

Unga inneliggande patienter med självdestruktivt beteende

Margareta Samuelsson¹, Lena Eidevall², Lil Träskman-Bendz³, Agneta Öjehagen⁴ och Ralf Jensen⁵

¹ Dr med vet, socionom. Tidigare verksam som kurator vid Barn-och ungdomspsykiatriska kliniken vid USiL, Lund. ² Divisionschef, överläkare, Division Psykiatri Lund(tidigare USiL, numera Psykiatri Skåne). E-mail: lena.eidevall@skane.se. ³ Professor, överläkare Lunds Universitet, Inst. för kliniska vetenskaper. ⁴ Professor, socionom, Lunds Universitet, Inst. för kliniska vetenskaper. ⁵ Överläkare, Dianalund, Slagelse, Danmark

Inom Division Psykiatri vid USiL(Universitetssjukhuset i Lund) har ett projekt genomförts i syfte att föreslå åtgärder för patienter med självskadebeteende. Projektet omfattade två delar – en journalgenomgång av 24 patienter, 15-25 år, inlagda under en sexmånadsperiod vid divisionens vuxen- och barnpsykiatriska kliniker och en intervjuundersökning av 14/24 patienterna och deras anhöriga. Av journalgenomgången framkom bl.a. att många patienter haft en svår uppväxt, utsatts för sexuella övergrepp och kände sig övergivna. I intervjuerna framkom att många upplevde att de inte fått någon behandling utan att inläggningen varit en fråga om förvaring. De få som fått DBT upplevde denna behandling positivt.

Abstract: A study was conducted at Lund University Hospital in 2001-2002 with the purpose to suggest alternative models for treatment and care of patients with deliberate self-harm behaviour. A review of the inpatient charts was conducted for twenty-four young female patients, 15-25 yrs of age, admitted to a child and adolescent or adult psychiatric clinic during a 6 month period, and 14/24 of the patients and their relatives were interviewed. Chart reviews showed that a lot of information that might be necessary in order to understand, diagnose and treat these patients is not always available. Furthermore, there is seldom a systematic, structured care and treatment planning for this group of young, mostly female patients. Many of the patients reported a difficult upbringing, had been subjected to sexual abuse and felt abandoned. In the interviews the lack of continuity was a recurrent complaint and the young women saw the days at the wards as long, tedious, empty and destructive, with little or no daily structure. The patients who had experienced DBT were very satisfied with this treatment. We conclude that treatment of deliberate self-harm must begin with thorough information on symptoms, life events and the current life situation. Emphasis must be put on a structured outpatient treatment model, including the treatment of existing psychiatric disorders, and the use of DBT or CBT. The principal aim must be to minimize the need of inpatient treatment. A model must also contain guidelines for a structured inpatient treatment.

Introduktion

Självskadebeteende är ett fenomen som ökat hos framför allt unga kvinnor de senaste åren. En undersökning av skolelever visade att var tredje flicka i 15-årsåldern hade tankar på att skada sig själv (1). Med självskada menas att skära eller rispa sig, bränna sig eller på annat sätt tillfoga sig kroppslig skada. Det görs inte i suicidsyfte utan i ångestlindrande syfte och för att omvandla inre psykisk smärta till yttre, så att den yttre kontrollerbara smärtan avlastar den inre okontrollerbara smärtan. Ofta finns det någon form av fysiskt eller psykiskt trauma med i bilden och kanske framför allt emotionell försummelse och övergivenhet i barndomen (2,3,4,5). Beteendet medför allvarlig fara för eget liv om ingen utomstående ingriper (6,7)

Att självskada sig görs för att omvandla inre psykisk smärta till yttre kontrollerbar smärta.

Inom både vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri har självskadeproblematiken blivit allt svårare att bemästra. Under inläggning har det visat sig att självskadebeteendet kan smitta av sig till tidigare inte självskadebenägna patienter. Beteendet kan utvecklas till ett beroende, som medför stor suicidrisk, eftersom patienten skär sig djupare och djupare för att uppnå samma lindring. För detta upprepade självskadebeteende har adekvata behandlingsstrategier saknats, samtidigt som kostnaderna för slutenvården stigit och patienterna försämrats och uppvisat ett stort

lidande. Många olika psykoterapiformer har använts; psykodynamisk psykoterapi, grupp-psykoterapi och olika kognitiva psykoterapiformer (8). I en artikel skriver Fruzzetti och Levensky att Dialektisk beteendeterapi, DBT, är den enda behandlingen som har signifikant empiriskt och vetenskapligt stöd för behandling av multiproblematiske parasuicidala borderlinekvinnor (9). Inga studier visar att något enskilt läkemedel har effekt på det självskadande beteendet (10,11).

Vid Division Psykiatri, USiL, Lund, startades ett projekt våren 2001 i syfte att föreslå åtgärder för gruppen unga patienter med självdestruktivt beteende. En referensgrupp bildades med representanter från både barn- och vuxenpsykiatrin.

Projektet kom att innefatta två delar, dels en journalgenomgång, dels en intervjuundersökning av patienter som varit inlagda. Del ett var en kartläggning av patienter som varit inlagda. Deras journaler studerades för att bättre förstå den bakomliggande problematiken och utreda vilken behandling de fått. Den andra delen var intervjuer av patienter/anhöriga om den behandling de fått under inläggning på psykiatrisk klinik för sitt självskadebeteende, vad de upplevt varit bra, och vad som varit dåligt/mindre bra.

Syfte

Syftet med första delstudien (kartläggningen) var att undersöka omfattningen av problemet, innefattande diagnoser, ålder, psykopatologi, psykologiska, relationella, sociala eller

biologiska faktorer, samt vilken behandling patienterna fått.

Den andra delstudien med intervjuer gjordes för att få en bild av patienters/anhörigas upplevelser av vården och deras syn på vad som kan förbättras. Det övergripande syftet med studien var att få kunskaper för att föreslå nya och bättre behandlingsformer för denna svåra patientgrupp. Som ett delmål har vi, bl.a. utifrån resultat från ett tidigare metodutvecklingsprojekt (12) som gjorts av DBT-teamet i Lund 1998-2001, haft som ambition att hitta behandlingsstrategier för att minska oplanerade och/eller långvariga inläggningar inom psykiatrisk slutenvård.

Det övergripande syftet med studien var att få kunskaper för att föreslå nya och bättre behandlingsformer för denna patientgrupp.

Material

De patienter mellan 15-25 år, som under en sexmånadsperiod hösten 2000 till våren 2001 varit inlagda under olika diagnoser och med ett känt självdestruktivt beteende inom divisionens vuxen- och barnpsykiatriska kliniker, utgjorde vår population - sammanlagt 24 patienter. Alla var kvinnor födda 1975-1986. Sexton patienter var 20 år eller yngre. Många hade varit aktuella både på barn- och vuxenpsykiatrisk klinik. Sammanlagt hade de haft 3599 vård dagar, varierande mellan 2 och 742 dagar till en kostnad av 22 166 872 Skr.

Metod

Slutenvårdsjournalerna för de 24 patienterna granskades ingående utefter bestämda kriterier: diagnoser under aktuellt vårdtillfälle, ålder, kön, beskrivning av självskadebeteendet, annat dysfunktionellt beteende, tidig utveckling, släktanamnes, gynekologisk anamnes, relationer, trauman samt åtgärder/ behandling inkl. läkemedel.

Samtliga 24 patienter tillfrågades brevledes om möjlighet att få intervjua dem om den behandling de fått i samband med att de varit inlagda på psykiatrisk klinik, vad de tyckt hade varit bra/mindre bra i den behandling de fått, och om de trodde att någon annan typ av behandling skulle ha varit bra för dem.

Vi bad om deras tillstånd att också få intervjua någon anhörig i samma syfte. Vi fick positivt svar från 14 patienter och 14 anhöriga. Patienter och anhöriga intervjuades vid skilda tillfällen. Intervjuarna, två erfarna behandlare som inte varit involverade i patientens vård, följde uppgjorda frågor i en semistrukturerad intervju, speciellt konstruerad för denna undersökning av projektets referensgrupp. Tretton frågor ställdes till patienterna. Samma frågor och ytterligare en fråga ställdes till de anhöriga. Beskrivningen från intervjuerna är enbart ur patienternas och de anhörigas perspektiv. Vi har inte intervjuat några behandlare.

Resultat

Journaluppgifter

Journalerna studerades ingående. De flesta hade under årens lopp fått olika diagnoser; depression, emotionellt instabil personlighetsstörning, anorexi eller bulimi, posttraumatiskt stresstillstånd (PTSD), krisreaktion, tvångstillstånd, impulskontrollstörning, ADHD, autismspektrumstörning, dyslexi och i ett fall bipolär sjukdom. Många anamnestiska uppgifter saknades i journalerna. Kontinuitet i behandlingen saknades.

Självskadebeteendet varierade något, men det gemensamma var att de skadade sin kropp genom att skära eller rispa sig med glödlampor, rakblad, saxar eller knivar, svälja knappålar, häftstift eller andra vassa saker, försöka tända eld på håret eller göra brännmärken med cigaretter på kroppen. Nitton patienter uppgav att de skadat sig i ångestlindrande syfte, fem patienter av impuls och sju patienter i suicidsyfte.

Tretton patienter hade någon form av ätstörning, elva hade överkonsumerat eller missbrukat alkohol eller narkotika och sju hade stulit eller snattat. Tidig utveckling och gynekologisk anamnes var beskrivna i endast få journaler.

Sjutton patienter hade psykisk sjukdom (psykos, depression eller missbruk) hos någon nära släkting. I flera journaler saknades uppgift om sjukdomar i släkten.

Sexton patienter hade frånskilda föräldrar. Femton hade ingen eller mycket liten kontakt med sin biologiska far, fyra hade ingen kontakt med sin biologiska mor och sexton hade uppgivit dålig kontakt eller konflikter med modern. Fjorton hade blivit mobbade under någon period av sin skoltid eller hade inga eller dåliga kamratrelationer. Nio hade varit utsatta för sexuella övergrepp, sju var övergivna av någon förälder eller upplevde en övergivenhetskänsla och nitton hade upplevt separation.

Många hade låg självkänsla, nedvärderade sig själva och upplevde sig som fula och dumma.
--

Många hade haft långa vårdtider och/eller hade blivit in- och utskrivna på avdelningarna flera gånger. De flesta hade fått antidepressiv medicin (SSRI) och lugnande mediciner, och någon gång sömnmedel. Några hade fått neuroleptika.

Andra viktiga uppgifter som framkom i journalerna var att elva hade låg självkänsla, var nedvärderande gentemot sig själva och upplevde sig som fula och dumma. Nio uppgav meningslöshets -/ hopplöshetskänslor. Tio hörde motstridiga röster inom sig som uppmanade dem till olika saker. Ytterligare två uttryckte att de styrdes av två viljor. Två hade minnesluckor eller minnesförlust.

Intervjuundersökning

Svaren från den semistrukturerade intervjun rörande behandlingen presenteras här på grupp-nivå. Läsare som är intresserade av de mer utförliga svaren kan rekvirera dessa från författarna.

Alla patienter har inte blivit inlagda i psykiatrisk slutenvård primärt pga. sitt självskadebeteende, utan några uppger att de lärt sig beteendet på avdelningen av andra patienter som använt sig av ett självdestruktivt ångestlindrande beteende.

Många upplevde att de inte fått någon hjälp alls utöver mediciner utan hade bara blivit förvarade och vaktade. De tyckte att alldeles för mycket personal varit inblandade och att det varit svårt att berätta allt för alla. De önskade att de fått prata med någon som lyssnat och visat förståelse och att de blivit tagna på allvar. De efterlyste samtalsterapi, en utredning av vad som låg bakom deras problem och de önskade mer struktur på avdelningen. De som fått DBT eller hört talas om den behandlingen var mycket positiva och menade att det var det enda som lett till bättring. Att må bra uttrycktes som att inte ha ångest, att vara helt normal, att ha pojkvän, kompisar, jobb, skola och bostad och att kunna känna alla känslor.

Det saknades en enhetlig behandlingsstrategi för denna grupp av patienter.

Även de anhöriga var ofta kritiska till behandlingen. Flera tyckte att patienten inte fått någon hjälp utöver inläggning, som de upplevde som förvaring och bevakning. De efterlyste också behandlingsplan och större helhets-

syn och önskade att de som anhöriga varit mer involverade i behandlingen. Även de anhöriga var positiva till DBT och önskade att fler hade kunnat få tillgång till den behandlingen.

Samtliga patienter över 18 år som vårdats i slutenvård under år 2001 resp. 2000 i Region Skåne hade knappt 2 vårdtillfällen/patient och 19,4 respektive 21,0 vård dagar per vårdtillfälle (13). Inom Region Skåne var vårdtiderna i psykiatrin för patienter med depression under dessa två år 24 respektive 23 vård dagar per vårdtillfälle, för schizofreni 48,3 respektive 41,5 vård dagar per vårdtillfälle och för patienter med ätstörningar var vårdtiderna 44,2 respektive 28,9 vård dagar per vårdtillfälle. I vår undersökta grupp på 24 patienter var motsvarande siffror under ett års tid 2,5 vårdtillfällen/patient och 36,6 vård dagar/vårdtillfälle. Detta betyder att gruppens slutenvårdskonsumtion närmar sig den för schizofrena patienter och var betydligt högre än den för deprimerade patienter i Region Skåne .

Diskussion

Samtliga 24 patienter var kvinnor och utgjorde 2/3 av alla patienter i samma åldersgrupp som varit inlagda under detta halvår. De hade vårdtider i en nivå med patienter med schizofreni eller svår ätstörning (13).

Journalgenomgång

Av journalgenomgången framgår att flera av patienterna vistats långa perioder på sjukhus, hade varit inlagda vid upprepade tillfällen samt att det saknades en enhetlig behandlings-

strategi för denna grupp av patienter. Mycket sällan fortsatte kontakten från öppenvården under inläggningstiden och om patienten lades in igen fick hon ofta nya behandlare, såväl läkare som kontaktpersoner.

Ett starkt samband mellan självska-
debetende och barndomstrauma, fy-
sisk eller psykisk misshandel, sexuellt
utnyttjande och fysisk försummelse
har visats i flera undersökningar (6).
Ett ännu starkare samband har man
funnit mellan självska-
debetende och *emotionell försummelse* i barndomen (4). I
det aktuella journalmaterialet för den
här kartlagda patientgruppen fann vi
endast begränsad information rörande
tidig anknytning mellan barn- för-
älder/föräldrar, liksom kring försum-
melse under uppväxten.

Patienterna i undersökningen hade
ofta haft en svår uppväxt med *splitt-
rade familjeförhållanden*. Många hade en
dålig kontakt med modern (fyra hade
ingen kontakt) eller var i konflikt med
henne, och mer än hälften hade helt
tappat kontakten med sin biologiska
far.

Drygt en tredjedel hade varit utsatt
för *sexuella övergrepp*. I olika undersök-
ningar (14,15) rapporteras att barn
som varit utsatta för övergrepp ofta
även har andra skadliga erfarenheter
från barndomen såsom bristande för-
äldraomhändertagande, stor föräldra-

Patienterna hade ofta en svår uppväxt med
splittrade familjeförhållanden och drygt en
tredjedel hade varit utsatta för sexuella över-
grepp

likgiltighet och misshandel.

Många patienter i vår studie kände sig
*övergivna, hade meningslöshets - eller hopp-
löshetskänslor, låg självkänsla* och upp-
levde sig som fula och dumma. Mer
än hälften hade blivit mobbade under
någon period av sin skoltid eller hade
inga eller dåliga kamratrelationer, vil-
ket kan ha bidragit till deras dåliga
självförtroende och övergivenhets-
känslor.

Den som inte får hjälp med att lära sig
att hantera svåra och/eller outhärdliga
känslor hittar ibland mindre adekvata
anpassningsstrategier. En teori är att
självskadande unga män och kvinnor
hanterar svåra känslor på det bästa
sätt de kan – genom självska-
debetende som har blivit deras copingstra-
tegi (16). Detta beteende avtar med
åldern, vilket kan bero på att man lär
sig andra, mer funktionella copingstra-
tegor ju äldre man blir (17). Självs-
skadehandlingarna görs ofta inte i
suicidsyfte, men ett repeterande själv-
skadebetende medför på sikt en ökad
suicidrisk (18).

Många patienter hade enligt journal-
genomgången någon form av ätstör-
ning, hade överkonsumerat/missbru-
kat alkohol eller narkotika, stulit eller
snattat. Detta beskrivs i andra under-
sökningar som vanligt i samband med
självskadebetende (19). Exempelvis
sammanfaller ofta bulimia nervosa
med avsiktlig självskada. Både ätstör-
ning och självskada är ett sätt att få
lindring och bli fri från ångest (20).

Det är beskrivet i andra undersökningar att patienter med självskadebeteende ofta hör motstridiga röster eller upplever sig styrda av två viljor (17). Vanligt är att de hör röster som säger nedsättande saker om dem och ofta upplever de röster som tillhör de personer som misshandlat dem fysiskt, sexuellt eller psykiskt. Patienterna har dock en större distans till röstupplevelserna än vad som beskrivs vid psykos. De är ofta rädda att berätta om sina röster och kroppsminnen för andra av rädsla att bli betraktade som galna.

Hälften av patienterna i vår undersökta grupp uppgav att de hörde röster inom sig, som uppmanade dem till olika saker eller så uttryckte de att de styrdes av två viljor.

Enligt litteraturen rapporterar så många som 80 % av patienter med borderline personlighetsstörning (BPD) ett självskadebeteende. Det är emellertid inte bara personer med BPD som skadar sig visar andra undersökningar (21,22). En kombination av sårbarhet, psykopatologi och tidigare upplevelser av belastande händelser kan leda till olämpligt och självdestruktivt beteende (1).

Intervjuer av patienter och deras anhöriga

Av intervjuerna framgår att det sällan hade gjorts en grundlig psykiatrisk, psykologisk och psykosocial genomgång av patienten innan diagnos sattes och behandling inleddes. Samtliga som intervjuades var mycket positiva och tillmötesgående vid intervjun. De

pratade villigt och länge och lämnade mycket viktig information. Alla var positiva till att intervjun togs upp på band.

Återkommande i intervjuerna med både patienter och anhöriga är att de inte tycker sig ha fått någon behandling på avdelningarna utan att det varit fråga om *förvaring*. De beskriver att de fått *många olika läkemedel*. Patienterna själva har ofta uppfattat detta som den enda behandlingen. Mycket få patienter har kunnat beskriva något från inläggningsperioden som gjort dem bättre och hindrat dem från att fortsätta att skada sig själva. För de flesta av patienterna och deras anhöriga, till största delen mödrar, har flera av svaren rört såväl den senaste/ aktuella slutenvårdsbehandlingen som erfarenheter man gjort vid tidigare vårdtillfällen.

Flickorna/de unga kvinnorna beskriver hur de önskat att behandlingen skulle vara. Flertalet önskade att någon hade *lyssnat* och *tagit på allvar* det de berättade. Flickorna tyckte att man borde ha tagit reda på orsaken till att de skadade sig och vad som låg bakom att de mådde dåligt. Nästan alla efter-

Sällan hade det gjorts en grundlig psykiatrisk, psykologisk och psykosocial genomgång av patienterna innan diagnos sattes och behandling inleddes.

lyste en *"ordentlig"* *samtalskontakt* och många efterfrågade *psykoterapi*, dvs. att få prata med en och samma person regelbundet under en längre tid.

tema: ny forskning

Bara några enstaka patienter hade fått denna möjlighet.

Dålig *kontinuitet* var ett återkommande tema under intervjuerna. Det fanns oftast inte någon behandlare från tidigare vårdperiod som följde patienten eller som *överlämnade* tidigare given information eller upplysningar om patienten mellan öppen- och slutenvård eller mellan de olika slutenvårdsenheterna. Många upplevde det mycket påfrestande att behöva berätta samma saker gång på gång för olika personer, både läkare, kontaktpersoner och annan vårdpersonal.

Utredning och behandling

Det påpekas i litteraturen (23) att det är viktigt att skilja mellan depression och personlighetsstörning, beteendestörning och inadekvat coping och att inte ensidigt fokusera på det upprepade självskadebeteendet utan ge annan behandling och stöd för att avhjälpa sociala problem och att behandla psykisk sjukdom.

Något som påtalades i intervjuerna var *avsaknad av daglig struktur* på avdelningarna. Dessa unga flickor/kvinnor upplevde dagarna som långa, innehållslösa och förödande. Ingenting fanns att göra, förutom på en BUP-avdelning där det fanns arbetsterapi och skola. De orkade inte läsa böcker och fick inte se på TV på dagtid. Personalen saknade, enligt patienterna, tid eller engagemang att hjälpa till att finna någon meningsfull sysselsättning (9).

Tre av patienterna som intervjuades hade erfarenhet av, och andra hade hört talas om, dialektisk beteendeterapi (DBT) (24,25,26). De som kommit i kontakt med denna terapiform var mycket positiva och de som hade egen erfarenhet av behandlingen menade att det var det enda som hade hjälpt dem och att det hade varit deras räddning. De menade att de hade velat ha detta betydligt tidigare, att DBT-behandlingen kunde ha börjat redan då de var inlagda. De hade under denna behandling fått möjlighet att tala om sina problem i grupp, vilket stärkte deras självkänsla. De förstod att de inte var ensamma om sina problem och sina svåra erfarenheter.

De intervjuade anhöriga hade mycket likartade uppfattningar som patienterna beträffande behandlingen. De var besvikna över att ha fått *för lite information* framför allt inför hemskrivning. Flera föräldrar uttryckte att de hade velat ha något för anhöriga - grupper eller enkla informationskrifter. De hade velat träffa andra föräldrar i liknande situation och hade velat ha mer kontakt med behandlande läkare. Några sade att de tyckte att de hade information att lämna som ingen frågade efter.

En fråga man kan ställa sig är om det hade varit möjligt att förhindra en negativ utveckling med eskalerande självdestruktivt beteende och upprepade inläggningar, som flertalet unga kvinnor i vår kartläggning uppvisat, ifall det hade funnits ett systematiskt, strukturerat omhändertagande för

denna patientgrupp med klara riktlinjer för behandling.

Vi uppfattar det vara centralt att lägga stor tonvikt vid tidig utredning och bedömning av patienternas symtom och livssituation. Man behöver koppla in familj/anhöriga och nätverk (även skola, socialtjänst, arbetsplats etc.) och man måste utreda om det finns en grundsjukdom som t.ex. depression som behöver behandlas och/eller en

Vi uppfattar det vara centralt att lägga stor tonvikt vid tidig utredning och bedömning av patienternas symtom och livssituation.

neuropsykiatrisk problematik.

I litteraturen har det visats att det är vanligt med otydliga behandlingsstrategier för denna grupp (23). Fruzzetti och Levensky skriver i en artikel att DBT är den enda behandlingen som har signifikant empiriskt stöd för behandling av multiproblematiske parasuicidala borderlinekvinnor (9). DBT har visat sig vara en terapiform som ger goda resultat hos kvinnliga borderlinestörda patienter (12,25). Alec Miller och medarbetare skrev 1997 en artikel om DBT för suicidala tonåringar och enligt denna artikel fanns dessförinnan ingen empiriskt utvärderad psykoterapi som visat effekt för denna patientgrupp (27).

Utifrån litteratur och egen erfarenhet är vi övertygade om att ett viktigt inslag, trots begränsat vetenskapligt underlag, är att tidigt kunna erbjuda strukturerad behandling, DBT (28) och KBT och att man dessutom bygger upp en vårdkedja som innehåller

samma bärande grundprinciper inom öppenvård och slutenvård. En sammanhållen behandlingsplan med en tydlig struktur och väl definierade insatser inom hela vårdprocessen är angelägen att utveckla för denna grupp med upprepat, svårt självskadebeteende. Med all sannolikhet skulle många av dessa unga kvinnor gynnas av en tydligare och mer strukturerad samverkan mellan barnpsykiatri och vuxenpsykiatri, gärna i åldersövergripande team eller liknande.

Eftersom kunskapsläget idag inte ger oss entydig vägledning, måste alla mer ambitiösa behandlingsinsatser kopplas till forskning och utvärdering för att snabbt öka kunskapen kring vad som hjälper både den enskilda individen och gruppen som helhet. Som en särskild uppgift ser vi att den vård som ges på de behandlingshem som idag tar hand om flera av dessa unga kvinnor bör granskas för att förstå om patienterna blir hjälpta och i så fall vad det är som hjälper i behandlingens upplägg och innehåll.

En sammanhållen behandlingsplan med en tydlig struktur och väl definierade insatser inom hela vårdprocessen är angelägen att utveckla för denna grupp med upprepat, svårt självskadebeteende.

Referenslista

1. Sulik LR, Garfinkel BD. Adolescent Suicidal Behavior: Understanding the Breadth of the Problem. *Child Adolesc Psychiatr Clin NAM* 1992;vol 1, No1:197-228.
2. Rubinstein B, Kruse A, Swedenfeldt E-L. Ungdomsundersökning från Bohuslän. Undersökning av psykosocial hälsa bland 6400 ungdomar i 14 kommuner i Västra Götaland våren 1998 – en resultatredovisning. Västra Götalandsregionen. Göteborg 1999.
3. Samuelsson M. Självskadebeteende bland unga kvinnor. Litteraturredovisning av nyare artiklar rörande självskadebeteende, dess bakgrund och behandling. *Socialmedicinsk tidskrift* 2004;3:271-277.
4. Draijer N, Langeland W. Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1999; 3:379-385?
5. Lipschitz D, Winegar R, Nicolaou A, Hartnick E, Wolfson M, Southwick S. Perceived abuse and neglect as risk factors for suicidal behaviour in adolescent inpatients. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187:32-9.
6. Connors R. Self-injury in trauma survivors: 1. Functions and meanings. *Am J Orthopsychiatry* 1996; 66: 197-205.
7. Boyce P, Oakley-Browne M A, Hatcher S. The problem of deliberate self-harm. *Current Opinion in Psychiatry* 2001;14:107-11.
8. Crowe M, Bunclark J. Repeated self-injury and its management. *International Review of Psychiatry* 2000;12:48-53.
9. Fruzetti AE, Levensky ER. Dialectical Behavior Therapy for Domestic Violence: Rationale and Application. *Cognitive and Behavioral Practice* 2002;7:435-447.
10. Hawton K, Townsend E et al. Deliberate self-harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *BMJ* 1998;317(7156):441-7.
11. Rapport från Socialstyrelsen: Vad vet vi om flickor som skär sig? www.socialstyrelsen.se, dec 2004; 2004:123-41.
12. Perseus K, Öjehagen A, Ekdal S, Åsberg M, Samuelsson M. Treatment of suicidal and deliberate Self-Harming patients with Borderline Personality Disorder using Dialectical Behavioral Therapy, - the patients' and the therapists' perceptions. *Arch Psychiatr Nurs* 2003; 17:218-227.
13. Region Skåne och Kommunförbundet Skåne: Vuxenpsykiatri i Skånsk Livskraft, Projekt-rapport juni 2003.
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. Yeo HM, Yeo WW. Repeat deliberate self-harm: a link with childhood sexual abuse? *Arch Emerg Med* 1993; 10:161-166.
16. van der Kolk B, Fislser R. Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation. *Bull Menninger Clin* 1994; 58:145-68.
17. Smith G, Cox D, Sardijan J. Women and Self-Harm. London: The Women's Press 1998
18. Briere J, Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *Am J Orthopsychiatry* 1998;68:609-20.
19. Kemperman I, Russ M, Shearin E. Self-injurious behavior in borderline patients. *J Personal Disord* 1997; 11:146-57.
20. Favaro A, Santanastaso P. Impulsive and compulsive self-injurious behavior in bulimia nervosa: prevalence and psychological correlates. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186:157-65.
21. 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.
22. 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,No5:296-301.

23. Huband N, Tantam D. Clinical management of women who self-wound: A survey of Mental-Health professionals' preferred strategies. *Journal of Mental Health* 1999; 8, 5:473-487.
24. Käver A. Dialektisk beteendeterapi för suicidala borderlinekvinnor: En presentation. *Scand J Behav Ther* 1997;3:132-139.
25. Käver A, Nilsson Å. Dialektisk beteendeterapi för Emotionell Instabil Personlighetsstörning. Teori, strategi och teknik. Stockholm: Natur och Kultur 2002.
26. Linehan Marsha M. Dialektisk beteendeterapi: färdighetsträningsmanual. Stockholm: Natur och Kultur 2004.
27. Miller AC, Rathus JH, Linehan MM, Wetzler S, Leigh E. Dialectical Behavior Therapy Adapted for Suicidal Adolescents. *J Pract Psychiatry Behav Health* 1997; 3:78-86.