

Aktuella teman inom självskadeforskning med relevans för behandlingsarbete:

Terminologi och diagnostik, förekomster, allvarlighetsgrad,
förståelsemodeller, social smitta, och internet

Jonas Bjärehed, leg. psykolog

Institutionen för psykologi

Lunds universitet

Innehåll

Bakgrund	4
Sammanfattning	5
Självskadeforskningen idag.....	6
Vad är självskadebeteende?.....	7
Sammanfattning	7
Begreppsanvändning och begreppskontroverser.....	8
Begreppet självskadebeteende.....	8
Att särskilja icke-suicidala och suicidala självskadebeteenden	9
Nocks (2009a; 2010) förslag på terminologi för att beskriva självskadebeteenden.....	10
Självskadebeteende som psykiatrisk diagnos.....	12
Hur vanligt är självskadebeteenden?.....	14
Sammanfattning	14
Att uppskatta förekomst av självskadebeteende.....	15
Ökande förekomst och stabilisering.....	15
Förekomst av självskadebeteenden bland ungdomar	16
Svenska studier av ungdomar.....	17
Förekomst av självskadebeteenden bland vuxna.....	18
Självskadebeteende bland äldre.....	19
Hur allvarighet är självskadebeteende?.....	20
Sammanfattning	20
Olika allvarlighetsgrad	21
Omfattning på vävnadsskada.....	21
Frekvensen av beteendet	21
Andra samtida problem	22

Undergrupper av självskadebeteende.....	22
Självskadebeteende och självmord.....	24
Hur kan man förstå självskadebeteenden?	27
Sammanfattning	27
Förståelsemodeller av självskadebeteende.....	28
Forskning om risk- och skyddsfaktorer.....	29
Forskning om självskadebeteendets funktioner	31
Empiriskt stöd för fyra-faktorsmodellen	32
Vad behöver beaktas vad gäller självskadebeteende och social smitta?.....	33
Sammanfattning	33
Social smitta	34
Hur bör social smitta beaktas i behandling?.....	35
Vad behöver beaktas vad gäller självskadebeteende och internet?.....	37
Sammanfattning	37
Självskadebeteende och internetanvändande	38
Internetanvändande vid bedömning av patienter.....	39
Referenser.....	41

Bakgrund

Denna sammanställning utgör en del av den rapport om behandling vid självskadebeteende som under sommaren 2012 sammanställts på uppdrag av Region Skåne. Målsättningen med denna del av rapporten är att redogöra för *övrig forskning om självskadebeteende (dvs. som inte utvärderat behandlingsmetoder – exempelvis kring förekomst, subgrupper, funktion, utveckling, mm) som kan vara relevant för behandlingen av denna typ av problematik*. För att avgränsa denna utgångspunkt formulerades sex frågeställningar, som bedömdes relevanta för behandlare och där potentiellt viktiga nya framsteg presenterats under senare år. Dessa frågeställningar är:

- *Vad menas med självskadebeteende?*
- *Hur vanligt är självskadebeteende?*
- *Hur allvarligt är självskadebeteende?*
- *Hur kan man förstå självskadebeteende?*
- *Vad behöver beaktas vad gäller självskadebeteende och social smitta?*
- *Vad behöver beaktas vad gäller självskadebeteende och internet?*

Sammanfattning

Denna del av rapporten fokuserar på aktuell forskning och teoretisk utveckling inom självskadeområdet som är relevant för behandlingsarbete, men som inte direkt handlar om olika behandlingsmetoder.

Under rubriken: *Vad menas med självskadebeteende?*, diskuteras hur en otydlig begreppsanvändning kring olika självskadebeteenden kan leda till missförstånd och försvåra behandlingsarbetet. Ett förslag på en anpassad svensk begreppsapparat baserad på Nocks (2010; Nock & Favazza, 2009) klassifikation av självskadebeteenden presenteras. Den begränsade möjligheten att diagnostiska kategorisera patienter med självskadebeteende utifrån de två befintliga diagnossystemen (DSM-, respektive ICD-systemet) problematiseras också och ett förslag om att inkludera en ny diagnos (Icke-suicidalt självskadesyndrom) för denna patientgrupp i DSM-5 presenteras.

Under rubriken: *Hur vanligt är självskadebeteende?*, diskuteras svårigheterna med att uppskatta hur vanligt självskadebeteenden är. Uppskattningar av förekomsten av självskadebeteende i olika grupper jämförs. Bland ungdomar är förekomsten särskilt hög (jämfört med vuxna), beteendet framstår också som vanligare i allmänpsykiatriska grupper och allra vanligast i vissa specifika psykiatriska diagnosgrupper (exempelvis bland personer med borderline personlighetsstörning och med ätstörningar).

Under rubriken: *Hur allvarligt är självskadebeteende?*, diskuteras variationen i allvarlighetsgrad och psykiatrisk relevans mellan olika självskadebeteenden och självskadande individer. Tre aspekter av allvarlighetsgrad beskrivs: omfattningen av vävnadsskadan, frekvensen av beteendet och omfattningen av andra samtida problem. Studier som fokuserat på att identifiera undergrupper, eller typer, av självskadande personer med olika grad av psykopatologisk relevans beskrivs också. Slutligen beskrivs också studier som undersökt kopplingen mellan självskadebeteende och självmord och hur detta samband kan förstås.

Under rubriken: *Hur kan man förstå självskadebeteende?*, beskrivs en aktuell modell för att förstå hur självskadebeteende kan uppstå. Modellen diskuterar både olika faktorer som bidrar till ökad risk att en individ kommer att skada sig själv och de mer omedelbara konsekvenserna som självskadebeteendet får på individens psykologiska tillstånd och/eller i interaktion med andra, som kan förklara varför man skadar sig.

Slutligen diskuteras också forskning kring två problemområden som tycks särskilt betydelsefulla vid behandling av självskadebeteende och som därmed kan behöva beaktas, dessa sammanfattas under rubrikerna: *Vad behöver beaktas vad gäller självskadebeteende och social smitta?*, och *Vad behöver beaktas vad gäller självskadebeteende och internet?*. Forskning och kliniska erfarenheter indikerar att behandlingen självskadebeteende kan försvåras av att patienten tar intryck eller bekräftas i sitt självskadebeteende av andra. Detta kan ske genom direkta kontakter (exempelvis med andra patienter) eller genom indirekta kontakter (exempelvis genom internet). Underlaget för dessa erfarenheter beskrivs och förslag på åtgärder för att motverka sådana risker beskrivs.

Självskadeforskningen idag

Den ökande medvetenhet om självskadebeteende som kliniskt fenomen har successivt kommit att avspeglats i ökande forskningsinsatserna på området. En tydlig trend under det senaste tiotalet år har varit mot etablerandet av självskadeforskningen som ett eget, separat problem- och forskningsområde. Tidigare har detta fenomen varit ett relativt obeforskat och mestadels berörts i forskning vars huvudfokus egentligen varit någonting annat (exempelvis forskning om borderline personlighetsstörning eller om självmord), eller så har bara vissa relativt avgränsade typer av beteenden eller kliniska manifestationer (exempelvis upprepade, svåra självskadebeteende hos psykiatriska patienter) studerades. En ökad medvetenhet om att vissa typer av självskadebeteenden (särskilt de som kommit att benämnas som icke-suicidala självskadebeteenden) förekommer även utanför de traditionella patientgrupperna (exempelvis bland ungdomar i allmänhet) har motiverat en bredare ansats. Många forskare har därför tydligare försökt urskilja och beskriva de *olika typer* av självskadebeteenden som återfinns bland *olika grupper* av människor, och att förstå detta fenomen.

Därmed finns idag en relativt stor och snabbt växande litteratur som kan vara relevant för den som i sin professionella roll möter personer med självskadebeteende. Detta ”nya” självskadeforskningsområde har under de senaste åren beskrivits och sammanfattats i flera uttömmande böcker (exempelvis: Nixon, & Heath, 2008; Nock, 2009a) och flertalet välrenommerade vetenskapliga tidskrifter har också tillägnat det tema- och specialnummer (exempelvis: Klonsky, 2007a; Levesque, 2010; Prinstein, 2008). Praktisk orienterad litteratur som diskuterar behandlarens roll vid självskadebeteende finns också tillgänglig (exempelvis: Walsh, 2005), nyligen även på svenska (Sterner, 2006; 2010). För den intresserade finns också både internationella och svenska forskningsnätverk, konferenser, och forskningsprogram inriktade mot fenomenet¹.

¹ Exempelvis: International society for the study of self-injury (ISSS; <http://www.isssweb.org/>), Cornell research program on self-injurious behavior (CRIPSIB; <http://www.crpsib.com/>) och Self injury foundation (<http://www.selfinjuryfoundation.org/>).

Vad är självskadebeteende?

Sammanfattning

Både i forskning och i klinisk verksamhet har det funnits behov av en tydligare begreppsanvändning kring olika självskadebeteenden, samt en mer ändamålsenlig diagnostik av patienter som uppvisar dessa. Internationellt har flera intressanta förslag inom dessa områden framkommit på senare år. Mot bakgrund av detta presenteras här ett förslag på hur en begreppsapparat som föreslagits av Nock (2009a; 2010), för att kategorisera olika självskadebeteenden kan anpassas och användas på svenska. Förslaget inbegriper att under benämningen *självdestruktiva beteenden* (avsiktliga beteenden som utförs med vetskapen att de kan leda till fysisk eller psykologisk skadliga), inordna både *indirekt självskadliga handlingar* (där skadan utgör en oavsiktlig konsekvens av beteendet) och *direkt självskadliga handlingar* (där skadan är den avsedda konsekvenser av beteendet). En distinktion görs sedan mellan direkt självskadliga handlingar som är *suicidala* till sin natur (där personens avsikt är att dö) och olika *icke-suicidala* självskadefenomen (där personens avsikt inte är att dö). Typiska beteenden när man på svenska talar om självskadebeteenden (som att skära, rispa, eller bränna sig) kan med denna begreppsapparat benämnas som *icke-suicidala självskadebeteenden* och definieras som avsiktlig, direkt självskada på kroppsytan utan suicidal avsikt, som också sin tur kan kategoriseras efter olika svårighetsgrad (*milt, måttligt, svårt*) baserat på omfattningen av skadan och hur ofta beteendet förekommer. Det föreslås också att Nocks terminologi kan utökas med begreppet *icke-suicidal överdosering/förgiftning*. Slutligen diskuteras också förslaget att i diagnossystemet DSM-5 inkludera en ny diagnos, som på svenska skulle kunna benämnas, *icke-suicidalt självskadesyndrom*, som utgörs av upprepade självskadebeteenden i kombination med vissa andra upplevelser eller förväntningar. En sådan diagnos skulle överensstämma med en symptombild som ofta framkommer inom vården (där patienter uppvisar självskadebeteende men utan att uppfylla diagnoskriterierna för någon annan mer relevant diagnos).

Begreppsanvändning och begreppskontroverser

Begreppet självskadebeteende kan avse en rad olika handlingar. I det vardagliga språkbruket finns idag ingen tydlig konvention kring vad som inbegrips – varken Svenska akademins ordlista eller Nationalencyklopedin har exempelvis upptagit begreppet. Således används begreppet i många fall utan att det tydligt framgår vilka handlingar eller beteenden som avses. Detta riskerar att leda till otydlighet och missförstånd, både i allmänt språkbruk och då professionella kommunicerar med varandra. Denna situation är visserligen inte unik för Sverige, även i det engelska språket var förhållandet länge snarlikt. Att definiera vad som avses med begreppet självskadebeteende har följaktligen utgjort en central frågeställning inom den internationella självskadeforskningen under de senaste åren. Relaterad till detta är också frågan om hur man diagnostiskt kan benämna självskadebeteende då det förekommer hos patienter i vården. På både dessa områden (dvs. gällande begreppsanvändning och diagnostik) tycks en allt större konsensus etableras bland internationella självskadeforskare. Det förefaller därför angeläget att även i Sverige etablera tydligare begreppskonventioner kring fenomenet och att diskutera hur patienter med självskadebeteende lämpligast benämns i diagnostiska termer. Antagligen skulle fördelarna vara många om en sådan svensk begreppskonvention var översensstämmande med den som används internationellt.

Begreppet självskadebeteende

Den mest dominerande språkliga konventionen, sett över olika källor, som massmedia, sociala media, och i litteratur, tycks idag vara att på svenska tala om *självskadebeteende* när man avser handlingar där en person avsiktligt orsakar direkt fysisk skada på den egna kroppen, så som att skära eller bränna sig. Många undantag förekommer dock. I vårdsammanhang inbegrips exempelvis ofta även överdoser av medicin eller andra preparat när begreppet självskadebeteende används. Den typiska användningen av självskadebeteende avser alltså vanligen *inte* handlingar där en person försökt ta sitt eget liv (suicidförsök), men i många fall görs ingen sådan distinktion, eller så beskrivs handlingar där det funnits en suicidal avsikt rent av just som ett självskadebeteende. I allmänt språkbruk används annars även termerna *självskadehandling*, *självskadande handling*, *självskadande beteende*, och *skadebeteende*, utan att några klara skillnader i innebörd kan skönjas mellan användningen av dessa och termen självskadebeteende. Ett relaterat begrepp som också förekommer på svenska är *självdestruktivitet*. Detta begrepp används vanligen som en mer allmän eller övergripande kategori som kan infatta många olika handlingar som kan vara skadliga för en person. Både direkta skadliga handlingar (som leder till skada), men också mer indirekt skadliga handlingar (som potentiellt kan ge negativa konsekvenser) förefaller kunna ingå i benämningen.

Denna situation liknar i mycket det som tidigare varit fallet även på engelska. En viktig skillnad är dock att det på engelska finns flera olika begrepp som kan beskriva ungefär samma fenomen. På engelska har därför olika begrepp kunnat användas för att benämna delvis olika typer av självskadebeteende. En huvudsakligen brittisk och europeisk tradition har exempelvis studerat självskadebeteenden utifrån begreppet *deliberate self-harm*, och har med detta avsett alla självskadande handlingar utan dödlig utgång där personen utfört ett beteende med avsikten att skada sig själv – dvs. som inkluderat att överdosera medicin, inta alkohol eller droger i självskadande syfte eller inta andra substanser eller föremål som inte är avsedda att förtäras (Rodham, Hawton, & Evans, 2006). Detta kan kontrasteras med en annan huvudsakligen amerikansk tradition som istället har fokuserat mer specifik bara på självskadebeteenden som resulterat i skador på kroppsytan och där personens avsikt inte i

första hand varit att ta sitt liv. Denna typ av självskadebeteende benämndes tidigare ofta *self-mutilation*, men på senare tid har benämningen (*non-suicidal*) *self-injury* blivit vedertagen. Denna typ av beteenden har uppmärksammats som fenomen inom psykiatri och den kliniska psykologin sedan åtminstone första halvan av 1900-talet (exempelvis Conn, 1932; Dabrowski, 1937). Först på senare år har den dock framträtt som den mer dominerande benämningen och avgränsningen i internationell litteratur.

Att tala om *icke-suicidalt självskadebeteende* och då avse just avsiktliga, självskadebeteenden som orsakar direkt skada på kroppsytan och som inte utförs pga. en önskan att dö, tycks sammanfalla väl med det som i dagligt tal, på svenska, avses med självskadebeteende. En orsak till att användandet sett delvis annorlunda ut i sjukvårdssammanhang, där språkbruket mer liknar användningen av begreppet i den brittiska och europeiska traditionen, har antagligen flera förklaringar. Dels är överdoser den typ av självskadebeteende som oftast resulterar i vårdbehov, dels överensstämmer den också väl med den kategorisering som inom sjukvården används för att registrera orsaker till olika vårdtillfällen (dvs. benämningarna *avsiktligt självdestruktiv handling* samt *skadehändelser med oklar avsikt*)². Ett problem som uppstår då internationella begrepp översätts till svenska blir att båda dessa engelska begrepp (*self-injury* respektive *self-harm*) lämpligen översätts till just självskadebeteende, och därmed går en del information som är kopplad till dessa olika innebördsdefinitioner förlorad.

Att särskilja icke-suicidala och suicidala självskadebeteenden

I kliniska sammanhang har relevansen av patienters självskadebeteende mycket motiverats av det observerade sambandet mellan dessa beteenden och risken att patienten begår självmord. Detta har tagit sig flera noterbara uttryck, inte minst i form av hur man benämnt självskadebeteenden som ”para-suicidala” handlingar eller ”suicidförsök”, oavsett vilken intention patienten haft med beteendet. Det är visserligen möjligt att betrakta alla självskadebeteende utifrån ett kontinuum av olika grad av dödlighet (Skegg, 2005), och denna konvention har sannolikt varit funktionell i många vårdssammanhang där självskadebeteenden och suicidala beteenden ofta överlappat. Att suicidalt och icke-suicidalt självskadebeteende vid en närmare granskning framstår som separata beteendekategorier är dock en slutsats som genererat allt mer forskningsstöd. Några kliniskt relevanta skäl till att göra denna distinktion har sammanfattats av Nock (2012), som bl.a. framhåller att de två beteendetyperna förekommer olika ofta, har olika förlopp, olika samvarierande faktorer och olika grad av behandlingsbarhet. På beteendenivå blir detta tydligt då typiska suicidala och icke-suicidala självskadebeteenden utgörs av olika handlingar. Typiska suicidala beteenden är exempelvis förgiftnings hängningar, dränkning, och skjutningar, medan typiska icke-suicidala självskadebeteenden sällan innefattar dessa beteenden och istället inkluderar handlingar som att skära sig, rispa sig, bränna sig, etc.. Som tidigare påtalats i rapporten finns dock fall där denna distinktion är svårare att göra, särskilt när det handlar om patienter med svår psykiatrisk problematik. Det är därför tänkbart att vissa typiska icke-suicidala självskadebeteende i ovanliga fall kan medföra livsfara, oberoende av om det är personens avsikt eller inte, men det tycks i praktiken vara relativt ovanligt att de skulle leda till döden.

² *Avsiktligt självdestruktiv handling* (diagnoskod: X60-X84) avser ”avsiktligt självförvållad förgiftning eller skada/självmordsförsök” och specificeras vidare med grund i vilken metod som används (exempelvis läkemedelsintoxikation, skärande och stickande föremål, förgiftning med alkohol och droger, etc.) *Skadehändelser med oklar avsikt* (Y10-Y34), kan på samma sätt registreras när information saknas för att fastslå om skadan handlar om en olyckshändelse, en självförvållad skada eller en skada tillfogad av någon annan.

Som en indikation på hur vanligt det är kan man notera att under 2008 kategoriserades 2.2 % av alla fullbordade självmord i Sverige som genom skärande/stickande handlingar, (Jiang, Floerus, & Wasserman, 2010), vilket är den tydligaste potentiella överlappningen i statistiken. De tillfällen då individer avlider till följd av icke-suicidala självskadebeteenden utgör alltså en försvinnande liten del i relation till alla de tillfällen där personer skadar sig med dessa metoder. Att exempelvis tala om ytlig självskärning som ett suicidförsök eller ett parasuicidalt beteende blir alltså missvisande.

Nocks (2009a; 2010) förslag på terminologi för att beskriva självskadebeteenden

Den som mest ingående diskuterat begreppsdefinitioner och forskningsstödet för att betrakta icke-suicidalt självskadebeteende och suicidalt självskadebeteende som separata beteendekategori är antagligen Nock (2009a; 2010). Nocks arbete har bl.a. syftat till att utforma en komplett terminologi som inrymma olika typer av självskadehandlingar.

Det förefaller möjligt att tillämpa den begreppsapparat som Nock föreslagit, efter mindre språkliga anpassningar och tillägg, på ett sätt som dessutom är konsistent med hur begreppen används på svenska. Ett förslag på en sådan struktur återfinns i Figur 1.

Den övergripande kategoriseringen *självedstruktivt beteende* förefaller vara etablerat som en språklig konvention på svenska, ungefär i den bemärkelsen som Nock (2010) använder *self-injurious behaviors* som överordnad kategorisering i sin terminologi:

“At the broadest level, all behaviors that are performed intentionally and with the knowledge that they can or will result in some degree of physical or psychological injury to oneself could be conceptualized as self-injurious behaviors.” (s. 341)

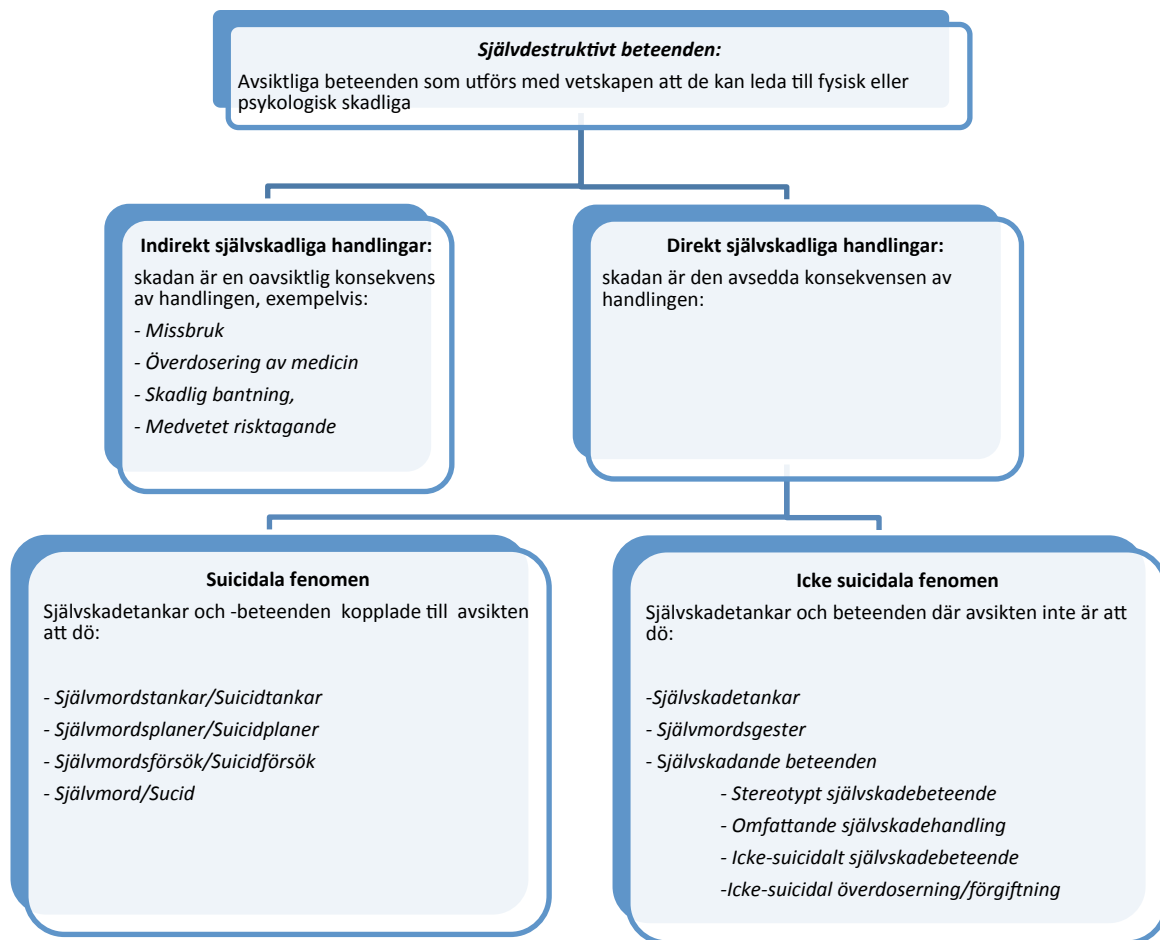
Inom denna beteendekategori gör Nock en distinktion mellan *indirekt självskadliga handlingar* (där skadan är en oavsiktlig konsekvens av handlingen) och *direkt självskadliga handlingar* (där skadan är den avsedda konsekvensen av handlingen):

“Within this general class, most researchers and scholars draw a clear distinction between behaviors in which bodily injury is the intended purpose of one’s behavior (i.e., directly self-injurious behaviors) and those in which it is an unintended byproduct (i.e., indirectly harmful or risky behaviors).” (s. 341)

Dessa indirekta handlingar innefattar sådant som missbruk, skadlig bantning, att medvetet utsätta sig för situationer där man kan fara illa etc. och anknyter till den relativt omfattande litteratur som studerat dessa typer av beteenden. Genom att på denna nivå tala om självskadliga *handlingar* reserveras uttrycket *självskadebeteende* också till en snävare kategorisering (och självskadliga handlingar skulle därmed också vara en möjlig översättning av engelskans deliberete self-harm).

Tyngdpunkten i Nocks terminologi ligger på att särskilja olika direkt självskadliga handlingar, dels självskada där intentionen kan sägas vara suicidal (personens avsikt är att dö) respektive icke-suicidal (personens avsikt är inte att dö):

Within the class of direct self-injurious behaviors, an important distinction is made between phenomena that are suicidal in nature, in which there is some intent to die from the behavior, and those that are non-suicidal, in which there is no intent to die.



Figur 1. Förslag på begreppshierarki och begrepps användning vid benämning av olika självskadebeteenden, fritt efter Nock (2009) och anpassat till svenskt språkbruk och konventioner.

En utförlig terminologi, som beskriver olika huvudtyper av suicidala, respektive icke-suicidala handlingar skulle i enlighet med Nocks begreppsapparat alltså kunna inkludera dels suicidala självskadefenomen – inklusive: *självmordstankar* (tankar på att ta sitt liv), *självmordsplaner* (konkreta planer på hur detta kan genomföras), *självmordsförsök* (att utföra en handling som syftar att leda till döden) och *fullbordade självmord*. Dels kan icke-suicidal självskadefenomen innefatta: *självskaadetankar* (tankar på att skada sig utan suicidal avsikt), *självmordsgester* (ett beteende som syftar till att få andra att tro att personen vill ta sitt liv, när den egentliga avsikten inte är detta), och olika typer av *självskaadande beteenden*. Nock särskiljer vidare distinktion mellan några olika *typer* av icke-suicidala självskadebeteenden. Dels nämner han *stereotypa* självskadebeteenden (högfrekvent, vanligen mindre omfattande, skador som huvudsakligen återfinns hos personer med utvecklingsstörningar) och *omfattande* självskadehandlingar (enstaka mycket allvarliga självskadehandlingar som huvudsakligen återfinns hos psykotiska personer). Andra icke-suicidala självskadebeteenden, föreslår Nock, kan kategoriseras som *milda* (lågfrekventa, mindre omfattande skador), *måttliga* (måttligt skadliga) eller *svåra* (högfrekventa, relativt omfattande skador).

Nocks begreppsapparat bygger till stor del på tidigare arbeten av huvudsakligen Favazza (1996), men skiljer sig också på några punkter. Favazzas terminologi, som tidigare också sammanfattas i en rapport av Socialstyrelsens (2004), inkluderar också en indelning i *kompulsivt* respektive *impulsivt* självskadebeteende, men dessa benämningar tycks ha frångåtts till förmån för denna nyare terminologi som kan betraktas som både mer heltäckande och mer konsekvent (Nock & Favazza, 2009).

Som påpekats i både del 1 och 2 av denna rapport utgör olika typer av överdoseringar ibland ett specialfall bland självskadebeteendena. Det är en mycket vanlig orsak då patienter med självskadebeteenden är i behov av sjukhusvård och det utgör en relativ vanlig metod för att begå självmord. Kliniskt har det dock noterats att metoden också används utan suicidal avsikt, ofta på ett kontrollerat och medvetet sätt. Ett möjligt tillägg till Nocks terminologi skulle därför kunna vara att lägga till överdosering/förgiftning som en möjlig separat form av icke-suicidalt självskadebeteende.

Självskadebeteende som psykiatrisk diagnos

Hittills har diagnossystemen erbjudit ganska begränsad vägledning kring kategorisering av patienter med självskadebeteenden. I och med att självskadebeteenden tidigare så starkt förknippats med patienter med svår psykiatrisk problematik, som personlighetsstörningar (särskilt borderline personlighetsstörning; BPS) och schizofreni (exempelvis: Feldman, 1988), kan detta ha lett till ett allt för rigitt bemötande av patienter (exempelvis genom en överdiagnostisering av BPS hos personer med självskadebeteenden [Blashfield & Herkov, 1996; Morey & Ochoa, 1989], eller att patienter med relativt lindriga beteenden behandlats som svårt psykiskt sjuka).

Självskadebeteende inkluderades ursprungligen i den tredje versionen av det amerikanska psykiatriska diagnossystemet *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-III; APA, 1980), där beteendet omnämns som ett av diagnoskriterierna för BPD³. Diagnosen BPD har sedan kvarstått i DSM-systemets senare, fjärde version och dess revidering (APA 1994; 2000). Det svenska diagnosystemet utifrån *International classification of diseases* (ICD-10; WHO, 2010) kategoriserar på ungefär samma sätt, under benämningen emotionellt instabil personlighetsstörning (F60.3), som ytterligare kan specificeras som av borderline-typ, inkluderas självskadebeteenden under benämningen "suicidgester och suicidförsök".

Flertalet internationella experter har genom åren förespråkat att självskadebeteende också bör kunna betraktas som ett separat kliniskt syndrom där självskadebeteenden är i centrum men där patienten inte uppfyller alla (eller några) av diagnoskriterierna för BPD (Favazza & Rosenthal, 1990; 1993; Muehlenkamp, 2005; Kahn & Pattison, 1984). I arbetet med den nya revideringen av DSM-systemet (DSM-5), som förväntas publiceras under 2013, har en arbetsgrupp följaktligen föreslagit att icke-suicidalt självskadebeteende bör kunna utgöra en separat diagnos (APA, 2012; Shaffer, & Jacobson, 2009). *Icke-suicidalt självskadesyndrom* skulle enligt förslaget kunna diagnostiseras utifrån följande centrala kriterier: personen har fem eller fler (icke-suicidala) självskadeepisoder under det senaste året, dessa beteenden är associerade till minst två av följande kriterier; 1) interpersonella svårigheter eller oangenäma tankar eller känslor föregår självskadeepisoden, 2) självskadeepisoden föregås av ett begär att

³ BPD kännetecknas av att patienten uppvisar ett genomgående mönster av brister i att kontrollera ilska, impulsivitet, humörsvägningar, svårigheter med relationer och självskadebeteenden.

skada sig som är svår att motstå, 3) personen har en upptagenhet kring självskadebeteende, tänker ofta på sådana handlingar även utan att agera på dem, 4) personen förväntar sig att självskadebeteendet kommer avhjälpa interpersonella problem eller oangenäma tankar/känslor, eller frammana en mer behaglig känsla. Om alla diagnoskriterier inte uppfylls kan enligt förslaget också diagnosen icke-suicidalt självskadebeteende utan närmare specifikation (UNS) ställas

Förslaget har mottagits positivt bland många forskare och kliniker på området (exempelvis: Wilkinson & Goodyer, 2011) och kan sägas representera ett synsätt som redan i praktiken etablerats bland många professionella (eftersom man betraktar detta som en separat patientgrupp, utan någon specifik diagnos eller under andra diagnostiska beteckningar). Diagnosen skulle därmed möjliggöra att identifiera och benämna en grupp personer som redan förekommer i vården och som är i behov av olika typer av insatser, men där det tidigare varit svårt att ställa en relevant diagnos. Andra har dock uttryckt större skepsis (De Leo, 2011). Ännu finns naturligt nog bara få studier som använt de föreslagna diagnoskriterierna. Ett undanta är en undersökning som nyligen genomfördes i en grupp med 571 patienter som sökt allmänpsykiatrisk vård och som uppvisade självskadebeteenden (Selby, Bender, Gordon, Nock, & Joiner, 2012). Genom att granska bedömningsunderlaget för dessa patienter konstaterade författarna att det gick att särskilja en grupp som uppfyllde kriterierna för icke-suicidalt självskadesyndrom, utan att samtidigt uppfylla kriterierna för borderline personlighetsstörning. Författarna tolkar resultaten som stöd för validiteten i den föreslagna diagnosen och att diagnosgruppen utgör en identifierbar och kliniskt relevant patientgrupp.

Hur vanligt är självskadebeteenden?

Sammanfattning

Trots frågans centrala betydelse är det svårt att komma fram till någon bra uppskattning av hur omfattande problemet med självskadebeteende är. En viktig farhåga har varit att självskadebeteende varit i kontinuerligt ökande. Sådana tecken har visserligen framkommit, särskilt inom sjukvården, men forskning i andra sammanhang indikerar också stabila nivåer under senare år. Det är därför svårt att dra några slutsatser om trender vad gäller självskadebeteende i Sverige. Forskning som möjliggör en uppskattning hur vanligt självskadebeteende är har huvudsakligen studerat ungdomar, och färre stora studier finns vad gäller vuxna och olika kliniska grupper. Sammanfattningsvis kan sägas att självskadebeteende förefaller relativt vanligt bland ungdomar, uppskattas till mellan 15-25 % baserat på flera olika sammanställningar av tillgänglig litteratur. Betydelsen av självskadebeteende i dessa grupper är dock mindre känd och metodologiska aspekter tycks ha stor betydelse för resultatet. Självskadebeteenden tycks ovanligare bland vuxna i allmänhet men här saknas helt svenska studier. I allmänpsykiatriska grupper är förekomsten högre, och allra högst förefaller den vara i vissa specifika diagnostiska grupper, både bland ungdomar och vuxna.

Att uppskatta förekomst av självskadebeteende

I början av 2000-talet utkom Socialstyrelsens (2004) rapport: ”Vad vet vi om flickor som skär sig?”, där konstaterades att det saknades tillförlitlig information om fenomenets utbredning. Trots intensiv internationell forskning under de senaste åren har det varit fortsatt komplicerat att uppskatta förekomsten av självskadebeteende. Denna svårighet grundar sig i flera faktorer, dels i forskningsmetodologiska problem (inklusive svårigheterna kring hur självskadebeteende bäst definieras, hur det kan mätas, vilken grupp det ska studeras i, etc.) och dels i de praktiska svårigheter som är förknippade med att samla in denna typ av information (exempelvis i form av ovilja eller oförmåga hos uppgiftslämnarna att delge sådan information, missförstånd eller idiosynkratiska uppfattningar hos uppgiftslämnarna om vad som avses med självskadebeteende, etc.).

Generellt kan dock konstateras att förekomsten av självskadebeteende, framförallt utifrån definitionen icke-suicidalt självskadebeteende, ofta har visat sig betydligt större än vad som i allmänhet har antagits tidigare. Socialstyrelsen (2004) nämner exempelvis uppskattningar av förekomst av självskadebeteende mellan 3-7 % i ungdomspopulationen och 30 % av flickorna och 10 % av pojkarna i psykiatrisk- och samhällsvård. I ljuset av studier på ungdomsgrupper under senare år framstår dess uppskattningar som låga. Ungdomar och unga vuxna (universitets/högskolestudenter) är de grupper som undersökts i flest studier, och det är för dessa grupper som det också finns några svenska studier. Bara ett fåtal studier har undersökt förekomsten av självskadebeteende i icke-kliniska grupper av vuxna och fenomenet har nästan inte alls studerats bland äldre. Generellt visar forskningen att uppskattningar av förekomsten av självskadebeteenden är högre i de yngre åldersgrupperna (ungdomar och unga vuxna), och tycks allra vanligast i psykologiskt belastade och kliniska grupper. Flickor/kvinnor tycks i de flesta studier vara överrepresenterade vad gäller självskadebeteende men inte alla studier har kunnat dokumentera denna skillnad. En överrepresentation bland flickor/kvinnor är därför sannolikt mindre än vad man tidigare utgått från och kan också bero på olika könstypiska mönster vad gäller val av självskademetod. Det kan vara så att studier i högre utsträckning efterfrågat självskademetoder där flickor är överrepresenterade. Genomgående har studier också visat att självrapporterat självskadebeteende återfinns i betydande utsträckning i icke-kliniska grupper av både ungdomar och vuxna.

Ökande förekomst och stabilisering

Den allmänna uppfattningen har varit att självskadebeteende ökat sedan början av 2000-talet, särskilt bland ungdomar (exempelvis: Socialstyrelsen, 2004). Det är dock svårt att hitta någon forskning som entydligt kan stödja detta intryck. Forskning gjord i Storbritannien kring självskadehandlingar i vid bemärkelse (obeaktat om avsikten var suicidal eller icke-suicidal, och där överdosering och självförgiftning också ingått) har visserligen visat på en ökande trend av sådana beteenden under 1990-talet bland ungdomar som sökt sig till, eller hänvisats till, sjukvården (Hawton et al, 2003). Amerikansk forskning under samma period har också påvisat båden en ökning av självskärande och en generellt svårare psykiatriska problematik bland ungdomar som erhållit vård under perioden (Olfson, Gameroff, Marcus, Greenberg, & Shaffer, 2005). Även i Sverige har vårdtillfällen på grund av registrerade självdestruktiva handlingar i patientregistret visat en ökande trend för perioden 1997-2007 (Beckman, Dahlin, Tidemalm, & Runeson, 2010). Merparten av behandlingstillfällena utgörs visserligen av läkemedelsintoxikationer, men ökningen tycks generell och gäller också för skärande/stickande beteenden. Det är dock svårt att avgöra om denna ökning är kopplad till den ökade medvetenheten och uppmärksamhet kring fenomenet (exempelvis om det lett till

ett ökat hjälpsökande) och vilken betydelse förändrad begreppsanvändning och förståelse för fenomenet bland professionella har inneburit (exempelvis om det förändrat benägenhet att efterfråga självskadebeteende hos patienter eller förändrad klassificering och dokumentation av patienterna).

Den litteratur som under de senaste åren fokuserat på icke-suicidalt självskadebeteende har istället förmedlat intrycket av att förekomsterna av självskadebeteenden stabiliserats, visserligen på en relativt hög nivå, under de senaste tio åren. Muehlenkamp, Claes, Havertape och Plener (2012) genomförde en systematisk genomgång där de jämförde frekvensnivåer av icke-suicidalt självskadebeteende över olika studier publicerade mellan 2005 och 2011 och kom till slutsatsen att förekomsten över studier tycktes stabil för perioden. Samma slutsats drog också Muehlenkamp, Williams, Gutierrez, och Claes, (2009) som studerade livstidsprevalensen av självskadebeteenden bland 1393 ungdomar under fem på varandra följande skolår (2001-2005), utan att kunna konstatera någon tydlig trend i den totala förekomsten av beteendet över tid. En möjlig hypotes är därför alltså att emedan självskadebeteende föreföll ökande under slutet av 1990 talet och början av 2000-talet, åtminstone bland patienter inom sjukvården och framför allt vad gäller medicinintoxikationer, förefaller nivåerna av icke-suicidalt självskadebeteende under senare år stabilt på en generellt hög nivå bland skolungdomar. En begränsning är dock att merparten av denna forskning är utförd i utlandet och hur generaliserbar den är till svenska omständigheter är okänd.

Förekomst av självskadebeteenden bland ungdomar

I takt med att antalet studier av icke-suicidalt självskadebeteende bland ungdomar ökat har flera systematiska genomgångar av den tillgängliga litteraturen också kunnat presenteras (exempelvis: Heath, Schaub, Holly, & Nixon 2009; Jacobson & Gould, 2007; Rodham & Hawton, 2009). Gemensamt för dessa är att samtliga pekat på en relativt stor variation i förekomsten av självskadebeteenden som rapporterats i olika studier men också att beteendet tycks ha blivit relativt allmänt förekommande bland ungdomar från högstadieåldern. Förekomsten av icke-suicidala självskadehandlingar uppskattas i dessa genomgångar till mellan ca 15-25 % av ungdomarna, baserat på tillgängliga studier (Heath et al. 2009; Jacobson & Gould, 2007). Många enskilda studier har dock visa påtagligt högre frekvenser, upp till ca 40 % (exempelvis: Bjärehed & Lundh, 2008; Hilt, Cha, & Nolen-Hoeksema, 2008; Nixon, Cloutier, & Jansson, 2008; Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker, & Kelley, 2007; Plener et al., 2009; Ross & Heath, 2002), vilket typiskt har framkommer när forskare använt omfattande frågeformulär där många olika självskadebeteenden efterfrågas.

I den hittills mest omfattande systematiska genomgången av förekomsten av självskadebeteende, inkluderades både studier som undersökt icke-suicidalt självskadebeteende bland ungdomar och studier där avsikten med självskadebeteende inte efterfrågats (Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener, 2012). Sammanlagt identifierades 52 studier och konstaterar att medelfrekvensen för dessa olika beteendekategoriseringar (icke-suicidalt självskadebeteende, respektive icke-specificerad intention) över de undersökta studierna var liten (18.0 respektive 16.1 %), och att denna skillnad inte var statistisk signifikant. Författarna drar därför slutsatsen att dessa kategoriseringar i praktiken ger liknande resultat bland ungdomar. Författarna konstaterar istället att typen av frågeformulär (en fråga eller en checklista där olika typer av självskadebeteenden listas) har större betydelse för storleksordningen av frekvensnivåer mellan studier. En-frågeformulär bekräftas av påtagligt färre ungdomar, jämfört med checklistor som efterfrågar flera självskademetoder.

Självskadebeteende tycks oftast debutera under just tidiga tonåren, genomgångar av tillgänglig forskning anger mellan 12-15 år som typisk ålder (Heath, et al., 2009; Rodham & Hawton, 2009). I många fall kan debuten dock ske tidigare än så, Ross och Heath (2002) fann exempelvis i en studie av skolelever att 24.6 % av de som självskadat angav att de debuterat i årskurs 6 eller tidigare. Beteendet förekommer också hos yngre barn, men betraktas som ovanligt i denna grupp (Rodham & Hawton, 2009). Viss data har också presenterats där självskadebeteendebebut (inklusive överdoser) förknippats med fullgången pubertetsutveckling, och sambandet mellan pubertetsutvecklingen och självskadebeteende beskrivs i denna studie som särskilt starkt för flickor med tidig pubertetsutveckling (Patton et al., 2007).

Även om förekomsten av självskadebeteende förefaller relativt hög bland ungdomar i allmänhet rapporterar många studier ändå ännu högre frekvenser i kliniska grupper, från ca 40 % av ungdomarna som erhåller psykiatrisk vård (exempelvis: Nixon, Cloutier, & Aggarwal, 2002; Walsh & Rosen, 1985), till 82.4 % som skadat sig under det senaste året i en grupp av 108 ungdomar som remitterats till psykiatrisk slutenvård (Nock & Prinstein, 2004). Man kan alltså anta att frekvensen av självskadebeteende är ännu högre i kliniska och andra utsatta grupper av ungdomar, och att frekvensen generellt kommer att variera beroende av sammansättningen av individer och deras övriga problemyttringar i dessa grupper. Särskilt i grupper av ungdomar med ätstörningsproblematik eller symptom på BPD kan alltså de högsta förekomsterna av självskadebeteende förväntas.

Svenska studier av ungdomar

Åtminstone sex olika studier har undersökt självskadebeteenden i olika populationer av svenska ungdomar. Därtill kommer registerstudien av Beckman, et al. (2010) som undersökte registrerade vårdtillfällen relaterade till förmodade självskador. Merparten av studierna av ungdomar har använt liknande metodologi (frågeformulär som efterfrågat många olika former av icke-suicidala självskadebeteenden som administrerats i skolan). Lundh, Karim och Quilisch (2007) undersökte ett bekvämlighetsurval med 123 15-åringar och fann att 66 % av dessa rapporterade självskadebeteenden. Bjärehed & Lundh (2008) undersökte ett bekvämlighetsurval med 202 14-åringar vid två olika mättillfällen och fann att 37, respektive 40 % rapporterade självskadebeteende vid dessa olika tillfällen. Liknande resultat fann också Jutengren, Kerr, och Stattin (2011) som undersökte 880 13-åringar vid två mättillfällen och fann att 34 respektive 26 % rapporterade självskadebeteende vid dessa olika tillfällen. I en studie av Bjärehed, Wångby-Lundh och Lundh (2012) med liknande studiedesign undersöktes 1052 högstadiungdomar, i ett relativt representativt urval av skolungdomar, och fann att 42 respektive 43 % rapporterade icke-suicidalt självskadebeteende vid de två olika mättillfällena. Landstedt och Gådin (2011) undersökte självskadebeteende med en enstaka fråga i ett frågeformulär bland 1663 17-åringar i gymnasiet och rapporterade en livstidsförekomst av självskadebeteenden (inklusive överdosering av medicin) hos 17 % av gruppen. Den hittills största svenska studien av icke-suicidalt självskadebeteende genomfördes av Zetterqvist, Lundh, Dahlström, & Svedin (unpublished) av 3054 ungdomar (i åldern 15-17 år) och fann då att 36 % rapporterade icke-suicidalt självskadebeteende under det senaste året. Denna senare studie är särskilt intressant då den också undersökt andelen ungdomar som uppfyllde de föreslagna diagnoskriterierna i DSM-5 för icke-suicidalt självskadesyndrom och fann då att drygt 5 % av ungdomarna bedömdes uppfylla dessa.

Genomgången av Beckman, et al. (2010) av vårdtillfällen i patientregistret för avsiktligt självdestruktiva handlingar undersöker åldersgrupperna 15-19 år och 20-24 år separat, samt

flickor och pojkar var för sig. För båda könen framstod läkemedelsintoxikationer som den överväldigande vanligaste orsaken för vårdtillfällena, dessa utgjorde 81 % av vårdtillfällena för flickorna/kvinnorna, respektive 61 % för pojkarna/männen. Självdestruktiva handlingar med skärande eller stickande föremål utgjorde mellan 5-8 % av vårdtillfällena med ungefär samma fördelning hos båda könen. Särskilt på en punkt utmärkte sig pojkarna dock, en större andel förgiftningar med droger och alkohol återfanns bland dessa. I studien framgår också att vid merparten av dessa vårdtillfällen, oavsett kön eller åldersindelning saknar patienten en psykiatrisk diagnos vid vårdtillfället. Den sammantagna förekomsten av vårdtillfällen för avsiktligt självdestruktiva handlingar i denna studie kan grovt omräknas till ungefär 0.5 % av flickorna/kvinnorna och 0.1-0.2 % av pojkarna/männen på årsbasis under 2007.

Förekomst av självskadebeteenden bland vuxna

Forskare har av naturliga skäl främst fokuserat på de grupper där särskilt höga frekvenser av självskadebeteenden kan förväntas (exempelvis ungdomar och kliniska grupper). Det finns dock några metodologiskt starka studier som undersökt förekomsten av icke-suicidalt självskadebeteende i slumpmässiga urval av den vuxna befolkningen. Dessa studier ger också en ganska samstämmig bild av att självskadebeteende återfinns, om än i en mer begränsad omfattning, i dessa grupper. Briere och Gil (1998) undersökte icke-suicidalt självskadebeteende med hjälp av frågeformulär i ett slumpmässigt urval av vuxna amerikaner (efterfrågat som: "Har du avsiktligt skadat dig själv [ex genom att riva, skära, eller bränna dig] utan att du försökte ta ditt liv?"). Bland dessa rapporterade 4 % självskadebeteende under de senaste 6 månaderna, 0.3 % rapporterade vidare att de hade skadat sig ofta. Klonsky (2011) undersökte på ett likande sätt förekomsten av icke-suicidalt självskadebeteende i en grupp av 439 slumpmässigt uppvuxna vuxna amerikaner under 2008, livstidsförekomsten uppgick då till 6 % och ungefär hälften av dessa, 3 %, hade skadat sig fem eller fler gånger. Begränsat till det senaste året angav drygt 1 % att de skadat sig själva avsiktligt. Likande resultat har också rapporterats i en studie av 1986 militärrekryter (62 % män), där uppgav 4 % att de skadat sig utan suicidal avsikt (Klonsky, Oltmanns, och Turkheimer, (2003). Alltså tycks det som att självskadebeteenden också återfinns i en inte obetydlig utsträckning även i normalpopulationen av vuxna, åtminstone i USA.

Även bland vuxna blir uppskattningar av förekomsten av självskadebeteenden betydligt högre då den undersöks bland personer som söker sig till, eller erhåller behandling, inom psykiatri. Återigen är studien av Briere och Gil (1998) särskilt intressant då författarna där också samlat information från 390 allmänpsykiatriska patienter (inom både öppen och slutenvård) med samma frågeformulär som användes i det slumpmässiga urvalet, man fann där att 21 % angav att de hade skadat sig själva inom de senaste 6 månaderna och 8 % rapporterade att de självskadat ofta. Liknande resultat återfinns också i en tysk studie av 361 konsekutivt intagna vuxna allmänpsykiatriska patienter där 30 % rapporterade att de skadat sig själva (Fliege et al., 2006). I studier av vissa diagnosspecifika psykiatriska grupper återfinns även för vuxna ännu högre frekvenser av självskadebeteenden, bland 101 unga kvinnor med ätstörningsproblematik (inom både öppen och slutenvård) rapporterade exempelvis 65 % att de självskadat (Claes, Vandereycken, & Vertommen, 2005). Ännu högre frekvenser rapporterades bland 75 patienter med BPD (och minst två tidigare självmordsförsök) där 84 % rapporterade icke suicidal självskadebeteende (eller en kombination av icke-suicidalt självskadebeteende och suicidförsök) i en strukturerad intervju (Brown, Comtois, & Linehan, 2002).

Självskadebeteende bland äldre

Relativt lite forskning har fokuserat på självskadebeteenden hos äldre (personer äldre än 60 år). Det är dock värt att notera att både icke-suicidalt självskadebeteende och överdoser i denna patientgrupp förknippats med förhöjd risk för att senare ta sitt liv. Det har därför rekommenderats att självskadebeteende hos äldre alltid betraktas som allvarligt och att patienten erbjuds möjlighet till inläggande vård där de följs upp och bedöms kontinuerligt (Rodham & Hawton, 2009).

Hur allvarlighet är självskadebeteende?

Sammanfattning

Självskadebeteende utgör i ett psykiatriskt vårdperspektiv en heterogen kategori av beteenden. Olika patienter med självskadebeteende kan ha mycket olika behov vad gäller hjälp och insatser. Det blir därför nödvändigt att kunna göra en samlad bedömning av hur allvarliga denna symptomyttring för en viss patient. Olika aspekter av allvarlighetsgraden kan vara vilken typ av skada självskadebeteendet leder till, hur ofta det förekommer och vilka andra problem som beteendet förekommer tillsammans med. Forskning har visat att det bl.a. utifrån dessa aspekter är möjligt att identifiera relevanta undergrupper, eller typer, av personer med självskadebeteenden. Bland icke-kliniska grupper identifieras en stor grupp som visserligen skadat sig men där detta tycks vara mindre allvarligt, som inte tycks uppvisa andra problem eller illabefinnande. En mindre grupp av de som självskadat uppvisar istället ett allvarligare självskadebeteende och gruppen påminner på många sätt om de patienter som återfinns i vården. Studier som identifierat olika undergrupper pekar på den stora heterogeniteten bland personer som självskadar och på de olika behov som dessa grupper kan ha. En viktig aspekt när det handlar om allvarlighetsgraden för självskadebeteenden är kopplingen mellan dessa beteenden och risken att personen tar sitt eget liv. Studier visar visserligen att självskadebeteende och självmordsförsök ofta förekommer tillsammans och självskadebeteende tycks utgöra en riskfaktor för fullbordat självmord. Både i kliniska och icke-kliniska grupper framkommer dock grupper av patienter som uppvisar både a) självskadebeteende och självmordsförsök, b) bara självskadebeteenden och c) bara självmordsförsök. Även dessa studier pekar på heterogeniteten och de potentiellt olika vårdbehoven hos olika personer som självskadat.

Olika allvarlighetsgrad

Det kan tyckas motsägelsefullt att självskadebeteende i vissa sammanhang framställs som ett allvarligt uttryck för psykisk ohälsa (exempelvis i vissa psykiatriska patientgrupper) och i andra sammanhang tycks relativt allmänt förekommande även bland personer utan någon tydlig psykiatrisk problematik (exempelvis bland skolungdomar). Att det förekommer ett sådant spektrum av allvarlighetsgrad, från patienter med mycket stort vårdbehov till patienter med relativt sett mindre eller obefintligt behov av vård och stöd, är något som de flesta kliniker antagligen har observerat. Självskadelitteraturen har bara i begränsad omfattning beskrivit och diskuterat denna kliniska iakttagelse. Det är därför oklart på vilka kriterier man ska bedöma självskadebeteendes svårighetsgrad.

Omfattning på vävnadsskada

En relevant aspekt är att se till hur omfattande vävnadsskadorna blir av ett beteende. Självskadebeteenden som leder till stora eller svåra skador (exempelvis djupa skärsår, omfattande brännsår) kan betraktas som allvarligare än mindre omfattande, lindrigare skador. Walsh & Rosen (1988) föreslog en sådan indelning i fyra kategorier, där kategori I och II avsåg mindre till måttligt skadliga beteenden som är åtminstone delvis socialt accepterade, kategori III avsåg milda till måttliga skador som inte är socialt accepterade (skärandebeteenden, att bränna sig med en cigarett) medan kategori IV avser beteenden resulterande i svåra skador (självkastraktion, amputationer). Lloyd-Richardson et al. (2007) undersökte självskadebeteenden hos 633 ungdomar. De delade in de olika självskadebeteendena som framkom i två svårighetsgrader, dels *måttliga/svåra* (eng. moderate/severe) självskadebeteenden (som inkluderade att skära, bränna, tatuera sig själv, rispa, och att gnugga bort huden) och *milt* (eng. minor) självskadebeteenden (att slå sig själv, dra ut hår, sticka in föremål under naglar eller huden, bita sig själv eller sicka håll på huden). Ungefär 60 % av de som rapporterade självskadebeteenden angav beteenden av måttlig/svår allvarlighetsgrad. Dessa personer rapporterade både totalt sett fler självskadetillfällen och fler olika självskademetoder. De rapporterade också oftare att de tänkt över handlingen i förväg (snarare än agerat spontant), att de upplevde smärta, att de fått medicinsk vård eller att de använt alkohol eller droger i samband med självskadan. De som använt måttliga/svåra självskademetoder rapporterade också oftare att de fått psykiatrisk vård, blivit inlagda på sjukhus, eller gjort självmordsförsök än de med mild självskadebeteende.

Frekvensen av beteendet

En annan relevant aspekt är hur ofta och med vilken regelbundenhet självskadebeteendet förekommer. Som Lloyd-Richardson et al. (2007) visade förekom fler självskadebeteenden hos de med måttligt/svårt självskadebeteende men frekvensen i sig kan också utgöra en aspekt av allvarlighetsgraden. Det är lätt att se att självskadebeteende hos en person som bara skurit sig några enstaka skulle betraktas som mindre allvarligt än om personen skurit sig många gånger. Ibland omtalas självskadebeteende rent av i termer av att vara ”beroendeframkallande”, dvs. att det kan liknas vid ett beroende (Nixon, Cloutier, et al., 2002). I sådana fall skulle ett sådant beroende utgöra ett klart allvarligare tillstånd än hos en person som i högre grad kan motstå impulsen att skada sig. Litteraturerna säger däremot mindre om när ett självskadebeteende övergår från att vara ”enstaka tillfällen” till att bli ett mer allvarligt, upprepat beteende. I Lloyd-Richardson et al. (2007) konstateras att hos de som självskadat under de senaste 12 månaderna var medelförekomsten 12.9 tillfällen medan medianvärdet bara var 4 tillfällen. Detta indikerar att en mindre andel av personerna sannolikt

står för en oproportionellt stor andel av alla självskadeepisoderna. I en svensk studie av 26 flickor som behandlades på behandlingshem för sina självskadebeteenden rapporterade exempelvis medleivstidsfrekvenser bland dessa på över 2500 självskadetillfällen. En vanligt återkommande gräns i litteraturen verkar vara att betrakta självskadebeteende som upprepat om det förekommit vid ungefär fem tillfällen.

Andra samtida problem

En tredje aspekt som behöver beaktas vid bedömning av självskadebeteendets allvarlighetsgrad är vilka andra, samtida problem patienten uppvisar. Kliniskt är det naturligt att betrakta en patient med självskadebeteende i kombination med andra problem (exempelvis droganvändning eller svåra depressiva symptom) som allvarliga än en annan patient med samma typ av självskadebeteende men utan andra allvarliga samtida problem. Särskilt allvarliga problembilder inkluderar när icke-suicidalt och suicidalt självskadebeteende förekommer samtidigt, liksom självskadebeteende i kombination med psykotiska tillstånd. På samma sätt är det allvarligare om en självskadebeteendet generaliserats och förekommer i relation till många olika situationer och upplevelser, och när väldigt få alternativa beteenden återfinns hos patienten.

Undergrupper av självskadebeteende

Det finns en handfull studier som försökt förklara variation och omfattningen av självskadebeteende i icke-kliniska grupper genom att klassificerar undergrupper eller undertyper av självskadande individer, dvs. grupper av självskadande individer som har gemensamma drag, men som skiljer sig från andra grupper av självskadande individer. Klonsky & Olino (2008) undersökte hur svårighetsgrad och typ av psykiatriska problem varierade mellan olika individer med icke-suicidalt självskadebeteende i en studie av 205 universitetsstudenter som bekräftat självskadebeteende i ett frågeformulär. Deltagarna fick också besvarat en rad frågor om sitt självskadebeteende och om andra typer av problem (inklusive ångest, depressivitet, symptom på borderline personlighetsstörning och suicidallitet). Genom en latent klassanalys av information om självskadebeteendet identifierade författarna fyra olika separata undergrupper, som sedan också jämföras med avseende på deras respektive kliniska problembilder. Totalt sett fann Klonsky & Olino (2008) att majoriteten av studiedeltagarna (80 %) tillhörde två undergrupper av individer med relativt sett få eller mindre allvarliga självskadeepisoder och en lindrigare psykiatrisk problematik. Författarna drar därav slutsatsen att en stor andel av självskadande individer har relativt sett mindre omfattande och allvarliga psykiatriska svårigheter. Bland dessa ingår personer som Klonsky & Olino (2008) benämner som *experimenterar med självskadebeteende* (61 % av de självskadande individerna) och personer med en *mild form av icke-suicidalt självskadebeteende* (17 %). Den tredje och den fjärde undergruppen i Klonsky & Olinos (2008) studie framstår som kliniskt mer intressant då dessa personer uppvisade mer uttalade psykiatriska svårigheter. Den tredje undergruppen kännetecknades av höga skattningar av ångest, av att ha använt många olika självskademethoder och bekräftade både automatiska/interpersonella funktioner (dvs. självskadebeteende för att reglera inre upplevelser) och sociala funktioner (dvs. självskadebeteende som direkt eller indirekt fungerade som kommunikation eller påverkan på andra). Denna grupp benämns som *multipla funktioner/ångestreglerande grupp* (11 % av de självskadande individerna) och författarna spekulerar att denna grupp kan ha ett överdeterminerat självskadebeteende (självskadebeteendet tycks debutera tidigare, framstår som mer diversifierat och fyller flera funktioner), vilket kan göra det mer svårbehandlat. Den fjärde gruppen kännetecknades

istället av en hög grad av suicidalitet, att skärande var den dominerande självskademethoden och att framförallt automatiska/interpersonella funktioner bekräftades i hög utsträckning av dessa personer. Denna grupp benämner Klonsky och Olino (2008) *automatisk/interpersonella funktioner/suicidal grupp* (11 %). Man konstaterar också att i denna grupp tycks skärande vara den dominerande självskademethoden och att beteendet tycks vara mindre impulsivt (individerna rapporterar längre tidsintervall mellan självskadetankar och självskadebeteendet), istället framstår självskadebeteendet som en mer överlagd strategi för att hantera negativa känslor. Gruppen uppvisade både mer ångestsymptom, depressiva symptom och symptom på BPD, relativt de andra grupperna. Andra aspekter som påvisade denna grupps kliniska relevans inkluderade att 46 % i gruppen också rapporterade att de försökt ta sitt liv och 32 % rapporterade att de erhållit sjukvård relaterat till självskadebeteende, överdoser eller självmordsförsök. Denna grupps karaktäriseras alltså av en klart allvarlig problematik som liknar den problembild som ofta återfinns hos psykiatriska patienter med självskadebeteenden.

En liknande studie rapporterades också av Whitlock, Muehlenkamp, & Eckenrode (2008), även här användes latent klassanalys för att undersökte 282 universitetsstudenter med två eller fler icke-suicidala självskadeepisoder. Författarna identifierade denna gång tre olika undergrupper av självskadande individer baserat på olika aspekter av individens självskadebeteende (antal självskadeepisoder, antal självskademethoder och den potentiell grad av skadlighet de olika metoderna innebar). Även i denna studie jämfördes också de tre grupperna vad gällde olika aspekter av självskadebeteendet, och andra psykologiska problem. Den första undergruppen Whitlock, et al (2008) identifierade benämndes *ytligt självskadande* (15 % av individerna) och bestod av primärt unga kvinnor som använde en enstaka ytliga självskademethod (exempelvis, att riva eller nypa sig eller förhindra sårsläkning) med, relativt sett, en moderat livstidsprevalens av självskadeepisoder (färre än 11 tillfällen). Den andra undergruppen benämndes som *måttligt självskadande* (38 %) och bestod främst av män som använt 1-3 självskademethoder med begränsad vävnadsskadeverkan (exempelvis, att slå sig själv, banka sig mot något, sticka sig) och, relativt sett, låg livstidsprevalens av självskadebeteenden (2-10 episoder). Den tredje undergruppen benämndes som *svårt självskadande* (47 % av deltagarna) och bestod primärt av unga kvinnor som skadats sig själva med fler än tre självskademethoder och som använt självskademethoder med potentiellt svårare vävnadsskadande konsekvenser (exempelvis, att skära sig, rista i huden eller bränna sig), med hög livstidsprevalens. Författarna noterade också att denna tredje grupp bäst överensstämde med den typiska kliniska bilden av en person med självskadebeteende och uppvisade också en mer uttalad generell psykopatologi, relativt de andra grupperna, och relativt individer utan självskadebeteende. Whitlock, et al (2008) noterade också att det i denna grupp var dubbelt så många som rapporterade suicidalitet och nästan hälften angav att de inte tyckte att deras självskadebeteende utgjorde ett problem. Sammantaget tolkas resultaten som stöd för att olika undergrupper av självskadande individer kan ha olika kliniska relevans och behandlingsbehov.

Samma typ av frågeställning undersökte också Stanford och Jones (2009) i en grupp av 234 skolungdomar och förstaårsstudenter på universitetet (mellan 11 och 21 år) som rapporterat självskadebeteende (avsikten med självskadebeteendet efterfrågades inte i denna studie). Klusteranalys användes för att identifiera 3 grupper av självskadande individer med olika typ av psykopatologiska problem. En första grupp benämner författarna som *psykologisk normal grupp* (43 %), en andra som *impulsiv grupp* (32 %) och en tredje som *psykologiskt patologisk grupp* (25 %). Den största gruppen bland de självskadande ungdomarna utgjordes här alltså återigen av individer utan uttalade svårigheter (depressiva symptom, ångestsymptom eller

impulsivitet). Den impulsiva gruppen kännetecknades särskilt av en överrepresentation av pojkar och att gruppen, relativt de andra självskadeklustren, hade mer positiva interpersonella relationer. Jämför med de andra självskadeklustren uppvisade den patologiska gruppen relativt sett högre nivåer av depressiva symptom, och ångestsymptom, lägre självkänsla, hade oftare skilda föräldrar, och rapporterade oftare upplevelser av mobbing, att de identifierade sig som icke-heterosexuella och i högre grad var socialt isolerade. Denna grupp uppvisar också mer dysfunktionella copingstrategier (i form av att vara mindre benägna att använda positiv problemlösning och mer benägna att avskärma sig från andra då de mötte problem).

Klusteranalys för att identifierar undergrupper av självskadande personer användes också i en svensk studie av 1052 högstadieungdomar med självrapporterat icke-suicidala självskadebeteenden (Bjärehed, Lundh, & Wångby-Lundh, 2012). Denna studie identifierades ett större antal undergrupper baserat på sina mönster av självskadebeteende (metod och frekvens) som jämfördes dessa med avseende på andra självrapporterade psykiska problemområden. I likhet med tidigare studier identifierades även här undergrupper med varierande allvarlighetsgrad i självskadebeteende och annan psykopatologi. En stor andel (ca 65 %) av de självskadande personerna uppvisade ett med lågfrekvent självskadebeteende utan någon förhöjd risk att rapportera annan psykopatologi. Vidare fann man också flera undergrupper med olika mönster av självskadebeteende som kan betraktas som av moderat allvarlighetsgrad med viss indikation på förhöjd risk för andra former av psykopatologi. Allvarligare former av självskademetoder (skärande i kombination med andra metoder) och tydligare förhöjd risk för andra former av psykopatologi återfanns hos ungefär 25 % av de självskadande flickorna och ungefär 14 % av de självskadande pojkarna.

Sammantaget visar dessa studier att det, åtminstone bland icke-kliniska grupper av ungdomar, är relevant att tala om olika undergrupper, eller typer, av självskadande personer. Detta synsätt förklarar också en del av variationen som återfinns mellan olika personer med självskadebeteende och pekar på att olika grupper av individer sannolikt har väldigt varierande vårdbehov. Genomgående rapporteras i samtliga de beskrivna studierna att merparten av skolungdomarna som rapporterar självskadebeteende som förefaller ha begränsad klinisk relevans. Beteendet förekommer vid enstaka tillfällen, möjligen som tillfälligt experimenterande, det är vanligen inte särskilt omfattande eller svårartade skador och dessa individer tycks inte skilja sig från andra ungdomar som inte skadat sig vad gäller andra problem eller svårigheter. Ofta framkommer också en grupp med mer intermediär allvarlighetsgrad, det kan handla om flertalet självskadetillfällen genom olika kombinationer av självskademetoder, ibland med moderat förhöjd psykopatologisk allvarlighetsgrad eller specifika uttryck. Genomgående återfinns också en eller ett par olika undergrupper som mer påminner om den kliniska bilden av självskadande patienter. Personer med många självskadetillfällen och ofta flera olika självskademetoder och allvarlig psykopatologi. Denna grupp uppvisar också ofta psykiatriska problem av mer global typ (exempelvis både internaliserande och externaliserande problem) även om mer utpräglade problemkonstellationer också kan finnas (flickor med primärt skärande beteende och internaliserande problem). Dessa allvarligare självskadekonstellationer tycks mer vanliga bland flickor, även om de också återfinns bland pojkar.

Självskadebeteende och självmord

Det kanske viktigaste kliniska övervägandet vid bedömning och behandling av självskadebeteende är att samtidigt bedöma risken att patienten kan försöka ta sitt liv. En av de bästa prediktorerna för att förutsäga självmord är att se till patientens eventuella tidigare

självordsförsök (Spirito & Esposito-Smythers, 2006). Mot bakgrund av den allt mer differentierade kunskapen kring icke-suicidalt självskadebeteende infinner sig frågan hur denna beteendekategori förhåller sig till självmordsrisken. Både kliniska erfarenheter och forskning visar att dessa fenomen ofta förekommer hos samma individer. En uppskattning av Andover, Morris, Wren, och Bruzzese (2012), baserad på en genomgång av studier, att mellan 14-70 % i kliniska grupper rapporterar både icke-suicidalt självskadebeteende och självmordsförsök. Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, och Prinstein, (2006) rapporterade exempelvis i en studie att så många som 70 % av ungdomarna med icke-suicidalt självskadebeteenden som vårdades i psykiatrisk slutenvård också hade genomfört ett självmordsförsök och 55 % uppvisade upprepade sådana försök. I en studie av 468 ungdomar som inkom akut till psykiatrisk klinik framkom att hälften hade självskadat under det dygn som föregick besöket (Cloutier, Martin, Kennedy, Nixon, & Muehlenkamp, 2010). Merparten, 91 %, av dessa rapporterade enbart icke-suicidalt självskadebeteende, 4 % rapporterade både icke-suicidalt självskadebeteende och självmordsförsök och 1 % enbart självmordsförsök. Sett till den totala psykiatriska belastningen för dessa grupper var den högst bland patienterna med både självskadebeteende och självmordsförsök. Nyligen undersöktes också prediktorer för självmordsförsök och icke-suicidalt självskadebeteende i en klinisk grupp med 164 ungdomar som behandlades med anti-depressiva läkemedel (Wilkinson, Kelvin, Roberts, Dubicka, & Goodyer, 2011). Riskfaktorerna för självmordsförsök över en 28 veckors period undersöktes och både suicidalitet (självordstankar), ett generellt negativt familjeklimat och icke-suicidalt självskadebeteende utgjorde riskfaktorer för självmordsförsök under perioden.

Vad gäller icke-kliniska grupper har liknande resultat framkommit. Muehlenkamp och Gutierrez (2007) rapporterade att i en studie av 540 skolungdomarna (motsvarande högstadieålder) att 10 % uppvisade icke-suicidalt självskadebeteende, 7 % både självmordsförsök och självskadebeteende, medan 1 % rapporterade enbart självmordsförsök (utan icke-suicidalt självskadebeteende). I en liknande studie av Brausch och Gutierrez (2010) av 373 skolungdomar rapporterade 16 % enbart icke-suicidalt självskadebeteende medan 4 % rapporterade både icke-suicidalt självskadebeteende och självmordsförsök. Vad gäller riskfaktorer för självmordsförsök i icke-kliniska grupper kan detta dock skilja sig från de kliniska grupperna. Wichström (2009) undersökte riskfaktorer för icke-suicidalt självskadebeteende och självmordsförsök bland 2924 norska skolungdomar (högstadiem-gymnasieåldern) över en 5-års period. Studien indikerade att självskadebeteende visserligen predicerade vidare självskadebeteende, men inte självmordsförsök. Självmordsförsök predicerades istället av självmordstankar.

Det finns således ett antal potentiellt relevanta indelningar att göra sett till icke-suicidalt självskadebeteende och självmordsförsök, det tycks finnas a) personer som enbart uppvisar icke-suicidalt självskadebeteende (relativt stor grupp, åtminstone i icke-kliniska grupper), b) en grupp med både icke-suicidalt självskadebeteende och självmordsförsök (relativt stor grupp, särskilt i kliniska grupper), och c) en grupp som enbart uppvisar självmordsförsök (relativt liten grupp). Icke-suicidalt självskadebeteende tycks sammantaget vara relaterat till både vidare icke-suicidalt självskadebeteende och självmordsförsök, men betydelsen av självmordstankar tycks ha en relativt sett starkare betydelse för att predicera vidare självmordsförsök (Andover et al. 2012).

Självskadebeteende och självmordsförsök har nyligen också undersökts i relation till BPD (Selby et al., 2012). I denna studie undersöktes och jämfördes psykiatrisk problembild hos patienter med självskadande beteenden vid en amerikansk psykiatrisk universitetsklinik.

Patienter kategoriserades i tre olika grupper, de med enbart självskadebeteende, de som uppfyllde kriterier för borderline personlighetsstörning (med eller utan självskadebeteende) och en kontrollgrupp med andra psykiatriska symptom (men utan självskadebeteenden). Resultaten visade att både patienter med självskadebeteende och patienter med borderline personlighetsstörning generellt hade mer omfattande och svårare psykiatriska problem än jämförelsegruppen. Båda gruppen hade liknande grad av suicidalt tänkande och tidigare självmordsförsök, vilket förekom i större utsträckning hos båda grupperna, jämför med kontrollgruppen. Jämfört med borderlinegruppen utmärktes självskadegruppen framför allt genom att generellt inte ha subkliniska borderlinesymptom. En annan skillnad återfanns i att ungefär hälften av patienter i borderlinegruppen bekräftade att de utsatts för missförhållanden/misshandel eller andra övergrepp kopplat till barndomen, vilket var mer ovanligt i självskadegruppen, där ungefär en fjärdedel beskrev samma typ av upplevelser. Utifrån studien drog författarna slutsatsen att det går att urskilja en grupp av psykiatriska patienter med icke-suicidalt självskadebeteenden som utgjorde en förhållandevis allvarlig psykiatrisk symptomologi, men där borderlinesymptom inte föreligger.

Konceptuellt verkar det alltså gå att identifiera klara skillnader mellan icke-suicidalt självskadebeteende och suicidalt självskadebeteende. Muehlenkamp (2005) har exempelvis sammanfattat ett antal punkter där dessa beteenden tycks skilja sig, dessa inkluderar: *motivationella aspekter* (självmord motiveras av en önskan att dö eller att avsluta upplevelandet, medan icke-suicidalt självskadebeteende tycks mer motiverat av att hantera en negativ upplevelse), *frekvens* (självmord och självmordsförsök är ovanliga, enstaka händelser medan självskadebeteende ofta upprepas frekvent och med flera olika metoder), *interpersonella faktorer* (omgivningen svarar generellt på självmordsförsök med omtanke och omhändertagandeförsök medan självskadebeteende ofta väcker mer ambivalenta reaktioner och ibland till och med negativa reaktioner). Samtidigt förefaller fenomenen relaterade till varandra och självskadebeteende framstår i flera studier som en riskfaktor för att patientn ska genomföra ett fullbordat självmord. Ett försök att teoretiskt förstå sambandet mellan självskadebeteende och självmordsförsök har formulerats av Joiner (2005), där idén framförs att tröskeln för att genomföra ett självmordsförsök kan minska genom andra självskadebeteenden. Genom att engagera sig i olika självdestruktiva och självskadande beteenden vänjer sig individen gradvis vid fysisk och psykisk smärta, och rädsla, som annars fungerar inhiberande självmords- och självskadeimpulser. Denna typ av process skulle kunna förklara det stora överlappat mellan de beteendetyper och förklara hur till synes destruktiva spiraler av eskalerande tycks uppstå självskadebeteenden hos vissa individer.

Hur kan man förstå självskadebeteenden?

Sammanfattning

Vid allt behandlingsarbete är det nödvändigt att kunna luta sig mot en modell som beskriver hur och varför ett problem uppstår, hur det vidmakthålls och hur faktorer påverkar de uttryck det tar. Inom självskadeområdet har Nock (2009b) försökt att integrera forskningsfynd från olika områden till en integrerad modell över icke-suicidala självskadebeteenden. I grunden bygger denna modell på antagandet att självskadebeteendet reglerar olika affektiva/kognitiva upplevelser och/eller sociala relationer. Modellen fokuserar också på hur olika generella riskfaktorer, som utgör grovgrunden för psykisk illabefinnande, interagerar med självskadespecifika specifika riskfaktorer (som antas öka risken att självskadebeteende används för att hantera detta illabefinnande). Hur självskadebeteendet antas reglera olika affektiva/kognitiva upplevelser och/eller sociala situationer beskrivs mer ingående i den s.k. fyra-funktionsmodellen (Nock & Prinstein, 2004; 2005). Denna modell beskriver hur självskadebeteende kan leda till både att avhjälpa oangenäma känslomässiga tillstånd, och att uppnå mer angenäma eller önskade känslomässiga tillstånd, samt kan medföra att omgivningens krav och förväntningar på individen förändras eller att andras uppträder påverkas i en mer önskad riktning.

Dessa två modeller kan utgöra användbara utgångspunkter för att förstå och kommunicera kring självskadebeteende i olika vårdsammanhang. Modellerna är också förenliga med en allmän biopsykosocial eller stress-sårbarhetsmodell, som ofta används för att förstå psykisk ohälsa inom vården.

Förståelsemodeller av självskadebeteende

Tidigare har förståelsemodell inom självskadeområdet kännetecknats av att varit huvudsakligen teoretiskt härleda och flera forskare har därför pekat på vikten av att teoretiska modeller testas och utvecklas genom empirisk forskning (Klonsky, 2007b; Nock, 2010). Självskadebeteende utgör i ett förståelseperspektiv ett komplext problem där viktiga frågeställningar återfinns på olika förståelsenivåer, inklusive självskadebeteendets roll i ett utvecklingsperspektiv (exempelvis: Yates, 2004; 2009), vilka neurofysiologiska och neurokemiska processer som är involverade (exempelvis: Sher & Stanelly, 2009), samt vilka psykologiska/interpersonella mekanismer som är involverade i beteendet (exempelvis: Nock & Cha, 2009) och vilka sociala/intrapersonella processer som påverkar det (exempelvis: Prinstein, Guerry, Browne, & Rancourt, 2009), och till de senare kan också räknas det mer indirekta inflytandet från kulturella processer som media och internet (exempelvis: Whitlock, Purington & Gershkovich, 2007).

Att sammanfoga kunskap genererad inom alla dessa olika områden utgör därför en viktig utmaning för att formulera en heltäckande förståelsemodell. De mest omfattande försöken att åstadkomma detta återfinns hos Nock (exempelvis: Nock 2010; Nock, 2009b) som utvecklat en *integrerad modell* för att förstå uppkomst och vidmakthållande av självskadebeteenden. Nocks modell stipulerar att självskadebeteendet i grunden kan förstås som en effektiv strategi att reglera olika affektiva och sociala upplevelser – en utgångspunkt som delas med flera andra teoretiska konceptualiseringar (exempelvis: Chapman, Gratz, & Brown, 2006; Linehan, 1993). Denna grundfunktion för självskadebeteende är numera en väletablerad idé både hos de flesta kliniker och bland allmänheten, den uttrycks ofta på olika förenklade sätt, exempelvis i termer av att ”självskadebeteende har en emotionsreglerande funktion”, att det ”syftar till att hantera negativa upplevelser som ångest”, eller att det ”kan ses som en dysfunktionell/maladaptiv copingstrategi”. Nocks modell pekar dock särskilt på den *dubbla* funktionen i form av reglering av både upplevt negativa känslomässiga tillstånd och/eller social interaktioner (exempelvis genom att direkt eller indirekt kommunicera med, eller påverka, andra).

Huruvida individen kommer att använda självskadebeteende antas i Nocks modell vara beroende av dels generella *individuella risk och skyddsfaktorer* och dels *självskadespecifika riskfaktorer*. De mer generella risk- och skyddsfaktorerna kan ses som en bred bakgrund till varför en individ utvecklar ett psykiskt illabefinnande och oförmågan att hantera detta på ett funktionellt sätt. Hit räknas både temporalt mer avlägsna (distala), faktorer som exempelvis; genetisk predisposition, tidiga negativa livshändelser och traumatiska upplevelser, och mer tidsmässigt närliggande (proximala) faktorer som exempelvis; stresskänslighet, känslomässig reaktivitet eller kommunikationsfärdighetsbrister. Dessa olika faktorer kan sedan ses som potentiell interagerande mekanismer som ger upphov till självskadebeteende via olika utvecklingsvägar, exempelvis genom att distala faktorer (exempelvis anknytningssvårigheter i barndomen) ger upphov till mer proximala faktorer (exempelvis kommunikationssvårigheter i tonåren) som i sin tur leder till självskadebeteende. Både de distala och proximala riskfaktorerna i Nocks modell utgör dock bara generella riskfaktorer som kan bidra till många olika uttryck av psykopatologi. För att förklara varför just självskadebeteende uppstår (framför andra möjliga beteenden) föreslår Nock en rad självskadespecifika riskfaktorer.

Som förslag på potentiella självskadespecifika riskfaktorer tar Nock upp *social inlärning*, dvs. antagandet att sannolikheten att personer kommer självskada påverkas av andras självskadebeteende, där denna modelleffekt kan vara både direkt och personlig (att se en

kamrat skada sig) eller mer indirekt och icke-personlig (att beteendet ofta omtalas eller genom beskrivningar av hur andra skadar sig). En annan riskfaktor skulle benämnas Nock *självbestraffning*, dvs. antagandet att risken för självskadebeteende ökar om individen fått lära sig att rikta aggression mot den egna personen, exempelvis utifrån erfarenheten att andra riktar aggression mot individen. En tredje faktor benämns *social signalering*, och utgör antagandet att självskadebeteendet kan utgöra ett högintensivt och eskalerat kommunikationsförsök, eller sätt att signalera lidanden, som individen använder sig av när andra kommunikationsförsök inte lyckas. Ytterligare en annan faktor skulle kunna benämnas som *pragmatisk*, och utgörs av antagandet att självskadebeteende är en lättillgängligt, snabbt och relativt sammanhangsoberoende strategi för att hantera olika upplevelser, dvs. att risken att en person självskada ökar av det enkla faktum att metoden är lättillgängligare än andra metoder. Ytterligare en riskfaktor benämns som *smärta/smärtlindring*, och innebär antagandet att smärtförmimmelser och smärtupplevelser varierar mellan individer. De som inte tycks uppleva smärta, eller reducerade smärtförmimmelser, vid självskadebeteende, löper sannolikt större risk att använda detta beteende, jämfört med andra individer där smärtan minskar benägenheten att självskada. Nock tar också upp *identifikation* som en självskadespecifik riskfaktor, alltså antagandet att sannolikheten för självskadebeteende ökar om personen utvecklar en identitet som självskadande, eller på något annat sätt integrera självskadande som en del i sin självbild.

Det empiriska underlaget för de olika delarna i Nocks modell varierar. Mest stöd kan sägas finnas för att självskadebeteendets har de emotionsreglerande och socialt reglerande funktioner som modellen beskriver samt stöd vad gäller vissa risk- och skyddsfaktorer. De självskadespecifika riskfaktorerna är ännu så länge inte studerats i någon större utsträckning.

En poäng med Nocks modell är att den påvisar hur självskadebeteende utgör ett särskilt komplext beteende som kan i sin uppkomst och funktion kan varierar mycket mellan individer. Som synes av de många möjliga kombinationerna av generella riskfaktorerna kan mycket varierande kontextuella och individuella faktorer ge upphov till samma typ av (självskade)beteende. Funktionerna som beteendet fyller kan också variera mycket mellan individer, över tid (exempelvis i perioder av mer eller mindre stress), i olika sammanhang (exempelvis då personen är hemmaboende eller vistas i ett gruppboende) och i olika stadier under individens utveckling (exempelvis om smärtförmimmelser eller rädsla förknippad med beteendet minskar då individens erfarenhet av självskadebeteende ökar). Denna komplexitet tenderar dock ofta att underskattas, särskilt då man söker efter generaliserande och enkla förklaringar eller beskrivningar av självskadebeteende – något som konceptualiseringar inom vården också kan riskera.

Forskning om risk- och skyddsfaktorer

När det gäller de generella risk- och skyddsfaktorerna i Nocks (2010; 2009b) modell, finns en hel del litteratur som har undersökt sambanden mellan självskadebeteende och andra faktorer, inklusive olika familjefaktorer, sociala faktorer, miljömässiga faktorer och en rad psykologiska variabler. Faktorer som återkommande diskuteras som riskfaktorer för självskadebeteende innefattar dysreglering av känslor (såsom negativ emotionalitet, dissociativa upplevelser och alexithymi), negativ självbild, psykiatriska sjukdomar (t.ex. borderline personlighetsstörning, ångest, depression, ätstörningar, beroendesjukdomar) och olika uppväxtfaktorer och tidiga upplevelser (som tidig försummelse, fysiska, emotionella eller sexuella övergrepp, och anknytningsproblem) (för genomgångar se: Gratz, 2003; Klonsky & Glenn, 2009b; Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Bland möjliga skyddsfaktorer

diskuteras ofta effektiva strategier för att hantera negativa känslor och socialt stöd (Klonsky & Glenn, 2009b). Merparten av denna forskning har dock utforskat samband mellan självskadebeteende och relaterade faktorer utifrån tvärsnittsdesigner, vilket i strikt mening innebär att de bara kan ge informera om korrelat till självskadebeteende, och inte om riskfaktorer. Riskfaktorer behöver identifieras med hjälp av prospektiva studier, dvs. studier som säkerställer att den tänkte orsaken föregår det observerade utfallet medan andra alternativa förklaringar utesluts. Fliege Lee, Grimm och Klapp (2009) har genomfört en systematisk genomgång av den empiriska litteraturen kring självskadebeteenden (där studierna generellt inte gjort åtskillnad mellan icke-suicidala och suicidala självskadebeteenden) och identifierat 59 studier av sociodemografiska och psykologiska korrelat och riskfaktorer för självskadebeteende. Författarna drar slutsatsen att en majoritet av dessa studier enbart använt tvärsnittsdesign eller retroaktiva rapporter och det därför inte går att avgöra om faktorn utgör ett korrelerat eller en riskfaktor. Endast fem studier i genomgången testade prediktorer av självskadebeteende med en longitudinell design. I tre av dessa studier undersöktes patienter som redan var medicinskt behandlades för självskadebeteende, genom att testa prediktorer för återfall i självskadebeteende. I samtliga studier framkom självskadebeteenden och/eller suicidala beteenden som riskfaktorer för vidare självskadebeteenden, i två av studierna identifierades riskfaktorer i form av erhållen psykiatrisk behandling, arbetslöshet, dålig fysisk hälsa eller sjukskrivning, andra psykiatriska problem (depression, schizofreni, alkoholmissbruk).

De två återstående studierna användes stora kohorter av ungdomar för att undersöka självskadebeteende (utan åtskillnad mellan självmordstankar och icke-suicidala beteenden). I en av dessa, Souranders et al. (2006) studerade prediktorer vid 12 års ålder för självskadebeteende vid 15 års ålder, och man fann att självrapporter av internaliserade problem och somatiska besvär, samt föräldrapporter om barnets externaliserande problem och aggressivitet, samt moderns hälsoproblem, och att växa upp i en icke-intakt familj vid 12 års ålder utgjorde riskfaktorer för självrapporterade självskadebeteende 3 år senare. Man drog slutsatsen att ackumuleringen av svårigheter i familjen, föräldrarnas problem, i kombination med ungdomens egna problem, gav upphov till självskadebeteende. I den andra studien av Haavisto et al. (2005) studerade vilka riskfaktorer vid 8 års ålder som kunde predicera självskadebeteende (inklusive beteenden med suicidala avsikter) vid 18 års ålder. Studie inkluderade 2348 pojkar som undersöktes vid militärmönstringen. Resultaten visade att självrapporterade depressiva symtom vid 8 års ålder predicerade självskadebeteenden 10 år senare.

Fliege et al. (2009) slutsatsen att starkt stöd i den aktuella litteratur bara kan sägas finnas för distala biografiska faktorer som riskfaktorer vid självskadebeteende. I övrigt saknas tillräckligt stöd för att kalla de flesta andra faktorer som ofta förekommer tillsammans med självskadebeteende som riskfaktorer. Nyligen har mer proximala riskfaktorer för självskadebeteende dock undersökts i en grupp på 1052 svenska högstadieungdomar. Över en ett-årsperiod predicerades självskadebeteende av andra psykologiska svårigheter av både externaliserande och internaliserande slag (Lundh, Wångby-Lundh, & Bjärehed, 2011) och för flickor verkar depressiva symptom och dålig sömn predicera självskadebeteende (Lundh, Waångby-Lundh, Paaske, Ingesson, & Bjärehed, 2011; Lundh, Bjärehed & Wångby-Lundh, 2012).

Sammantaget stödjer den empiriska forskningen Nocks (2009) modell och pekar på komplexiteten i hur olika former av psykologiska svårigheter bidrar till självskadebeteende, som i sin tur kan bidra förvärra eller öka personens svårigheter.

Forskning om självskadebeteendets funktioner

Som nämnts har flertalet forskare fokuserat på självskadebeteendet som ett sätt att hantera eller reglera negativa upplevelser, dvs. att beteendet vidmakthålls av att upplevda obehag försvinner eller minskar till följd av de fysiologiska, psykologiska och sociala processer som förknippas med beteendet. Denna typ av analys av orsaker till ett problembeteende omtalas ofta som en funktionell analys av beteendet, vilket innebär att beteendet antas förklaras av dels de händelser som föregår handlingen (antecedenter) och dels av de händelser som följer på handlingen (konsekvenser).

Den mest omskrivna funktionella modellen för att förstå självskadebeteende brukar benämnas *fyra-funktionsmodellen* (Nock & Prinstein, 2004; 2005). Denna beskriver hur självskadebeteende funktioner kan förstås utifrån två dikotoma dimensioner – huruvida beteendet följer av konsekvenser som sker automatiskt (intrapersonellt) eller socialt (interpersonellt), samt huruvida konsekvensen kan beskrivas som positivt förstärkning (dvs. följs av en konsekvens som innebär att ett positivt stimuli följer av handlingen) eller negativt förstärkning (dvs. att handlingen följs av att ett negativt stimuli avlägsnas). Tabell 1 visar en schematisk sammanfattning av fyra-faktors modellen. Den första aspekten av modellen som beaktar automatisk/interpersonell funktion avser fysiologiska- och psykologiska effekter kopplade till självskadebeteende. Den andra sociala/interpersonella funktioner, vilka avser interaktion med andra människor i personens omgivning.

Den första funktionen i modellen kan därmed benämnas negativ förstärkt, automatisk/interpersonell och avser alltså situationer där självskadebeteendet föregås av oangenäma inre upplevelser och följs av att dessa obehag minskar som en konsekvens av handlingen. Automatiskt negativ förstärkning är den funktion som i studier oftast rapporteras som det dominerande motivet till att personer självskadat och rapporteras ofta som en minskad anspänning eller minskad ångest eller andra obehag till följd av självskadan.

Den andra faktorn i modellen utgörs av automatisk/interpersonell positiv förstärkning och avser självskadebeteende som resulterar i att en positiv känsla uppstår till följd av självskadehandlingen. Personer som rapporterar denna funktion gör det ofta mot bakgrund av tomhetskänslor, ”känslolöshet” eller dissociativa tillstånd, där ”känslologenereringen” som ibland förknippas med självskadehandlingen antas utgöra en upplevd positiv konsekvens. Ett annat exempel är personer som rapporterar att det ”känns bra” eller att den skulle ”förtjäna att bestraffas” då de skadar sig själva”

Den tredje faktorn utgörs av socialt/interpersonell negativt förstärkning av självskadebeteende som ofta handlar om att avvärja oönskade social interaktion, exempelvis omgivningens krav på individen eller att individen undslipper sociala aktiviteter av olika slag.

Den fjärde faktorn utgörs av social/intrapersonell positiv förstärkning vilket avser positiva sociala konsekvenser som kan komma av självskadebeteende. Sådana exempel kan vara uppmärksamhet, tillgång till stöd, eller en plats i en social gemenskap.

Tabell 1. Fyrafaktorsmodellen för självskadebeteendes funktioner, efter Nock och Prinstein (2004; 2005).

	Automatisk/interpersonell funktion (reglering av kognitiva eller affektiva upplevelser)	Social/intrapersonell funktion (direkt eller indirekt kommunikation eller påverkan på andra)
<i>Negativ förstärkning</i>	Självskadebeteendet reducerar kognitiva och/eller affektiva obehag.	Självskadebeteendet medför att oönskade sociala interaktioner upphör/undviks
<i>Positiv förstärkning</i>	Självskadebeteendet medför ett mer önskvärt psykologiskt tillstånd	Självskadebeteendet medför uppmärksamhet och/eller omvårdnad från personer i omgivningen

Empiriskt stöd för fyra-faktorsmodellen

Empiriskt stöd för fyra-faktorsmodellen består av fynd från två huvudtyper av studier – studier av självrapporterade motiv till självskadebeteende och studier av fysiologiska och beteendemässiga effekter av självskadebeteende.

Flertalet studier har analyserat svarsmönster då självskadande individer självrapporterat olika motiv till sitt självskadebeteende. Sammantaget tycks dessa stödja indelningen i fyra huvudsakliga funktioner.

Nock och Prinstein (2004) använde frågeformulär som efterfrågade en rad olika motiv till varför individer avsiktligt utfört icke suicidalt självskadebeteende i en grupp med 108 amerikanska ungdomar som vårdades vid en klinik för psykiatrisk slutenvård. Författarna tolkade resultaten av en konfirmatorisk faktoranalys som stöd för den teoretiska fyra-faktorsmodellen. Författarna jämförde också den relativa andelen av ungdomarna som bekräftade de olika funktionella kategorierna och konstaterade att automatisk/interpersonella funktioner oftare än sociala funktioner, och att negativt förstärkta automatiska funktioner bekräftades särskilt ofta. Ungdomarna rapporterade alltså självskadebeteendets funktion som syftande till emotionsreglering mer ofta än för att påverka andras beteende.

Vad gäller stöd för den emotionsreglerande aspekten är det belagt att individer som skadar sig själva generellt förefaller uppleva fler, mer intensiva och mer svårreglerade negativa känsloupplevelser, relativt individer som inte har självskadat (Andover et al., 2005; Gratz & Roemer, 2008; Klonsky et al., 2003; Najmi et al., 2007; Nock et al., 2008). Både teoretiska modeller och empiriska fynd stödjer också antagandet att självskadebeteende leder till en reglering av negativa upplevelser. I flertalet experiment har olika proxys för självskadebeteende (inklusive bilder på självskadehandlingar, nedsänkning av handen i isvatten och självadministrerad elstöt) visats kunna leda till minskade stressresponser och minskade negativa känslor hos personer som självskadat (Brain, Haines, & Williams, 1998; Haines et al. 1995; Russ et al., 1992; Weinberg & Klonsky, 2012).

Vad behöver beaktas vad gäller självskadebeteende och social smitta?

Sammanfattning

Det har noterats att självskadebeteende tycks kunna "smitta" mellan olika individer. I praktiken har detta påvisats i vårdmiljöer där företrädevis ungdomar vårdas tillsammans (som inom slutenvårdsavdelningar eller på gruppboenden). Smittan har bestått i att självskadebeteende hos en patient tycks öka risken att en annan patient skadar sig själv i anslutning (på samma eller nästföljande dag). Denna tendens är mer uttalad för vissa patienter som både kan vara mer benägna att "smitta andra" patienter och/eller att "smittas". I många fall tycks denna effekt handla om att självskadebeteendet skapar intimitet och gemenskap bland patienterna. Följaktligen är det nödvändigt i sådana vårdmiljöer att vidta särskilda åtgärder för att minska smittorisken. Åtgärder som föreslagits i litteraturen inkluderar att informera patienter om smittoeffekten för att begripliggöra de vidare förebyggande åtgärder som vidtas. Dessa inkluderar att upprätta tydliga stående regler för hur man kommunicerar kring, och synliggör, självskadebeteenden i vård- eller boendesituationen. En grundregel är att detaljer kring självskadebeteendet inte ställs i fokus i gruppsituationer. Självskadebeteendet hanteras istället i detalj i individualterapi eller direkt med personalen.

Social smitta

En situation där andra personers potentiella inverkan på självskadebeteende blir särskilt påtaglig är det som kommit att benämnas som *smitta* av självskadebeteende (eng: *contagion*). Både kliniska erfarenheter och forskning talar för att självskadebeteenden hos en individ kan uppstå, utlösas eller förvärras av andra individers självskadebeteende. Social smitta i vid bemärkelse utgör ett allmänt fenomen och återfinns för många typer av beteenden, exempelvis kan attityder eller känslor spridas mellan individer eller grupper genom suggestion, propaganda, rykten eller genom imitation. I självskadelitteraturen är social smitta ett omdiskuterat fenomen främst mot bakgrund av observationer att fenomenet i vissa sammanhang kan utgöra en betydelsefull aspekt vid självskadebehandling. Smitta av självskadebeteende har nämligen visat sig kunna utgöra ett problem i behandlings- och vårdssammanhang, särskilt när ungdomar och unga vuxna med psykisk ohälsa bor, vistas tidvis, eller behandlas gemensamt (exempelvis på barnhem, slutenvårdsavdelningar, gruppboenden, ungdomsvårdsskolor och i fängelser) (Walsh, 2005). Då målsättningen med dessa verksamheter är att bidra till minskat självskadebeteende utgör social smitta ett betydande problem. Behandlare behöver därför vara förtrogna med hur specifika miljöer och sammanhang kan medföra förhöjd risk för självskadebeteenden, både bland självskadeande patienter och bland patienter utan tidigare historia av självskadebeteende.

Att prata om risken att självskadebeteende kan "smitta" har blivit en vanlig språklig konvention. Det är dock diskutabelt om social smitta är den mest lämpliga benämningen för detta fenomen. En korrektare benämning skulle kanske vara att istället prata om *klustring* av beteenden. Klustring kan definieras som när två eller fler beteendeepisoder inte sker slumpmässigt över tid, utan istället uppkommer till synes relaterade till varandra. Klustring är ett omdiskuterat fenomen framförallt vad gäller självmord, där epidemiliknande mönster har beskrivits (Joiner, 1999). När man talar om klustring, eller epidemier av beteenden, särskiljer man ofta mellan s.k. punktkluster, dvs. där flera personer inom ett begränsat sammanhang och under en begränsad tidsperiod uppvisar samma beteende (exempelvis på en skola eller en vårdavdelning), och s.k. masskluster, dvs. mönster som istället avser ett mer allmänt fenomen relaterat till massmedia eller samhällstrender där beteenden tycks klustras i samma tidsperiod som en effekt av uppmärksamhet av ett konkret fall (exempelvis ökat antal självmord under dagarna efter ett i media uppmärksammat självmord).

Vad gäller icke-suicidala självskadebeteenden och andra självskadande handlingar, har det bedrivits mindre forskning än vad gäller självmord. Det är möjligt att se åtminstone tre situationer där social smitta kan utgöra ett problem för behandling av dessa beteenden, a) i behandlingssituationer som använder gruppformat, b) i gruppboendemiljöer (som behandlingsshem och behandlingsavdelningar) och vid c) internetanvändande (som kommer diskutera mer utförligt i nästa kapitel) (Richardson, Surmitis, & Hyldahl, 2012). Den forskning som hittills presenteras har huvudsakligen fokuserat på punktkluster, dvs. lokala "epidemier" av självskadebeteenden i företrädevis psykiatriska vårdmiljöer för ungdomar.

Denna typ av smitta uppmärksammades tidigt av Walsh och Rosen (1985) som undersökte punktklustring av självskadebeteende i en grupp av 25 ungdomar (diagnostiserade med bl.a. schizofreni, BPD, depression, och andra impulskontrollstörningar) som vårdades på ett behandlingsshem. Under ett års tid, då studien pågick, registrerades självskadeepisoder och andra problembeteenden (exempelvis droghanvändande, slutenvårdsinläggning, suicidalitet och aggression löpande i gruppen). Statistisk analys av materialet indikerade att självskadebeteende förekom i gruppen i form av distinkta kluster (episoderna var inte

slumpmässigt fördelade över tid). Övriga problembeteenden uppvisade inte samma tendens till klustring och författarna spekulerar därför i att smittoeffekten var särskilt påtaglig för just självskadebeteenden. Rosen och Walsh (1989) genomförde också en uppföljande studie där man undersökte en annan grupp vid samma behandlingsinstitution. Denna bestod av 12 patienter (huvuddelen var diagnostiserade med affektiv sjukdom eller BPD) som dels hade självskadat under behandlingstiden och dels vistades tillsammans i behandlingsgruppen under minst ett helt år (och därmed umgicks mycket nära varandra). För dessa personer samlades löpande data om självskadebeteenden in under 10 månaders tid. Sammanlagt uppvisade gruppen 80 självskadeepisoder under perioden, och av dessa sammanföll 46 av tillfällena i tid med en annan patients självskadebeteende (episoden inträffade på samma, eller nästföljande, dag som en medpatients självskadeepisod). Utifrån statistiska analyser fann författarna att inte heller denna fördelning var slumpmässig, självskadebeteende hos en patient tycktes alltså ofta utlösa självskadebeteende hos en medpatient. En annan möjlighet är förstås att denna effekt kan förklaras av att patienterna utsätts för samma yttre stressorer och inte handlar om att de tar intryck av varandras beteende. För att ytterligare belysa detta sambanden undersökte Rosen och Walsh (1989) också de inbördes "smittoeffekterna" mellan samtliga individer i deras material. De fann då att vissa individer var mer involverade i smittande självskadebeteende än andra, en individ var exempelvis inblandad i 17 episoder av smittande självskadebeteende, i relation till 8 olika medpatienter. Andra patienter uppvisade istället inga eller bara någon enstaka smittande självskadeepisod. Författarna beskriver därför hur smittande självskadebeteende i detta material sannolikt kan förstås som i termer av att de skapa gemenskap och en känsla av samhörighet i dyader och små grupper av självskadande patienter. Det förefaller alltså som det främst är en mindre del av patienterna som är särskilt benägna att "sprida" respektive "smittas av" självskadebeteende, men dessa patienter kan utgöra ett betydande behandlingsmässigt problem genom att de ger upphov till många självskadeepisoder. Likande fynd har också replikerat i en studie av 51 finska ungdomar som under ett års tid passerade genom en sluten psykiatrisk behandlingsavdelning med tio platser (Taiminen, Kallio-Soukainen, Nokso-Koivisto, Kaljonen, & Helenius, 1998). Tolv av dessa patienter uppvisade självskadebeteende under behandlingstiden (som varierade mellan 7-200 dagar). Statistiska analyser indikerade att episoder av självskadebeteende inte heller här var slumpmässigt fördelade, istället var det återigen mer sannolikt att de inträffade på samma eller nästkommande dag som en annan patients självskadeepisod. Tio av patienter uppvisade självskadetillfällena som kunde kategoriseras som social smitta, sammanlagt registrades 37 sådana episoder under studietiden. Taiminen et al. (1998) beskriver i sitt material också individer som tidigare inte självskadat men där detta beteende debuterar i form av social smitta under vårdtiden, de noterar särskilt hur två relativt sett unga patienter (12 respektive 13 år) utvecklar ett upprepat mönster av självskadebeteenden som utfördes i anslutning till andra patienters självskadebeteende, och där klart imitativa inslag i beteendemönstret också framkom. Detta fynd pekar på den allvarliga risken att behandling i slutna vårdmiljöer, för vissa patienter, kan medför en allvarlig förvärring av deras psykiatriska problem.

Hur bör social smitta beaktas i behandling?

Det är ett stort problem om välmenade insatser för att behandla personer med psykisk ohälsa resultera i att problemet vidmakthålls eller till och med förvärras. För att minska denna risk beskriver litteraturen olika typer av rekommendationer för hur behandling bör bedrivas. Ofta framhålls behovet av att bygga klinkers förståelse för hur social smitta av självskadebeteende fungerar och att detta beaktas vid val av den mest lämpliga vårdinsatsnivån, vilket i möjligaste mån bör vara att undvika onödiga inläggningar och långa slutenvårdsinsatser (ibland nämns 2 veckor som längsta tid för inläggning) (Walsh & Doerfler, 2009).

En annan rekommendation är att patienter, som en del i behandlingsarbetet, bör göras uppmärksamma på att deras självskadebeteende kan påverka andra. Patienter kan därmed uppmanas att inte pratar om självskadebeteenden med vänner eller medpatienter på ett sätt som kan leda till smitta. Istället är det lämpligt att upprätta en särskild överenskommelse kring hur självskadebeteende ska diskuteras, exempelvis att det diskuteras i individualterapi eller tillsammans med någon särskilt utsedd behandlare eller annan person i personalen. Denna hållning bör vara konsekvent, exempelvis i form av en stående regel på vårdavdelningen/boendet och kan också inkludera sådana rutiner som man i möjligaste mån bär kläder som täcker nya ärr, sår eller omlagda skador, med hänvisning till att det annars kan verka triggande för andras självskadebeteende. När självskadebeteende diskuteras i gruppbehandling och gruppaktiviteter ska diskussionen i möjligaste undvika ingående detaljer och beskrivande redogörelser av olika handlingar. Det finns få studier som utvärderat effekten av denna typ av åtgärder men Walsh och Doerfler, (2009) beskriver hur dessa riktlinjer framgångsrikt har använts inom ett DBT-behandlings program där man inte kunnat notera några signifikanta klustringar av självskadeepisoder bland patienterna under en 2,5 års period.

Vad behöver beaktas vad gäller självskadebeteende och internet?

Sammanfattning

Många människor har idag integrerat ett omfattande internetanvändande i sin vardag. Detta gäller särskilt för yngre människor. Att använda internet för att söka information eller interagera kring sitt mående, och i förekommande fall sitt självskadebeteende, är vanligt. Det har uppmärksammats att internetanvändande kan utgöra ett potentiellt problembeteende i relation till självskadebeteenden. I många fall används internet för att interagera kring självskadebeteenden eller ge tillgång till material som kan uppmuntra eller praktiskt främja sådana beteendet. Med anledning av detta har det föreslagits att vid behandling bör patienters internetanvändare bedömas och vid behov identifieras som ett problembeteende som blir föremål för förändringsarbete. Sådana interventioner inkluderar att kartlägga och begränsa problematiskt internetanvändande och att främja alternativa, mer funktionella, beteenden. Ett annat förslag är att behandlare bör kunna hänvisa patienterna till internetinnehåll kring självskadebeteende med hälsofrämjande inriktning.

Självskadebeteende och internetanvändande

Media har identifierats som en betydelsefull källa för spridning av självskaderelaterat material och berättelser (Whitlock, Purington et al., 2007). Flertalet författare pekar särskilt på internet som en viktig influens som kan bidra till självskadebeteenden. Därmed har det rekommenderats att i behandlingssammanhang beakta patienters internetanvändande och hur detta kan ha betydelse för självskadebeteendet (Lewis, Heath, Michal, & Duggan, 2012; Mitchell & Ybarra, 2007; Whitlock, Lader, & Conterio, 2007).

Hur barn och ungdomars datoranvändande, särskilt bruk av internet och sociala medier, kan ha betydelse för olika problembeteenden och allmänt välbefinnande utgör idag ett växande forskningsfält. I Sverige är tillgången till datorer och internet generellt god och särskilt barn och ungdomar använder internet i hög utsträckning, ofta på ett sätt som skiljer sig från vuxnas användande. Ungdomar med förhöjd risk för psykisk ohälsa tycks både mer mottagliga för negativa influenser från sitt datoranvändande och mer benägna att engagera sig i problematiska internetbeteenden. Vad gäller självskadande ungdomar har detta påvisats genom mer riskbetonade internetbeteenden, exempelvis genom att vara mer sexuellt explicit online och att oftare använda chatt-rum på nätet (Mitchell & Ybarra, 2007).

Internet erbjuder stora mängder självskaderelaterat material (inklusive texter, bilder och videor) och en mängd sociala forum där beteendet i större eller mindre utsträckning ställs i centrum. Omfattningen av detta fenomen antas vara mycket stort – en studie identifierade exempelvis 400 engelskspråkiga forum kring självskadebeteende (Whitlock, Powers, & Eckenrode, 2006). Även om tillgången på svenskspråkiga forum av detta slag är mer okänt är innehållen och gemenskapen i många sammanhang på nätet av sådan karaktär att de kan anses kunna bidra till att självskadebeteende normaliseras eller till och med uppmuntras (Lewis, Heath, Denis, & Noble, 2011; Whitlock, et al., 2006). Liknande erfarenheter återfinns också inom ätstörningsområdet där liknande sidor och forum förekommer (Borzekowski, Schenk, Wilson, & Peebles, 2010). I dessa sidor forum framställs ätstörningsbeteenden och attityder respektive självskadebeteenden och attityder som positiva och önskvärda, exempelvis genom att en identitet som bulimiker/anorektiker eller ”självskadare” framhålls som en livsstil snarare än som psykiatriska problem

Lewis, et al. (2012) genomförde en litteraturgenomgång och sökte efter studier undersökt antingen potentiell riskfyllda och/eller nyttiga onlineaktiviteter i relation till självskadebeteende. Författarnas sammanfattar att internetanvändande kan ha både potentiella positiva och negativa effekter för individer med självskadebeteende (och för dem som riskerar att utveckla ett självskadebeteende). Till de potentiellt positiva effekterna hör att internetanvändande kan ge ökad upplevd tillgång till socialt stöd, möjlighet att upprätta sociala kontakter och utbyta konstruktiva upplevelser, kring självskadebeteende eller andra erfarenheter (Rodham, Gavin, & Miles, 2007) – något som dessutom ofta upplevs som lättare online där anonymiteten är större. En studie i genomgången pekar också på en åtminstone subjektivt upplevd minskning av självskadebeteende som effekt av att de gått med i ett särskilt internetcommunity. Av 67 personer som ingick i studien rapporterade hälften att de besökte forumet dagligen och mer än hälften ansåg att deras självskadebeteende minskat sedan de gått med, men ingen jämförelse- eller kontrollgrupp användes (Johnson, Zastawny, & Kulpa, 2010). Enstaka självrapporter om hur internetgemenskap kan upplevas som en

positiv influens och bidra till minskat självskadebeteende har också beskrivits i en intervjustudie med svenska ungdomar (Johansson, 2010).

Riskerna med internetanvändandet som rapporterats i olika studier kan delas in i tre grova kategorier som kan benämnas: a) *social uppmuntran av självskadebeteende*, b) *delgivning av praktisk information och uppslag kring självskadebeteende*, och c) *direkt utlösare, sk. "trigger" av självskadeimpulser*. Den största risken tycks ligga i den första kategorin då denna diskuterats mest frekvent, dvs. att interaktion med andra personer och erfarenhetsutbyte genom sociala gemenskaper på internet kan utgöra positiva konsekvenser för olika självskadehandlingar. Exempelvis kan utlagt material ge upphov till positiv uppmärksamhet eller beundran, social tillhörighet eller socialt stöd erhållas från andra internetanvändare (Lewis & Baker, 2011; Lewis et al., 2011; Lewis, Heath, Sornberger, & Arbuthnott, 2012; Whitlock, et al., 2006). Exempel på problematiska föreställningar kring självskadebeteende som ofta rapporterats i dessa sammanhang inkluderar att beteendet framställs som ett särskilt genuint sätt att signalera känslomässig smärta eller att beteendet framställs som ett effektivt sätt att hantera olika typer av svårigheter, vilket medför att beteendet rättfärdigas och glamoriserar. Ett icke-normativt identitetsskapande med självskadebeteende, annan självdestruktivitet och psykologiskt illabefinnande i centrum beskrivs också i Johanssons (2010) svenska material.

Den andra kategorin som avser delgivning av praktisk information och uppslag kring självskadebeteende via internet utmärker sig genom att utgöra ett mindre interaktivt erfarenhetsutbyte. Här avses istället sidor och forum som mer fokuserar på att förmedla information om konkreta strategier och praktiker relaterat till självskadebeteende, men där social interaktion kring dessa inte är i centrum. Många använder internet för rent informationssökande och väljer att inte interagera med andra även när sådana möjligheter ges. Det är därför viktigt att vara medveten även om denna typ av influens.

Den tredje kategorin avser den potentiella risken att personer med redan etablerat självskadebeteende då de exponeras för material som direkt eller indirekt går att associera till självskadebeteende skulle "triggas" till nya självskadehandlingar (Lewis & Baker, 2011). Omfattningen av detta problem är relativt okänt och antagandet bygger främst på anekdotiska självrapporter. Problemet har dock vissa implikationer för hur material lämpligast presenteras i olika behandlingsrelaterade sammanhang. Exempelvis är det lämpligt att tillse olika material som erbjuds patienter med självskadebeteende inte bör inkludera grafiska återgivningar av sårskador, ärr eller andra teman som tydligt associerar till konkreta självskadehandlingar (exempelvis informationsmaterial, populärkulturella referenser, böcker etc. som används i behandlingen).

Internetanvändande vid bedömning av patienter

Både kliniska och forskningsbaserade erfarenheter har således pekat på den särskilda betydelsen som internetanvändande kan ha för uppkomst och vidmakthållande av självskadebeteenden. Det har därför rekommenderats att behandlare beaktar detta samband, utvecklar en god inblick i hur patientgrupper använder sig av internet och att självskadande patienters internetvanor blir föremål för utredning i samband med bedömning och behandlingsplanering (Lewis et al., 2012; Mitchell & Ybarra, 2007; Whitlock, Lader et al., 2007; Whitlock et al., 2006; Whitlock, Purington, et al. 2007). Funktionell analys av självskaderelevanta internetvanor har presenterat som ett användbart verktyg som kan vägleda behandlingsinsatser, vilka kan behöva fokusera på att både minska dysfunktionella

(internet)beteenden och att etablera eller öka alternativa, mer funktionella beteenden. Tabell 2 ger förslag på frågeområden som kan inkluderas vid anamnesupptagning och bedömning av patienter med självskadebeteenden.

Tabell 2. Exempel på frågor kring internetanvändande för ungdomar med självskadebeteende (efter Whitlock, Lader, et al., 2007)

Screeningfrågor

- Hur ofta använder du internet för att skaffa eller dela med dig av information kring hur du mår?
- Har du kompisar som du träffat på nätet?
- Vilken typ av saker (sidor, aktiviteter) brukar du använda internet till?

Fördjupande frågor

- Brukar du besöka internetsidor som handlar om självskadebeteende?
 - Brukar du prata med kompisar på nätet om självskadebeteende?
 - Brukar du ta råd från kompisar på nätet, kan du ge exempel på sådana?
-

Behandlare bör i sin bedömning eftersträva att täcka av de tre kategorierna av potentiell negativa effekter som beskrivits, dvs. finns anledning att misstänka att a) patientens självskadebeteende förstärks eller vidmakthålls genom sociala kontakter/gemenskaper på internet, b) om patienten tar intryck av praktiskt information/material på internet, exempelvis vad gäller självskademethoder, eller rationalisering av beteendet ("det är en effektiv metod") och c) upplever patienten att impulser att självskada sig "triggas" av material eller interaktioner på nätet?

Om internetanvändare utgör en betydande faktor för en patients självskadebeteende föreslår Lewis et al. 2011 att patienten i så fall ombeds registrera och rapportera dessa beteenden (exempelvis genom att föra en logbok över relevanta internetbeteenden) för att på så sätt ge behandlaren en bild av vilka internetresurser patienten använder (exempelvis vilka forum, sociala nätverkstjänster och vilka publika video/bilduppladdningstjänster som används). Omfattningen och frekvensen av detta användande samt patientens interaktioner, tankar och känslor före, under och efter detta användande kan sedan utgöra underlag för en analys av beteendet och potentiella interventioner. En funktionell analys kan också ge viktiga insikter kring andra förstärkare och funktioner för beteendet som kan vara viktiga att närmare sig. Det kan exempelvis upplevas svårt att minska eller upphöra med ett beteende, om detta medför att patienten förlorar tillgång till förstärkare och sociala sammanhang han eller hon finner stöd i. Lewis et al. 2011 understryker därför att målsättningen bör vara att minska på dysfunktionella och potentiellt skadliga internetbeteenden *till förmån* för andra aktiviteter och mer konstruktiva alternativa internetbeteenden, exempelvis deltagande i andra sociala gemenskaper med en mer hälsofrämjande framtoning. Även Whitlock, Lader, et al., (2007) framhåller att en möjlig intervention kan vara att aktivt stödja patienten mot internetresurser som kan vara mer konstruktiva. I detta syfte kan det vara viktigt för behandlaren att kunna erbjuda sådana resurser, även om det handlar om resurser som drivs och/eller modereras av personer eller grupper utan formell träning eller mandat (Whitlock, Lader, et al., 2007, s. 1140). I Sverige driver intresseföreningen Self-harm and eating disorders organisation (SHEDO.org) ett modererat internetforum med hälsofrämjande fokus kring självskadebeteende och ätstörningsproblem. Där finns också andra mer allmänna informationsresurser med ett salutogent och hälsofrämjande perspektiv kring självskadebeteende.

Referenser

- Andover, M. S., Morris, B. W., Wren, A., & Bruzzese, M. E. (2012). The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 11. doi:10.1186/1753-2000-6-11
- American Psychiatric Association. (2012). DSM-5 development: V 01 non-suicidal self-injury. Retrieved from: <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=443#>
- Beckman, K., Dahlin, M., Tidemalm, D., & Runeson, B. (2010). Drastisk ökning av unga som slutenvårdas efter självskada. *Läkartidningen*, 107 (7). 428-432.
- Blashfield, R. K., & Herkov, M. J. (1996). Investigating Clinician Adherence to Diagnosis by Criteria: A Replication of Morey and Ochoa (1989). *Journal of Personality Disorders*, 10(3), 219–228. doi:10.1521/pedi.1996.10.3.219
- Bjärehed, 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.
- Borzekowski, D. L. G., Schenk, S., Wilson, J. L., & Peebles, R. (2010). e-Ana and e-Mia: A content analysis of pro-eating disorder Web sites. *American journal of public health*, 100(8), 1526–1534. doi:10.2105/AJPH.2009.172700
- Boxer, P. (2010). Variations in Risk and Treatment Factors Among Adolescents Engaging in Different Types of Deliberate Self-Harm in an Inpatient Sample. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(4), 470–480. doi:10.1080/15374416.2010.486302
- Brausch, A., & Gutierrez, P. (2010). Differences in Non-Suicidal Self-Injury and Suicide Attempts in Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(3), 233–242. doi:10.1007/s10964-009-9482-0
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 609–620.
- Brown, M. Z., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 198–202. doi:10.1037/0021-843X.111.1.198
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 371.
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2005). Self-care versus self-harm: piercing, tattooing, and self-injuring in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13(1), 11–18. doi:10.1002/erv.612

- Conn, J. H. (1932). A case of marked self-mutilation presenting a dorsal root syndrome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 75, 251–262. doi:doi:10.1097/00005053-193203000-00002
- Cloutier, P., Martin, J., Kennedy, A., Nixon, M., & Muehlenkamp, J. (2010). Characteristics and Co-occurrence of Adolescent Non-Suicidal Self-Injury and Suicidal Behaviours in Pediatric Emergency Crisis Services. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(3), 259–269. doi:10.1007/s10964-009-9465-1
- Dabrowski, C. (1937). Psychological bases of self-mutilation. *Genetic Psychology Monographs*, 19, 1–104.
- De Leo, D. (2011). DSM-V and the future of suicidology. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32(5), 233–239. doi:10.1027/0227-5910/a000128
- Favazza A. R. 1996. *Bodies Under Siege: Self-Mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*. Baltimore: Johns Hopkins Univ. Press.
- Favazza, A. R. (2009). A cultural understanding of nonsuicidal self-injury. *Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, Assessment, and Treatment* (p 19–35). American Psychological Association (APA).
- Favazza, A. R., & Rosenthal, R. J. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital & Community Psychiatry*, 44(2), 134–140.
- Fliege, H., Lee, J.-R., Grimm, A., & Klapp, B. F. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(6), 477–493. doi:doi: DOI: 10.1016/j.jpsychores.2008.10.013
- Gratz, K. L. (2003). Risk Factors for and Functions of Deliberate Self-Harm: An Empirical and Conceptual Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 192–205. doi:10.1093/clipsy.bpg022
- Haavisto, A., Sourander, A., Multimäki, P., Parkkola, K., Santalahti, P., Helenius, H., Nikolakaros, G., m.fl. (2005). Factors associated with ideation and acts of deliberate self-harm among 18-year-old boys. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(11), 912–921. doi:10.1007/s00127-005-0966-2
- Hawton, K., Hall, S., Simkin, S., Bale, L., Bond, A., Codd, S., & Stewart, A. (2003). Deliberate self-harm in adolescents: a study of characteristics and trends in Oxford, 1990-2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(8), 1191–1198.
- Heath, N. L., Baxter, A. L., Toste, J. R., & McLouth, R. (2010). Adolescents' Willingness to Access School-Based Support for Nonsuicidal Self-Injury. *Canadian Journal of School Psychology*, 25(3), 260–276. doi:10.1177/0829573510377979
- Heath, N. L., Schaub, K., Holly, S., & Nixon, M.K. (2009). Self-injury today. Review of population and clinical studies in adolescents. In M. K. Nixon, & N. Heath (Eds.), *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention* (pp. 9-27). New York: Routledge.

- Hilt, L. M., Cha, C. B., & Nolen-Hoeksema, S. (2008). Nonsuicidal self-injury in young adolescent girls: moderators of the distress-function relationship. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(1), 63–71.
- Jacobson, C. M., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research, 11*(2), 129.
- Johansson, A. (2010). Självskada. En etnologisk studie av mening och identitet i berättelser om skärande. Doctoral dissertation. Bokförlaget h:ström: Umeå.
- Johnson, G., Zastawny, S., & Kulpa, A. (2010). E-Message Boards for Those Who Self-Injure: Implications for E-Health. *International Journal of Mental Health and Addiction, 8*(4), 566–569. doi:10.1007/s11469-009-9237-x
- Joiner, T. E. (1999). The Clustering and Contagion of Suicide. *Current Directions in Psychological Science, 8*(3), 89–92. doi:10.1111/1467-8721.00021
- Joiner, T. (2005). *Why People Die by Suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kahan, J., & Pattison, E. M. (1984). Proposal for a distinctive diagnosis: The deliberate self-harm syndrome (DSH). *Suicide and Life-Threatening Behavior, 14*, 17–35.
- Klonsky, E. D. (Ed.). (2007a). Non-Suicidal Self-Injury [Special issue]. *Journal of Clinical Psychology, 63*(11).
- Klonsky, E. D. (2007b). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review, 27*(2), 226–239.
- Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine, 41*(09), 1981–1986. doi:10.1017/S0033291710002497
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009b). Psychosocial risk and protective factors. In M. K. Nixon, & N. Heath (Eds.), *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention* (pp. 45-58). New York: Routledge.
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology, 63*(11), 1045–1056.
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate Self-Harm in a Nonclinical Population: Prevalence and Psychological Correlates. *Am J Psychiatry, 160*(8), 1501–1508.
- Landstedt, E., & Gådin, K. G. (2011). Deliberate self-harm and associated factors in 17-year-old Swedish students. *Scandinavian Journal of Public Health, 39*(1), 17–25. doi:10.1177/1403494810382941
- Levesque, R. (Ed.). (2010). The place of self-harm in adolescent development [Special Issue] Adolescent Development. *Journal of Youth and Adolescence, 39*(3).

- Lewis, S. P., & Baker, T. G. (2011). The Possible Risks of Self-Injury Web Sites: A Content Analysis. *Archives of Suicide Research, 15*(4), 390–396. doi:10.1080/13811118.2011.616154
- Lewis, S. P., Heath, N. L., Denis, S., M, J., & Noble, R. (2011). The Scope of Nonsuicidal Self-Injury on YouTube. *Pediatrics*. doi:10.1542/peds.2010-2317
- Lewis, S. P., Heath, N. L., Michal, N. J., & Duggan, J. M. (2012). Non-suicidal self-injury, youth, and the Internet: What mental health professionals need to know. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 6*(1), 13. doi:10.1186/1753-2000-6-13
- Lewis, S. P., Heath, N. L., Sornberger, M. J., & Arbuthnott, A. E. (2012). Helpful or Harmful? An Examination of Viewers' Responses to Nonsuicidal Self-Injury Videos on YouTube. *Journal of Adolescent Health, 51*(1), 101–103. doi:10.1016/j.jadohealth.2012.01.013
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral therapy of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Lundh, L.-G., Bjärehed, J., & Wångby-Lundh, M. (2012). Poor Sleep as a Risk Factor for Nonsuicidal Self-Injury in Adolescent Girls. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. Published online: July 2012. doi:10.1007/s10862-012-9307-4
- Lundh, L., Wångby-Lundh, M., & Bjärehed, J. (2011). Deliberate self-harm and psychological problems in young adolescents: Evidence of a bidirectional relationship in girls. *Scandinavian Journal of Psychology, 52*(5), 476–483. doi:10.1111/j.1467-9450.2011.00894.x
- Lundh, L.-G., Wångby-Lundh, M., Paaske, M., Ingesson, S., & Bjärehed, J. (2011). Depressive Symptoms and Deliberate Self-Harm in a Community Sample of Adolescents: A Prospective Study. *Depression Research and Treatment, 2011*, 1–11. doi:10.1155/2011/935871
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 6*(1), 10. doi:10.1186/1753-2000-6-10
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2007). Risk for Suicide Attempts Among Adolescents Who Engage in Non-Suicidal Self-Injury. *Archives of Suicide Research, 11*(1), 69–82. doi:10.1080/13811110600992902
- Muehlenkamp, J. J., Williams, K. L., Gutierrez, P. M., & Claes, L. (2009). Rates of Non-Suicidal Self-Injury in High School Students Across Five Years. *Archives of Suicide Research, 13*(4), 317–329. doi:10.1080/13811110903266368
- Mitchell, K. J., & Ybarra, M. L. (2007). Online behavior of youth who engage in self-harm provides clues for preventive intervention. *Preventive Medicine, 45*(5), 392–396. doi:10.1016/j.ypmed.2007.05.008
- Morey, L. C., & Ochoa, E. S. (1989). An investigation of adherence to diagnostic criteria: Clinical diagnosis of the DSM-III personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 3*(3), 180–192. doi:10.1521/pedi.1989.3.3.180

- Nixon, M. K., Cloutier, P. F., & Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *41*(11), 1333–1341. doi:10.1097/00004583-200211000-00015
- Nixon, M. K., Cloutier, P., & Jansson, S. M. (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *CMAJ*, *178*(3), 306–312. doi:10.1503/cmaj.061693
- Nixon, M. K., & Heath, N. L. (2008). *Self-Injury in Youth: The Essential Guide to Assessment and Intervention*. Taylor & Francis.
- Nock, M. K. (2009a). *Understanding nonsuicidal self-injury: origins, assessment, and treatment*. Washington DC: American Psychological Association.
- Nock, M. K., Joiner Jr., T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, *144*(1), 65–72. doi:10.1016/j.psychres.2006.05.010
- Nock, M. K., Joiner Jr., T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, *144*(1), 65–72. doi:10.1016/j.psychres.2006.05.010
- Nock, M. K. (2012). Future Directions for the Study of Suicide and Self-Injury. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *41*(2), 255–259. doi:10.1080/15374416.2012.652001
- Nixon, M. K., & Heath, N. L. (Eds.). (2008). *Self-Injury in Youth: The Essential Guide to Assessment and Intervention*. Routledge.
- Nock, M. K. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, *6*(1), 339-363. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258
- Nock, N. K. (Ed.), (2009a) *Understanding nonsuicidal self-injury: origins, assessment, and treatment* (pp. 65-78). Washington DC: American Psychological Association.
- Nock, M. K. (2009b). Why Do People Hurt Themselves?: New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury. *Current Directions in Psychological Science*, *18*(2), 78-83. doi:10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x
- Nock, M. K., & Cha, C. (2009). Psychological models of nonsuicidal self-injury. In Nock, N. K. (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: origins, assessment, and treatment* (pp. 65-78). Washington DC: American Psychological Association.
- Nock, M. K., & Favazza, A. R. (2009). Nonsuicidal self-injury: definitions and classification. In Nock, N. K. (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: origins, assessment, and treatment* (pp. 9-18). Washington DC: American Psychological Association.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*(5), 885–890.

- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2005). Contextual Features and Behavioral Functions of Self-Mutilation Among Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(1), 140–146.
- Olfson, M., Gameroff, M. J., Marcus, S. C., Greenberg, T., & Shaffer, D. (2005). National trends in hospitalization of youth with intentional self-inflicted injuries. *The American Journal of Psychiatry, 162*(7), 1328–1335. doi:10.1176/appi.ajp.162.7.1328
- Patton, G. C., Hemphill, S. A., Beyers, J. M., Bond, L., Toumbourou, J. W., McMorris, B. J., & Catalano, R. F. (2007). Pubertal stage and deliberate self-harm in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*(4), 508–514. doi:10.1097/chi.0b013e31803065c7
- Prasad, V., & Owens, D. (2001). Using the Internet as a Source of Self-Help for People Who Self-Harm. *Psychiatric Bulletin, 25*(6), 222–225. doi:10.1192/pb.25.6.222
- Prinstein, M. J. (2008). Suicide and nonsuicidal self-injury [Special section]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(1).
- Prinstein, M. J., Guerry, J. D., Browne, C. B., & Rancourt, D. (2009). 5. Interpersonal Models of Nonsuicidal Self-Injury. In Nock, M. K. (Ed.) *Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, Assessment, and Treatment* (1st appl., ss 79–98). American Psychological Association (APA).
- Rodham, K., Gavin, J., & Miles, M. (2007). I Hear, I Listen and I Care: A Qualitative Investigation into the Function of a Self-Harm Message Board. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*(4), 422–430. doi:10.1521/suli.2007.37.4.422
- Richardson, B. G., Surmitis, K. A., & Hyldahl, R. S. (2012). Minimizing Social Contagion in Adolescents Who Self-Injure: Considerations for Group Work, Residential Treatment, and the Internet. *Journal of Mental Health Counseling, 34*(2), 121–132.
- Rodham, K., Gavin, J., & Miles, M. (2007). I Hear, I Listen and I Care: A Qualitative Investigation into the Function of a Self-Harm Message Board. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*(4), 422–430. doi:10.1521/suli.2007.37.4.422
- Rodham, K. & Hawton, K. (2009). Epidemiology and phenomenology of nonsuicidal self-injury. In Nock, M. K. (Ed). *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment*. (pp. 37-62). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Rodham, K., Hawton, K., & Evans, E. (2006). *By Their Own Young Hand: Deliberate Self-harm and Suicidal Ideas in Adolescents*. London: Jessica Kingsley Publishing.
- Ross, S., & Heath, N. (2002). A Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 31*(1), 67–77.
- Sher, L., & Stanely, B. (2009). 6. Biological Models of Nonsuicidal Self-injury. In Nock, N. K. (Ed.), *Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, Assessment, and Treatment* (99–116). American Psychological Association (APA).

- Skegg, K. (2005). Self-harm. *The Lancet*, 366(9495), 1471–1483. doi:10.1016/S0140-6736(05)67600-3
- Spirito A, Esposito-Smythers C. (2006) Attempted and completed suicide in adolescence. *Annu Rev Clin Psychol*, 2, 237-266.
- Selby, E. A., Bender, T. W., Gordon, K. H., Nock, M. K., & Joiner Jr., T. E. (2012). Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder: A preliminary study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(2), 167–175. doi:10.1037/a0024405
- Shaffer, D., & Jacobson, C. (2009). Proposal to the DSM–V childhood disorder and mood disorder work groups to include non-suicidal self-injury (NSSI) as a DSM–V disorder. American Psychiatric Association. Retrieved from <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
- Sher, L., & Stanely, B. (2009). Biological Models of Nonsuicidal Self-injury. I Nock, M., K. (Ed.) *Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, Assessment, and Treatment* (p 99–116). American Psychological Association (APA).
- Sourander, A., Aromaa, M., Pihlakoski, L., Haavisto, A., Rautava, P., Helenius, H., & Sillanpää, M. (2006). Early predictors of deliberate self-harm among adolescents. A prospective follow-up study from age 3 to age 15. *Journal of Affective Disorders*, 93(1-3), 87–96. doi:10.1016/j.jad.2006.02.015
- Sternér, T. (2006) Självskadande beteende. I Öst, L-G (Red.). *Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin*. Stockholm: Natur och kultur.
- Sternér, T. (2010) Självskadande beteende. I Öst, L-G (Red.). *KBT inom barn och ungdomspsykiatrin*. Stockholm: Natur och kultur.
- Taiminen, T. J., Kallio-Soukainen, K., Nokso-Koivisto, H., Kaljonen, A., & Helenius, H. (1998). Contagion of deliberate self-harm among adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(2), 211–217. doi:10.1097/00004583-199802000-00014
- Walsh, B. W. (2005). *Treating self-injury: A Practical Guide*. New York: The Guilford Press.
- Walsh, B. W., & Doerfler, L. A. (2009). Residential treatment of nonsuicidal self-injury. . In Nock, N. K. (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: origins, assessment, and treatment* (pp. 271-290). Washington DC: American Psychological Association.
- Walsh, B. W., & Rosen, P. (1985). Self-mutilation and contagion: An empirical test. *The American Journal of Psychiatry*, 142(1), 119–120.
- Weinberg, A., & Klonsky, E. (2012). The effects of self-injury on acute negative arousal: A laboratory simulation. *Motivation and Emotion*, 36(2), 242–254. doi:10.1007/s11031-011-9233-x
- Whitlock, J., Lader, W., & Conterio, K. (2007). The internet and self-injury: What psychotherapists should know. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1135–1143.

- Whitlock, J., Purington, A., & Gershkovich, M. (2007). Media, the Internet, and nonsuicidal self-injury. In Nock, M. K. (Ed), (2009). *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment.*, (pp. 139-155). Washington, DC, US: American Psychological Association, xiii, 357 pp. doi: [10.1037/11875-008](https://doi.org/10.1037/11875-008)
- Whitlock, J. L., Powers, J. L., & Eckenrode, J. (2006). The virtual cutting edge: the internet and adolescent self-injury. *Developmental Psychology*, *42*(3), 407–17. doi:10.1037/0012-1649.42.3.407
- Wilkinson, P., & Goodyer, I. (2011). Non-suicidal self-injury. *European child & adolescent psychiatry*, *20*(2), 103–108. doi:10.1007/s00787-010-0156-y
- Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Dubicka, B., & Goodyer, I. (2011). Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *The American journal of psychiatry*, *168*(5), 495–501. doi:10.1176/appi.ajp.2010.10050718
- Yates, T. M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, *24*(1), 35–74. doi:10.1016/j.cpr.2003.10.001
- Yates, T. M. (2009). Developmental Pathways From Child Maltreatment to Nonsuicidal Self-Injury. I Nock, M., K. (Ed.) *Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, Assessment, and Treatment* (1st uppl., ss 117–137). American Psychological Association (APA).
- Zetterqvist, M., Lundh, L. G., Dahlström, Ö., & Svedin, C. G. (2012). Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents: using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. Manuscript submitted for publication.