



Selvskading – hva gjør vi?

Sammendrag

Bakgrunn. Selvskading forekommer hyppig blant ungdom, men relativt få unge selvskadere kommer i kontakt med helsevesenet. Mange selvskadere har emosjonell reguleringssvikt, noe som blant annet gir en betydelig økt risiko for selvmordshandlinger. Artikkelen presenterer ulike behandlingstilnærminger overfor selvskadende ungdom med vekt på hva leger i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten utenom psykisk helsevern kan gjøre.

Materiale og metode. Artikkelen er basert på nasjonale retningslinjer og terapianbefalinger, ikke-systematiske litteratursøk i PubMed samt forfatternes mangeårige kliniske og forskningsmessige erfaring med selvskadende pasienter.

Resultater. Leger og annet helsepersonell bør søke tidlig å identifisere selvskadende unge gjennom en aktiv holdning og presise spørsmål. Selvskading bør føre til videre utredning og eventuell henvisning til spesialisthelsetjenesten. Tendensen til tidlig å droppe ut av behandlingen bør aktivt motvirkes gjennom motiveringstiltak og terapeutisk støtte. Flere ulike behandlingsmodeller har vist lovende resultater og er aktuelle for selvskadende ungdommer, blant annet dialektisk atferdsterapi, mentaliseringsbasert terapi, skjema-fokusert terapi og multisystemisk terapi. Sykehusinnleggelse er som regel ikke påkrevd, men en plan for hva pasient og pårørende kan gjøre i tilfeller av økende selvmordsfare bør utarbeides tidlig i behandlingsforløpet.

Fortolkning. Selvskading blant unge er et stort helseproblem som må tas på alvor gjennom tidlig identifisering, utredning og behandling.

> Se også side 734

Lars Mehlum

lars.mehlum@medisin.uio.no
Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging
Institutt for psykiatri
Universitetet i Oslo
Sognsvannsveien 21
0320 Oslo

Kristin Holseth*

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging
Institutt for psykiatri
Universitetet i Oslo
og
Aker universitetssykehus
Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk Tøyen

* Nåværende adresse:

Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk
for Asker
Sykehuset Asker og Bærum

Begrepet selvskading har hittil vært uklart definert, og det har hersket tvil om forholdet mellom selvskading og suicidal atferd. I de senere år har man derfor i økende grad gått over til å bruke begrepet «villet egenskade» (som tilsvarende kodene X60-X84 i det internasjonale sykdomsklassifikasjonssystemet ICD-10) (1) som fellesbetegnelse på alle handlinger som en person med vilje utfører for å skade seg selv, med eller uten suicidal intensjon. Den undergruppen av villet egenskade som er utført uten suicidal intensjon, kalles selvskading, og i denne artikkelen ser forfatterne nærmere på utredning og behandling av pasienter som viser selvskadingsatferd. Selv om vi kan skille mellom ulike typer av selvdestruktiv atferd, er det likevel viktig å være klar over at vi ikke like lett kan skille skarpt mellom selvskadere og selvmordsforsøkere, da selvskadere svært ofte også rapporterer å ha gjort selvmordsforsøk (2). Hos dem som har et mønster med gjentatt selvskading, øker ofte farlighetsgraden etter hvert, og selvskadere kan underverdne hvor farlig handlingen er (2).

Nyere undersøkelser har vist at pasienter henvist til sykehus etter selvskading i form av kutting i mindre grad får psykososial oppfølging enn dem som blir henvist etter forgiftning, selv når man kontrollerer for effekten av det å bli innlagt (3). Studier viser at kutting gir høy risiko for gjentakelse av selvskadingen og at kuttere har utpreget tendens til gradvis å gå over til forgiftning eller en kombinasjon av selvskadingsmetoder (3). Personer med selvskading har økt risiko for død også av andre årsaker enn suicid (4). Vi

har dermed gode grunner til å ta alle pasienter med selvskading på alvor, både pga. de nevnte risikoforholdene og pga. de problemene som ligger til grunn og som medfører stort lidelsestrykk og redusert livskvalitet.

I denne artikkelen rettes oppmerksomheten primært mot selvskadende ungdom, siden epidemiologiske undersøkelser både i Norge (5, 6) og andre land (7) har vist at forekomsten av slike problemer er særlig stor i ungdomsalderen. I en europeisk multisenterstudie der også Norge deltok, rapporterte 6,6 % av ungdommer i alderen 15–16 år en eller flere episoder med villet egenskade, der kutting var hyppigst (74,1 %) fulgt av forgiftning (16,9 %) (6). Villet egenskade var vanligere blant jenter enn gutter (10,2 % versus 3,1 %). Blant dem som rapporterte villet egenskade var det imidlertid få (14,7 %) som hadde vært i kontakt med sykehus i etterkant av hendelsen, og det var langt vanligere med behandling i somatisk sykehus etter forgiftning enn kutting (6). Dette kan tyde på at kutterne i større grad blir behandlet i primærhelsetjenesten, i den grad de i det hele tatt tar kontakt med helsevesenet. En nylig publisert studie fra England viser også at pasienter som blir behandlet for kutting i langt mindre grad får psykososial oppfølging enn dem som behandles for forgiftning (3). Det er mulig at kuttskadene, som ofte ikke er livstruende, kan oppfattes av helsepersonellet som mindre viktig å følge opp enn forgiftningstilfeller.

I det følgende vil vi diskutere ulike tilnærminger til intervensjon overfor selvskaden-

Hovedbudskap

- Selvskading blant ungdom forekommer hyppig, men mange kommer ikke i kontakt med helsetjenesten
- Tidlig identifisering av selvskadende ungdom krever en aktiv holdning og presise spørsmål
- Det er viktig å ta all form for selvskade alvorlig, uavhengig av selvskadingsmetode og skadens medisinske alvorlighetsgrad
- Selvskading som bunner i alvorlige psykiske problemer og/eller emosjonell reguleringssvikt bør føre til utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten

Ramme 1

Aktuelle spørsmål til ungdommer om selvskading

- Har du skadet deg selv med vilje?
- Fortell meg hva du gjorde med deg selv for å skade deg.
- Hva var det du ville oppnå med å skade deg selv?
- Ønsket du at du skulle dø som følge av skaden?
- Ønsket du at noe skulle forandre seg som følge av skaden?
- Hvordan følte du deg før du skadet deg selv?
- Hvordan følte du deg rett etterpå?
- Hvordan føler du det nå i forhold til det å skade deg selv?
- Hva tror du kan ha utløst ditt ønske om å skade deg selv?
- Når skadet du deg selv første gang?
- Hvor mange ganger har du skadet deg selv tidligere?

de ungdom. Vi har lagt særlig vekt på hvordan leger i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten utenom psykisk helsevern kan forholde seg til denne problematikken.

Materiale og metode

Artikkelen er basert på nasjonale retningslinjer og terapianbefalinger, ikke-systematiske litteratursøk i PubMed samt forfatterens kliniske og førsteforfatters forskningsmessige erfaring med selvskadende pasienter.

Emosjonell dysregulering

Ungdommer som har utført villet egenskade, rapporterer ofte om et vidt spekter av motiver for handlingen. Ønsket om å dø har ofte vært til stede i sterkere eller svakere grad. Selvskading (som vi altså definerer som handlinger som en person med vilje utfører for å skade seg selv uten suicidal hensikt) er likevel hyppig forekommende. Ofte oppgis problemer med å regulere følelser som angst, fortvilelse, sinne eller opplevelse av kaos eller dissosiasjon som årsak til handlingen. Bygd på forskning og kliniske erfaringer er det i dag vanlig å forstå selvskading som forsøk på å regulere og lindre intense og smertefulle følelser.

Den amerikanske psykologen Marsha M. Linehan har beskrevet disse problemene i lys av sitt omfattende arbeid med pasienter med ustabil personlighetsforstyrrelse (8) og har formulert en såkalt biososial teori om emosjonell dysregulering og selvskading. Man tenker seg her at personer med en medfødt følelsesmessig sårbarhet kan utvikle et mønster av slik dysregulering dersom ved-

kommende vokser opp i et miljø som overser, avfeier eller straffer barnets uttrykk for personlige erfaringer, følelser eller inntrykk. Barnet vil ikke lære å stole på egne følelser, men snarere erfare at hans eller hennes følelser og reaksjoner blir bedømt som feilaktige eller ugyldige. Barnet, og senere ungdommen og den voksne, vil heller ikke lære seg å gi naturlig uttrykk for følelser eller reaksjoner, men søke å undertrykke dem så langt det går eller lete i omgivelsene etter svar på spørsmålet om hvilke reaksjoner som vil være akseptable og adekvate. Når følelsene til tider blir overveldende og barnet uttrykker intense emosjoner, vil ofte personer i miljøet rundt barnet til slutt gi noe støtte eller empati. Det kan lære barnet at det bare er ved å reagere slik at det kan oppnå støtte eller forståelse. Slike barn, ungdommer og senere voksne vil ha en tendens til å reagere raskere og mer intenst enn andre på stresspåvirkninger og har behov for lengre tid til å roe seg ned. Overveldet av følelsesmessige reaksjoner er disse personene mindre effektive problemløserne (8), noe som har en tendens til å skape onde sirkler av gjentatte kriser og problemer.

Tidlig oppdagelse

En betingelse for å hjelpe ungdommer med emosjonell dysregulering og selvskading er å oppdage problemene tidlig. Leger trenger kunnskap om selvskading blant ungdom for å kunne utforme presise spørsmål og å våge å stille dem. Det er en myte at spørsmål og samtaler om selvskading eller selvmord skulle kunne øke selvmordsrisikoen (9). Personell i skolehelsetjenesten, fastleger og legevaktleger bør ha et våkent blikk for tegn til selvskading i form av kutt/brannår eller arddanning og ta seg tid til en kartleggende samtale ved behov. Mange pasienter skammer seg over selvskadingen og mangler erfaring med å søke hjelp for psykiske problemer. Når de først tar kontakt, er de ekstra vare på hvordan de blir møtt. Ungdommene kan ha en utpreget unnnvikende/avvisende holdning til våre forsøk på å innlede kontakt.

Utredning og klinisk vurdering

I den kartleggende samtalen som utføres hos primærlegen, på legevakt eller sykehus bør man skaffe seg en oversikt over hvilke selvskadehandlinger det dreier seg om og hvor stor risiko de medfører i forhold til alvorlig skade eller død, hvor lenge selvskadingsatferden har vart (hvor etablert atferdsmønsteret er), og hvor hyppig den skjer (ramme 1). Man bør dessuten prøve å få et inntrykk av hva som utløser selvskadingen og hva slags funksjon den har i forhold til å regulere følelser, tanker og forholdet til omgivelsene. I hvilken grad den selvskadende atferden kan være suicidalt motivert, må vurderes (10), og det utføres en første diagnostisk vurdering med screening for psykose, stemningslidelser, angst og rusrelaterte problemer. Mange selvskadere har vært utsatt for

psykiske traumer som overgrep. En traumeanamnese og kartlegging av psykososiale forhold hører derfor med. Hvor langt man klarer å gjennomføre en utredning slik vi her har skissert, vil avhenge av hvor akutt situasjonen er og i hvilken sammenheng undersøkelsen skjer. En fastlege har fordelens av å kunne dele opp undersøkelsen over flere konsultasjoner og samtidig kunne følge utviklingen til pasienten over noe tid. Legevaktleger og sykehusleger har som regel ikke denne muligheten, men bør likevel strekke seg langt for å forsikre seg om at pasienten blir fulgt opp videre etter akuttbehandlingen. Helsemyndighetene har kommet med klare anbefalinger om hvilke rutiner sykehusene bør ha i forhold til oppfølging av pasienter etter villet egenskade (11).

Ikke alle ungdommer som utfører selvskade er i fare for alvorlig skjevutvikling. Noen kan prøve ut selvskading uten at det har en slik regulerings effekt som vi har omtalt her. Men i de tilfellene der man får bekreftet at det dreier seg om gjentatt selvskading knyttet til alvorlige psykiske problemer som depresjon, sterke stemningssvingninger og annen psykisk ustabilitet, suicidalitet, tegn på psykose, og/eller der selvskading er blitt et atferdsmønster som brukes for å dempe sterk indre uro, bør pasienten henvises til psykiatrisk spesialisthelsetjeneste for videre utredning og behandling. Dersom man er usikker på om selvskadingen er knyttet til regulering av emosjoner, bør man stille pasienten konkrete spørsmål om hvordan det henger sammen; hvordan de har det før og etter selvskadingen og i hvilken grad de opplever at vonde følelser blir lindret av selvskading.

Holdningsendringer er nødvendig

I utgangspunktet er behandling av ungdom med et mønster av selvskading en spesialistoppgave. Det er et tankekor at det i dag likevel bare er et mindretall av selvskadende ungdommer som kommer i kontakt med helsevesenet, slik vi har vist til ovenfor (6). Ulike forsøk på å øke kunnskapene om temaet selvskading i befolkningen ved generell folkeopplysning gjennom nøkterne og saklige innslag i massemedier og informasjon i skolen kan i fremtiden muligens redusere terskelen for ungdom (og foreldre) til å ta kontakt med helsevesenet. Slike opplysnings tiltak bør ha fokus på at selvskading ofte er uttrykk for betydelige psykososiale vansker og må tas på alvor, men at det finnes tilgang på behandling med gode resultater (8, 12–14).

En del selvskadere rapporterer at de blir møtt med avvisende og kritiske kommentarer fra helsepersonell (15). Det har vært en utbredt tendens hos mange helsearbeidere til å tenke og snakke om disse pasientene som manipulative. En mer realistisk og empatisk forståelse av selvskadehandlingene er at de dreier seg om forsøk på å mestre problemer på det indre plan og i relasjon til andre mennesker, slik vi har diskutert ovenfor. Dette

kan gi et bedre grunnlag for å møte pasienter med selvskadingsproblematikk med kyndig helsehjelp og omsorg.

Behandling

Ungdommer som selvskader og ønsker hjelp for å slutte med det, bør ikke bli stående lenge på venteliste for spesialistbehandling. Tar det likevel tid å få time, bør henviser søke å vedlikeholde ungdommens behandlingsmotivasjon gjennom oppfølgingssamtaler. I slike samtaler kan det være aktuelt å få ungdommen til å fortelle mer om hva som har vært vanskelig og som kan ha utløst de aktuelle problemene. Primærlegen kan også benytte anledningen til å gi informasjon om psykiske problemer og om hvilke behandlingsformer som kan være aktuelle og søke å fjerne feilaktige forestillinger og angst som kan redusere behandlingsmotivasjon. Ikke alle ungdommer som selvskader er i utgangspunktet motivert for behandling i spesialisthelsetjenesten, og selv om de blir henviset, hender det ikke sjelden at de unnlater å møte opp eller de slutter i behandlingen etter kort tid. Det er derfor viktig at behandlerne i spesialisthelsetjenesten satser på å engasjere og motivere pasienter for behandling og derved redusere problemer med tidlig frafall.

Kunnskapsgrunnlaget er foreløpig forholdsvis svakt når det gjelder effekten av ulike behandlingsformer for selvskadeproblematikk hos ungdom. De behandlingsmetoder som peker seg ut som lovende, er dialektisk atferdsterapi (dialectical behaviour therapy, DBT) (8), mentaliseringsbasert terapi (MBT) (16), multisystemisk terapi (MST) (13) og skjemafokusert terapi (SFT) (14). I hvilken grad disse behandlingsformene forholder seg spesifikt til selvskading eller mer generelt til villet egenskadeproblematikk, varierer.

Dialektisk atferdsterapi er utviklet på basis av kognitiv terapi, læringsteori og et filosofisk grunnlag fra dialektikk og zen (8). Behandlingen kombinerer individualterapi og gruppebasert terapi der det undervises og trenes på ferdigheter i regulering av emosjoner og i mer effektiv mellommenneskelig fungering. I tråd med den dialektiske tenkingen søker man å balansere mellom krav til endring på den ene siden og støtte og aksept av pasienten på den andre. Behandlingen, som også har en variant spesielt tilpasset ungdom (17), er spesifikt rettet mot å motvirke selvskading og livstruende atferd og hjelpe ungdommer til å finne andre og mer konstruktive måter å regulere følelser på.

Mentaliseringsbasert terapi er en psykodynamisk orientert behandlingsform som i utgangspunktet er utviklet for pasienter med ustabil personlighetsforstyrrelse. Meningen er å hjelpe pasienten til å oppnå bedre affekt-kontroll, lære mer hensiktsmessige affektuttrykk og samtidig få styrket evnen til å inngå i trygge og gode relasjoner til andre mennesker (16). Behandlingen gis hovedsakelig

som individualterapi, men kan også anvendes i grupper. Sentralt i behandlingen står begrepet mentalisering – evnen til å oppfatte og tenke om mentale tilstander som noe atskilt fra den fysiske virkeligheten. Gjennom en trygg tilknytning til terapeuten kan denne evnen utvikles, og dette er grunnlaget for personlig vekst og utvikling av et sammenhengende selv.

Multisystemisk terapi er en familiebasert behandling utviklet for ungdommer med atferdsproblemer som viser seg på flere områder i livet (13). Behandlingen retter seg mot de risikofaktorer som finnes i ungdommens sosiale nettverk og man arbeider med alle ungdommens livsarenaer, dvs. familie, venner, skole og nærmiljø.

Skjemafokusert terapi vektlegger skjemaer eller mønstre som ofte går igjen hos personer med ustabil personlighetsforstyrrelse, uttrykt i tenking, følelser og atferd (14). Man søker å oppnå forandring gjennom å benytte en rekke atferdsmessige, kognitive teknikker som fokuserer på den terapeutiske alliansen, dagliglivet utenfor terapien og tidligere erfaringer. Bedring er oppnådd når dysfunksjonelle skjemaer ikke lenger kontrollerer pasientens liv.

I det videre vil vi peke på noen behandlingsstrategier som man vil finne igjen i flere av behandlingsformene og som ser ut til å være viktige for å oppnå resultater når det er snakk om selvskadende ungdommer. Flere av disse strategiene kan med fordel også brukes av fastlegen.

Engasjere og motivere for behandling

Å få etablert og vedlikeholdt en god allianse med pasienten er ikke bare en forutsetning for behandling – det er en viktig del av behandlingen, særlig for selvskadende ungdommer som har lett for å droppe ut. For pasienten å forplikte seg i behandlingen avhenger av motivasjon, som igjen henger sammen med at pasienten får hjelp til å se realistisk på sine problemer; at de er alvorlige og mulig livstruende, men at de samtidig kan avhjelpes gjennom behandlingen.

Prioritere mellom ulike mål

Selvskadende ungdommer har ofte problemer på en rekke felt, slik som i mellommenneskelige forhold, med psykisk helse, rusmisbruk eller i skolen. Her må man prioritere slik at de viktigste problemene får tidligst og størst oppmerksomhet. I behandling av ungdom med villet egenskade, anbefaler vi at selvskadningen og suicidalitet prioriteres høyest så lenge problemet er aktivt. Siden temaet ofte er ubehagelig å forholde seg til for både pasient og behandler, har det en tendens til å bli fortrent etter hvert, uten at det dermed kan antas at det er blitt borte. Derfor bør man systematisk screene for forekomst av selvskading og suicidalitet ved hver behandlingskontakt, og når det avdekkes aktuell selvskading eller suicidalitet, er *det* det sentrale i timen.

Presis analyse av problemet

Dersom vi skal kunne hjelpe ungdommer til å endre uhensiktsmessige mestringsmønstre, er det viktig å arbeide målbevisst og spesifikt mot definert problematferd. Videre er det viktig å analysere hva som øker sårbarheten for eller utløser atferden (selvskadningen) og hva som øker sannsynligheten for at den skal vedlikeholdes. Et sentralt verktøy er den såkalte atferdsanalysen (kjedeanalysen), der behandleren sammen med pasienten i detalj arbeider seg gjennom hendelsesforløpet forut for en krisereaksjon og dessuten finner frem til hvilke konsekvenser pasientens reaksjon fikk. Hvilken følelsesmessig tilstand befant pasienten seg i da prosessen startet? Hva fungerte som utløsere? Hvordan reagerte, følte og tenkte pasienten i de ulike stadiene og hvordan virket det inn på andre? Hvilke alternative måter kunne pasienten brukt for å løse sine problemer?

Balansere mellom aksept og krav til endring

For en selvskadende pasient med omfattende psykososiale problemer å skulle endre sin situasjon og sin atferd kan sammenliknes med å forsøke å sette opp et telt i full storm. Det er helt nødvendig å få bygd seg et vern mot stormkastene, men lett er det ikke. Derfor er det viktig at vi tilfører solide doser aksept og emosjonell støtte under behandlingen og aktivt viser at vi kan forstå at pasienten opplever situasjonen som svært vanskelig. Dersom vi forsømmer dette, kan det føre til at pasienten gir opp under antakelsen av at vi ikke har forstått hvor vanskelige problemene er.

Lære nye ferdigheter

Ungdommer som selvskader trenger hjelp til å lære seg mer konstruktive ferdigheter i å regulere følelser og relasjoner til andre mennesker. Et eksempel er å bruke aktiviteter eller sansestimuli til å distrahere seg selv og gjøre det mulig å holde ut vanskelige følelser til de gradvis går over (18). Her gjelder det å hjelpe ungdommen til å finne frem til noen alternativer som fungerer bra for dem, f.eks. lytte til musikk, ringe til en venn, lukte på en god parfyme, ta et bad e.l. Andre ferdigheter kan brukes til å gjenkjenne risikoreaksjoner eller emosjoner i tide eller til å samhandle mer konstruktivt med andre mennesker. Ungdommer liker å lære seg nye ting, og forfatterens erfaring er at opplæring og trening i slike ferdigheter som vi her har beskrevet, blir godt mottatt av de unge pasientene og motiverer for videre innsats i behandlingen.

Hjelp til selvhjelp

Det er fristende for behandlere å intervensere direkte i situasjoner der ungdommer sliter med å løse problemer, f.eks. i forhold til foreldrene eller skolen. I størst mulig utstrekning bør behandlere i stedet bistå ungdommene i å løse sine problemer selv ved hjelp av ferdigheter de lærer gjennom behandlingen. Det gir en langt bedre mulighet for læring og vekst som vil vedvare også etter at

behandlingen er avsluttet. I noen tilfeller er likevel problemene umulige for ungdommer å løse alene – f.eks. i forhold til foreldre – og der kan det være nyttig med familiesamtaler.

Ikke forsterke selvskadingsatferden

Kriser kan oppstå underveis i behandlingen. I slike situasjoner gjøres, etter vanlige prinsipper, vurdering av den aktuelle risikoen for skade og selvmord og det iverksettes intervensjoner i henhold til dette. Dersom pasienten faktisk befinner seg i et intensivt behandlingssopplegg med fokus på selvmordsatferd og med atskillig terapeutisk støtte, anses vanligvis behovet for døgnhospitalisering å være mindre. Men i noen tilfeller kan en kortvarig innleggelse ikke unngås, og da bør en minst mulig invaderende løsning velges. Det er viktig å unngå å forsterke den erfaringen mange selvskadere kan ha – at forståelse og støtte fra andre mennesker mest effektivt oppnås gjennom selvskading.

Lag sikkerhetsplan

Helt fra terapistart bør behandler sammen med pasienten og eventuelt foresatte utarbeide en plan for hva pasient og pårørende kan gjøre ved økende selvmordstanker eller når det oppstår en suicidalkrise. En sikkerhetsplan bør inneholde tiltak som pasient og pårørende kan iverksette når faresignaler og risikosituasjoner oppstår. Det bør avtales hvem pasienten kan kontakte ved behov for profesjonell bistand og det bør iverksettes tiltak for å fjerne midler som lett kan brukes til selvmord (giftstoffer, medikamenter, våpen). Planen bør være enkel og praktisk, nedfelles skriftlig og revideres ved behov.

Konklusjon

Mange unge selvskadere får i dag ikke nødvendig helsehjelp til tross for at selvskadningen kan bunne i alvorlige psykiske problemer. Tidlig identifisering av problemene gjennom en aktiv holdning og presise spørsmål er viktig. Dersom screening avdekker selvskading, må det utføres videre utredning. Pasienten bør henvises til spesialisthelsetjenesten dersom alvorlige psykiske eller sosiale problemer ligger til grunn. Flere ulike behandlingsmodeller kan i dag være aktuelle for selvskadende ungdommer, men behandlingen bør uansett modell spesifikt og tidlig prioritere selvskadningen som et hovedproblem så lenge den er til stede.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. ICD-10. Den internasjonale klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004.
2. Stanley B, Gameroff MJ, Michalsen V et al. Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *Am J Psychiatry* 2001; 158: 427–32.
3. Lilley R, Owens D, Horrocks J et al. Hospital care and repetition following self-harm: multicentre comparison of self-poisoning and self-injury. *Br J Psychiatry* 2008; 192: 440–5.
4. Hawton K, Harriss L, Zahl D. Deaths from all causes in a long-term follow-up study of 11,583 deliberate self-harm patients. *Psychol Med* 2006; 36: 397–405.
5. Wichstrom L. Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 603–10.
6. Ystgaard M, Reinholdt NP, Husby J et al. Villet egenskade blant ungdom. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 2241–5.
7. 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.
8. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A et al. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 1060–4.
9. Retterstøl N, Ekeberg Ø, Mehlum L. Selvmord: Et personlig og samfunnsmessig problem. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2002.
10. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2008. www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00036/IS-1511_Selvsmord_kor_36439a.pdf [27.11.2008].
11. Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter innlagt i norske sykehus etter parasuicid. Oslo: Statens helsetilsyn, 2001.
12. Bateman A, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 631–8.
13. Huey SJ jr., Henggeler SW, Rowland MD et al. Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 183–90.
14. Giesen-Bloo J, van DR, Spinhoven P et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 649–58.
15. Bloch Thorsen GR. Selvskading og selvmord...ingen selvfølge. *Suicidologi* 2006; nr. 1: 5–9. www.med.uio.no/ipsy/ssff/suicidologi/2006-nr1/Bloch-Thorsen.pdf [23.1.2009].
16. Mehlum L, Jensen A. Suicidal atferd ved ustabil personlighetsforstyrrelse. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 2946–9.
17. Miller AL, Rathus J, Linehan MM. Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. New York: Guilford, 2007.
18. Linehan MM. Manual til dialektisk atferdsterapi: ferdighetstræning. København: Dansk psykologisk forlag, 2004.

Manuskriptet ble mottatt 14.10. 2008 og godkjent 2.3. 2009. Medisinsk redaktør Siri Lunde.