



# LUND UNIVERSITY

## Självskadebeteende vanligt även utan personlighetssyndrom

### Felaktig koppling trolig orsak till överdiagnostik av borderline-personlighetssyndrom

Westling, Sofie; Ramklint, Mia

*Published in:*  
Läkartidningen

2016

*Document Version:*  
Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

*Citation for published version (APA):*

Westling, S., & Ramklint, M. (2016). Självskadebeteende vanligt även utan personlighetssyndrom: Felaktig koppling trolig orsak till överdiagnostik av borderline-personlighetssyndrom. *Läkartidningen*, 113(49-50).

*Total number of authors:*  
2

#### General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

#### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117  
221 00 Lund  
+46 46-222 00 00

# Självska-de beteende vanligt även utan personlighetssyndrom

## FELAKTIG KOPPLING TROLIG ORSAK TILL ÖVERDIAGNOSTIK AV BORDERLINE-PERSONLIGHETSSYNDROM

**Självska-de beteende debuterar oftast i yngre tonåren** och incidensen ökar fram till ung vuxen ålder för att sedan avta [1]. Longitudinell uppföljning av ungdomar som skadat sig visar dock att de har en ökad risk för psykisk sjukdom, fortsatt självska-de beteende och missbruk [2]. Förekomsten varierar mellan olika studier, bland annat beroende på populationens ålder och kön, definition av självska-de beteende samt metod för att undersöka det [3]. Svenska epidemiologiska undersökningar bland skolungdomar visar att cirka hälften bejakar självska-de beteende vid något enstaka tillfälle, medan upprepat självska-de beteende förekommer hos 13-14 procent [4,5]. Flickor och kvinnor rapporterar oftare självska-de beteende än pojkar och män [5]. Bland patienter inom psykiatrin bejakar cirka hälften upprepat självska-de beteende [6,7].

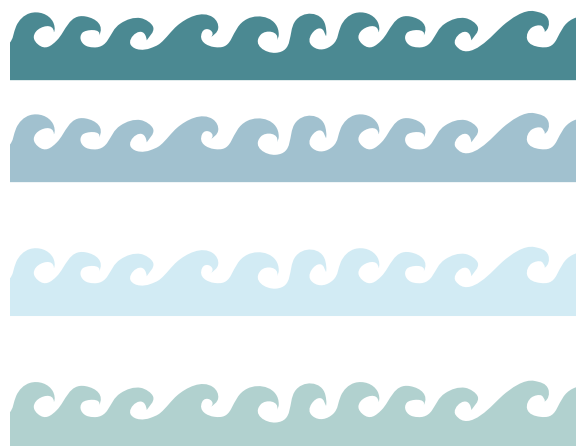
### Självska-de beteende och personlighetssyndrom

Trots att självska-de beteende förekommer vid flertalet psykiatriska diagnoser är det endast vid borderline-personlighetssyndrom det ingår som ett diagnoskriterium [8-11]. Författarnas kliniska erfarenhet talar för att detta kan ha lett till en överdiagnostik av borderline-personlighetssyndrom hos personer med självska-de beteende. Hos de individer som har självska-de beteende och samtidigt borderline-personlighetssyndrom kan det vara särskilt svårt att värdera suicidrisk efter-

#### Sofie Westling,

med dr, överläkare, Vetenskapscentrum för klinisk psykiatri, Lunds universitet; VO vuxenpsykiatri, Region Skåne, Lund  
● [sofie.westling@med.lu.se](mailto:sofie.westling@med.lu.se)

Mia Ramklint, docent, överläkare, institutionen för neurovetenskap, Uppsala universitet; psykiatrimottagningen för unga vuxna, Akademiska sjukhuset, Uppsala



»Forskningen ger stöd för att självska-de beteende kortsiktigt kan hjälpa individer att reglera negativa känslor.«

#### HUVUDBUDSKAP

- Självska-de beteende är vanligt förekommande såväl i befolkningen som inom psykiatrin.
- Självska-de beteende förekommer vid flertalet psykiatriska diagnoser.
- Vid självska-de beteende sker troligen överdiagnostik av personlighetssyndrom, framför allt av borderlinetyper.
- Självska-de beteende har oftast en känsloreglerande funktion.
- De flesta behandlingar är långvariga och omfattande och i första hand utvecklade för personer med borderline-personlighetssyndrom. Emotionsreglerande gruppterapi (emotion regulation group therapy, ERGT) utgör ett undantag och ges i form av 14 veckors gruppbehandling.
- Personer med självska-de beteende utan borderline-personlighetssyndrom riskerar att bli utan behandling för detta.

som personen ibland kan självska-de med suicidal avsikt och ibland utan, till exempel i känsloreglerande syfte. Självmordsrisken kan alltså hos samma individ variera kraftigt mellan olika tillfällen och över tid. Detta kan leda till såväl över- som undervärdering av suicidintentionen om inte varje enskilt självska-de tillfälle bedöms separat. Personer med självska-de beteende och borderline-personlighetssyndrom har, jämfört med dem utan borderline-personlighetssyndrom, en generellt svårare symtomatologi och högre suicidalitet [12].

#### Klassificering av självska-de beteende

Självska-de beteende finns beskrivet redan från antiken. I den medicinska litteraturen finns beskrivningar sedan mitten av 1800-talet. I psykiatriklassifikationen DSM-5 har forskningskriterier inkluderats för en ny diagnos; icke-suicidalt självska-de beteende (non-suicidal self-injury, NSSI) [9]. I den tidigare nämnda svenska epidemiologiska undersökningen av Zetterqvist och medförfattare beräknades att 6,7 pro-

cent av ungdomarna skulle uppfylla kriterierna för den föreslagna diagnosen icke-suicidalt självskadebeteende, det vill säga hälften av dem med upprepat självskadebeteende [4, 5].

Icke-suicidalt självskadebeteende omfattar enbart beteenden som syftar till att skada kroppens yta utan självmordsavsikt. Ett annat begrepp som ofta används inom dagens forskning är avsiktlig självskada (deliberate self-harm, DHS) som även inkluderar att svälja substanser eller föremål samt självmordshandlingar [13]. Avsiktlig självskada är alltså ett vidare begrepp än icke-suicidalt självskadebeteende. En diskussion pågår också om huruvida indirekta former, som missbruk, svält eller destruktivt sex ska klassificeras som självskadebeteende [14]. Ytterligare en, något äldre, klassificering är den som Favazza [15] föreslår som skiljer mellan tre huvudtyper av självskadebeteende, definierade som »omfattande«, »stereotyp« och »yttligt/måttligt« självskadebeteende. Den första typen ses bland annat hos personer med psykos och kan exemplifieras med att skära av en kroppsdel. Stereotyp ses hos patienter med hjärnsador eller autism och kan till exempel vara att dunka huvudet i väggen. Den sistnämnda är den vanligaste formen och kan till exempel innebära att skära sig, slå sig eller bränna sig yttligt på armarna.

## Självskadebeteendets funktion

Forskningen ger stöd för att självskadebeteende kort-siktigt kan hjälpa individer att reglera negativa känslor. Det kan också vara ett sätt att känna något alls hos en individ som känner sig tom eller avdomnad, eller ett sätt att straffa sig [16]. Beteendet kan även ske med önskan om eller avsikt att dö [17]. En suicidriskbedömning måste alltså göras. Eftersom även självskadebeteende utan suicidavsikt kan ske med potentiellt letala metoder kan suicidrisken inte heller försummas i dessa fall. Även om det är betydligt mindre vanligt kan självskadebeteende fylla en kommunikativ funktion när omgivningen inte lyssnat på eller förstätt andra försök att få hjälp [16-18]. Det är därför viktigt att även så kallat kommunikativt självskadebeteende bemöts med respekt och att bakomliggande orsaker utreds [18, 19].

De flesta psykiska sjukdomar och personlighetsyndrom medför negativa känslor och upplevelser som kan vara svåra att hantera. Utifrån att självskadebeteende ofta används för att reglera negativa känslor är det inte svårt att förstå varför psykisk sjukdom och självskadebeteende ofta förekommer samtidigt. Både bland tonåringar och vuxna är självskadebeteende särskilt vanligt vid depression, men även vid ådstörningar, alkoholmissbruk och ångestsjukdomar, i synnerhet posttraumatiskt stressyndrom och generaliserat ångestsyndrom. Utöver borderline-personlighetsyndrom är framför allt antisocialt personlighetsyndrom relaterat till att skada sig själv [10, 20].

## Utredning av självskadebeteende

För att framgångsrikt behandla självskadebeteendet behöver man utreda bakomliggande och vidmakthållande faktorer så att adekvata insatser kan göras. En fördjupad analys av självskadebeteendet för att få kunskap om beteendets form, funktion och allvarlighetsgrad behövs också. Den som frågar en individ om

självskadebeteende behöver ha ett undersökande och värderingsfritt förhållningssätt [19]. Kliniska erfarenheter talar för att självskadebeteende kan ändra såväl form som funktion över tid och växla mellan mer direkta metoder, med vävnadsskada som följd, till indirekta som att avstå från mat eller att utsätta sig för allvarliga risker. För att korrekt följa och behandla förloppet behövs därför att olika former av självskadebeteenden aktivt efterfrågas. Varje självskadehändelse ska bedömas för sig och handläggas utifrån vad som framkommer vid just detta tillfälle.

I Tabell 1 listas några självskattningsinstrument som undersöker icke-suicidalt självskadebeteende och dess funktion. Svenska översättningar av samtliga formulär i Tabell 1 är fria att använda och finns att ladda ner på Nationella självskadeprojektets webbplats (<http://www.nationellasjlvskadeprojektet.se>). Diskussion pågår om att utveckla instrument som även inkluderar mer indirekta former av självskada [21].

## Behandling av självskadebeteende

Bemötandet vid självskadebeteende är avgörande för en god vård [19, 22]. De flesta metoder som används för att behandla självskadebeteende är från början utvecklade för personer med borderline-personlighetsyndrom, såsom dialektisk beteendeterapi [23], mentaliseringsbaserad terapi [24] och schemafokuserad terapi [25, 26]. För att få tillgång till dessa metoder krävs oftast att kriterierna för borderline-personlighetsyndrom är uppfyllda. Behandlingarna har god effekt på självskadebeteendet men är generellt sett långvariga och krävande. Ett undantag från detta är emotionsreglerande gruppterapi (emotion regulation group therapy, ERGT) [27] som består av en 14 veckors gruppbehandling. Det finns också visst stöd för att även kortare psykologiska behandlingar som riktar sig mot självskadebeteendet och skraddarsys utifrån individens behov kan minska risken för nya självskador [28].

För barn och unga lyfts dialektisk beteendeterapi

**TABELL 1.** Exempel på självskattningsinstrument som finns att ladda ner på Nationella självskadeprojektets webbplats. Formulären med svenska översättningar är fritt tillgängliga att använda.

Namn	Variabler som undersöks	Tidsspänn som instrumentet undersöker
● Functional assesement of self-mutilation (FASM) [33].	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Självskademetod</li> <li>● Självskadebeteendets frekvens</li> <li>● Omständigheter kring självskadan (impulsivitet, droger, suicidsyfte)</li> <li>● Självskadebeteendets funktion</li> </ul>	12 månader
● Inventory of statements about self-injury (ISAS) [34, 35].	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Självskademetod</li> <li>● Självskadebeteendets frekvens</li> <li>● Omständigheter kring självskadan (ålder vid första självskada, impulsivitet, smärta, försök att sluta)</li> <li>● Självskadebeteendets funktion</li> </ul>	Hela livet
● Deliberate self-harm inventory (DSHI) [36].	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Självskademetod</li> <li>● Självskadebeteendets frekvens</li> </ul>	6 månader

och mentaliseringsbaserad terapi fram som lovande metoder för att behandla upprepat självskadebeteende, liksom behandlingar med interventioner inriktade på familjesystemet förmedlade i täta och/eller långa behandlingskontakter [29, 30]. Gällande heldygnsvård finns mycket lite forskning gjord, men anpassad dialektisk beteendeterapi verkar kunna minska frekvensen av självskador, likaså intermittent övervakning (tillsyn var 15:e minut), meningsfulla och varierande aktiviteter samt hög personaltätthet med god kompetens [31]. Specifik farmakologisk behandling saknar ännu stöd i forskningen [32].

## Slutsatser

Sammanfattningsvis är självskadebeteende varken nödvändigt eller tillräckligt för att inge misstanke om personlighetssyndrom utan förekommer vid flertalet psykiatriska tillstånd, och även hos personer som saknar andra symtom på psykisk sjukdom.

Den starka koppling som traditionellt gjorts mellan självskadebeteende och personlighetssyndrom har troligen lett till en klinisk överdiagnostik av borderline-personlighetssyndrom.

Behandlingsmetoder har huvudsakligen utvecklats för personer med borderline-personlighetssyndrom varför majoriteten av dem som skadar sig själva riskerar att inte erbjudas effektiv behandling. Nationellt

pågår dock stora satsningar för att råda bot på detta, bland annat genom att bredda behandlingsutbudet och öka kunskapen om individer med självskadebeteende (se <http://www.nationellasjvskadeprojektet.se>). ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen*. 2016;113:DZTL

## SUMMARY

Self-harm is prevalent in non-psychiatric populations as well as in psychiatric settings, and is common in patients with most psychiatric diagnoses. Persons with self-harm behaviour can be incorrectly diagnosed with borderline personality disorder. There is support for self-harm having an emotion regulating function. Most treatments for self-harm are lengthy and comprehensive and have been developed primarily for persons with borderline personality disorder. Emotion Regulation Group Therapy is an exception, and is given in the form of 14 sessions of group therapy. Persons who self-harm and do not fulfil formal criteria for having a borderline personality disorder are at risk for not receiving effective treatment for self-harm.

## REFERENSER

- Plener PL, Schumacher TS, Munz LM, et al. The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2015;2:2.
- Mars B, Heron J, Crane C, et al. Clinical and social outcomes of adolescent self-harm: population based birth cohort study. *BMJ*. 2014;349:g5954.
- Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, et al. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2012;6:10.
- Lundh LG, Wångby-Lundh M, Bjärehed J. Deliberate self-harm and psychological problems in young adolescents: evidence of a bidirectional relationship in girls. *Scand J Psychol*. 2011;52:476-83.
- Zetterqvist M, Lundh LG, Dahlström O, et al. 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. *J Abnorm Child Psychol*. 2013;41:759-73.
- Nationella självskadeprojektet; Odelius C, Ramklint M. En nationell kartläggning av förekomsten av självskadande beteende hos patienter inom barn & ungdoms- och vuxenpsykiatri. Uppsala: Uppsala universitet; 2014.
- Tuisku V, Pelkonen M, Karlsson L, et al. Suicidal ideation, deliberate self-harm behaviour and suicide attempts among adolescent outpatients with depressive mood disorders and comorbid axis I disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2006;15:199-206.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- Jacobson CM, Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Arch Suicide Res*. 2007;11:129-47.
- Odelius CB, Ramklint M. Clinical utility of proposed non-suicidal self-injury diagnosis - a pilot study. *Nord J Psychiatry*. 2014;68:66-71.
- Turner BJ, Dixon-Gordon KL, Austin SB, et al. Non-suicidal self-injury with and without borderline personality disorder: differences in self-injury and diagnostic comorbidity. *Psychiatry Res*. 2015;230:28-35.
- Hawton K, Rodham K, Evans E, et al. Deliberate self-harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ*. 2002;325:1207-11.
- St Germain SA, Hooley JM. Direct and indirect forms of non-suicidal self-injury: evidence for a distinction. *Psychiatry Res*. 2012;197:78-84.
- Favazza AR. The coming of age of self-mutilation. *J Nerv Ment Dis*. 1998;186:259-68.
- Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin Psychol Rev*. 2007;27:226-39.
- Scoliers G, Portzky G, Madge N, et al. Reasons for adolescent deliberate self-harm: a cry of pain and/or a cry for help? Findings from the child and adolescent self-harm in Europe (CASE) study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009;44:601-7.
- Klonsky ED, Glenn CR, Styer DM, et al. The functions of non-suicidal self-injury: converging evidence for a two-factor structure. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2015;9:44.
- Nationella självskadeprojektet; Westling S, Liljedahl S, Holmqvist-Larsson M, et al. Rekommendationer för insatser vid självskadebeteende. Nationellt kvalitetsdokument för psykiatri. Stockholm: Sveriges Kommuner och landsting; 2015.
- Glenn CR, Klonsky ED. Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2013;42:496-507.
- Liljedahl S, Westling S. A unified theoretical framework for understanding suicidal and self-harming behavior: synthesis of diverging definitions and perspectives [paper]. 3rd International Conference on Borderline Personality Disorder and Allied Disorders, Rom, 16-18 okt 2014.
- National Institute for Health and Care Excellence. Self-harm. NICE Quality Standard QS34. June 2013 [citerat 7 mar 2016]. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs34>
- Linehan M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993.
- Fonagy P, Bateman A. Progress in the treatment of borderline personality disorder. *Br J Psychiatry*. 2006;188:1-3.
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. New York: Guilford Press; 2003.
- Lundh LG. Behandling vid icke-suicidalt självskadebeteende kräver tydlig struktur. Randomiserade kontrollerade studier visar evidens för DBT och MBT. *Läkartidningen*. 2014;111:CH9E.
- Gratz KL, Tull MT, Levy R. Randomized controlled trial and uncontrolled 9-month follow-up of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Psychol Med*. 2014;44:2099-112.
- National Institute for Health and Care Excellence. Self-harm in over 8s: long-term management. NICE Clinical Guideline CG133. November 2011 [citerat 7 mar 2016]. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg133>
- Ougrin D, Tranah T, Stahl D, et al. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54:97-107.e2.
- Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, et al. Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(12):CD012013.
- Nationella självskadeprojektet; Bjärehed J, Åkesson A. Behandling av självskadande patienter i heldygnsvård: fynd från forskningen. Lund: Lunds universitet; 2015.
- Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, et al. Pharmacological interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(7):CD011777.
- Lloyd EE, Kelley ML, Hope T. Self-mutilation in a community sample of adolescents: descriptive characteristics and provisional prevalence rates [poster]. Annual Meeting of the Society for Behavioral Medicine, New Orleans, 1997.
- Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS). *J Psychopathol Behav Assess*. 2008;31(3):215-9.
- Glenn CR, Klonsky ED. One-year test-retest reliability of the Inventory of Statements about Self-Injury (ISAS). *Assessment*. 2011;18:375-8.
- Gratz KL. Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *J Psychopathol Behav Assess*. 2001;23:253-63.