

Översiktsartiklar

Under denna rubrik publicerar redaktionen de översiktsartiklar som inkommit till redaktionen.

Självskadebeteende hos unga kvinnor

Litteraturredovisning av nyare artiklar rörande självskadebeteende, dess bakgrund och behandling.

Margareta Samuelsson

Den forskning som gjorts visar att det framför allt är unga kvinnor som skadar sig i ångestlindrande syfte och för att omvandla den inre psykiska smärtan till yttre. Stor förekomst av barnmisshandel, psykisk, fysisk eller sexuell, finns i denna grupp liksom emotionell övergivenhet. Upp till 80% av BPD (borderline personality disorder) patienter har rapporterat historia av självskadebeteende.

Många olika behandlingsformer, mediciner och psykoterapier, har prövats. DBT (Dialektisk Beteende Terapi) har visat sig vara en terapiform, som ger goda resultat hos kvinnliga borderlinestörda patienter. Det framhålls mycket starkt i flera refererade artiklar att självskadebeteende måste tas på yttersta allvar p.g.a. självmordsrisken.

Margareta Samuelsson är socionom, dr med vet, leg. psykoterapeut. Tidigare verksam som kurator vid Barn - och ungdomspsykiatriska kliniken i Lund

Bakgrund

Självskadebeteende är ett fenomen, som används av framförallt unga kvinnor från tonåren och en bit upp i vuxen ålder för att lindra inre spänning och smärta och ibland också för att övertyga andra om graden av smärta. Stor förekomst av barnmisshandel, psykisk, fysisk eller sexuell finns i denna gruppen liksom emotionell övergivenhet där deras emotionella behov inte har blivit bemötta. Det kan vara aggression, som kvin-

nan vänder in mot sig själv i motsats till män, som i stället för att skada sig själva ofta vänder aggression utåt mot andra [1]. Alla dessa kvinnor är inte personlighetsstörda och det finns ett antal syndrom under rubriken självskada. Skälen kan vara mycket olika till att man skadar sig och det är att föredra att bara beskriva det som ett självskadebeteende [2]. En kombination av individuell sårbarhet, psykopatologiskt tillstånd och historia av stressfyllda händelser kan leda till olämpligt och självdestruktivt beteende [3].

Av en artikel framgår att mängden av personer med självskadebeteende bland befolkningen är beräknad till 4% och i klinisk grupp till 21% [4]. Upp till 80% av BPD (borderline personality disorder) patienter har rapporterat historia av självskadebeteende. Det finns ett starkt samband mellan patienter med borderlinediagnos och en historia av misshandel i barndomen. Föräldraförsummelse, skyddslöshet och separation från den primära vårdaren samt splittring i tidig anknytning finns beskrivet hos borderlinepatienter [5]. Det är emellertid inte bara BPD patienter, som skadar sig visar en annan undersökning. Om man frågar patienter, som söker behandling på psykiatrisk klinik, svarar åtminstone var tredje att de har sådant beteende om de tillfrågas direkt om detta [6].

Ofta känner kvinnan, som självskadar sig skuld, har självförebärrelser och mycket låg självkänsla. Vanligt är också att de upplever meningslöshetskänslor och övergivenhetskänslor. Många av kvinnorna med självskadebeteende har en historia av sexuell, fysisk eller psykisk misshandel. Detta tidigare traumat i barndomen kan göra att kvinnan utvecklar symtom, som får ses som posttraumatiskt stressymtom som kan ta sig uttryck i flashbacks och mardrömmar. Ofta undviker kvinnan sådana relationer som kan väcka medvetande om tidigare trauman. Motsatsen kan också finnas att kvinnorna söker sig till relationer där de blir utsatta för misshandel för att använda som en ytterligare form av självskada [2]. Andra symtom bland tonåringar med självskadebeteende är impulsivitet och aggressivitet [2,3].

Risken för självmord efter självskada är betydande. Ca 40-50% av människor som dör genom självmord har tidigare episoder av självskadebeteende [7].

Kopplat till copingkunskaper

Alla som utsatts för trauma skadar sig inte. Det som tycks vara av mycket stor vikt är hur eller om man blir omhändertagen emotionellt efter den traumatiska händelsen. Om ett barn lär sig att kunna tala med förälder eller vårdare lär hon sig att identifiera sina känslor, vilket blir en copingstrategi. Om inte hjälp ges till barnen att lära dem att hantera dessa känslor finner de sin egen lösning att hantera (copa) sina känslor på det bästa sätt de kan. De kan finna på många sätt som att bita, äta, vända aggressivitet mot andra, dunka huvudet, få raserianfall, vilket kan ge lugna känslor. Man lär sig alltså inte andra sätt att hantera smärtsamma känslomässiga tillstånd [8]. Självskadebeteende och ätstörning är olika copingstrategier för liknande situationer.

Att växa upp som misshandlad eller försummad eller både - och gör det svårt att acceptera tröst och hjälp från andra. Konsekvensen blir att de som självskadar sig lär sig att lita på sina egna resurser. De vet ofta inte heller hur de ska bevara meningsfulla relationer, vilket kan leda till känslomässig isolering [9]. Viktigt blir därför i behandling att hjälpa patienten att finna orsaken till självskadebeteendet, hjälpa patienten att uttrycka känslorna som ledde till självskadan och finna andra sätt att "copa" – ta hand om dessa känslor. Det är alltså viktigt att hjälpa barnet att utveckla andra copingstrategier för att de ska känna sig mindre hjälplösa [10].

Att få diagnosen borderlinestörning gör knappast att patienten känner sig bättre och det ökar ofta bara känslan av utanförskap och isolering, som i sin tur leder till självskada. Även om självskadebeteende finns i alla åldrar från 6-75 år är det vanligast i 16-25 års ålder. Det avtar alltså med stigande ålder. Äldre kan med åren ha lärt sig andra copingstrategier och skadar sig därför mindre [8].

Röster

Ofta hör kvinnorna röster av människor som har haft betydelse i livet. Vanligt är att de hör misshandlarnas röster, som säger nedläggande saker om dem. Några av dessa saker kan ha sagts till dem direkt vid misshandeln. Dessa kommunikationer blir ofta konkreta och repeteras om och om igen i kvinnornas huvuden som ett mantra. Ofta är det en röst som säger till kvinnorna att skada sig och ibland en annan som försöker skydda dem. Det är alltså röster som finns inne i huvudet och är inte hallucinationer. Det kan också finnas kroppsminnen. Ofta är kvinnorna rädda att berätta om röster och kroppsminnen för rädslan att bli betraktade som galna [7].

Dissociation

Barn som är överhopade av yttre stressfaktorer tar sin tillflykt till att förneka eller dissociera som en copingmekanism [11]. Dissociation, att stänga av känslorna, görs inte medvetet utan är ett sätt som vårt psyke använder för att skydda oss från outhärdlig smärta, skräck och terror. Det uppstår en känsla av livlöshet och avskiljande från andra [8]. Dissociation tycks alltså vara en mekanism som hjälper till att hantera extrema traumatiska händelser [12]. Det förekommer högre grad av dissociation vid sexuella övergrepp än vid fysisk misshandel [13]. Det finns ett samband mellan självskada och dissociation, mellan barnmisshandel och dissociation och mellan självskadebeteende och barnmisshandel [5].

Dåligt föräldraomhändertagande

Åtskilliga splittrande familjefaktorer har funnits med hos gruppen självskadade [4]. Många kvinnor som självskadar sig beskriver att de växt upp i familjer där de redan som små barn har fått på sig att känna ansvar för allting inklusive att se till att de har en

bra relation till föräldrarna. Många som utsatts för övergrepp tror att det är deras eget fel att det kunde ske. De kan också känna "överlevnadsskuld" d.v.s. att inte vara den som blev skadad utan t.ex. bevittna att mamman blev slagen [8].

I en undersökning av Gladstone et al. 1999 [14] rapporterade deprimerade patienter som varit utsatta för sexuellt övergrepp i barndomen även andra skadliga erfarenheter från barndomen och fler typer av icke välfungerande föräldrafunktion än de som inte varit utsatta. Bland dem som varit utsatta för sexuella övergrepp var det låg nivå på föräldraomhändertagandet liksom hög nivå på föräldralikgiltighet och misshandel. Den miljön var inte skyddande eller stödjande och bestod av mycket konflikter, våld och äktenskapsturbulens. Sexuella övergrepp visar sig alltså i denna undersökning vara starkt associerat med andra skadliga miljöer i barndomen med dysfunktionella familjefaktorer. Detta i sin tur är associerat med en större risk för depression, personlighetsstörning och annan psykopatologi. Känslor av värdelöshet och hopplöshet har blivit funna hos barn som saknar en sammanhållande, stödjande familjegrupp. Samband har också identifierats mellan dåliga relationer hos föräldrar och tonåringar och ungdomens psykiska hälsa. Det är ökad risk för psykisk ohälsa om symtomen är påverkade och vidmakthållna av familjefaktorer såsom stora konflikter i familjen och dålig kontakt mellan barn och föräldrar [15]. Av denna undersökning framgår också att även om antagandet att kamrater har mycket stor betydelse som socialt inflytande och för personligt välmående visar det sig att föräldra – barnrelationen är av lika stor om inte större betydelse. Barn till föräldrar som har mycket konflikter och eventuellt drogberoende kan få svårt att etablera ett gott socialt nätverk

med stödjande personer, vilket i sin tur kan leda till ökad sårbarhet som kan yttra sig i olika psykopatologi och självdestruktivt beteende [3].

I en undersökning med tonåringar som självskadat sig [16] framkom att mindre än hälften tillhörde någon kamratgrupp och att de sällan sökte stöd hos föräldrarna, som ofta själva hade problem [17]. Ensamhetskänsla är ofta mycket stor hos självskadebenägna personer redan innan de börjar skada sig. Sedan ökar känslan av ensamhet ännu mer p.g.a. att de börjar skada sig [4]. Ungdomar under 16 år uttrycker ofta argumentation med föräldrarna som den påskyndande faktorn vid självskadebeteende. Dessa barn upplever ofta pågående problem i hemmet och har ofta även problem i skola och med kamrater.

Behandling

I adolescensen 13-19 år är förhållandet mellan självmordsförsök och fullbordat självmord högre än i någon annan åldersgrupp. I en undersökning av Grotolt, Ekeberg och Haldorsen år 2000 [16] poängteras vikten av att alla som kommer till sjukhus efter avsiktlig självskada måste tas på allvar och betraktas som högriskpatienter. Anledningen till att man inte gör det kan vara att man inte tror att avsikten varit att dö [17]. Man rekommenderar psykiaterkontakt för alla dessa barn och ungdomar och påpekar att inläggning är önskvärd. Det visar sig att endast få, bara en minoritet, av dem som rapporterat självskada har blivit medicinskt omhändertagna. Kliniker tenderar att se försöket som straff eller manipulation och eftersom både föräldrar och de unga motvilligt går till psykiatri prioriterar sjukhuspersonalen denna grupp lägre än de borde [16,17]. Det är framför allt tre saker man skall fokusera på när patienten kommer akut: a) risk för självmord, b)

risk för repeterande självskadeepisoder, c) närvaron av kroniska psykosociala problem, depression, alkohol och droger, personlighetsstörning eller inadekvat copinghantering i kombination med svåra miljöfaktorer [17].

Det har ansetts svårt att behandla självskadebeteende inom psykiatri och medicin. Avsaknad av klar behandlingsstrategi för denna grupp är tydlig i litteraturen [18]. Många olika terapiformer har använts såsom psykodynamisk terapi, där patienten är uppmuntrad att förstå ursprunget av beteendet och att verbalisera känslorna, Andra författare betonar behovet av att undvika för tidiga tolkningar och för mycket intensiv terapi. Olika kognitiva terapiformer har utvecklats (Ryle et al.1989, Kraup-Taylor 1969, Salkovskis et al. 1990 och Linehan, som beskriver DBT 1993) för dessa patienter, där de får utforska uppkomsten och hanterandet av problemet och lära sig att exempelvis ersätta negativt tänkande med positiva påståenden [2]. Walsh och Rosen 1988 har använt gruppterapi baserad på vanlig men mer strukturerad gruppdynamik och Dalan 1991 har utvecklat en kombination av kognitiv och problemlösande terapi. Enligt Alec Miller et al., som 1997 skrev en artikel om DBT för suicidala tonåringar fanns då inte en enda empiriskt validerad psykoterapi som är utvecklad för suicidala och självdestruktiva tonåringar [19]. Senare skriver Fruzzetti och Levinsky i en artikel [20] att DBT är den enda behandlingen som har signifikant empiriskt stöd för behandling av multiproblematiske parasuicidala borderlinekvinnor .

Feldman 1988 [2] fann att överdrivna restriktioner för självskadepatienter sällan var effektiva utan ledde i stället ofta till konflikt med patienten. Användandet av medicin är vida diskuterat.

För inläggande självskadepatienter med återkommande självskadebeteende och pa-

tienter som vid flera tillfällen tagit överdos av narkotika utformades i Betlehem 1992 en behandlingsplan. Den gick ut på att förmå individen att upptäcka alternativ, finna bättre copingstrategier och få bättre förståelse av sig själva. Patienten måste ha kvar ansvaret både för sina känslor och sitt beteende och fick själva välja mellan att fortsätta att skära sig eller att utveckla alternativ. Det initiala steget man arbetade mot var att få patienten att tolerera någon tid mellan impulsen att skada sig och att tillfoga sig skada och låter därigenom individen göra ett medvetet val att skada sig eller inte. Många patienter har en eller fler andra skadliga beteenden såsom drog- eller alkoholmissbruk, ätstörning eller är indragna i relationer med misshandel. Det är därför viktigt att patienten också lär sig att reflektera över världen utanför. Dagens struktur innehåller varjehandla program och händelser, bundna genom strikta tidsramar kl. 9-17. Utanför detta finns sociala aktiviteter. Alla delar av den är arbete i att förstå sig själv, växande, förändring och reflektion. Individen ska göra arbetet själv snarare än att få skyddad omvårdnad. Personalen arbetar med miljön och hårbärgerar ångest. Roberts säger 1994 i en artikel att kapacitet för problemlösning är möjlig bara när depressiv ångest kan tolereras [2].

I Förenta Staterna är självska-deproblematiken betraktad som ett stort hälsoproblem och är den ledande dödsorsaken bland barn och ungdomar. Många av dessa självdestruktiva beteenden har nått epidemiska proportioner i USA [3]. I en artikel av Joseph Brown et al. 1999 [10], beskrivs en tidig mentalhälsointervention som kan skydda eller minska upprepade självska-debeteenden i den åldersgruppen. Man beskriver där hur en noggrann undersökning görs av socialarbetare, psykolog eller psykiater. Man går igenom a) aktuellt problem, b) tidigare

medicinsk historia inklusive missbruk, c) familje- och psykosocial historia, d) tidigare psykiatrisk historia, e) utvecklings- och uppfostranshistoria, f) tidigare medicinering, g) psykiskt status, h) riskfaktorer för barnet, familjen och omgivningen, i) allvaret och avsikten med självska-debeteendet, j) psykiska störningar, k) missbruk och l) skyddande omständigheter. Man anser där att det är viktigt att engagera familjen och att man tillsammans med familjen utvecklar en plan för att identifiera de största behoven, resurserna och resultaten. Behandlaren skall föreslå interventioner som är tidsbegränsade, intensiva och har tydliga mål. Tanken är att man skall hjälpa barnet att utveckla andra copingstrategier för att de ska känna sig mindre hjälplösa. Alla medlemmar i teamet samarbetar för att bestämma omhändertagandet och behandlingen. Det betonas att det är viktigt att gruppera in riskfaktorerna i psykisk sjukdom, psykosociala faktorer och biologiska faktorer. Svårigheter ligger i det faktum att tonåringar inte frivilligt berättar om sitt tillstånd och har svårigheter att verbalisera sitt behov av hjälp.

Skadandet är en startpunkt för stort behov av hjälp och måste följas med krisintervention och utredning av behovet av långtidshjälp. Hjälpen ska ges omedelbart eftersom motivationen kan minska om man väntar. De som haft en önskan att dö kanske inte orkar ta emot annan hjälp i den akuta fasen än specifik hjälp mot eventuell depression. Av dom som behöver behandling är det viktigt att skilja mellan depression och personlighetsstörning, beteendestörning och inadekvat coping. För personlighetsstörda patienter fordras mer problemlösande tekniker. Att ta bort upprepat självska-debeteende ska inte vara det enda fokus. Andra behandlingseffekter såsom att ta bort sociala problem och psykiatriska symtom är viktiga [17].

Isolering från andra föregår nästan alltid den aktuella självskadehandlingen. Begränsning och isolering kan tjäna som utlösare av den självdestruktiva akten, speciellt för individer med en historia av förlust. Paradoxalt nog är avskildhet, instängning, uteslutning och fysiska inspärningar ofta använda som ett medel att kontrollera allvarlig självskada. Dessa metoder kan ge temporär symtomlindring, men resulterar inte i varaktiga beteendeförändringar [12]. Av behandlande metoder finns det ingen indikation, enligt en studie, att det för patienter med självskadebeteende skulle vara mer effektivt med långtidsterapi för att förebygga repeterande självskada än korttidsterapi. Icke depressiva tonåriga patienter som fick familjeterapi i hemmet uppvisade en större minskning beträffande suicidavsikter vid uppföljning, än dom som fick sedvanlig efterbehandling. Lovande resultat har rapporterats med problemlösande terapi, men det behövs mer försök. DBT för kvinnliga borderlinepatienter visar lovande resultat. Man menar emellertid i artikeln att det behövs utveckling och utvärdering av en kortare form av denna behandling, som bättre passar vanliga psykiatriska villkor. Det har också varit positivt resultat av depot neuroleptisk medicin för repeterande självskadepatienter. Även detta bör belysas i en större studie. Enligt samma artikel finns det inga bevis för att antidepressiva mediciner var effektiva för att förebygga upprepning av självskada hos dessa patienter i allmänhet [7].

I en artikel [5] resonerar man kring att borderlinediagnosen är olika ofta förekommande hos män och kvinnor. Flickor utsätts för sexuella övergrepp i större utsträckning än pojkar, som kanske utsätts mer för fysisk misshandel. Flickorna är därigenom utsatta för villkoren som gynnar utvecklingen av borderlinestörning. Man menar i samma ar-

tikel att om borderline är ett posttraumatiskt syndrom har det direkt implikation för behandlingen. I behandlingen av posttraumatiskt syndrom har det visat sig ha stor betydelse att återfå och integrera de traumatiska minnena med deras kopplade känslor och nödvändigheten med bekräftelse av patientens traumatiska erfarenhet. Integration av traumat är en förutsättning för utvecklande av förbättrad affektolerans och impulskontroll. Bekräftelsen av traumat är en förutsättning för återställandet av integrerad självvidentitet och förmågan till en bra relation med andra människor.

Slutligen framhålls att fortsatt forskning rörande effektiva behandlingsformer på större patientmaterial är nödvändigt eftersom tidigare undersökningar gjorts i huvudsak på studier med alltför litet patientmaterial för att man skall kunna säkerställa kliniskt meningsfulla skillnader mellan patientgrupper och kontrollgrupper [7].

Avsikten med denna artikel har varit att sammanfatta och belysa något av vad som forskats och skrivits om självskadebeteende hos unga kvinnor under senare år, vad som kan ligga bakom detta beteende och behandlingsstrategier. Artikeln gör inte anspråk på att vara heltäckande och t.ex. har i eventuella samband mellan självskadebeteende och neuropsykiatriska tillstånd inte belysts i den litteratur som studerats. Mycket litet forskning har bedrivits i Sverige rörande detta högaktuella problem. Avslutningsvis kan dock rapporteras att ett projekt nyligen slutförts inom Division psykiatri i Lund där man dels utrett bakomliggande faktorer till självskadebeteende hos ett antal patienter samt deras och deras anhörigas synpunkter på den behandling de fått i samband med inläggning på psykiatrisk klinik.

Referenslista

1. Samuelsson, M. Självskaðebeteende ett fenomen hos tonårsflickor. En litteraturgenomgång över bakomliggande faktorer. *Socialmedicinsk tidskrift* 2001; 5: 449-454.
2. Crowe M, Bunclark J. Repeated self-injury and its management. *International Review of Psychiatry* 2000;12:48-53.
3. Sulik LR, Garfinkel BD. Adolescent Suicidal Behavior: Understanding the Breadth of the Problem. *Child Adolesc Psychiatr Clin NAM* 1992;vol11, No1:197-228.
4. Guertin T, Lloyd-Richardson E, Spirito A, Donaldson D, Boergers J. Self-Mutilative Behavior in Adolescents Who Attempt Suicide by Overdose. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001;40:1062-1069.
5. Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA. Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 1989; 146:490-495.
6. Zlotnick C, Mattia JI, Zimmerman M. Clinical Correlates of Self-Mutilation in a Sample of General Psychiatric Patients. *J Nerv Ment Dis* 1999; Vol 187, No 5:296-301.
7. Hawton K, Townsend E, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, House A, van Heeringen K. Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self harm. *Cochrane Review*. In: *The Cochrane Library*, Oxford, Issue 1, 2002; 1-42.
8. Smith G, Cox D, Sardijan J. *Women and Self-Harm*. London: The Women's Press 1998.
9. MacAniff Zila L, Kiselica MS. Understanding and Counseling Self-Mutilation in Female Adolescents and Young Adults. *Journal of Counseling and Development* 2001; 79:46-52.
10. Brown J, Burr B, Coleman MF, Horowitz L, Thompson PJ, Wright-Johnson C, Wright J. *Mental Health Treatment for Self-Injurious Behaviors: Clinical Practice Guidelines for Children and Adolescents in the Emergency Department*. National Academies of Practice Forum 1999; Vol 1, No 1:35-40.
11. Low G, Jones D, MacLeod A, Power M, Duggan C. Childhood trauma, dissociation and selfharming behaviour: A pilot study. *British Journal of Medical Psychology* 2000; 73: 269-278.
12. Nijman HLI, Dautzenberg M, Merckelbach HLGJ, Jung P, Wessel I, à Campo J. Self-mutilating behaviour of psychiatric inpatients. *Eur Psychiatry* 1999; 14:4-10.
13. Kisiel CL, Lyons JS. Dissociation as a Mediator of Psychopathology Among Sexually Abused Children and Adolescents. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1034-1039.
14. Gladstone G, Parker G, Wilhelm K, Mitchell P, Austin M-P. Characteristics of Depressed Patients Who Report Childhood Sexual Abuse. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 431-437.
15. Hurd K P, Wooding S, Noller P. Parent-Adolescent Relationships in Families with Depressed and Self-Harming Adolescents. *Journal of Family Studies* 1999; Vol 5, No1:47-68.
16. Grøholt B, Ekeberg Ö, Haldorsen T. Adolescents hospitalised with deliberate self-harm: the significance of an intention to die. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2000; 9:244-254.
17. Hurry J. Deliberate self-harm in children and adolescents. *International Review of Psychiatry* 2000; 12: 31-36.
18. Huband N, Tantam D. Clinical management of woman who self-wound: A survey of Mental-Health professionals' preferred strategies. *Journal of Mental Health* 1999; 8, 5:473-487.
19. Miller AC, Rathus JH, Linehan MM, Wetzel S, Leigh E. Dialectical Behavior Therapy Adapted for Suicidal Adolescents. *J Pract Psychiatry Behav Health* 1997; 3:78-86.
20. Fruzetti AE, Levensky ER. *Dialectical Behavior Therapy for Domestic Violence: Rationale and Application*. Cognitive and Behavior