



LUND  
UNIVERSITY

# Självskadebeteende hos tonåringar och unga vuxna –

*Funktion, attityd, kunskap och kommunikation*

**Thérèse Nilsson**

PSY B19

Lunds Universitet

## **Abstrakt**

En självskada kan definieras som en avsiktlig självdestruktiv handling som begås utan suicidintention och som inte heller är social eller kulturellt accepterad. Den diagnos som vanligtvis förknippas med självskadebeteende är emotionell instabil personlighetsstörning, men beteendet förekommer även hos personer med annan psykopatologi och hos personer utan någon psykiatrisk sjukdom. Självskadebeteende är ingen egen diagnos, men många forskare hävdar att den bör vara det. Mellan fem och tio procent av ungdomarna antas skada sig själva med någon sorts regelbundenhet, men variationerna är stora. De vanligaste orsakerna till en självskada är affektreglering eller självbestraffning, men vårdpersonal uppfattar ofta beteendet som manipulativt och uppmärksamhetssökande. Kunskapen om självskadebeteende är generellt sett låg och både behandlingsmetoder och preventiva åtgärder saknas.

## Introduktion

Fram till mitten av nittonhundratalet betraktades i princip alla självtillfogade skador som misslyckade självmordsförsök, då det fanns liten eller ingen förståelse för att människor uppsåtligt kunde skada sig själva utan att samtidigt ha en önskan om att dö. Under 1960-talet skedde en tydlig utveckling inom psykiatrin och ett nytt synsätt tog form i samband med att antalet sjukhusinläggningar på grund av självmordsförsök ökade markant. Sjukvården tvingades inse att de, framför allt unga kvinnor, som kom i kontakt med sjukvården med självtillfogade sår på sina armar och toxiska läkemedelsdoser i kroppen inte med nödvändighet hade försökt att ta sitt liv (Skegg, 2005).

De senaste 65 åren har självskadebeteende fått en allt mer framträdande roll i den vetenskapliga litteraturen (Suyemoto, 1998). Från en i det närmaste absolut tystnad om de självförvållade skadorna före 1940-talet, skrivs det idag kontinuerligt artiklar, rapporter och böcker i ämnet. Den tidigare tystnaden till trots så är självdestruktivt beteende inte något nypåkommet fenomen utan finns beskrivet bland annat i ett av Bibelns två tusen år gamla evangelier<sup>1</sup>. År 2004 presenterade Socialstyrelsen en kunskapsöversikt, ”*Flickor som skadar sig själva*”, där de följt flickor i åldrarna 13-18 år. Trots svårigheter med att göra exakta mätningar kring självdestruktivt beteende, på grund av definitionsproblem, är det tydligt att sjukhusvården till följd av självförvållade skador ökat påtagligt under en femårsperiod (Socialstyrelsen, 2004a). Fem år senare skriver Socialstyrelsen (2009a):

Antalet personer som vårdats till följd av avsiktligt självdestruktiva handlingar har ökat sedan 1999. Särskilt vanligt är självskador bland unga kvinnor och ökningen bland dem har varit kraftig, men 2008 skedde det för första gången under perioden en minskning jämfört med föregående år. Däremot var det fler 25–44-åriga kvinnor än tidigare som vårdats för självskador.

### **Definition och klassifikation**

Enligt DSM-IV<sup>2</sup> är självdestruktivt beteende ingen separat diagnos utan endast ett symptom på annan sjukdom. Den diagnos som vanligtvis förknippas med självskadebeteende är emotionell instabil personlighetsstörning<sup>3</sup>, IPS. Frånsett impuls kontrollstörningen trichotillomani (där den drabbade tvångsmässigt rycker bort sitt eget kroppshår) är IPS den

---

<sup>1</sup> Markusevangeliet 5:2-7

<sup>2</sup> DSM-IV. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> ed.*

<sup>3</sup> Emotionell instabil personlighetsstörning motsvarar den diagnos som i DSM-IV benämns borderline personlighetsstörning. Då borderline har kommit att få en negativ klang, och emotionell instabil personlighetsstörning bättre beskriver patientens problematik har jag i stället valt att använda denna benämning.

enda diagnos där självdestruktivt beteende anges som ett symtom (APA, 1994). Detta har skapat en tendens att överdiagnosticera personer som lider av ett självdestruktivt beteende med IPS, vilket självklart kan vålla problem för både patienten, dess anhöriga och behandlare (Favazza 1996; Ghaziuddin et al. 1992 refererad i Suyemoto 1998). En personlighetsstörning är en allvarlig diagnos och ska enligt praxis inte ställas på en individ under 18 års ålder, däremot ska symtomen kunna spåras till adolescensen eller de tidiga vuxenåren. Diagnosen IPS omfattar krav om minst fem av nio uppfyllda symtomkriterier (APA, 1994) vilket medför att diagnosen aldrig kan ställas med självdestruktivt beteende som ensamt symtom. Flera forskare har, med Favazza i spetsen, hävdats att en separat diagnos med självskadande beteende som primärt symtom borde skapas för att undvika situationer där läkare känner sig nödgade att diagnosticera en patient med IPS i brist på bättre alternativ (Favazza & Rosenthal 1990).

1990 presenterade Favazza och Rosenthal ett klassifikationssystem över självskadebeteende som även reviderades tre år senare av samma författare. 1995 utförde Favazza och Siemon ytterligare förändringar och skapade det system som används i dagens forskning. Systemet omfattar alla typer av självförvållade skador *eller* förändringar av den egna kroppen (Favazza, 1996). Inledningsvis kan två huvudgrupperingar av självskador urskiljas, de kulturellt sanktionerade och de avvikande/pathologiska. När huvudgrupperna begränsats kan sju undertyper urskiljas; ritualer och sedvänjor samt grovt, stereotyp, tvångsmässigt, episodiskt och repetitivt. De två sista grupperna, episodiskt och repetitivt självskadebeteende är de mest likartade typerna, och skiljer sig åt främst i fråga om hur frekvent beteendet uppträder samt hur befäst den självskadande identiteten är hos den drabbade (Favazza, 1996). I sin bok *Bodies under siege* definierar Favazza självskadande som "the direct, deliberate destruction or alteration of one's own body tissue without conscious suicidal intent" (1996, s. 225). Notera att även förändring av egen kroppsvävnad innefattas, vilket är förklaringen till att tatueringar enligt denna definition anses vara ett självdestruktivt beteende. Även Klonsky och Muehlenkamp använder sig av en liknande definition i en artikel från 2007: "Non-suicidal self-injury [...] is the intentional destruction of body tissue without suicidal intent and for purposes not socially sanctioned" (s. 1045). Dessa definitioner omfattar varken självdestruktiva handlingar av typen intoxikationer av läkemedel eller narkotika, ej heller de mer passiva formerna som självsvält eller hetsätning. Detta kan vara problematiskt eftersom förgiftning är den vanligaste formen av självskadebeteende som behandlas inom sjukvården (Hawton, Fagg, Simkin, Bale & Bond, 1997). Socialstyrelsen (2009a) skriver att nästan nio av tio som vårdas inlagda på sjukhus för någon form av avsiktlig

självdestruktiv handling har skadat sig själv genom förgiftning, framför allt av läkemedel. Av tradition räknas denna typ av självdestruktivitet fortfarande ofta som misslyckade suicidförsök, trots att suicidintention vanligtvis saknas (James & Hawton, 1985).

### ***Etiologi och prevalens***

Fysiska, psykiska och sexuella övergrepp i barn- och ungdomsåren har visat sig vara en predisponerande orsak till att senare utveckla ett självdestruktivt beteende. Socialstyrelsen uppger i en rapport att ungefär en tredjedel av de självskadande flickorna i åldern 14–19 har utsatts för fysiska, psykiska eller sexuella övergrepp (2004a). Av Folkhälsorapporten år 2009 framgår att 70 % av de kvinnor som kontaktade psykiatri i Skåne år 2003 någon gång varit utsatta för psykiska, fysiska eller sexuella övergrepp (Socialstyrelsen, 2009b). Enligt Brottsförebyggande Rådet faller kvinnor i avsevärt högre grad offer för sexualbrott än män vilket kan öka risken för att kvinnor i högre utsträckning än män senare drabbas av självskadebeteende (Brottsförebyggande rådet, 2008a & 2008b). Viktigt att poängtera i sammanhanget är dock att alla som drabbats av självskadebeteende inte tidigare har varit utsatta för övergrepp, och vice versa (Murray, MacDonald & Fox, 2008, Klonsky & Muehlenkamp, 2007).

Majoriteten av forskningen pekar på att självskadebeteende är vanligare hos flickor och kvinnor än hos pojkar hos män (Whitlock, Eckenrode & Silverman, 2006; Favazza, 2006; Favazza & Conterio, 1989), även om detta inte är otvetydigt då andra studier inte kunnat uppvisa denna skillnad (Bjärehed & Lundh 2008; Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker & Kelley, 2007; Gollust, Eisenberg & Golberstein, 2008). Däremot står det relativt klart att de självdestruktiva metoderna och frekvensen av skadorna skiljer sig åt mellan könen (Bjärehed & Lundh 2008; Whitlock, Eckenrode & Silverman, 2006;). Beteendet yttrar sig ofta för första gången under tonåren (Favazza & Conterio, 1989) och det är även i denna åldersgrupp som beteendet är som vanligast. Prevalensen i ungdomspopulationen kan tangeras femtio procent: 46 procent av de högstadieungdomar som ingår i en studie av Lloyd-Richardson et al. rapporterar någon form av självskadebehandling under det senaste året (2007). Enligt en studie från Lunds Universitet har 40 procent av tonåringarna i en sydsvensk kommun skadat sig själva vid minst ett tillfälle under det gångna året. I studien har forskarna valt en bred definition av självskada (även beteende som att hindra sårhäkning och riva upp sår inkluderades) vilket har bidragit till det höga resultatet. Samma studie konstaterade att andelen tonåringar som skadat sig själva vid fem tillfällen eller fler under det senaste året uppgick till 12 procent (Bjärehed & Lundh, 2008). Motsvarande breda definition används av

Lloyd-Richardson et al. (2007). De flesta undersökningarna pekar dock på att mellan 6 och 13 procent av svenska tonåringar har skadat sig själva någon gång under det senaste året, vilket stämmer väl överens med utländska studier (Hawton, Rodham, Evans & Weatherall, 2002; Socialstyrelsen, 2004a). Internationella mätningar över totalpopulationer visar att omkring 4 procent av ett lands befolkning har skadat sig under det senaste året, en siffra det finns goda skäl att tro även speglar våra svenska förhållanden (Favazza, 1996; Briere & Gil 1998). Ett antal studier genomförda i Sverige signalerar att problematiken är långt mer utbredd än man tidigare anat och att mörkertalet dessutom kan antas vara stort (Bjärehed & Lundh, 2008).

Ett antal olika former av självdestruktivt beteende kan urskiljas. Att riva upp sår med naglarna, förhindra redan befintliga sår från att läka samt att slå eller bita sig själv är oftast vanligast förekommande hos de personer som skadat sig vid något enstaka tillfälle. Denna typ av beteende anses vara mindre allvarligt och är oftast de mest frekvent omnämnda i icke-kliniska studier, där exempelvis samtliga elever på en hel skola studerats (Whitlock, Eckenrode & Silverman, 2006; Bjärehed & Lundh, 2008). Bland de mer allvarliga formerna av självskadebeteende hör främst att rispa, skära eller bränna sig själv. Beroende på vilken definition av självskadebeteende som forskarteamet valt, kan även läkemedelsöverdoser och andra intoxicationer räknas till denna grupp (Favazza, 2006; Whitlock, Eckenrode & Silverman, 2006; Bjärehed & Lundh, 2008). Denna typ av självskadebeteende är vanligast i kliniska studier där patienter inneliggande på psykiatriska avdelningar har deltagit (Briere & Gil, 1998). Både de mer och de mindre allvarliga typerna av självskadebeteende står dock att finna hos personer både i kliniska och icke-kliniska urval.

### ***Självskadebeteendets funktion***

Ett antal förklaringsmodeller till varför självskadebeteende uppstår och vidmakthålls står att finna i litteraturen, men konsensus saknas. Klonsky (2007) visar på sju övergripande funktioner av självskadebeteende, däribland att reglera känslor, att undvika självmord, för att påverka människor i sin omgivning ("ett rop på hjälp") och självbestraffning. I äldre litteratur är freudianska förklaringsmodeller vanliga, där självskadebeteendet (främst skärande) bland annat ses som ett substitut för masturbation, kastration eller menstruation (Suyemoto, 1998; Wallroth & Åkerlund, 2002). Sedan slutet av 1980-talet är dock företrädarna för denna förklaringsmodell få och har föga inflytande över den kliniska verksamheten. Nock (2009) använder sig av en funktionell ansats där han menar att ett specifikt beteende bestäms av vad som sker direkt innan handlingen, och vilka konsekvenser beteendet kan förväntas att få. Enligt detta synsätt befästs och kvarhålls beteendet genom positiv och negativ förstärkning:

en självskadeepisod kan tillfälligt minska negativa tankar och känslor, leda till mer önskvärda känslor av sinnesro, underlätta att söka hjälp eller skapa en flyktväg från en obekväm eller svårlöst social situation. Efter åtskilliga intervjuer med personer som drabbats menar Klonsky (2009) att självskadebeteende främst är en strategi för att hantera känslor. De två vanligaste anledningarna till att en person skadar sig själv är att minska negativa känslor och för att straffa sig själv. Resultaten av hans studie visar att en självdestruktiv handling är förknippad med ett lättare stämningsläge och en minskad känslointensitet. Deltagarna beskriver att de före en självskada känner sig överväldigade, ledsna och frustrerade och att de efter en självskada upplever känslor av lättnad och lugn. Lloyd-Richardson et al. (2007) finner liknande resultat. De vanligaste orsakerna till en självdestruktiv handling är för att känna någonting (även om det är smärta), för att försöka få en reaktion från någon i sin omgivning, för att få kontroll över situationen och för att bryta dåliga eller negativa känslor. Sammanfattningsvis kan därmed sägas att självskadebeteende kan fylla en rad olika funktioner av både intra- och interpersonell karaktär.

### ***Attityder och kunskap***

Urquhart Law, Rostill-Brookes och Goodman (2009) har undersökt attityder hos avgångsstudenter vid olika universitetsutbildningar, både med och utan sjukvårdsinriktning. Stigmatiserande attityder hos sjukvårdspersonalen har visat sig kunna påverka patientens behandlingsresultat negativt. Studien visar att en rad faktorer kan påverka den vård och behandling som självskadande ungdomar får negativt, däribland den (antagna) bakomliggande orsaken till skadan, vårdgivarens kön och profession samt förtroenhet med självskadebeteende som problematik. En vanlig fördom bland de vårdutbildade studenterna är att personer med självskadebeteende är manipulativa och uppmärksamhetssökande. Detta trots det faktum att den absoluta merparten av all självdestruktivitet sker i hemlighet bakom stängda dörrar. De studenter som anser att den unge själv är ansvarig för sitt självskadebeteende rapporterar högre grad av ilska gentemot ungdomen. De ungdomar som även har ett pågående missbruk som kan förklara destruktiviteten genererar en lägre grad av ilska hos studenterna. Ilska är i sin tur associerat med uppfattningen om att självskadebeteende är manipulativt, vilket leder till en lägre grad av vilja att hjälpa den drabbade. Dessutom visar studien att läkarstudenter i avsevärt högre grad än psykologer och sjuksköterskor är benägna att se tvångsåtgärder som en lämplig metod vid självskadebeteende. (Urquhart Law, Rostill-Brookes & Goodman, 2009)

Taylor, Hawton, Fortune och Kapur (2009) har granskat 31 artiklar som behandlar patienters attityder och belåtenhet av sjukvården de erhållit till följd av självdestruktiv handling. Trots stora skillnader mellan de inkluderade sjukhusen är patienternas erfarenheter påfallande lika: dålig kommunikation mellan patient och personal samt en känsla av att personalen saknar specifik kunskap om självskadebeteende är genomgående teman i utsagorna. Deltagarna upplever framför allt att personalens kunskapsbrist bidrar till negativa attityder gentemot patienterna med självskadebeteende (Taylor et al. 2009). Även Crawford, Geraghty, Street och Simonhoff (2003) har funnit påtagliga kunskapsbrister sedan de låtit 126 personer från olika yrkeskategorier vid tre sjukhus i Storbritannien besvara ett frågeformulär med faktafrågor om självskadebeteende. Kunskapen hos sjukvårdspersonalen är, oavsett profession, generellt sett låg och 42 procent av deltagarna efterfrågar ytterligare utbildning i ämnet. Ett flertal av deltagarna uppger dessutom att de fullständigt saknar, eller har mycket bristande kunskap om självskadebeteende, trots att samtliga tillfrågade regelbundet är involverade i bedömningen eller i behandlingen av ungdomar som skadar sig själva (Crawford et al., 2003). Kunskapsbristen kan leda till att personalen behandlar och bemöter de drabbade patienterna inkorrekt (Taylor et al., 2009) och behovet av vidare utbildning i evidensbaserade behandlingsmetoder är påtaglig (Crawford et al., 2003).

Trots att det finns en djupt rotad bild av att självskadebeteende är impulsivt och att den destruktive personen lider av en psykisk sjukdom, är detta inte definitivt. Enligt en stor Nya Zeeländsk studie av skolungdomar med självskadebeteende är majoriteten av ungdomarna inte drabbade av någon psykisk sjukdom. Tvärt om anses majoriteten att ungdomarna tillhöra gruppen ”normal”, några bedöms vara impulsiva (men ej patologiskt) och endast en fjärdedel av ungdomarna med självskadebeteende bedöms lida av någon psykisk sjukdom (Stanford & Jones, 2009). Denna diskrepans mellan sjukvårdspersonalens syn på patienten och dess beteende, samt den drabbades egen upplevelse riskerar att skapa stora motsättningar i behandlingen, och försvåra kommunikation och ömsesidig förståelse.

### ***Behandlingsmetoder, hjälpsökande och kommunikation***

Trots att självskadebeteende är ett vanligt förekommande problem över hela världen, saknas fortfarande tillräcklig evidens för att kunna skapa rekommendationer om vilken behandling som är mest effektiv för dessa patienter (Hawton et al., 2009). Behandlingsmetoder särskilt utformade för personer med självskadebeteende saknas, däremot har dialektisk

beteendeterapi<sup>4</sup> och mentaliseringsbaserad terapi<sup>5</sup> visat sig ha positiv effekt på självskadebeteende hos personer som också lider av emotionell instabil personlighetsstörning (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2005; Bateman & Fonagy, 2008). Enligt den Cochrane översikt som publicerades 2009, där effekten av psykosocial och farmakologisk behandling vid självskadebeteende utvärderas, framgår att forskningsunderlaget är mycket magert. De flesta befintliga studier har få deltagare vilket omintetgör applicerbarheten på en större population. Lovande resultat finns för problemlösningsterapi och när det handlar om repetitiva självskadare finns även stöd för användandet av läkemedelssubstansen flupentixol depot. Flupentixol är dock ett neuroleptikum som enligt Statens Beredning för medicinsk utvärdering bör reserveras för personer med svår psykos (n.d.).

Evans, Hawton och Rodham genomförde 2005 en studie om hjälpsökande och kommunikation hos 6020 brittiska ungdomar i ålder 15-15 år. När ungdomarna som skadar sig själva tillfrågas var de söker hjälp för sina problem svarar 59,8 procent att fått eller försökt att få hjälp från minst en källa. Vanligtvis söker tonåringar hjälp hos en vän, och i andra hand hos familjen. Kvinnor är mer benägna än män att be om hjälp, men män söker i avsevärt högre grad hjälp hos en psykolog eller psykiater än vad kvinnor gör. Ungefär hälften av ungdomar med självskadebeteende söker inte hjälp trots att de egentligen känner att de skulle behöva den. Ungdomar som varken har självskadebeteende eller tankar på dito känner i mycket högre grad än deras drabbade jämnåriga att de kan tala med sina föräldrar, sina syskon och andra släktingar (Evans et al., 2005). Liknande resultat återfinns i Bjärehed & Lundh (2008) som påvisar en moderat till stark positiv korrelation mellan självskadebeteende hos ungdomar och negativa känslor i relationen till föräldrarna, och en moderat till stark negativ korrelation mellan självskadebeteende hos ungdomen och positiva känslor till föräldrarna.

## Diskussion

Den kunskap och förståelse vi idag har om självskadebeteende jämförs ibland med nivån på kunskapen vi hade om ätstörningar i Sverige på 1970-talet. På liknande sätt som sjukvården då famlade i blindo efter bot och läkning för avmagrade unga kvinnorna som paniskt vägrade

---

<sup>4</sup> Dialektisk beteendeterapi (DBT) är en behandlingsform som utvecklades av Marsha Linehan i USA under 1990-talet. Behandlingsmetoden har tagit inspiration från inlärningsteori, kognitiv teori, dialektisk filosofi och zenbuddhistiska tankesätt. Den idé som genomsyrar arbetssättet är dialektiken mellan acceptans och förändringsarbete (Kåver & Nilsson, 2002).

<sup>5</sup> Mentaliseringsbaserad terapi (MBT) är en manualbaserad behandlingsmodell, utarbetad av Peter Fonagy och Anthony Bateman i Storbritannien under 2000-talets första år. Teorin baseras på psykoanalytiskt tänkande integrerad med anknytningsteori, med mentalisering som teoretisk grund (MBT Sverige, n.d.).

all föda, är vården för patienter med självskadebeteende idag mycket torftig. Kunskapsluckorna är många och stora, inte minst när det gäller prevention, behandling och förståelse för beteendets funktion (Mia Ramklint, *Kunskapshearing - Självskadebeteende hos barn och unga*, 30 november, 2009). Orsakerna till kunskapsbristen är sannolikt mångfaktoriell, men kan delvis härledas till definitionsproblematiken, samt till det faktum att majoriteten av forskningen studerar självskadebeteende vid emotionell instabil personlighetsstörning vilket kraftigt reducerar applicerbarheten av de studier som genomförs.

### **Definition och klassifikation**

Eftersom en vedertagen definition av självskadebeteende saknas bedrivs forskningen utifrån ett flertal olika synsätt och perspektiv, vilket dels försvårar jämförelser sinsemellan studier, dels möjligheten att dra några större slutsatser. Ett exempel på detta är Bjärehed och Lundh (2008) som genom att använda en bred definition av självskadebeteende också fått anmärkningsvärda resultat – drygt fyrtio procent av ungdomarna i studien har skadat sig själva det senaste året! Resultat som dessa bör dock tolkas med stor försiktighet. I nämnda studie räckte det med att en deltagare uppgav att hon hindrat ett sår från att läka för att hon skulle anses ha ett självdestruktivt beteende. Frågan är väl snarast hur många femtonåringar som inte av ren tristess på en lång lektion suttit och petat i ett sår, utan någon direkt självskadeintention? Detta blev också tydligt då andelen deltagare som skadat sig själva vid fem eller fler tillfällen var betydligt mer beskedliga tolv procent. I studier där en snävare definition av självskada används och beteenden som att förhindra sårhäkning exkluderas, blir också resultaten avsevärt längre och prevalensen hamnar vanligtvis kring mellan tio och femton procent i en ungdomspopulation (Socialstyrelsen, 2004a; Hawton et al. 2002).

Inom forskarvärlden råder skilda meningar om huruvida självskadebeteende bör betraktas som ett symptom på annan psykopati eller som ett sjukdomstillstånd med egen diagnos, vilket bidrar till rådande begreppsförvirring. Favazza (1996) var tidig med att föreslå en dylik diagnos och därefter har allt fler forskare och kliniker kommit att dela hans uppfattning. Även Socialstyrelsen (2004b) förespråkar en separat diagnos för självskadebeteende och föreslår, i linje med Favazza (1996), att denna bör sorteras under impuls kontrollstörningar i DSM-IV. Denna kategorisering bör dock ifrågasättas. Det finns en djupt rotad föreställning hos sjukvårdspersonal att självskadebeteende alltid är ett tecken på en impuls kollstörning. Dock är forskningsunderlaget för denna tanke mycket tunt, snarare pekar senare studier i motsatt riktning (Stanford & Jones, 2009). En möjlig förklaring till att uppfattningen ändå blivit så stark kan vara att självskadebeteende under lång tid varit tätt

sammankopplat med emotionell instabil personlighetsstörning, en diagnos där impulsivt beteende är ett kardinalsymtom. Utformandet och klassifikationen av en självskadediagnos bör med andra ord föregås av en grundlig undersökning av den impulsiva aspekten i beteende för att undvika att felaktiga föreställningar om problematiken cementeras i en diagnostisk kod.

### ***Etiologi och prevalens***

Kunskap om förekomst av självskadebeteende och möjliga predisponerande orsaker är sannolikt det bäst undersökta gällande hela problematiken. Även om den statistik som finns att tillgå är långt ifrån definitiv och, av anledningar tidigare nämnda, varierar kraftigt mellan olika forskningsteam kan vi med säkerhet säga att självskadebeteende är ett vanligt förekommande problem för tonåringar och unga vuxna. Ett antal riskfaktorer har kunnat urskiljas, där trauman av olika slag under barndomen är av särskild betydelse. Nästa steg torde således vara att även söka eventuella skyddsfaktorer samt påbörja ett preventivt arbete, något som ännu så länge är i det närmaste obefintligt (Åsa Nilsson, Mia Ramklint *Kunskapshearing - Självskadebeteende hos barn och unga*, 30 november, 2009).

### ***Självskadebeteendets funktion, attityder och kunskap***

Om etiologi och prevalens är i sammanhanget väl utforskade områden av självskadebeteende, kan dess syfte och funktions sägas vara något av en blind fläck. Den forskning som ändå finns tillgänglig tycks ha svårt att få någon vidare betydelse inom den kliniska verksamheten, där det fortfarande råder negativa uppfattningar om de patienter som drabbas. När ungdomarna själva ombeds att beskriva orsakerna till varför de skadar sig själva är svaren vanligtvis affektreglerande; självdestruktiviteten är en copingstrategi för att hantera negativ tankar, känslor och upplevelser. I viss mån kan beteendet också ha ett kommunikativt syfte och vara ett försök att förmedla känslor som är svåra att uttrycka i ord (Socialstyrelsen 2004b; Klonsky, 2007; Klonsky, 2009; Lloyd-Richardson et al., 2007).

Patienternas egna beskrivningar står i stark kontrast till sjukvårdspersonalens uppfattning om beteendets orsak och funktion. Många upplever att patienterna med självskadebeteende är manipulativa och uppmärksamhetssökande. De tenderar att hålla den unge själv ansvarig för sina problem vilket leder till onödig skuldbeläggning, samt att reagera med ilska gentemot patienten och dess beteende (Urquhart Law, Rostill-Brookes & Goodman, 2009). Kunskapen hos vårdpersonalen är generellt sett låg och en stor del av personalen upplever även själva att de behöver ytterligare utbildning i ämnet (Crawford et al.,

2003). Med detta i åtanke ter sig resultat som visar på patienters upplevelse av dålig kommunikation med vårdpersonalen samt låg kunskap om deras problematik snarast självklara (Taylor, Hawton, Fortune och Kapurs 2009). För att en god och effektiv vård ska kunna bedrivas är en gemensam förståelse för problematiken en nödvändig utgångspunkt. En god början kan således vara större insatser för att implementera ny forskning i den kliniska verksamheten.

### ***Behandlingsmetoder, hjälpsökande och kommunikation***

Att finna forskning om självskadebeteende där deltagarna inte är patienter med emotionell instabil personlighetsstörning (IPS) är en diger uppgift. För att kunna arbeta fram en behandlingsmetod för självskadebeteende oberoende av diagnos är kliniska studier nödvändiga. Fortsättningsvis bör dessa utformas så att det är det faktiska självskadebeteendet och inte eventuell bakomliggande psykiatrisk diagnos som står i fokus. För de patienter som lider av IPS med samtidig självdestruktivitet finns idag evidens för tidigare nämnda dialektisk beteendeterapi och mentaliseringsbaserad terapi. Vilken effekt dessa behandlingsformer har på problematiken för patienter med annan psykopati (till exempel ätstörningar, depression, posttraumatiskt stressyndrom eller missbruk) är idag inte känt och kräver ytterligare forskning (Agnes Hultén, *Kunskapshearing - Självskadebeteende hos barn och unga*, 30 november, 2009). Vikten av att utveckla en behandlingsmetod som inkluderar även de många drabbade som inte är diagnosticerade med IPS går inte nog att betona. I en tid när var tionde skolungdom skadar sig regelbundet behövs en djup förståelse för problematiken med en bred kompetens både inom skolväsendet, skolhälsovården och den psykiatriska specialistvården. Olika behandlingsmetoder behöver utformas som kan hjälpa patienter med en omfattande problematik och komorbid psykopatologi att hantera sina problem. Även de ungdomar som ännu bara skadat sig vid ett fåtal tillfällen behöver hjälp och verktyg att bryta den självdestruktiva spiralen innan beteendet befästs och psykiatrin måste kopplas in.

## Referenser

- American Psychological Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. uppl., textreviderad). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *The American Journal of Psychiatry*, 165(5), 631-638.
- Bjärhed, J., & Lundh, L-G. (2008). Deliberate self-harm in 14-year-old adolescents: how frequent is it, and how is it associated with psychopathology, relationship variables, and styles of emotional regulation? *Cognitive behaviour therapy*, 37(1), 26-37.
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 609-620.
- Brottsförebyggande rådet. (2008a). Brottsutvecklingen i Sverige fram till år 2007. Kapitel: Sexualbrott. Stockholm: Internetpublicering. Hämtad 2009-12-28 från Brottsförebyggande rådet.  
[http://www.bra.se/extra/measurepoint/?module\\_instance=4&name=Sexualbrott&url=/dynamaster/file\\_archive/081215/cf0d7ec7aed34cd697cf62aaf2750de0/BU%255fSexualbrott.pdf](http://www.bra.se/extra/measurepoint/?module_instance=4&name=Sexualbrott&url=/dynamaster/file_archive/081215/cf0d7ec7aed34cd697cf62aaf2750de0/BU%255fSexualbrott.pdf)
- Brottsförebyggande rådet (2008b). Brottsutvecklingen i Sverige fram till år 2007. Stockholm: Internetpublicering. Hämtad 2009-12-28 från Brottsförebyggande rådet.  
[http://www.bra.se/extra/measurepoint/?module\\_instance=4&name=Sexualbrott&url=/dynamaster/file\\_archive/081215/cf0d7ec7aed34cd697cf62aaf2750de0/BU%255fSexualbrott.pdf](http://www.bra.se/extra/measurepoint/?module_instance=4&name=Sexualbrott&url=/dynamaster/file_archive/081215/cf0d7ec7aed34cd697cf62aaf2750de0/BU%255fSexualbrott.pdf)
- Crawford, T., Geraghty, W., Street, K., & Simonhoff, E. (2003). Staff knowledge and attitudes towards deliberate self-harm in adolescents. *Journal of Adolescence*, 26(5), 619-629.
- Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2005). In what ways are adolescents who engage in self-harm or experience thoughts of self-harm different in terms of help-seeking, communication and coping strategies? *Journal of Adolescence*, 28(4), 573-587.
- Favazza, A. R. (1996). *Bodies Under Siege*. Baltimore: The Johns Hopkins University press.
- Favazza, A.R. (2006). Self-injurious behavior in college students. *Pediatrics*, 117(6), 2283-2284.
- Favazza, A.R., & Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(3), 283-289.
- Favazza, A.R., & Rosenthal, R. J. (1990). Varieties of pathological self-mutilation. *Behavioral Neurology*, 3(2), 77-85.

- Hawton, K., Fagg, J., Simkin, S., Bale, E., & Bond, A. (1997). Trends in deliberate self-harm in Oxford 1985-1995. Implications for clinical services and the prevention of suicide. *British Journal of Psychiatry*, *171*(6), 556-560.
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., & Weatherall, R. (2002). Deliberate self-harm in adolescents: Self report survey in schools in England. *British Medical Journal*, *325*(7374), 1207-1212.
- Hawton, KKE., Townsend, E., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., House, A., et al. (2009). Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self harm (Review). *The Cochrane Library* 2009, Issue 4.
- James, D., & Hawton, K. (1985). Overdoses: Explanations and attitudes in self-poisoners and significant others. *British Journal of Psychiatry*, *146*(5), 556-560.
- Klonsky, E.D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, *27*(2), 226-239.
- Klonsky, E.D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research*, *166*(2-3), 260-268.
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-Injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, *63*(11), 1045-1056.
- Kåver, A., & Nilsson, Å. (2002). *Dialektisk beteendeterapi vid emotionell instabil personlighetsstörning: Teori, strategi, teknik*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, *37*(8), 1183-1192.
- MBT Sverige, MBT-Teamet Huddinge. (n.d.). *MBT-modellen*. Hämtad 2010-01-03 från MBT Sverige: <http://www.mbtsverige.se/mbt-modellen/>
- Murray, C. D., MacDonald, S., & Fox, J. (2008). Body satisfaction, eating disorders and suicide ideation in an Internet sample of self-harmers reporting and not reporting childhood sexual abuse. *Psychology, Health & Medicine*, *13*(1), 29-42.
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, *18*(2), 78-83.
- Socialstyrelsen. (2004a). *Flickor som skadar sig själva*. Hämtad 2009-12-26 från Socialstyrelsen: [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10291/2004-107-1\\_20041071.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10291/2004-107-1_20041071.pdf)
- Socialstyrelsen. (2004b). *Vad vet vi om flickor som skär sig?* Hämtad 2010-01-14 från Socialstyrelsen: [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10427/2004-123-41\\_200412341.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10427/2004-123-41_200412341.pdf)

- Socialstyrelsen. (2009a). *Skador och förgiftningar behandlade i slutenvård 2008*. Hämtad 2009-12-28 från Socialstyrelsen:  
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-9-4/Documents/2009-9-4.pdf>
- Socialstyrelsen. (2009b). *Folkhälsorapport*. Hämtad 2009-12-28 från Socialstyrelsen:  
[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71\\_200912671.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71_200912671.pdf)
- Stanford, S., & Jones, M., P. (2009). Psychological subtyping finds pathological, impulsive, and normal 'normal' groups among adolescents who self-harm. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(7), 807-815.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (n.d.). *Behandling med neuroleptika*. Hämtad 2010-01-14 från Statens beredning för medicinsk utvärdering:  
<http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Behandling-med-neuroleptika/>
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2005). *Dialektisk beteendeterapi (DBT) vid borderline personlighetsstörning*. Hämtad 2010-01-03 från Statens beredning för medicinsk utvärdering:  
[http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/3/Dialektisk\\_beteendeterapi\\_DBT\\_borderline\\_personlighetsstoring\\_200507.pdf](http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/3/Dialektisk_beteendeterapi_DBT_borderline_personlighetsstoring_200507.pdf)
- Suyemoto, K.L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531-554.
- Urquhart Law, G., Rostill-Brookes, H., & Goodman, D. (2009). Public stigma in health and non-healthcare students: Attributions, emotions and willingness to help with adolescent self-harm. *International Journal of Nursing Studies*, 46(1), 108-119.
- Taylor T.L., Hawton, K., Fortune, S., & Kapur, N. (2009). Attitudes towards clinical services among people who self harm: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 194(2), 104-110.
- Wallroth, P. & Åkerlund, S. (2002). *Hål i huden – flickor som skär sig*. Stockholm: Svenska föreningen för psykisk hälsa.
- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behavior in a college population. *Pediatrics*, 117(6), 1939-1948.