotoninåterupptagshämmare). Detta gäller främst paroxetin (Seroxat) och venlafaxin (Efexor). Våren 2004 uppmanade Svenska Läkemedelsverket till särskild försiktighet vid förskrivning av även andra SSRI-preparat till deprimerade barn och ungdomar.

Sammanfattande slutsatser

Har problemet ökat?

Det förefaller vara en samlad bedömning bland vårdpersonal i Sverige att antalet unga som skadar sig själva har ökat. Men utifrån den tillgängliga offentliga statistiken kan man inte ge några säkra besked om huruvida en sådan ökning verkligen har ägt rum i ungdomspopulationen. Samtidigt är mörkertalet stort, dels då de flesta inte söker hjälp, dels därför att tillgänglig statistik i huvudsak gäller patienter som lagts in på sjukhus. Vetenskapliga studier av ungdomars självskadebeteende är mycket få. De är inte populationsbaserade och har bristfälligt differentierade avgränsningar.

Bättre differentiering nödvändig

De ungdomar som skadar sig genom att skära eller rispa sig avser vanligen inte att ta sina liv. Beteendet är ett sätt att bemästra svåra känslor. Många forskare hävdar att det är helt nödvändigt att skilja självskadebeteende från självmordsbeteende, där avsikten är en önskan att ta sitt liv, eller åtminstone en vilja att kommunicera att man är beredd att göra det om livet inte blir lättare. Skälet till differentieringskravet är uppenbart: att bättre kunna förstå vad som specifikt utmärker gruppen individer med självskadebeteende, hur naturförloppet ter sig och vilka behandlingsmetoder som hjälper.

Innan man i det internationella vetenskapssamhället kommit överens om rimligt tydliga avgränsningar är det svårt att hoppas på reproducerbar kunskap.

Prognos och samsjuklighet?

Det är inte känt hur många ungdomar som rispar sig eller skär sig enbart under en fas av tonårsutvecklingen, och hur många som fortsätter med beteendet genom hela ungdomstiden och in i vuxenlivet. Bland vuxna kvinnor är fenomenet vanligen en del i en allvarlig psykisk störning. Hos dessa vuxna kvinnor har självskadan mestadels börjat i de tidiga tonåren. Man kan emellertid inte av detta dra slutsatsen att de flesta som skär sig i tonåren utvecklar en allvarlig psykisk störning med fortsatt skadebeteende i vuxen ålder. Det är sannolikt att merparten av ungdomarna relativt snart lär sig att bemästra stress på ett mer konstruktivt sätt.

Ett rimligt antagande är samtidigt att förekomsten av psykiska problem eller störningar är annorlunda i gruppen ungdomar som skadar sig själva ofta och under lång tid än i gruppen som uppvisar beteendet mer sporadiskt. Att självskadebeteende bland unga måste ses som ett allvarligt symptom och därför tas på största allvar torde ändå vara en självklarhet.

Orsaker till beteendet?

Den rimligaste hypotesen om orsak till självskadebeteende är multifaktoriell, dvs. olika faktorer samverkar när ett självskadebeteende utvecklas. Det motsäger inte att självskadebeteendet kanske för en del eller många ungdomar är ett övergående fenomen, och framför allt ett tecken på att livet för tillfället är alltför påfrestande.

Många unga med självskadebeteende har rapporterat erfarenhet av olika former av kränkning, trauma och misslyckanden. I gruppen vuxna kvinnor med psykiatriska störningar och självskadebeteende är traumatiska erfarenheter mycket vanliga i dessa individers levnadsbeskrivningar.

Behandling?

Behandling av både enklare och mer kroniska självskadebeteenden är bristfälligt undersökta. Inte sällan har dessa ungdomar också andra typer av problem, som man måste komma tillrätta med för att få beteendet att upphöra.

Alla barn och ungdomar behöver bli sedda av vuxenvärlden omkring dem. Vid självskadebeteende, likaväl som vid andra problem, gäller att visa intresse, inlevelse, försöka förstå, försöka hjälpa till att förändra.

Vuxenvärlden ska känna till att denna form av destruktiv självbehandling existerar och måste fundera på om sådant beteende kan dölja sig bakom andra problem eller svårigheter. Vid slutenvård inom hälso- och sjukvården, liksom vid annan institutionsvård, är det av största vikt att personalen hittar förhållningssätt som inte oavsiktligt uppmuntrar beteendet.

Förebyggande insatser och tidig upptäckt är angelägna. Evidensbaserad kunskap om effektiva förebyggande metoder är obefintlig. Sannolikt medför medvetenhet om beteendets existens bättre möjligheter till tidig upptäckt. Vuxna, som är tillgängliga för samtal, behövs i ungdomarnas närmiljö. Här har vuxna i skola, skolhälsovård, på ungdomsmottagningar och inom fritidsverksamheter, vid sidan av föräldrar, en angelägen uppgift.

När självskadebeteendet blivit nästan enda sättet för en ung människa att hantera emotionella svårigheter, måste man trots bristande evidens försöka med behandling, t.ex. kognitiv beteendeterapi eller dialektisk beteendeterapi.

Referenser

1. Johannisson, K., Kroppens tunna skal. 1997: Norstedts.
2. Morton, A., Diana. 1992/1997, London: M O`Mara Books.
3. Pipher, M., Reviving Ophelia, sv. översättning ”Rädda Ofelia-vägen till kvinnlig självkänsla”. 1994: Forum ,1998.
4. Hardwicke, C., Thirteen , ”Tretton” sv. översättning, H. Catherine, Editor. 2003, PopMatters Film & TV Editor.
5. Barns skador i Sverige. Barnskadeatlas med frekvenser och trender på nationell-, läns- och kommunnivå 1987-2000. 2002, Barnsäkerhetsdelegationen.
6. Samuelsson, M., Jensen, R., Eidevall,L., Träskman-Bendz,L., Öjehagen,L., Rapport från en kartläggning vid Universitetssjukhuset Lund av unga patienter 15–25 år med självdestruktivt beteende. 2003, Universitetssjukhuset i Lund: Lund.
7. Marklund, B., Ungdomars liv och hälsa i Halland. 2001, FoU-enheten, Primärvården i Halland.
8. Favazza, A.R. and R.J. Rosenthal, Diagnostic issues in self-mutilation. Hosp Community Psychiatry, 1993. 44(2): p. 134-40.
9. Kahan, J. and E.M. Pattison, Proposal for a distinctive diagnosis: the deliberate self-harm syndrome (DSH). Suicide Life Threat Behav, 1984. 14(1): p. 17-35.
10. Pattison, E.M. and J. Kahan, The deliberate self-harm syndrome. Am J Psychiatry, 1983. 140(7): p. 867-72.
11. Leibenluft, E., Gardner, D., Cowdry, R., The inner experience of the borderline self-mutilator. Journal of Personality Disorders, 1987. 1: p. 317-324.
12. Gardner, A.R. and A.J. Gardner, Self-mutilation, obsessionality and narcissism. Br J Psychiatry, 1975. 127: p. 127-32.
13. Solomon, Y. and J. Farrand, ”Why don't you do it properly?” Young women who self-injure. J Adolesc, 1996. 19(2): p. 111-9.
14. Head, L., G.L. Campbell-Hewson, and V. O'Keane, No harm done? Psychological assessment in the A&E department of patients who deliberately harm themselves. J R Coll Physicians Lond, 1999. 33(1): p. 51-5.
15. Walsh B.W., R.P.M., Self-mutilation. 1988: The Guilford Press, New York, London.
16. Menninger, K.A., Man against himself. 1938: Harcourt, Brace & Co. New York.
17. Favazza, A.R., Why patients mutilate themselves. Hosp Community Psychiatry, 1989. 40(2): p. 137-45.

18. Jones, I.H., et al., A biological approach to two forms of human self-injury. *J Nerv Ment Dis*, 1979. 167(2): p. 74-8.
19. Rosenthal, R.J., et al., Wrist-cutting syndrome: the meaning of a gesture. *Am J Psychiatry*, 1972. 128(11): p. 1363-8.
20. Favazza, A.R. and K. Conterio, Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatr Scand*, 1989. 79(3): p. 283-9.
21. Favazza, A., Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry. 2nd edition ed. 1996, Baltimore: John Hopkins University Press.
22. Favazza, A.R., The coming of age of self-mutilation. *J Nerv Ment Dis*, 1998. 186(5): p. 259-68.
23. Winchel, R.M. and M. Stanley, Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation. *Am J Psychiatry*, 1991. 148(3): p. 306-17.
24. Dubovsky, S.L., "Experimental" self-mutilation. *Am J Psychiatry*, 1978. 135(10): p. 1240-1.
25. Martin, T. and W.F. Gattaz, Psychiatric aspects of male genital self-mutilation. *Psychopathology*, 1991. 24(3): p. 170-8.
26. Thompson, J.N. and T.K. Abraham, Male genital self mutilation after paternal death. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 1983. 287(6394): p. 727-8.
27. Nakaya, M., On background factors of male genital self-mutilation. *Psychopathology*, 1996. 29(4): p. 242-8.
28. Krieger, M.J., J.W. McAninch, and S.R. Weimer, Self-performed bilateral orchiectomy and medley in transsexuals. *J Clin Psychiatry*, 1982. 43(7): p. 292-3.
29. Clark, R.A., Self-mutilation accompanying religious delusions: a case report and review. *J Clin Psychiatry*, 1981. 42(6): p. 243-5.
30. DeMuth, G.W., J.J. Strain, and A. Lombardo-Maher, Self-amputation and restitution. *Gen Hosp Psychiatry*, 1983. 5(1): p. 25-30.
31. Yang, H.K., G.C. Brown, and L.E. Magargal, Self-inflicted ocular mutilation. *Am J Ophthalmol*, 1981. 91(5): p. 658-63.
32. Rothenberger, A., Psychopharmacological treatment of self-injurious behavior in individuals with autism. *Acta Paedopsychiatr*, 1993. 56(2): p. 99-104.
33. Hawton, K., J. Fagg, and S. Simkin, Deliberate self-poisoning and self-injury in children and adolescents under 16 years of age in Oxford, 1976-1993. *Br J Psychiatry*, 1996. 169(2): p. 202-8.
34. Hawton, K., et al., Deliberate self-harm in adolescents in Oxford, 1985-1995. *J Adolesc*, 2000. 23(1): p. 47-55.
35. Hawton, K., et al., Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *Bmj*, 2002. 325(7374): p. 1207-11.
36. Hawton, K., et al., Family history of suicidal behaviour: prevalence and significance in deliberate self-harm patients. *Acta Psychiatr Scand*, 2002. 106(5): p. 387-93.

37. Platt, S., et al., Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatr Scand*, 1992. 85(2): p. 97-104.
38. Schwartz, R.H., et al., Self-harm behaviors (carving) in female adolescent drug abusers. *Clin Pediatr (Phila)*, 1989. 28(8): p. 340-6.
39. Sonneborn, C.K. and P.M. Vanstraelen, A retrospective study of self-inflicted burns. *Gen Hosp Psychiatry*, 1992. 14(6): p. 404-7.
40. Christenson, G.A., R.L. Pyle, and J.E. Mitchell, Estimated lifetime prevalence of trichotillomania in college students. *J Clin Psychiatry*, 1991. 52(10): p. 415-7.
41. Simeon D., H.E., *Self-injurious behaviors. Assessment and treatment*. 2001, Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
42. Briere, J. and E. Gil, Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *Am J Orthopsychiatry*, 1998. 68(4): p. 609-20.
43. Klonsky, E.D., T.F. Oltmanns, and E. Turkheimer, Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *Am J Psychiatry*, 2003. 160(8): p. 1501-8.
44. Herpertz, S., Self-injurious behaviour. Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatr Scand*, 1995. 91(1): p. 57-68.
45. Patton, G.C., et al., Adolescent suicidal behaviours: a population-based study of risk. *Psychol Med*, 1997. 27(3): p. 715-24.
46. Ystgaard, M., et al., [Deliberate self harm in adolescents]. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 2003. 123(16): p. 2241-5.
47. De Leo, D. and T.S. Heller, Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey. *Med J Aust*, 2004. 181(3): p. 140-4.
48. Garrison Carol Z., C.L.A., Robert E. McKeown,, Nonsuicidal Physically Self-Damaging Acts in Adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 1993. 2, No.4: p. 339-352.
49. Hulten, A., Suicidal behaviour in children and adolescents in Sweden and some other European countries. Epidemiological and clinical aspects. 2000: Stockholm.
50. Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., De Leo, D., Kerkof, A., Suicidal Behaviour in Europe. Results from WHO/Euro Multicentre Study on Suicidal Behaviour. 2004.
51. Nixon, M.K., P.F. Cloutier, and S. Aggarwal, Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2002. 41(11): p. 1333-41.
52. Favazza, A.R. and K. Conterio, The plight of chronic self-mutilators. *Community Ment Health J*, 1988. 24(1): p. 22-30.
53. Groholt, B., O. Ekeberg, and T. Haldorsen, Adolescents hospitalised with deliberate self-harm: the significance of an intention to die. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2000. 9(4): p. 244-54.

54. Penn, J.V., et al., Suicide attempts and self-mutilative behavior in a juvenile correctional facility. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2003. 42(7): p. 762-9.
55. Chowanec, G.D., et al., Self-harming behavior in incarcerated male delinquent adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1991. 30(2): p. 202-7.
56. Nyinskrivna ungdomar på särskilda ungdomshem under 1999-bakgrund, livssituation och behandlingsbehov. 2002, Statens institutionsstyrelse, SIS.
57. Nijman, H.L., et al., Self-mutilating behaviour of psychiatric inpatients. *Eur Psychiatry*, 1999. 14(1): p. 4-10.
58. Zoroglu, S.S., et al., Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2003. 57(1): p. 119-26.
59. Yeo, H.M., The cost of treatment of deliberate self-harm. *Arch Emerg Med*, 1993. 10(1): p. 8-14.
60. Low, G., et al., Childhood trauma, dissociation and self-harming behaviour: a pilot study. *Br J Med Psychol*, 2000. 73(Pt 2): p. 269-78.
61. Connors, R., Self-injury in trauma survivors: 1. functions and meanings. *Am J Orthopsychiatry*, 1996. 66(2): p. 197-206.
62. Greenspan, G.S. and S.E. Samuel, Self-cutting after rape. *Am J Psychiatry*, 1989. 146(6): p. 789-90.
63. Favazza, A.R., L. DeRosear, and K. Conterio, Self-mutilation and eating disorders. *Suicide Life Threat Behav*, 1989. 19(4): p. 352-61.
64. Herpertz, S., H. Sass, and A. Favazza, Impulsivity in self-mutilative behavior: psychometric and biological findings. *J Psychiatr Res*, 1997. 31(4): p. 451-65.
65. Simeon, D., et al., Self-mutilation in personality disorders: psychological and biological correlates. *Am J Psychiatry*, 1992. 149(2): p. 221-6.
66. Herpertz, S., et al., The significance of aggression and impulsivity for self-mutilative behavior. *Pharmacopsychiatry*, 1995. 28 Suppl 2: p. 64-72.
67. Favaro, A. and P. Santonastaso, Self-injurious behavior in anorexia nervosa. *J Nerv Ment Dis*, 2000. 188(8): p. 537-42.
68. Garfinkel, P.E., H. Moldofsky, and D.M. Garner, The heterogeneity of anorexia nervosa. Bulimia as a distinct subgroup. *Arch Gen Psychiatry*, 1980. 37(9): p. 1036-40.
69. Paul, T., et al., Self-injurious behavior in women with eating disorders. *Am J Psychiatry*, 2002. 159(3): p. 408-11.
70. Guertin, T., et al., Self-mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2001. 40(9): p. 1062-9.
71. Siever, L.J. and K.L. Davis, A psychobiological perspective on the personality disorders. *Am J Psychiatry*, 1991. 148(12): p. 1647-58.

72. Langbehn, D.R. and B. Pfohl, Clinical correlates of self-mutilation among psychiatric inpatients. *Ann Clin Psychiatry*, 1993. 5(1): p. 45-51.
73. Gardner, D.L. and R.W. Cowdry, Suicidal and parasuicidal behavior in borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 1985. 8(2): p. 389-403.
74. Kernberg, O.F., Clinical dimensions of masochism. *J Am Psychoanal Assoc*, 1988. 36(4): p. 1005-29.
75. Haw, C., et al., Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *Br J Psychiatry*, 2001. 178(1): p. 48-54.
76. Dulit, R.A., et al., Clinical correlates of self-mutilation in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 1994. 151(9): p. 1305-11.
77. Grunebaum, H.U. and G.L. Klerman, Wrist slashing. *Am J Psychiatry*, 1967. 124(4): p. 527-34.
78. Taiminen, T.J., et al., Contagion of deliberate self-harm among adolescent inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1998. 37(2): p. 211-7.
79. Gould, M.D.L., Suicide contagion among adolescents. *Advances in adolescent mental health*, 1988. 3: p. 29-59.
80. Gould, M.S., et al., Clustering of attempted suicide: New Zealand national data. *Int J Epidemiol*, 1994. 23(6): p. 1185-9.
81. Taiminen, T.J., Projective identification and suicide contagion. *Acta Psychiatr Scand*, 1992. 85(6): p. 449-52.
82. Socialstyrelsen, Flickor som skadar sig själva. En kartläggning av problemets omfattning och karaktär. 2004, Socialstyrelsen: Stockholm.
83. Harrington, R., Depressive disorder in adolescence. *Arch Dis Child*, 1995. 72(3): p. 193-5.
84. McAllister, M., Multiple meanings of self harm: A critical review. *International journal of Mental Health Nursing*, 2003. 12: p. 177-185.
85. Skårderud, F.U., En rejse i det moderne selvet. 1999, København.
86. Van der Kolk, B.A. and R.E. Fisler, Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation. *Bull Menninger Clin*, 1994. 58(2): p. 145-68.
87. Van Den Bosch, L.M., et al., Trauma, dissociation, and posttraumatic stress disorder in female borderline patients with and without substance abuse problems. *Aust N Z J Psychiatry*, 2003. 37(5): p. 549-55.
88. Green, A.H., Self-destructive behavior in battered children. *Am J Psychiatry*, 1978. 135(5): p. 579-82.
89. Rosenthal, P.A. and S. Rosenthal, Suicidal behavior by preschool children. *Am J Psychiatry*, 1984. 141(4): p. 520-5.
90. van der Kolk, B.A., J.C. Perry, and J.L. Herman, Childhood origins of self-destructive behavior. *Am J Psychiatry*, 1991. 148(12): p. 1665-71.
91. Levenkron, S., Cutting: Understanding and overcoming self-mutilation. 1998, New York: W.W. Norton and Company N.Y.

92. Conterio, K., Lader, W., Bloom, J., Bodily harm. 1998, New York: NY. Hyperion.
93. Rosen, P.M., B.W. Walsh, and S.A. Rode, Interpersonal loss and self-mutilation. *Suicide Life Threat Behav*, 1990. 20(2): p. 177-84.
94. Suyemoto, K.L., The functions of self-mutilation. *Clin Psychol Rev*, 1998. 18(5): p. 531-54.
95. Linehan, M.M., Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. *NIDA Res Monogr*, 1993. 137: p. 201-16.
96. Soloff, P.H., et al., Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 1994. 151(9): p. 1316-23.
97. Lacey, J.H., Self-damaging and addictive behaviour in bulimia nervosa. A catchment area study. *Br J Psychiatry*, 1993. 163: p. 190-4.
98. Zlotnick, C., et al., The relationship between dissociative symptom och meds, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Compr Psychiatry*, 1996. 37(1): p. 12-6.
99. Slade, P., Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Br J Clin Psychol*, 1982. 21(Pt 3): p. 167-79.
100. Fairburn, C.G., R. Shafran, and Z. Cooper, A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behav Res Ther*, 1999. 37(1): p. 1-13.
101. Kernberg, O., Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies. Svensk övers. Svåra personlighetsstörningar; Psykoterapeutiska strategier. 1984/1988, Stockholm: Natur och kultur.
102. Lutz, C., et al., Self-injurious behavior in male rhesus macaques does not reflect externally directed aggression. *Physiol Behav*, 2003. 78(1): p. 33-9.
103. Novak, M.A., Self-injurious behavior in rhesus monkeys: new insights into its etiology, physiology, and treatment. *Am J Primatol*, 2003. 59(1): p. 3-19.
104. Asberg, M., Neurotransmitters and suicidal behavior. The evidence from cerebrospinal fluid studies. *Ann N Y Acad Sci*, 1997. 836: p. 158-81.
105. Chotai, J., G. Kullgren, and M. Asberg, CSF monoamine metabolites in relation to the diagnostic interview for borderline patients (DIB). *Neuropsychobiology*, 1998. 38(4): p. 207-12.
106. Goyer, P.F., et al., Positron-emission tomography and personality disorders. *Neuropsychopharmacology*, 1994. 10(1): p. 21-8.
107. Coccaro, E.F., et al., Impulsive aggression in personality disorder correlates with platelet 5-HT_{2A} receptor binding. *Neuropsychopharmacology*, 1997. 16(3): p. 211-6.
108. Coccaro, E.F., R.J. Kavoussi, and R.L. Hauger, Physiological responses to d-fenfluramine and ipsapirone challenge correlate with indices of aggression in males with personality disorder. *Int Clin Psychopharmacol*, 1995. 10(3): p. 177-9.

109. Coccaro, E.F., et al., Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders. Correlates with suicidal and impulsive aggressive behavior. *Arch Gen Psychiatry*, 1989. 46(7): p. 587-99.
110. Sandman, C.A., et al., Naloxone attenuates self-abusive behavior in developmentally disabled clients. *Appl Res Ment Retard*, 1983. 4(1): p. 5-11.
111. Richardson, J.S. and W.A. Zaleski, Naloxone and self-mutilation. *Biol Psychiatry*, 1983. 18(1): p. 99-101.
112. Barron, J. and C.A. Sandman, Paradoxical excitement to sedative-hypnotics in mentally retarded clients. *Am J Ment Defic*, 1985. 90(2): p. 124-9.
113. Hawton, K., et al., Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *BMJ*, 1998. 317(7156): p. 441-7.
114. Hawton, K., et al., Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self harm. *Cochrane Database Syst Rev*, 2000(2): p. CD001764.
115. Perseus, K., Does Dialectical Behavioural Therapy reduce treatment costs for patients with borderline personality disorder? A pilot study. *Vård i Norden (under tryckning)*, 2004.
116. Perseus, K.I., et al., Treatment of suicidal and deliberate self-harming patients with borderline personality disorder using dialectical behavioral therapy: the patients' and the therapists' perceptions. *Arch Psychiatr Nurs*, 2003. 17(5): p. 218-27.
117. Rathus, J.H. and A.L. Miller, Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide Life Threat Behav*, 2002. 32(2): p. 146-57.
118. Townsend, E., et al., The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. *Psychol Med*, 2001. 31(6): p. 979-88.
119. Linehan, M.M., et al., Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*, 1991. 48(12): p. 1060-4.
120. Raj, M.A., V. Kumaraiah, and A.V. Bhide, Cognitive-behavioural intervention in deliberate self-harm. *Acta Psychiatr Scand*, 2001. 104(5): p. 340-5.
121. Evans, K., et al., Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychol Med*, 1999. 29(1): p. 19-25.
122. Wood, A., et al., Randomized trial of group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2001. 40(11): p. 1246-53.

123. Kavoussi, R.J., J. Liu, and E.F. Coccaro, An open trial of sertraline in personality disordered patients with impulsive aggression. *J Clin Psychiatry*, 1994. 55(4): p. 137-41.
124. Markovitz, P.J., et al., Fluoxetine in the treatment of borderline and schizotypal personality disorders. *Am J Psychiatry*, 1991. 148(8): p. 1064-7.
125. Cornelius, J.R., et al., Fluoxetine trial in borderline personality disorder. *Psychopharmacol Bull*, 1990. 26(1): p. 151-4.