

Tre exempel på självska­debeteende

Självska­debeteende kan se mycket olika ut. Mia Ramklint illustrerar det med att berätta om tre personer. Alla tre självska­dar, men det är stora skillnader mellan dem.

1. En ung kvinna har armarna täckta med ärr av olika ålder. En del är bleka och väl läkta, medan andra är alldeles färska med rött blod som just har levrat sig. Skulle man se låren, ser de likadana ut.

2. En ung man går fram och tillbaka på boendet där han bor. Han går och går, det gör ont i knäna men han går ändå. Samtidigt slår han sig mot tinningarna.

3. En annan ung man kommer in till akuten med ambulans. Han har stuckit en kniv i sin mage. Han har schizofreni.

Det är tre väldigt olika exempel. I det första är skadorna ytliga – man skadar huden. I det andra handlar det om ett monotont, upprepat beteende, och i det tredje om ett mycket omfattande självska­debeteende: en kniv i magen kan man ju faktiskt dö av.

Det är också skillnad mellan vilka personer som riskerar att drabbas. De ytliga skadorna ser man mest hos unga personer, som ofta använder det här som ett sätt att reglera känslor. De drabbade behöver inte ens ha en psykisk sjukdom. Men om de har någon psykiatrisk diagnos kan det till exempel vara borderline personlighetssyndrom.

Monotont beteende, som i exempel två, förknippas ofta med autism. Det kan till exempel utlösas när strukturen brister, när omhändertagandet inte har blivit optimalt. Mannen som stack kniven i magen kanske styrdes av röster. Ett så allvarligt självska­debeteende kan man se vid en psykos.

Vanligt bland ungdomar

Det självska­debeteende vi talar mest om i samhället är det med ytliga hudskador. Hur vanligt är det? Enkäter bland skolungdomar, som man genomfört i bland annat Östergötland och Skåne, visar att nästan hälften av ungdomarna säger sig ha gjort det åtminstone en gång. Omkring 13–14 procent säger sig ha gjort det flera gånger.

Går man till psykiatrin och frågar patienter där säger cirka hälften att de tillfogat sig ytliga självska­dor flera gånger. Tittar man på de yngre åldrarna är det ännu fler, kanske 70 procent, i de äldre åldrarna är det färre.

Enstaka gånger eller upprepade?

Vad är skillnaden mellan enstaka gånger och upprepade? När man frågar i befolkningen är det ganska vanligt att man får svaret: »Ja, jag gjorde det en gång, men det funkade inte för mig.« Och så gjorde de det aldrig mer.

Forskningen har inte bestämt var gränsen ska gå mellan enstaka och upprepat självska­debeteende, men den verkar ligga någonstans mellan fem och tjugo gånger. Gör man det om och om igen kan man fastna i det därför att det på något sätt fungerar, till exempel genom att minska ångesten. Då finns det en stor risk att man fortsätter. Fastnar man i ett upprepande har man ett lidande.



SKÄRSÅR FÖR ATT LINDRA ÅNGEST. Den vanligaste funktionen för ytligt självska­debeteende är att reglera känslor. När man skär sig, blir man så upptagen av smärtan att ångesten lindras.

Självskada för att lindra ångest

Den vanligaste funktionen för ytligt självska­debeteende är att reglera känslor. Man känner stark ångest och vet inte vad man ska göra. Men när man skär sig, blir man så upptagen av smärtan att ångesten lindras. Detta är nog den vanligaste orsaken till ytligt självska­debeteende. Det fungerar ofta och det är därför man fortsätter.

Men det kan också vara så att man mår så dåligt att man inte känner någonting, och att det är därför man skär sig. Man skär sig för att överhuvudtaget känna någonting, för att känna att man lever. Ett mer komplext skäl är att man vill straffa sig själv. Man har starka negativa tankar om sig själv, man kanske känner självhat, och man skär sig för att straffa sig.

Ett sätt att be om hjälp

Det finns andra skäl som inte är lika vanliga. Självska­debeteendet kan vara ett sätt att kommunicera. Man visar upp armen, och då kommer den man kommunicerar med att se att man mår dåligt. Det blir ett sätt att be om hjälp fast man inte har ord för det. Detta är dock inte så vanligt som många tror. Vanligare är att försöka dölja skadorna med långa armar och långbyxor.

Det finns ytterligare ett skäl som nämns ibland och som är komplicerat. En del säger att de självska­dar sig för att inte begå självmord. De både vill och inte vill ta sitt liv. Då kan självska­dande vara ett sätt att hindra sig själv från självmord.

MIA RAMKLINT är docent i psykiatri vid Uppsala universitet och överläkare på psykiatriska mottagningen för unga vuxna vid Akademiska sjukhuset. Hennes kliniska erfarenheter kommer från arbete med unga med personlighetssyndrom, självska­debeteenden och ätstörningar. Hennes forskning rör bristande känsloreglering och dålig impuls­kontroll hos patienter inom psykiatrin.



Med eller utan självmordsavsikt

En annan viktig indelning är självskadebeteende med eller utan självmordsavsikt. Det är ingen enkel distinktion. Det finns självskadebeteende som är till för att reglera känslor och lindra ångest, och det finns självskadebeteende som egentligen är självmordsbeteende. Och så finns det mycket däremellan, till exempel om man använder självskadebeteende för att inte begå självmord.

Man har till och med skapat en ny diagnos för självskadebeteende utan självmordsrisk: *Non-suicidal self-injury*, NSSI. Den finns med i DSM-5, den senaste upplagan av diagnosmanualen DSM – om än med tillägget att det krävs ytterligare forskning innan den kan ses som en etablerad diagnos.

I definitionen av NSSI ingår att det ska vara ytliga skador, till exempel på huden, men utan avsikt att begå självmord. Kritiker av diagnosen frågar bland annat hur man ska se på att ta tabletter. Tar man för många tabletter, kanske man är precis på gränsen mellan självskada och att ta sitt liv. De flesta vet att det är farligt att överdosera Alvedon, som då kan ge allvarliga leverskador. Men det är svårt att veta var gränsen går.

Destruktivt utagerande

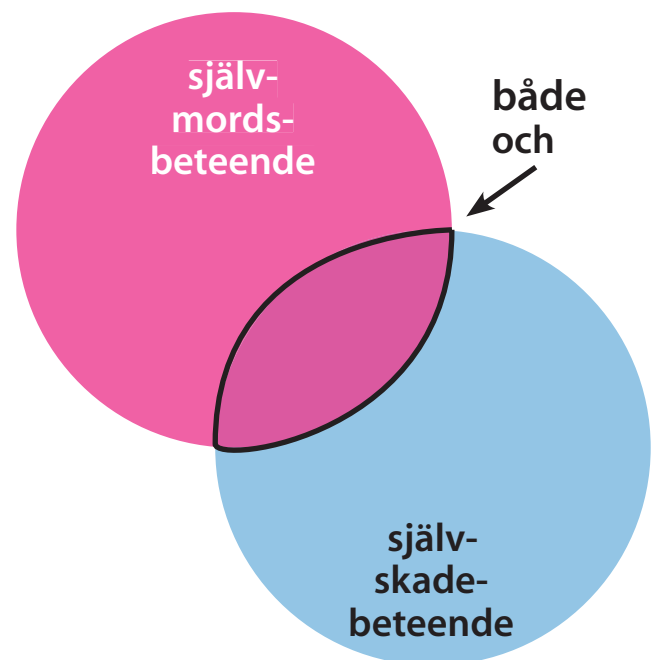
Det finns andra beteenden som är komplexa och svåra att klassificera, till exempel destruktivt sexuellt utagerande där man utsätter sig för fara. Man kan också tala om missbruk och ätstörningar som självskadebeteenden, men de finns inte med i definitionen av NSSI. Vad man vill åstadkomma med NSSI är en diagnos för dem som inte behöver hela det pådrag av insatser som psykiatrin har, när någon kommer in som faktiskt har försökt ta sitt liv.

Diagnosen NSSI har mycket stöd i USA. I Europa talar man i stället ofta om *Deliberate Self-Harm*, DSH. Det är ett lite bredare begrepp, där även självskadebeteende med suicidal avsikt finns med. Förespråkarna för det menar att det är svårt att skilja ut de olika grupperna, och att det kan variera från gång till gång och från individ till individ.

Grupper som överlappar

För att illustrera hur komplext detta är kan man rita de olika grupperna som mängder, som man gjorde i skolmatematiken. Man ritade en ring för självmordsbeteende och en för självskadebeteende, och så lägger man dem över varann. Då blir det en grupp i mitten som har både och, där de båda cirklarna överlappar. För dem kan det ena gången handla om att bara reglera känslor, andra gången om ett självmordsförsök. Därför behöver man göra en ny bedömning varje gång – för just den här gången kan det vara annorlunda.

Man förflyttar sig mellan de här tre mängderna. Antingen har man bara självskadebeteende, eller bara självmords-



beteende, eller både och. Både situation och tillfälle kan variera, och det gäller även mellan individer.

Flera nya psykologiska behandlingar

Kan man hjälpa personer som har ett självskadebeteende? Ja, det kan man, framför allt med psykologisk behandling. Vid personlighetssyndromet borderline arbetar man mycket med en specifik behandling: *dialektisk beteendeterapi*, DBT. Men det har kommit ett flertal nya psykologiska behandlingar, till exempel *Emotion Regulation Group Therapy*, ERGT, och fler håller på att utvärderas.

Det kommer många behandlingar som riktar sig direkt mot självskadebeteende. Men då är det viktigt, när man träffar en patient, att kunna bedöma avgränsningen mellan suicidalt och icke-suicidal självskadebeteende. Är det suicidalt behöver vi göra mer saker för att skydda personen. Det är också viktigt att förstå att det är vanligt och förekommer hos många, särskilt hos unga och inte bara hos patienter i psykiatrin.

INFORMATION:

Nationella självskadeprojektet är en riksomfattande satsning på att utveckla och sprida kunskap kring självskadebeteende.

<http://nationallasjlvskadeprojektet.se>

SHEDO är en ideell förening för att sprida kunskap om ätstörningar och självskadebeteende, och ge stöd åt drabbade och anhöriga.

www.shedo.se

Tilia är en ideell organisation som arbetar för ungas psykiska hälsa.

www.foreningentilia.se

Frisk och fri, Riksföreningen mot ätstörningar. www.friskfri.se

LÄS MER:

Predrag Petrovic: *Känslostormar. Emotionell instabilitet och hjärnan* (Natur & Kultur 2015).

Lars-Gunnar Lundh: *Självskadebeteende. I Herlofson m fl: Psykiatri* (Studentlitteratur 2016).