

Flickor som skadar sig själva

En kartläggning av problemets
omfattning och karaktär

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är en *Skrivelse*. Det innebär att den innehåller nya eller ändrade ställningstaganden från Socialstyrelsen i form av ett meddelande eller en avrapportering. Den kan också innehålla förfrågningar eller begäran/anhållan om yttranden eller synpunkter på t.ex. remissversioner. Skrivelser är riktade till en eller flera tydliga adressater, t.ex. regeringen, landsting, kommuner, vårdgivare m.fl.

Innehåll

Sammanfattning	5
Inledning	7
Bakgrund	7
Självskadande beteende	7
Omfattning	8
Syfte	9
Metod	10
Val av metod.....	10
Kommunundersökningen.....	10
Information från särskilda ungdomshem	11
Möte med flickor ur Barnombudsmannens ungdomsråd	11
Uppgifter från Epidemiologiskt Centrum, EpC	12
Resultat	13
Flickor som skadar sig själva i tre kommuner	13
Informanter	13
Skadebeteende	14
Familj och härkomst	15
Problembild och behandling	15
Föreställningar om orsaker till självskadebeteendet	15
Undergrupper.....	16
Att bli sedd eller ej.....	17
Flickor på särskilda ungdomshem som har självskadebeteende	17
Problembild och behandling	18
Föreställningar om orsaker till självskadebeteendet	18
Statistikuppgifter från EpC	19
Diskussion	20
Viktiga fynd	20
Flickor som rapporterats från kommunerna	20
Flickor som rapporterats från SiS-institutioner.....	20
EpC-data	21
En svårfångad grupp	21
Vad utmärker de här flickorna?	22
Flickorna är olika	22
Blir flickorna sedda?.....	22
Hur allvarligt är problemet?.....	22
Får flickorna adekvat hjälp?	22
Genusperspektivet.....	23
”Smitta”	23
Referenser	25
Appendix 1 Frågeformulär angående flickor födda 1984–1989 som skadat sig själv under år 2002	27
Appendix 2 Tabeller	33

Sammanfattning

Självskadebeteende bland tonårsflickor i form av att de skär sig eller bränner sig har uppmärksammats i samhällsdebatten under senare tid. Ett intryck bland vårdgivare är att beteendet ökat. Det är angeläget att öka kunskapen om problemets omfattning, karaktär och allvarlighetsgrad.

Regeringen gav Socialstyrelsen i uppdrag att göra en kartläggning av situationen i landet. Uppdraget avgränsades till självskadebeteende i form av att skära sig, rispa sig, bränna sig eller på annat sätt vålla skador på kroppen. Intoxikationer och livsstilsrelaterade former av självdestruktivt beteende ingår inte i kartläggningen.

Information inhämtades om målgruppen, flickor 13–18 år, som hade skadat sig själva. Den kom från fyra olika källor.

- Personal inom samtliga berörda utrednings- och vårdverksamheter, som kunde ha kommit i kontakt med flickor med självskadebeteende (barn- och ungdomspsykiatri, skolhälsovård, ungdomsmottagningar, socialtjänst, vårdcentraler, medicinmottagningar) i tre kommuner, kontaktades för att ge viss information om problemets utbredning och karaktär under år 2002 och 2003 (de tio första månaderna).
- Alla särskilda ungdomshem (SiS-institutioner) som tar emot flickor (12–20 år) ombads att besvara en enkät om självskadebeteende hos de flickor som var placerade där under år 2003.
- Information inhämtades från Barnombudsmannens ungdomsråd.
- Data från Epidemiologiskt Centrum vid Socialstyrelsen användes för att ge en bild av hur många flickor (12–18 år) med självskadebeteende som 1988–2002 hade vårdats inom slutna sjukhusvård, och i viss utsträckning även klinikansluten öppen specialistvård (år 2002), till följd av av-siktlig självdestruktiv handling.

Uppgifterna om enskilda flickor inhämtades med anonymitetsskydd men på ett sådant sätt att risken för att samma flicka räknades flera gånger minimerades. Kartläggningen genomfördes under kort tid. De resultat som redovisas är andrahandsuppgifter från vårdgivare och måste därför hanteras med stor varsamhet.

Minst en procent av flickor med självskadebeteende i de aktuella kommunerna har varit i kontakt med utrednings- eller vårdverksamheter. Flickor i denna åldersgrupp som vårdas på sjukhus med självskadebeteende har ökat under den senaste femårsperioden, från i genomsnitt 27 till 37 per år. Av de flickor som har varit intagna på SiS-institutioner, uppskattas att en tredjedel av flickorna har skadat sig själva.

Gruppen av flickor som tillgriper dessa handlingar är heterogen. Många har depression och/eller ångest, en del uppges ha sociala problem. En grupp

beskrivs som skolstressade flickor med höga ambitioner. Det finns en viss överlappning mellan olika grupper. Det förefaller som att självskadebeteende har blivit ett sätt att tillfälligt eller på längre sikt hantera många olika sorters problem hos unga flickor. Anmärkningsvärt är dock att mer än hälften av flickorna uppges ha varit utsatta för allvarliga kränkningar.

Kartläggningsuppdraget omfattade inte pojkar med självskadebeteende. Vårdgivare i de tre kommunerna kunde dock även identifiera en mindre grupp pojkar med motsvarande problem, och enligt EpC-data har i genomsnitt nio pojkar per år erhållit slutenvård på sjukhus på grund av självskador.

Här följer några slutsatser som kan dras av kartläggningen:

- Självskadebeteende är ett symptom bland andra hos flickor med olika grader av psykisk ohälsa.
- En stor andel av de fysiska skadorna är lindriga, förhållandevis få kräver sjukhusvård.
- Många av flickorna har andra problem som i sig borde föranleda insatser från samhällets stöd- och hjälpinstanser för unga.
- Det finns vissa belägg för att problemet har ökat bland flickor.
- Situationen på de särskilda ungdomshemmen är allvarlig när det gäller självskadebeteende.
- Det är angeläget att upptäcka flickor med allvarliga problem och identifiera orsaker så att adekvata diagnoser kan ställas och behandling med rätt inriktning ges.
- Interventionsstudier är angelägna liksom utprovande av metoder för tidig upptäckt.

Inledning

Bakgrund

Regeringen gav den 5 juni 2003 Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga omfattningen och karaktären av den problematik som innebär att flickor skadar sig själva avsiktligt. Regeringen skriver: ”Det är uppenbart att det förebyggande arbetet för att upptäcka dessa flickor i tid och att utröna orsakerna till deras beteende är ett eftersatt område. Detsamma gäller hur de upptäcks och bemöts inom skolan, hälso- och sjukvården och andra verksamheter som de kommer i kontakt med och vilka behandlingsinsatser som står till buds. En fråga som kan ställas är vilka samband som finns mellan olika yttre och inre faktorer som kan framkalla ett självdestruktivt beteende.”

I denna rapport redovisas en begränsad kartläggning av omfattningen och karaktären inom det problemområde som rör flickor som avsiktligt och återkommande skadar sig genom att skära sig, rispa sig, bränna sig eller på annat sätt vålla skador på kroppen. Denna begränsning av uppdraget har skett i samråd med socialdepartementet. Kartläggningen omfattar fenomenets förekomst, i den mån flickorna, i åldersgruppen 13 till 18 år, är kända inom någon vårdverksamhet.

Förekomsten av självskadebeteende bland unga kvinnor har under senare tid rönt stor uppmärksamhet. Företeelsen är skrämmande och uppfattas som ett tydligt tecken på att dessa flickor inte mår bra. Även om självskadebeteende i ett historiskt perspektiv har funnits sedan lång tid tillbaka, både som ett kulturellt accepterat fenomen och som ett uttryck för social och psykisk problematik (Favazza, 1996), uttrycker många en oro för att beteendet har ökat på senare tid, vilket också empiriska studier tyder på (Hawton och medarbetare, 2000).

Det har också framförts tankar om att självskadebeteende till viss del skulle kunna vara kamratinfluerat, att det skulle vara ett slags ”modefenomen” eller ett sätt att signalera en avvikande livsstil. Det är angeläget att försöka få en bild av läget och att om möjligt klarlägga vilka faktorer som kan tänkas bidra till beteendet.

Självskadande beteende

Det finns många olika typer av beteenden som innebär att ungdomar tillfogar sig själv skada. I denna rapport fokuseras på beteenden som innebär att individen skadar sin kropp genom att skära, rispa eller bränna huden upprepade gånger utan självmordsavsikt. I undersökningen ingår inte ungdomar som genom sin livsföring skadar sig själva (missbruk, sexuellt eller annat utagerande beteende som utsätter individen för hälsorisker) och/eller som intoxikerar sig.

Försök görs också att utesluta ungdomar som haft för avsikt att begå självmord. Gränsdragningen mellan självmordsbeteende och självskadebeteende kan ibland vara svår. De ungdomar som skadar sig själva är genomsnittligt yngre än de som försöker ta sina liv (Rosenthal och medarbetare, 1972). Upprepat självskadebeteende samvarierar dock med ökad risk för självmord (Hawton och medarbetare, 1999).

Så kallat impulsivt självskadebeteende är i fokus för denna undersökning. Inom denna kategori skiljer man mellan episodiskt och repetitivt självskadebeteende (Favazza, 1996). Det episodiska självskadebeteendet sker under en begränsad tidsrymd och utförs ett begränsat antal gånger. Det repetitiva självskadebeteendet utförs flera gånger under längre tidsrymder och tenderar att utvecklas till individens normala sätt att hantera psykisk smärta.

Simeon (2001) beskriver följande drag som karakteristiska för impulsivt självskadebeteende:

1. Individens är upptagen med tankar på att skada sig själv
2. Individens upplever återkommande misslyckanden med att stå emot egna impulser av att skada sig själv
3. Individens har en ökad upplevelse av inre spänning omedelbart innan självskadan äger rum
4. Individens har en känsla av välbefinnande eller lättnad i direkt anslutning till självskadehandlingen
5. Beteendet utesluter medveten självmordsavsikt, aktuell psykosjukdom, transsexualism, mental retardation och utvecklingsstörning.

I tidigare undersökningar har man funnit olika faktorer som samvarierar med självskadebeteende. Det handlar om självskadebeteende hos kamrater, konflikter med föräldrar, sexuella övergrepp, misshandel och drogmissbruk m.m.

Omfattning

Det har gjorts ett antal studier tidigare för att undersöka hur vanligt beteendet är. Men dels är avgränsningsproblemet svårhanterligt, dels är mörkertalet sannolikt avsevärt. Många skäms över sitt beteende och väljer att dölja det för sin omgivning.

Studier tyder på att många unga människor som skadar sig själva aldrig kommer till sjukvården (Rossow & Wichström, 1994). För att kartlägga problemets omfattning har tio europeiska länder inlett ett samarbete (CASE; Child and Adolescent Self Harm in Europe), där man med likartad metodologi skall undersöka självskadebeteendets prevalens och vilka faktorer som sammanhänger med det. I USA har vissa forskare uppfattat självskadeproblematiken som ett folkhälsoproblem. Där beskrivs självdestruktiva beteenden ha nått epidemiska proportioner (Sulik & Garfinkel, 1992).

Det förefaller som att prevalensen för självskadebeteende i form av hudskärande och hudbrännande i den allmänna populationen kan uppskattas till mellan två och fyra procent i internationella studier (Favazza & Conterio, 1988; Hawton och medarbetare, 2002; Patton och medarbetare, 1997). I en svensk enkätstudie från Halland (Marklund 2001) skiljer man inte detta och

annat självskadebeteende. I denna enkät uppgav sju procent av ungdomarna mellan 13 och 18 år att de skadat sig själva, t ex med tabletter eller genom att skära sig, under det senaste året. För de flesta handlade det om enstaka tillfällen, men ungefär en procent av ungdomarna hade gjort det någon till några gånger per månad.

I CASE-studien tillfrågades i England över 6 000 ungdomar i åldern 15–16 år om de försökt skada sig fysiskt genom att ta tabletter i överdos eller att t.ex. med avsikt skära sig eller hoppa från hög höjd. Elva procent av flickorna och tre procent av pojkarna hade skadat sig under det senaste året, men endast 13 procent av dessa sökte sjukhusvård (Hawton och medarbetare, 2002). En CASE-undersökning i Norge gav liknande utfall. Tio procent av flickorna och tre procent av pojkarna hade skadat sig under det senaste året. Endast sex procent av dem som skar sig sökte sjukhusvård (Ystgaard och medarbetare, 2003).

Syfte

Syftet med föreliggande kartläggning är att försöka skapa en uppfattning om hur många flickor i åldrarna 13 till 18 år som har uppmärksammats av personal inom olika vårdverksamheter för att de skadat sig själva under 2002 och 2003, i första hand genom att ha skurit sig eller bränt sig, samt att få en bild av flickorna - deras livssituation, vilken hjälp de har erbjudits och accepterat eller förkastat. Med hjälp av registerdata skall frågan om självskadebeteendets eventuella ökning över tid också värderas.

Metod

Val av metod

Ett sätt att undersöka förekomsten av flickor som skadar sig själva är att skicka ut enkäter till stora ungdomsgrupper. Då det rör sig om omyndiga ungdomar, krävs föräldrars tillstånd. Ett någorlunda säkert utfall erhålls om undersökningsgruppen är stor och bortfallet kan minimeras. I en enkätstudie om självskadebeteende kan relativt omfattande bortfall förväntas, både när det gäller att få föräldrars tillstånd och ungdomarnas skiftande intresse för att svara. En studie av detta slag skulle kräva långt mer tid än den som stod till förfogande i uppdraget.

Att genomföra en journal- och aktgenomgång var inte heller möjligt. Fle- ra av verksamheterna i kartläggningsuppdraget registrerar inte symtom /beteende av det slag som kartläggningen avser. Hälso- och sjukvårdsverk- samheter registrerar inte systematiskt skadekoder, då den kliniska bedöm- ningen ofta blir att beteendet är symtom på annan problematik. Härmed syns inte problemet i statistiken.

I samråd med de i uppdraget angivna samverkansparterna beslöts om en avgränsad kartläggning i form av enkätförfrågan till och efterföljande tele- fonintervjuer med personal vid aktuella verksamheter. Starkt styrande var den begränsade tid som stod till förfogande.

Tre kommuner utvaldes, utifrån storlek och geografiskt läge, för att ge en preliminär uppfattning om självskadebeteendets omfattning och karaktär - en storstadskommun och två mellanstora kommuner i norra respektive södra delen av landet. Det finns uppenbara begränsningar i möjligheterna att generalisera från resultaten.

Utöver detta inhämtades information om avsiktligt självskadebeteende från ytterligare tre olika källor: samtliga särskilda ungdomshem som tar emot flickor, flickor i Barnombudsmannens ungdomsråd samt statistiska uppgifter från Epidemiologiskt Centrum, EpC, vid Socialstyrelsen.

Kommunundersökningen

I de berörda kommunerna tillskrevs chefer för barn- och ungdomspsykiatri, socialtjänsten, ungdomsmottagningar, barn- och akutmedicinska mottag- ningar samt vårdcentraler. Cheferna ombads utse en kontaktperson som skulle inventera verksamhetens kontakt med målgruppen samt, med hjälp av ett formulär, sammanställa och rapportera data om ungdomarna vid en tele- fonintervju (se frågeformulär i Appendix 1). När det gäller skolhälsovården, erhöll rektorerna brev för kännedom, varefter skolsköterskorna ombads att rapportera med hjälp av formuläret.

Flickorna skulle vara födda mellan 1984 och 1989. Det gällde flickor som informanterna hade fått kontakt med mellan 1 januari 2002 och 31 oktober 2003.

Användning av personnummer undveks för att flickorna skulle kunna förbli anonyma. Samtidigt var det viktigt att samma flicka inte räknades flera gånger. Uppgiftslämnarna ombads att ange vilket år flickan var född och de två första siffrorna i födelsenumret. Med hjälp av informanternas uppgifter kunde man sedan med tillräcklig säkerhet upptäcka när rapporter om samma flicka förelåg från flera verksamheter.

De data som inhämtades var av både kvantitativ och kvalitativ karaktär. Bearbetningen av de kvantitativa uppgifterna har gjorts huvudsakligen med deskriptiva metoder och, i några fall, med t-test av medelvärdeskillnader. Kvalitativa data har klassificerats.

Bortfallet av data har huvudsakligen två källor. Den ena är att vissa verksamheter inte registrerar informationen om sina klienter/patienter på ett sådant sätt att just självskadebeteende kan återfinnas som en särskild kategori. Detta gällde ungdomsmottagningarna, men även vårdcentraler och andra medicinska mottagningar. Det resulterade i uppgifter om flickor som informanterna erinrade sig, men inga systematiska uppgifter om samtliga flickor med självskadebeteende som hade sökt hjälp vid verksamheten. Den andra anledningen var att flera verksamheter förklarade att de inte hade tids- och personalresurser nog att gå igenom sina akter och journaler för att leta upp just denna grupp. Från dessa verksamheter erhöles ingen information om enskilda flickor, utan endast en uppskattning av hur många flickor med självskadebeteende man haft kontakt med under den aktuella perioden. Det föreslogs i flera fall att man borde göra en prospektiv undersökning.

Information från särskilda ungdomshem

Tjugo av de ungdomshem som hör till Statens institutionsstyrelse (SiS) tar emot flickor i åldrarna 12–20 år. Dessa institutioner fick samma frågeformulär som använts vid intervjuerna med kommunrepresentanterna (se Appendix 1). Flickor med självskadebeteende som någon gång vårdats på SiS-institutioner under januari till mitten av november 2003 rapporterades. Bortfallet utgörs av tre institutioner som inte besvarat enkäten.

Möte med flickor ur Barnombudsmannens ungdomsråd

Vid ett möte hos Barnombudsmannen (BO) genomfördes ett samtal med tre flickor ur BO's ungdomsråd. Då informationen är förhållandevis begränsad, presenteras alla uppgifter från detta möte här.

Samtalet utgick från samma frågor som hade tagits upp med personal från vårdverksamheterna. Det kompletterades med ett samtal om ungdomars situation i allmänhet och vilka svårigheter man kan ha som leder till olika former av självdestruktivt beteende.

Dessa ungdomar hade inte själva stött på ungdomar som skadade sig själva i sin egen krets av kamrater och samtalet kom därför att handla om ungdomars situation i allmänhet och vilka orsaker som kan tänkas ligga bakom

självskadebeteende. Ungdomarna framhöll särskilt att om man som ung människa har känslomässiga svårigheter har man ofta inte någon vuxen att vända sig till. Skolsköterskor och skolkuratorer har mycket begränsade mottagningstider på skolorna, och flickorna upplever att de vuxna som finns där har så mycket att göra att det är svårt att få tid att prata om hur man mår.

Ungdomarna menade också att självskadebeteende kan vara ett uttryck för ett behov att markera grupptillhörighet, och att det för vissa flickor kan fylla samma funktion som omfattande piercings eller tatueringar.

Uppgifter från Epidemiologiskt Centrum, EpC

Uppgifterna från EpC grundas på patientregistret. Dels från den del av patientregistret som rör utskrivningar från slutna sjukhusvård och som varit rikstäckande sedan 1987, dels från den del som rör den specialistanknutna öppenvården ("den del av öppna vården som inte är primärvård" SFS 2001:707), där inrapporteringen startade 2002. Sökningen utgick från de data som fanns om patienter i åldrarna 12-18 år under koden *Avsiktligt självdestruktiv handling med skärande eller stickande föremål*.

Bortfallet av information i slutenvårdsdelen är generellt lågt. Däremot är uppgifter från öppenvårdsdelen ofullständiga, eftersom 2002 var första året för inrapportering. De data som redovisas anger en miniminivå och det går inte att säga vilken den verkliga nivån är.

Resultat

En redovisning av detta slag riskerar att bli svåröverskådlig. Av denna orsak presenteras vissa uppgifter om flickorna summariskt, t.ex. anges ibland endast procentsiffror för förekomst, medan uppgifter om *ej förekomst*, respektive *saknar kännedom om uppgiften* utesluts.

Enkätsvaren om flickorna från kommunerna jämförs med enkätsvaren om flickorna från ungdomshemmen (se vidare i Appendix 2).

Flickor som skadar sig själva i tre kommuner

Sammanlagt inkom information om 205 flickor som skadat sig själva. Av dessa kom 139 från storstadskommunen och 42 respektive 24 från de medelstora kommunerna. Dessa siffror kan jämföras med det totala antalet flickor i åldersgruppen i de aktuella kommunerna den 31/12 2002. I kartläggningen erhöles kännedom om 1.7 procent av flickorna i storstadskommunen och i de mellanstora kommunerna 1.3 procent respektive 1.2 procent. Om endast uppgifter för år 2002 räknas in blir motsvarande siffror 1.2 för storstadskommunen och 1.1 för de båda mellanstora kommunerna.

Informanter

Tabell 1. Andelen flickor som var kända av olika informanter (n=205)

Verksamhet	procent
Barn- och ungdomspsykiatri	49
Skolhälsovården	26
Socialtjänsten	14
Barnmedicinska mottagningar	5
Ungdomsmottagningar	4
Vårdcentraler	2
Summa	100

Flest flickor rapporterades från barn- och ungdomspsykiatri (100 flickor) och skolhälsovården (54 flickor). Det fanns således tydliga skillnader mellan verksamheterna i vad mån de träffade på dessa flickor.

Ett särskilt problem utgjorde ungdomsmottagningarna. De hade svårigheter att rapportera uppgifter om enskilda flickor. De sade sig träffa så många flickor med självskadebeteende att de inte hade någon möjlighet att ur minnet beskriva dem enskilt. Deras samlade synpunkt var att detta problembeteende är mycket vanligt.

I enkäten, och vid den efterföljande telefonintervjun, efterfrågades även pojkar med liknande problem. Trettiotre pojkar rapporterades.

Skadebeteende

De allra flesta flickorna hade skurit sig (93 procent), ibland uttryckt som att de rispat sig med ett vasst föremål. Övriga hade bränt sig, kastat sig mot glasrutor eller i något fall nypt sig så att det hade blivit märken.

De flesta flickor som skurit sig, hade gjort det tre till tio gånger. Denna grupp utgjorde 37 procent av flickorna. 29 procent hade skadat sig en till två gånger,

9 procent hade skadat sig 11 till 25 gånger och 6 procent (13 flickor) hade skadat sig mer än 25 gånger. För 19 procent gav man ingen information om detta.

Tabell 2. Hur lång tid tog det innan informanterna fick reda på självskadebeteendet?

Tid	procent
Visste från början	39
Fick reda på det efter ett halvår	5
Fick reda på det efter ett år	11
Fick reda på det efter mer än ett år	3
Fick reda på det efter mer än två år	2
Vet inte när beteendet började	40
Summa	100

Den var vanligt att informanten inte visste när beteendet hade startat. Det kunde bero på att man inte kände flickan särskilt väl, eller att beteendet hade en historia som sträckte sig längre än informantens relation till flickan. Det var också vanligt att man hade fått kännedom om skadebeteendet i stort sett så fort det hade startat.

Det förefaller alltså som att det kan finnas två grupper: flickorna i den ena gruppen kan ha hållit på länge utan att självskadorna uppmärksammats och flickorna i den andra har relativt snabbt visat upp vad de gör.

Skolgång

Det vanligaste svaret på frågan om flickans skolsituation var att flickorna gick regelbundet i skolan (44 procent). 24 procent av flickorna rapporterades ha förhöjd skolfrånvaro och 17 procent rapporterades ha mycket hög skolfrånvaro. Fyra procent av flickorna gick inte alls i skolan (bland dessa arbetade dock några). För elva procent av flickorna saknades information om deras skolsituation. 25 procent av flickorna uppgavs ha goda skolprestationer, 27 procent medelgoda och 26 procent svaga. Resterande 22 procent visste informanterna inget om.

Familj och härkomst

40 procent av flickorna bodde med båda sina föräldrar, 50 procent levde med en förälder, fem procent bodde på institution eller i familjehem och för fem procent saknades uppgift. Enligt SCB lever mer än 70 procent av ungdomarna i Sverige med båda sina föräldrar, varför det i undersökningsgruppen finns en tydlig överrepresentation av flickor med föräldrar som har separerat.

68 procent av flickorna uppgavs ha svensk härkomst, för 22 procent angav man att de hade rötter i andra länder och för tio procent saknade informanten uppgift om härkomsten. Fyra procent av flickorna var adopterade. Inget talar för att flickor med utländsk härkomst skulle vara överrepresenterade.

40 procent av föräldrarna uppgavs ha sociala eller psykiatriska problem.

Problembild och behandling

16 procent av flickorna hade känd somatisk sjuklighet. Det vanligaste var allergier och astma (elva flickor) och magbesvär (sex flickor).

Informanterna markerade förekomst av ett eller flera psykiska symtom för 83 procent av flickorna. Härvid beskrevs 61 procent som deprimerade, 54 procent ha ångestsymtom, 26 procent någon form av ätstörning och 27 procent av flickorna kännetecknades av impulsivt utagerande. Elva procent av flickorna uppgavs ha ett pågående missbruk. Man kände till att tre procent av flickorna hade skadat sig i påverkat tillstånd.

För 44 procent av flickorna svarade informanterna ja på frågan om det hade gjorts någon utredning på flickan och för likaledes 44 procent besvarades frågan med nej, i övrigt visste de inte. Det vanligaste var att det hade gjorts en utredning inom barn- och ungdomspsykiatrin (31 flickor) eller inom socialtjänsten (29 flickor). Andra svar var att utredningar gjorts i skolan eller på något ungdomshem.

Nästan alla flickor, 96 procent, hade erbjudits hjälp. Av dessa hade 56 procent accepterat den hjälp som erbjudits, 30 procent hade gjort det delvis, tio procent av flickorna hade inte accepterat den och för fyra procent visste man inte.

Den vanligaste hjälpåtgärden var att flickorna hade fått samtalsbehandling i någon form. 48 procent av flickorna hade fått enbart samtalsbehandling, och ytterligare 27 procent av flickorna hade erbjudits samtal och någon annan åtgärd. Nio procent av flickorna uppgavs ha blivit omplåstrade, 20 procent hade fått annan form av medicinsk behandling (i allmänhet farmaka) och 21 procent hade blivit remitterade till någon annan behandlings- eller utredningsinstans.

Föreställningar om orsaker till självskadebeteendet

När det gäller tänkbara yttre orsaker till självskadebeteendet gavs informanterna tio alternativ. Det var möjligt att välja mer än ett alternativ som

tänkbar orsak. I fallande skala efter förekomst nämnde informanterna att de trodde det rörde sig om sociala problem i familjen, mobbning, psykiatriska problem i familjen, skolsvårigheter, kamratpåverkan, skolstress, sexuella övergrepp, misshandel, missbruk och Internetpåverkan.

24 procent av flickorna uppgavs ha misshandlats fysiskt. För huvudparten av dessa hade informanten fått uppgift om att föräldrar hade stått för misshandeln. I övrigt var det pojkvänner eller andra jämnåriga. Misshandel kunde inbegripa allt från enstaka knuffar till långvarig och systematisk misshandel för vilken förövaren hade blivit dömd. 33 procent av flickorna uppgavs ha blivit utsatta för psykisk misshandel. De vanligaste svaren här var att flickan hade blivit hotad, kränkt, inlåst, verbalt trakasserad. Att ha utsatts för föräldrarnas strafftänkande återfanns också som en form av psykisk misshandel.

27 procent av flickorna uppgavs ha blivit utsatta för sexuella övergrepp. I fem fall gällde det övergrepp från familjemedlemmar. Åtta flickor hade blivit våldtagna och åtta flickor sade ha blivit utsatta för sexuellt tvång av män.

37 procent av flickorna uppgavs ha blivit mobbade, flera av dem under flera år, tio flickor under hela skoltiden.

Det finns en ganska stor överlappning mellan dessa övergreppsformer. Sammanlagt angav informanterna att 54 procent av flickorna hade varit utsatta för någon form av kränkning.

Informanterna fick också ange vilken avsikt de trodde att flickan hade med sitt beteende (fem alternativ, flera svar var möjliga). I rangordning utföll dessa: ångestlindring, ”rop på hjälp”, vill ”bara” komma bort från en hopplös situation, önskan om uppmärksamhet och suicidönskan.

Undergrupper

Det finns i litteraturen och i den allmänna debatten flera antaganden om vad som kan spela roll för självskadeproblematiken. Nedan har undergrupper skapats för att undersöka hur sådana antaganden återfinns i informanternas uppfattningar om den aktuella gruppen av flickor. Flickorna kan hänföras till mer än en undergrupp, då det finns en viss överlappning mellan grupperna.

Tabell 3: Undergrupper i materialet (flera problem kan noteras för varje flicka)

Grupp	procent
Flickor med depression och ångest	41
Flickor som har sociala problem i familjen	36
Flickor som klarar skolan bra	33
Flickor för vilka kamratpåverkan, ”smitta”, tycks spela roll	19
Flickor med ett pågående missbruk	10

Det var möjligt att skilja ut undergrupper av flickor med ganska olika livssituationer. Ändå var dessa undergrupper sällan olika varandra i något annat avseende är det som definierade gruppen. Det är då inte meningsfullt att

utifrån våra uppgifter beskriva distinkta undergrupper. Flickorna som skadar sig själva är en heterogen grupp, där varje flicka har sin särart.

Att bli sedd eller ej

Det finns skäl att uppmärksamma den grupp av flickor som inte har haft vårdkontakter tidigare och där man kan få intrycket att självskadebeteendet är deras sätt att påkalla uppmärksamhet. Här ges några exempel.

Informanternas vanligaste beskrivning är att flickorna har problem med sig själva. En beskrivning ser ut så här: ”Hon vill se hur långt hon kan gå. Hon är duktig i skolan och ambitiös på fritiden, men sätter inte sitt eget psykiska mående i första hand utan stressar mycket. Hon har en svag självbild och dåligt självförtroende samt en knepig relation till mamman”. Och en annan: ”Hon är duktig och hjälpsam, lätt att prata med och sätter andras behov före sina egna. Men hon är tystlåten och sällan glad, har dåligt självförtroende, saknar tillit till vuxna och tror inte att situationen kan bli bättre.”

Många har också relationsproblem i familjen. ”En tystlåten flicka som är starkt bunden till sin mamma, har svårt att separera från henne och känner sig ambivalent till henne” och ”Det var som att hon ville säga: Nu ser mamma och pappa att jag inte står ut med bråket. En vanlig och inte särskilt grubblande tjej med starka band till sin mamma”, och ”En adopterad flicka med relationsproblem i familjen”.

Några av flickorna beskrivs som identitetssökande. ”Hon är som en svår-fångad skugga, finner lust i att lida och att klä sig udda”, säger man om en flicka och om en annan: ”Det skedde en stor förändring under 2002, hon började klä sig i svart, blev trilig och butter. Allt var dåligt i skolan, alla vuxna knäppa, vuxenvärlden var pest och pina”. Om flera säger man att de har fått ta för stort ansvar hemma. ”Hon är en redig, stor, stark flicka som alltid fått vara klok storasyster hemma och ta ansvar” och ”En osäker och sökande flicka som tidigt har fått ta mycket ansvar i familjen. I samband med ett dödsfall blev det för mycket för henne.” Några flickor har svårigheter i kamratkontakterna: ”Hon är en konfliktmakerska som blir kaxig med sina kamrater, sysslar med pakter och lögner och förlorar i trovärdighet” eller ”En kompromisslös flicka som ofta kommer i konflikt. Hamnar ibland i sexuella situationer som hon inte kan hantera”.

Flickor på särskilda ungdomshem som har självskadebeteende

17 av 20 särskilda ungdomshem som tar emot flickor besvarade enkäten. Dessa rapporterade om sammanlagt 115 flickor med självskadebeteende, vilket motsvarade en tredjedel av de inskrivna flickorna under perioden. Två tredjedelar av flickorna gick regelbundet i skolan, vilket sannolikt innebar att de gick på den skola som finns på ungdomshemmet, och de skötte den

väl. Sju hade förhöjd skolfrånvaro, åtta hade mycket hög frånvaro och fyra arbetade.

Problembild och behandling

Flickorna på ungdomshemmen uppgavs vara mer impulsivt utagerande än de kommunrapporterade flickorna. De hade också i mycket större utsträckning ett drogmissbruk. Det var dock ovanligt även för dessa flickor att de hade skadat sig själva i påverkat tillstånd.

Alla flickor på ungdomshemmen utom tre hade utretts. Man hade genomfört, eller höll på med, den utredning som görs när ungdomar skrivs in. Flertalet hade tidigare utretts inom barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänsten. Alla hade fått hjälp i form av institutionsplaceringen och i allmänhet rapporterade informanterna att flickorna också hade haft samtalskontakt. I ett fåtal fall hade de även fått familjesamtal. Det framgick inte alltid om denna samtalskontakt hade skett på institutionen eller någon annanstans. 13 flickor hade inte tagit emot eller haft nytta av hjälp som de erbjudits. Det handlade om samtalskontakter som flickan inte varit motiverad för och om behandlingshems- eller familjehemsplaceringar som inte fungerat.

Två tredjedelar av föräldrarna till flickorna på ungdomshemmen rapporterade ha sociala eller psykiatriska problem. Detta var klart ovanligare bland föräldrarna till flickor från de tre kommunerna.

Föreställningar om orsaker till självskadebeteendet

Flickorna från ungdomshemmen hade enligt informanterna blivit mer fysiskt och psykiskt misshandlade och mer utsatta för övergrepp jämfört med flickorna som var kända av kommunerna. Det fanns inga rapporterade skillnader i förekomst av mobbning.

Informanterna på SiS trodde (i fallande skala) att följande förhållanden bidragit till självskadebeteendet: sociala problem i familjen, sexuella övergrepp, misshandel, psykiatriska problem i familjen, skolsvårigheter, eget missbruk, mobbning, smitta och skolstress. I jämförelse med de flickor som rapporterats från kommunerna, var det vanligare att man för flickorna på ungdomshemmen angav misshandel, missbruk, sexuella övergrepp och sociala problem i familjen som orsaker.

Avsikten med självskadebeteendet uppgavs i fallande skala vara ångestlindring, ett ”rop på hjälp”, en önskan om uppmärksamhet, att man ”bara” ville komma bort och en suicidönskan.

Statistikuppgifter från EpC

Uppgifterna från EpC bygger på information om utskrivningar från sluten sjukhusvård och från den öppna specialistvården vid offentligt drivna sjukhus. Slutenvårdsdelen har funnits sedan 1987 och uppgifterna från denna håller god kvalitet.

Under åren 1988 till 1997 vårdades i genomsnitt 27–28 flickor per år i sluten vård för avsiktligt självtillfogad skada med skärande eller stickande föremål, och under åren 1998 till 2002 vårdades i genomsnitt 37 flickor per år. Under samma tidsperioder vårdades i genomsnitt 9 pojkar per år för dessa problem. År 2002 vårdades 39 flickor inom sluten sjukhusvård för självtillfogade skador.

Det har således under senare år skett en ökning av antalet vårdade flickor, medan antalet vårdade pojkar legat konstant på en lägre nivå. De flesta flickorna vårdades vid ett tillfälle, men i några fall fick de vård vid flera tillfällen.

Inrapporteringen till öppenvårdsdelen infördes 2002. Tillförlitligheten i dessa uppgifter är sämre på grund av att inrapporteringen är under införande. I den specialistanknutna öppenvården hade man under 2002 kontakt med 90 ungdomar som skar sig eller brände sig. Av dessa var 65 procent flickor.

Om man kontrollerar för möjligheten att några ungdomar kan ha vårdats i både öppen och sluten vård, finner man att det sammanlagda antalet vårdade är 128 ungdomar. Till denna siffra kommer de ungdomar som vid det första vårdtillfället fått en annan orsakskod, men vid ett senare tillfälle under 2002 vårdats för självska-dehandling med stickande eller skärande föremål. Det fanns 14 ungdomar i denna grupp. Det sammanlagda antalet ungdomar som fått vård för denna problematik år 2002 var alltså 142. Av dessa ungdomar fick 27 procent en psykiatrisk huvuddiagnos, medan 42 procent fick huvuddiagnosen ”sårskada på underarm, handled eller hand”.

Diskussion

Viktiga fynd

Flickor som rapporterats från kommunerna

Andelen flickor i tre kommuner som rapporterades ha skadat sig själva uppgick till 1,1–1,2 procent av populationen under år 2002. Ungefär hälften av flickorna som beskrevs i enkätsvaren var kända inom barn- och ungdomspsykiatri, en fjärdedel inom skolhälsovården och 13 procent inom socialtjänsten. Barnmedicinska mottagningar, ungdomsmottagningar och vårdcentraler stod för mindre andelar, och hade svårare att ta fram uppgifter om flickorna. Även pojkar var kända för självskadebeteende.

Det vanligaste självdestruktiva beteendet var att skära sig. Informanterna ansåg att de i knappt hälften av fallen känt till att flickan skadade sig redan från det första tillfället. I övriga fall var informanterna osäkra på när beteendet hade börjat. Detta kan tala för att en del av flickorna visar problemen tydligt, medan andra försöker dölja sitt beteende.

Knappt hälften av flickorna hade regelbunden skolnärvaro. En stor andel av flickorna ansågs lida av psykiska problem, främst depression och ångest. Ätstörning och utagerande beteende förekom också i denna grupp. Nästan alla flickor har erbjudits hjälp, och enligt informanterna har de i de flesta fall tagit emot hjälpen.

Informanternas uppfattning om orsaker till beteendet efterfrågades. Sociala och psykiska problem i familjerna ansågs spela stor roll. Skolsvårigheter och kamratpåverkan nämns också. Informanterna angav för mer än hälften av flickorna att de utsatts för kränkning eller övergrepp. Beteendet sågs oftast som ett försök till ångestlindring eller ett rop på hjälp.

I försöken att hitta undergrupper bland flickorna, urskiljs flickor med depression och ångest, flickor med sociala problem i familjen, de som klarar sig bra i skolan, de som påverkats av kamrater och flickor som har missbruksproblem. Det finns en överlappning mellan vissa grupper.

Flickor som rapporterats från SiS-institutioner

En tredjedel av de flickor som var placerade på särskilda ungdomshem rapporterades ha skadat sig själva. Dessa flickor har enligt informanterna mer problem än flickorna från de tre kommunerna. De har oftare impulsivt utagerande, eget missbruk, mer problem i familjerna och har oftare varit utsatta för misshandel och övergrepp. Flickorna har ju placerats i denna speciella vårdform på grund av sina omfattande problem.

Andelen flickor på ungdomshemmen som skadar sig själva är mycket hög. Intrycket på ungdomsinstitutionerna är att självskadebeteende har blivit ett allt vanligare sätt för flickorna att ge uttryck för känslomässiga problema-

tik. Samtidigt måste påpekas att självdestruktivt beteende i vidare bemärkelse är vanligt bland flickor som vårdas på ungdomshemmen.

EpC-data

Få flickor har sjukhusvårdats. Det har under senare år skett en ökning från 27–28 vårdade flickor per år till i genomsnitt 37. Motsvarande ökning har inte rapporterats för pojkar. Den specialistanknutna öppenvårdsstatistiken är än så länge osäker.

En svårfångad grupp

Informationen i kartläggningen kommer från personal vid olika verksamheter som utreder eller vårdar ungdomar. Hur många flickor det finns som skadade sig själva, men som inte kommit i kontakt med dessa verksamheter, saknar vi kunskap om.

I den engelska CASE-undersökningen (Hawton och medarbetare 2002), liksom i den norska (Ystgaard och medarbetare 2003), fann man att endast sex till 13 procent av de flickor som rapporterade självskador av skilda slag (inklusive intoxication) under det senaste året kom till sjukhusbehandling. Det framgår inte om de hade kommit till andra verksamheters kännedom, varför resultatet är svårt att jämföra med denna kartläggning. Även i Sverige har ju få flickor sjukhusbehandlats för självskador.

Det krävs att någon upptäcker skadorna, eller att flickan själv bestämmer sig för att söka hjälp för beteendet, för att hon ska komma med i någon statistik. Beteendet i sig tycks ha en ångestdämpande funktion. Det finns antagligen ett stort antal flickor som fortsätter att lindra sin smärta på detta sätt och som inte vill att någon ska känna till det. Beteendet uppfattas nog då som skamligt. Kanske hoppas flickorna att de ska kunna sluta utan att söka hjälp.

När det gäller säkerheten i uppgiftslämnarnas information finns det uppenbara svagheter. Olika informanter får olika mycket information om flickan under sin kontakt med henne. Det kan vara svårt att minnas uppgifter om flickor som man inte längre har kontakt med. Det finns också risk för att informanternas minnen och värderingar påverkats av generella uppfattningar som framkommit i samhällsdebatten när det gäller omfattning, orsaker och behandlingsmöjligheter.

Vad utmärker de här flickorna?

Flickorna är olika

Den grupp av flickor som redovisats är heterogen. Några flickor har en relativt lång historia av självskadebeteende, andra har bara gjort sig själva illa någon enstaka gång. Många flickor förefaller ha en påtaglig psykisk och/eller social problematik. För en del flickor verkar de psykologiska problemen ha vägt tyngst, för andra flickans egen och/eller familjens sociala situation. Några flickor är utagerande även på andra sätt, med missbruk, många sexuella kontakter och kontakter med antisociala gäng.

Blir flickorna sedda?

De flickor som var kända av våra informanter har i stor utsträckning uppmärksammats även för andra problem och symtom. Självskadebeteendet förefaller oftast vara en del av en mer omfattande problematik. Det finns dock ett antal flickor vars självskadebeteende var en första signal om att allt inte står rätt till.

Hur allvarligt är problemet?

Det är sannolikt att det både finns flickor som skär sig som en engångsföreteelse - episodisk karaktär - och flickor som har hamnat i ett mönster av självskadebeteende som kan vara svårt att bryta. En del flickor hade skurit sig ett stort antal gånger, och informanterna framhöll dessutom att både beteendet i sig och flickornas situation och livsföring gav anledning till oro för fortsatt självdestruktivt beteende. Vissa informanter betonade att skärandet var av tillfällig karaktär, att det bara hade hänt någon enstaka gång, eller att det hade upphört.

Är självskadebeteendet sammankopplat med annan allvarlig psykisk eller social problematik? Kartläggningen visar att de flesta flickor som skär sig har andra problem som borde föranleda kontakt med barn- och ungdomspsykiatri eller sociala myndigheter, eller åtminstone motivera en tydlig hjälpinsats från skolhälsovården.

Anmärkningsvärt är dock att mer än hälften av flickorna har utsatts för kränkning eller övergrepp. Kan det finnas en koppling mellan dessa upplevelser och det sätt på vilket flickan uttrycker att hon inte mår bra?

Får flickorna adekvat hjälp?

Enligt informanterna erbjöds de allra flesta av flickorna någon typ av hjälp. Detta gällde både de flickor som rapporterades från kommunerna och de flickor som var på ungdomshemmen. I en del fall hade hjälpinsatserna inte fungerat till fullo. Det fanns ett antal flickor och familjer som avböjde hjälp

trots att det var uppenbart att de behövde sådan. Hjälpen, t ex samtalsbehandlingen, hade inte kommit igång än eller så hade flickan eller familjen avböjt hjälpen. Ibland försvann självskadebeteendet ganska snabbt. Det behöver dock inte betyda att inte familjen eller flickan skulle ha behövt hjälp för att förstå vad som hade drivit henne att skada sig eller för att förebygga fler självskadetillfällen.

Data om hur flickorna fått hjälp bygger på uppgifter från dem som erbjudit hjälpen, och det är behandlarens perspektiv som har rapporterats. En mer fullständig bild av hur hjälpen fungerat måste också innehålla flickornas och anhörigas uppfattningar.

Genusperspektivet

Tidigare undersökningar har i allmänhet visat att självskadebeteende i tonåren är mer frekvent hos flickor än hos pojkar. Informanterna berättade även om pojkars självskador. Det finns ändå anledning att tro att självskadebeteende framförallt är en företeelse bland flickor. Det är sannolikt att beteendet, när det uppträder hos pojkar, kan ha en annan betydelse. Det är också troligt att många pojkar dämpar sin oro med mer aggressiva och utagerande metoder. Detta hindrar inte att det är viktigt att uppmärksamma att det finns en grupp pojkar som skadar sig på samma sätt som flickorna – och som kanske upplever sig som mer udda och utsatta än flickorna.

Det finns teorier om att självskador hos flickor hänger samman med en kvinnoroll i vår västerländska kultur som upplevs som förtryckande. Den lilla flickan växer upp med en bild av att livsvillkoren är likvärdiga för pojkar och flickor. När hon kommer in i adolescensen, tvingas hon in i, eller att ta avstånd från, en kvinnoroll som beskrivs som allt annat än jämbördig med mansrollen (Pipher, 1998). Det har inte varit möjligt att belysa denna aspekt i kartläggningen. Det faktum att mer än hälften av flickorna utsatts för kränkningar eller övergrepp stämmer dock till eftertanke.

”Smitta”

I samhällsdebatten har det talats om smittoeffekter. Uppgiftslämnarna har kunnat ange smitta som en möjlig orsak och gjorde så i flera fall. Även personalen på institutionerna uppgav i ett antal fall att kamratpåverkan kunde vara en bidragande orsak till självskadebeteendet. Denna orsak uppfattades inte som den viktigaste, men om man ser på de fall där man bara angav *en* möjlig orsak, var smitta den vanligaste kategorin. Vanligen ser man dock smitta som en faktor i en kombination av orsaksfaktorer, där ofta misshandel och familjens sociala problem ingår.

Slutsatser

- Denna första kartläggning är mycket begränsad. Frågor som rör problemets omfattning kan inte besvaras. Flickornas, respektive vårdnadshavarnas, perspektiv framgår inte.
- Kartläggningen utgör endast en mätpunkt. I EpC:s data syns en viss ökning. Det finns också uppgifter från informanterna om att symtomet har ökat bland flickor.
- En stor andel av de fysiska skadorna är lindriga, förhållandevis få kräver sjukhusvård.
- För några flickor verkar självskadebeteendet vara relativt kortvarigt och begränsat medan det för andra förefaller kunna ha inverkan på hela deras liv och framtid.
- Problemet med avsiktligt självskadebeteende är mångfacetterat. Det kan ses som uttryck för psykiska, sociala och existentiella problem av olika omfattning och allvarlighetsgrad.
- Tänkbara orsaker behöver identifieras så att adekvata diagnoser kan ställas - en förutsättning för riktade interventioner och utvärderingar.
- Behandlingsstudier är mycket angelägna liksom utvärdering av metoder för tidig upptäckt.
- Många flickor i studien har utsatts för allvarliga kränkningar och övergrepp. Självskadebeteendet hos dessa flickor skulle kunna ses som en dramatisk reaktion på det de varit utsatta för.
- Situationen på de särskilda ungdomshemmen är bekymmersam, med hög förekomsten av självskadebeteende.

Olika tider erbjuder olika sätt att hantera, lindra och kommunicera psykiskt lidande. Det är nödvändigt att personal inom samhällets olika vård- och stödinstanser lär sig att se och höra unga människors försök att kommunicera sin utsatta belägenhet och sitt lidande. Det är också nödvändigt att dessa samhällsinstanser inhämtar och utvecklar metoder som i ett tidigt skede kan vara till hjälp för unga människor som lider och far illa.

Referenser

CASE (Child & Adolescent self-harm in Europe). www.ncb.org.uk.

Favazza, A. R. & Conterio, K. (1988). The plight of chronic self-mutilators. *Community Mental Health Journal*, 24, 22–30.

Favazza A. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. 2nd edition ed. Baltimore: John Hopkins University Press.

Hawton, K., Kingsbury, S., Steinhardt, K., James, A. & Fagg, J. (1999). Repetition of deliberate self-harm by adolescents: the role of psychological factors. *Journal of Adolescence*, 22, 369–378.

Hawton, K., Fagg, J., Simkin, S., Bale, E. & Bond, A. (2000). Deliberate self-harm in adolescents in Oxford 1985–1995. *Journal of Adolescence*, 32, 47–55.

Hawton, K., Rodham, K., Evans, E. Weatherall, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: Self report survey in schools in England. *British Medical Journal*, 325, 1207–1211.

Marklund B. Ungdomars liv och hälsa i Halland: FoU- enheten, Primärvården i Halland; 2001. Report No.: 4.

Patton, G. C., Harris, R., Carlin, J. B. Hibbert, M. E. Coffey, C. & Schwartz, M. (1997). Adolescent suicidal behaviours: a population-based study of risk. *Psychological Medicine*, 27, 715–724.

Pipher Mary (1998): *Rädda Ofelia: vägen till kvinnlig självkänsla*. Stockholm, Forum.

Rosenthal, R. J., Rinzler, C., Wallsh, R. & Klausner, E. (1972). Wrist-cutting syndrome: the meaning of a gesture. *American Journal of Psychiatry*, 128, 1363–1368.

Rosow, I & Wichström, L. (1994). Parasuicide and use of intoxicants among Norwegian adolescents. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 24, 174–183.

Simeon D. (2001). *Self-injurious behaviors. Assessment and treatment*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc.

Sulik, L. R. & Garfinkel, B. D. (1992). Adolescent suicidal behavior: Understanding the breadth of the problem. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1, 197–227.

Ystgaard, M., Reinholdt, N. P., Husby, J., Mehlum, L. (2003). Deliberate self harm in adolescents. *Tidsskrift for norsk laegeforening*, 123, 2241–2245.

C. Omfattning

Hur många gånger uppskattar du att självskadebeteendet har förekommit under 2002?

- 1–2 gånger
3–10 gånger
11–25 gånger
Fler än 25 gånger
Vet inte

D. Har någon åtgärd vidtagits med anledning av självskadebeteendet?

- Kirurgisk åtgärd ja nej
Medicinsk åtgärd ja nej
Samtalsbehandling ja nej
Remiss ja nej

Om remiss,
vart?.....

Vet ej

Annat åtgärd

E. Varaktighet

Självskadebeteendet har såvitt vi vet pågått sedan

Självskadebeteendet har varit känt av oss sedan

Vet ej

F. Skolsituation

Vet inte

Går i skolan regelbundet

Förhöjd skolfrånvaro

Mycket hög skolfrånvaro

Går inte i skolan

Om frånvaro, anledning?.....

.....

Om flickan inte går i skolan, vad gör hon då på dagarna?.....

.....

Om flickan går i skolan, hur är hennes skolprestationer?

Goda Medel Svaga Vet ej

G. Föräldrasituation

Flickan lever med bägge föräldrarna

Flickan lever med en av sina föräldrar

Flickan lever inte med någon av sina föräldrar

Vet inte

Annat, ange vad.....

En viktig förändring i detta avseende var att.....

H. Flicka är adopterad

Ja nej vet inte

I. Härkomst

Flickan och båda föräldrarna är födda i Sverige

Flickan och/eller någon av föräldrarna är född/födda
utomlands

Vet inte

J. Har flickan psykiska problem?

Ja nej vet inte

Om ja:

Depressiva symtom ja nej

Ångestsymtom ja nej

Ätstörning ja nej

Impulsivt utagerande ja nej

Andra symtom

(Flera svarsalternativ är möjliga)

K. Missbruk

Har flickan ett pågående missbruk?

Ja nej vet inte

Om ja, sedan ca år

Med alkohol ja nej

Med narkotika ja nej

Med annat; ange vad.....

(Flera svarsalternativ är möjliga)

Vid det senast kända tillfället flickan skadade sig, var det i alkohol- eller drog-
påverkat tillstånd?

Ja nej vet inte

L. Har det gjorts någon utredning på flickan?

Ja nej vet inte

Om ja, vilken/vilka?.....

Har flickan erbjudits hjälp?

Ja nej vet inte

Om ja vilken?.....

Har den genomförts?

Ja delvis nej vet inte

Om nej, av vilken anledning?

Kort problemhistoria om utredning och hjälp som givits

M. Har föräldrarna kända sociala eller psykiatriska problem?

Ja nej vet inte

Om ja, av vilken art?

N. Har flickan känd somatisk sjuklighet?

Ja nej vet inte

Om ja, ange vilken art.....

O. Har flickan varit utsatt för (känd eller misstänkt)

– fysisk misshandel

Ja nej vet inte

Om ja, på vilket sätt?

– psykisk misshandel

Ja nej vet inte

Om ja, på vilket sätt?

– sexuellt övergrepp

Ja nej vet inte

Om ja, på vilket sätt?

– mobbning?

Ja nej vet inte

Om ja, hur mycket/länge?.....

P. Vilka orsaker eller bidragande faktorer anser Du ligger bakom beteendet?

(Flera svarsalternativ möjliga)

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| Mobbning | <input type="checkbox"/> |
| Misshandel | <input type="checkbox"/> |
| Sexuellt övergrepp | <input type="checkbox"/> |
| Skolsvårigheter | <input type="checkbox"/> |
| Skolstress (höga ambitioner) | <input type="checkbox"/> |
| Missbruk (eget) | <input type="checkbox"/> |
| Kamratpåverkan ("smitta") | <input type="checkbox"/> |
| Internetapåverkan | <input type="checkbox"/> |
| Sociala problem i familjen | <input type="checkbox"/> |
| Psykiska problem i familjen | <input type="checkbox"/> |
| Annat | |
| Vet inte | <input type="checkbox"/> |

Q. Vilken avsikt tror Du ligger bakom självskadebeteendet? (Flera svarsalternativ är möjliga)

- | | |
|---|--------------------------|
| Suicidönskan | <input type="checkbox"/> |
| Vill "bara" komma bort från en
hopplös situation | <input type="checkbox"/> |
| Ångestlindring | <input type="checkbox"/> |
| "Rop på hjälp" | <input type="checkbox"/> |
| Önskan om uppmärksamhet | <input type="checkbox"/> |
| Annat | |
| Vet ej | <input type="checkbox"/> |

R. Ge med några meningar en beskrivning av flickan.....

S. Känner Ni i Er verksamhet till **pojkar** i åldern 13 – 18 år som under år 2002 uppvisat samma självskadebeteende som det vi frågat om hos flickor?

Ja

Nej

Vet inte

Om ja, cirka hur många?

Kommentarer?

Appendix 2 Tabeller

Tabell 1. Förekomst av olika variabler hos de kommunrapporterade flickorna (n = 205) och ungdomshemsflickorna (n = 115).

Variabel	Kommunflickor, %	Ungdomshemsflickor, %	t-värde	p*
Psykiska problem	83	86	.54	ns
Depressiva symtom	61	67	1.04	ns
Ängestsymtom	54	58	.68	ns
Ätstörningssymtom	26	27	.25	ns
Impulsivt agerande	27	50	3.9	< .001
Missbruk	11	45	6.2	< .001
Någon form av kränkning	54	84	6.00	< .001
Fysisk misshandel	24	65	6.62	< .001
Psykisk misshandel	33	63	4.36	< .001
Sexuella övergrepp	27	70	6.57	< .001
Mobbning	37	39	.3	ns
Föräldrarna uppges ha sociala eller psykiatriska problem	40	66	4.1	< .001
Känd somatisk sjuklighet	16	29	2.5	< .05
Antagna orsaker				
Mobbning	23	31	1.2	ns
Misshandel	10	51	6.5	< .001
Sexuellt övergrepp	16	67	8.4	< .001
Skolsvårigheter	20	40	3.2	< .01
Skolstress	18	05	3.4	< .01
Missbruk	07	36	4.7	< .001
Kamratpåverkan	19	25	1.2	ns
Internetspåverkan	02	00	2.0	< .05
Social problem i familjen	36	71	5.8	< .001
Psykiska problem i familjen	22	42	2.9	< .01
Antagna avsikter				
Suicidönskan	11	12	.11	ns
Komma bort från en hopplös situation	35	34	.28	ns
Ängestlindring	69	67	.32	ns
"Rop på hjälp"	55	63	1.34	ns
Önskan om uppmärksamhet	32	44	2.02	< .05

* Vid signifikantestningar mellan medelvärden i tabellen (t-test) bör en striktare signifikansnivå än 0,05 användas, eftersom risken för att dra allt för långtgående slutsatser från observerade medelvärdeskillnader ökar när många variabler prövas. I rapportens text redovisas bara skillnader med signifikansnivåer på 0,01 och 0,001.

Tabell 2. Bedömning av omfattning av skadebeteende och skolgång hos kommunflickor respektive ungdomshemsflickor

Bedömning av omfattning	Kommunflickor	Ungdomshemsflickor	t-värde	p
Självskadebeteendets omfattning	1.9	2.1	1.9	ns
Skolnärvaro	2.33	2.49	1.41	ns
Skolprestationer	1.99	1.67	3.01	< .01

Värdena för Omfattning av skadebeteendet anges på en fyrgradig skala, Skolnärvaro och Skolprestationer anges på en tregradig skala.