



Foto: Cato Lein

**Per Wallroth**  
Stockholm

## Sju saker alla psykoterapeuter bör veta om självskadande\*

Per Wallroth är fil. dr, leg. psykolog, leg. psykoterapeut och handledare. Han arbetar på S:t Lukas i Uppsala. Han har gett ut *Hål i huden. Flickor som skär sig* (tillsammans med Susanna Åkerlund, 2002), *Mentalisering. Att leka med verkligheten* (tillsammans med Görran Rydén, 2008) och *Mentaliseringsboken* (2010). I artikeln presenterar han basfakta om självskadande och visar hur begreppen anknytning och mentalisering gör det möjligt att förstå något så svårbegripligt och svårsmält som att unga människor väljer att skada sina egna kroppar med rakblad, cigaretter och hammare.

### 1. Självskadande är något helt annat än självmordsförsök

Det finns ingen enighet om hur självskadande ska definieras, men den amerikanske psykiatern Armando Favazza (1996), en av självskadeforskningens pionjärer, har formulerat den mest allmänt accepterade definitionen. Självskadande är, säger Favazza, "avsiktlig förstörelse eller förändring av den egna kroppsvävnaden utan medveten

självmordsavsikt" (s. xviii–xix). Han skiljer också mellan "kulturellt sanktionerat självskadande" och "patologiskt självskadande". Med kulturellt sanktionerat självskadande avser han dels ritualer som är invälda i det religiösa eller sociala livet, som till exempel den judiska omskärelsen, dels mer modebetonade fenomen som skönhetsoperationer, tatueringar och piercing. Här koncentrerar vi oss på det patologiska självskadandet.

Lägg märke till orden "utan medveten själv-

\* Tidigare publicerad i Mellanrummet nr 21, 2009. Republicerad med tillstånd av författaren.

mordsavsikt” i Favazzas definition! Vi kan alltså rätta till ett vanligt missförstånd, nämligen att självskadande är ungefär samma sak som självmord eller självmordsförsök. I själva verket är det snarare tvärtom – självskadande handlar om att hålla sig vid liv, om att försöka få stopp på outhärdliga känslor som man inte kan hantera på annat sätt än genom att göra något drastiskt (Paris, 2007; Walsh, 2006). Det kan kännas som om valet står mellan att skada sig själv eller ta livet av sig. Favazza (1999) formulerar detta på ett slående sätt:

”Skillnaden mellan självskadande och självmord är enkel men avgörande: det är skillnaden mellan liv och död. Självmord är en slutpunkt; självmordsbenägna människor vill få stopp på alla känslor och avsluta sina liv. Självskadande är en morbida form av självhjälp; självskadare vill bli av med svåra tankar och känslor och fortsätta leva.” (s. 125)

## 2. Det är stor skillnad på olika typer av självskadande

Favazza understryker att man måste skilja mellan olika typer av patologiskt självskadande, eftersom det kan fylla skilda funktioner och utföras av människor med helt olikartade problem. Han har konstruerat ett klassifikationssystem, som i den senaste versionen anger fyra olika typer av patologiskt självskadande (Simeon & Favazza, 2001):

- *Stereotypt självskadande* är handlingar som upprepas ett otal gånger på ett monotont och ibland också rytmiskt sätt, till exempel att dunka huvudet i väggen eller golvet eller att bita eller slå sig själv. Det förekommer främst bland utvecklingsstörda personer, i synnerhet på institutioner, men också vid svår autism och en del neurologiska sjukdomar.
- *Grovt självskadande* är den farligaste, men också minst vanliga formen. Det handlar om enstaka, ofta blodiga händelser. Vanligtvis är det psykotiska eller kraftigt drogpåverkade personer, som sticker ut sina ögon, kastrerar sig själva eller skär av sig någon kroppsdel, kanske för att de tycker sig ha fått en gudomlig befallning.
- *Tvångsmässig självskadande* är repetitiva beteenden som upprepas många gånger varje dag.

Den vanligaste formen är trichotillomani, det vill säga att rycka bort hårstrån från huvudet eller någon annanstans på kroppen, ofta utan att man tänker på det.

- *Impulsivt självskadande* är den absolut vanligaste formen och den som är av störst intresse för oss psykoterapeuter. I den här artikeln är självskadande därför liktydigt med impulsivt självskadande.

Beteckningen ”impulsivt självskadande” ska inte tolkas som att självskadandet alltid sker i hastigt mod – ibland är det planerat timmar eller dagar i förväg. Det är i stället impulsivt så tillvida att det handlar om att reglera känslor genom att agera i stället för att reflektera.

Den unga författaren Berny Pålsson beskriver sitt eget självskadebeteende på följande sätt i den självbiografiska uppväxtskildringen *Vingklippt ängel* (2004):

”Skärandet är mitt sätt att hantera alla starka känslor som överväldigar mig och som jag annars inte vet hur jag ska hantera. [...] Men jag stannar inte vid att skada mig själv med rakblad, knivar och vassa glasbitar. Jag bränner mig med cigaretter, slår mig med en hammare som ger stora älskade blåmärken, jag sticker nålar i kroppen, biter i mina händer och dunkar huvudet i väggen.” (s. 11-12)

Att skära eller rispa sig är den vanligaste formen av självskadande, men de andra metoderna som Berny Pålsson nämner är inte heller ovanliga (Walsh, 2006). Det kan också handla om att karva in ord eller symboler i huden, att hindra sår från att läkas eller att svälja vassa föremål eller stoppa in dem i vaginan för att skada kroppen inifrån.

Vissa självskadeforskare (t.ex. Fox & Hawton, 2004) uppfattar överdoser av tabletter som självskadande. De flesta självskadeexperter (Favazza, 1996; Sutton, 2005; Walsh, 2006) menar emellertid att det finns avgörande skillnader mellan tablettförgiftningar och självskadande som att skära, bränna eller slå sig. Vid självskadande tillfogar man den egna kroppen en skada, som är relativt förutsägbar och omedelbart synlig och kännbar (förutsatt att smärtresponserna fungerar normalt), medan skadan vid överdoser är mer osäker och oförutsägbar och varken syns eller känns. Tablettförgiftningar kan dessutom fylla vitt skilda funk-

ioner: det kan handla om självmordsförsök, om att vilja somna bort en stund och få en paus från livet eller om att vilja skada sina inre organ.

### 3. Självskadande är vanligt

Det är svårt att veta hur vanligt det är med självskadande, dels för att olika forskare använder olika definitioner och avgränsningar, dels för att beteendet åtminstone tidigare har varit tabubelagt och de flesta som skadar sig själva aldrig söker hjälp.

Klart är ändå att självskadande är vanligt. Många bedömare anser dessutom att det har blivit ännu vanligare under de senaste åren (Ahnemark et al., 2004; Walsh, 2006; Yates, 2004). Vi ska se på några aktuella siffror.

I en enkätundersökning bland nästan 3000 högstadi- och gymnasieelever i Halland svarade 7,4 % att de hade skadat sig själva under det senaste året. De flesta av dem hade bara gjort det vid något eller några tillfällen, men en procent uppgav att de hade gjort det minst en gång i månaden och en procent att de hade gjort det minst en gång i veckan (Marklund et al., 2001). Stora enkätundersökning bland skolungdomar i Norge, England och Australien har gett liknande resultat (Ahnemark et al., 2004). (I dessa undersökningar skilde man emellertid inte på självskadande, tablettförgiftningar och självmordshandlingar, varför siffrorna är något missvisande.)

Det finns flera nordamerikanska studier som redovisar ännu högre siffror (Walsh, 2006). I en välgjord intervjuundersökning bland 440 kanadensiska högstadi- och gymnasieelever 2001 svarade 13,9 % att de hade ägnat sig åt självskadande vid åtminstone något tillfälle. I en enkätundersökning bland drygt 3600 gymnasieelever i Massachusetts 2003 uppgav hela 18 % – alltså nästan var femte elev – att de hade skadat sig själva under det senaste året.

En anledning till att självskadandet eskalerar är säkerligen den ökade uppmärksamheten kring fenomenet. Dagens ungdomar kommer i kontakt med självskadande i tidningar och böcker, i teveprogram och filmer, i bloggar och på hemsidor, och det gör det förstås lättare att upptäcka att man kan lindra ångest genom att skada sig själv. Det förefaller också troligt att den allt extremare kroppss-

fixeringen gör att det ligger närmare till hands att ge sig på sin egen kropp. Kanske har också alla skönhetsoperationer, tatueringar och piercingar bidragit till att luckra upp gränserna, så att det inte längre verkar så farligt eller konstigt att skada sig själv (Orbach, 2009; Walsh, 2006).

### 4. Självskadandet sprider sig till nya grupper

Det har nu gått ungefär 40 år sedan forskare började intressera sig för självskadande, och man har hunnit lära sig en hel del. Man vet att majoriteten av dem som skadar sig själva är kvinnor, att de flesta börjar göra det i tonåren och håller på i flera år, och att många ägnar sig åt andra självdestruktiva – och självbevarande – ångesthanteringsmetoder vid sidan av självskadandet (Walsh, 2006). Det är vanligt med både ätstörningar och missbruk av alkohol och droger.

Man vet också att många av dem som skadar sig själva har självmordstankar och att en del också gör självmordsförsök (Walsh, 2006). Visserligen är självskadande och självmordsförsök helt olika saker, som vi sett, men eftersom de som skadar sig själva mår dåligt är det stor risk att de även har tankar på att ta livet av sig och kanske också försöker göra det.

Vidare vet man att en stor del av dem som skadar sig själva har varit utsatt för någon form av trauma under barndomen (Favazza, 1996). Vanligast är förmodligen sexuella övergrepp, men det kan också handla om fysisk eller psykisk misshandel, om att bevittna våld i hemmet, om svåra separationer och övergivanden eller om försumelse och vanvård. En del av dem som skadar sig själva har blivit traumatiserade i vuxen ålder, till exempel av krigsupplevelser eller våldtäkter.

Slutligen vet man att många av dem som skadar sig själva lider av borderline personlighetsstörning (Simeon & Favazza, 2001). Det gäller emellertid långtifrån alla, och det är inte heller så att alla människor med borderlineproblem skadar sig själva, även om det inte är ovanligt att man sätter likhets-tecken mellan självskadande och borderline; det förekommer till och med inom vården, där man borde veta bättre.

Det ovan sagda gäller emellertid främst den

”klassiska självskadaren”. Den amerikanske självskadeexperten Barent Walsh (2006) menar att självskadandet har spritt sig i mycket vidare cirklar under de senaste 10–15 åren, och att detta är en starkt bidragande orsak till den kraftiga ökningen av beteendet. De ”moderna självskadarna” har svårt att hantera stress och mår dåligt, men de mår betydligt bättre än de ”klassiska självskadarna”. Enligt Walsh är de flesta av dem inte traumatiserade och lider inte heller av några svårare psykiska störningar, och de slutar också ganska snart att skada sig. Han understryker dock att man hur som helst måste lyssna på dem och ta deras lidande på allvar.

### 5. Det finns många skäl att skada sig

Det är ganska lätt att förstå att man kan må bättre genom att dricka alkohol eller äta mat – de flesta av oss har väl provat sådana metoder för att hantera stress eller ångest. Det är betydligt svårare att begripa hur man kan må bra av att skada sin egen kropp med rakblad eller glödande cigaretter. Detta är säkert en av anledningarna till att självskadande ter sig så skrämmande och även till att många tror att det egentligen handlar om självmordsförsök.

I själva verket kan självskadande lindra anspänning och ångest på många olika sätt. Grundläggande är kanske att det kan ge en känsla av behärskning och kontroll; det kan kännas lättare att stå ut med en lokaliserbar fysisk smärta, som man själv har orsakat, än med en diffus och helt ohanterlig psykisk smärta, som har att göra med andra människor, som man inte alls har någon kontroll över (Connors, 1996).

Det är emellertid inte alltid som självskadande gör ont; ungefär hälften av dem som skadar sig själva känner ingen eller mycket lite smärta, utan snarare känslor av värme och välbehag (Grossman & Siever, 2001). Detta beror förmodligen på att självskadandet leder till att det frigörs endorfiner i hjärnan, substanser som precis som morfin eller heroin lindrar smärta och oro och ger en känsla av välmående.

Berny Pålsson (2004) beskriver hur skärandet hjälper henne när hon hamnar i skrämmande tillstånd av depersonalisation och derealisation:

”När jag fastnar i Ingentinget, när överklighetskänslorna fullständigt övermannat mig, när jag upplever mig själv som en mekanisk docka eller omvärlden som mekanisk, då hjälper skärandet mig att bryta mig ut.” (s. 11)

Många av dem som skadar sig själva har liknande dissociativa problem, och de skadar sig ofta för att häva plågsamma känslor av avstängdhet och överklighet (Walsh, 2006). Det röda blodet kan fungera ungefär som en väckarklocka eller som ett bevis på att man faktiskt är vid liv.

Vidare har många av dem som skadar sig själva en mycket negativ självbild och en mycket negativ kroppsuppfattning, något som ofta är ett resultat av barndomstrauman (Walsh, 2006). Om man hatar sig själv och sin egen kropp, så kan självskadande fungera som en form av självbestraffning som lindrar outhärdliga skam- och skuld känslor. Om man skadar sig genom att skära sig, kan det dessutom upplevas som en form av rening eller åderlätning, som att det smutsiga och onda drivs ut ur kroppen, när blodet börjar rinna (Favazza, 1996).

Självskadande är ofrånkomligen en aggressiv handling, även om den samtidigt är självbevarande (Allen, 2001). Självskadandet kan som sagt drivas av självhat, men också av hat och aggressivitet som gäller andra, men som man inte vågar rikta mot omgivningen. Det kan till exempel kännas säkrare för en misshandlad tonåring att skada sig själv än att angripa människor som hon är beroende av.

Även om självskadande naturligtvis kan ske i en mängd olika situationer och omständigheter, så kan man i många fall urskilja ett tidsmässigt mönster i fem steg (Leibenluft et al., 1987; Sutton, 2005):

1. En utlösande händelse – ofta handlar det om att bli eller åtminstone uppleva sig bli övergiven eller avvisad.
2. Växande outhärdliga känslor *eller* känslomässig avstängdhet.
3. Försök att klara sig utan att skada sig.
4. Självskadande.
5. Lättnad: lugn och avspänning *eller* ökad närvaro- och verklighetskänsla.

## 6. Anknnytning och mentalisering är nycklar till förståelsen

Under det senaste decenniet har begreppet mentalisering allt tydligare framstått som centralt för förståelsen av både psykopatologi och psykoterapi (Allen et al., 2008; Fonagy et al., 2002; Rydén & Wallroth, 2008). Det kan också, som vi ska se, hjälpa oss att förstå självskadande bättre. Först en kort introduktion till mentaliseringsteorin.

Mentalisering är detsamma som förmågan att förstå sitt eget och andras beteende utifrån inre, mentala tillstånd som tankar, känslor, impulser och önsknningar. Mentaliseringsförmågan utvecklas under barnets fyra-fem första år i samspel med anknnytningspersoner, som speglar barnets tankar och känslor och på så sätt lär barnet att det har ett inre med olika känslor, att det har en vilja och att det kan åstadkomma saker.

När barnet utvecklar mentaliseringsförmågan gjuter det samman två mer primitiva förhållnings-sätt till den inre världen: *psykisk ekvivalens* och *låtsasläge*. Vid psykisk ekvivalens uppfattar barnet den psykiska verkligheten som identisk med den fysiska. Det får till följd att barnet uppfattar de egna tankarna och känslorna som med nödvändighet sanna och även att det förutsätter att andra människor upplever världen på precis samma sätt. Vid låtsasläge uppfattar barnet i stället fantasi och verklighet som åtskilda och helt fristående från varandra, som om det inte finns någon som helst koppling mellan inre och yttre verklighet. Mentalisering innebär ett slags balans, där barnet förstår att fantasi och verklighet skiljer sig åt, men har förbindelser med varandra. Då bli det också möjligt att förstå att alla människor uppfattar världen på olika sätt, eftersom alla ser den ur sitt eget perspektiv.

Mentaliseringsförmågan ger barnet en mer kontinuerlig självupplevelse och en stabilare identitetskänsla, eftersom den hjälper barnet att känna att det hela tiden är samma person, även om dess tankar och känslor förändras, och dessutom gör det möjligt att binda samman och minnas den egna levnadshistorien. Mentaliseringsförmågan gör det också möjligt för barnet att själv reglera sina affekter och känna att det åtminstone i viss mån styr sitt eget liv. Mentaliseringsförmågan gör det dessutom lättare för barnet att förstå och känna samhörighet med andra människor, och det gör också att vär-

den blir mer förutsägbar och trygg.

Mentaliseringsförmågens utveckling kan hindras av medfödd sårbarhet hos barnet, av att anknnytningspersonerna inte klarar sin speglings-uppgift tillräckligt bra och av traumatisering. Förmågan blir då antingen mer permanent nedsatt eller väldigt känslig för påfrestningar, vilket gör att den slås ut tillfälligt i samband med ångestpåslag. Vi får emellertid alla tillfälligt försämrad mentaliseringsförmåga när vi blir stressade och ångesten stiger. Då sjunker vår möjlighet till konstruktiv affektreglering och vi får närmare till ageranden. Vi hamnar också, åtminstone i viss mån, i något av de mer primitiva förhållningssätten. Hamnar vi i psykisk ekvivalens blir de egna tankarna och känslorna lätt ohanterliga och outhärdliga. Hamnar vi i låtsasläge blir vi i stället dissociativa och får nära till känslor av tomhet, meningslöshet och överklighet.

Självskadande har att göra med mentaliserings-sammanbrott. Detta illustreras väl av en anteckning, som en MBT-patient gjorde i sin blogg några dagar efter det att hon hade skurit sig svårt i ena armen:

”Det är svårt, rent utav omöjligt, att inse att det blir ärr och ser hemskt ut när man väl sitter och skär sig. Det finns ingen dag imorgon. Det går inte att se framåt. Det enda som finns är smärtan och blodet.”

Om man adderar mentaliseringstänkandet till den femstegsmodell som presenterades ovan, kan man säga att självskadeprocessen inleds med en utlösande händelse, som leder till att självbilden kommer i gungning och mentaliseringsförmågan går förlorad (steg 1). Samtidigt aktiveras mer primitiva sätt att fungera, och känslorna eskalerar och blir outhärdliga (psykisk ekvivalens) eller stängs av (låtsasläge) (steg 2). Man försöker undvika självskadande (steg 3), men det går inte, eftersom det känns som om man måste göra något radikalt för att kunna må bättre (steg 4). Självskadandet bidrar så till att lindra ångesten, vilket resulterar i att mentaliseringsförmågan återerövrats och självbilden stabiliseras (steg 5).

Anthony Bateman och Peter Fonagy (2004), som har skapat mentaliseringsbaserad terapi, knyter självskadande till mentaliseringssammanbrott, vilket jag alltså upplever som både rimligt och klargörande. De tänker sig emellertid dessutom att an-



ledningen till att den som skadar sig själv reagerar så kraftigt på upplevelsen av att bli övergiven eller avvisad är att hon har projicerat de outhärdliga delarna av självet på den försvunna personen och att övergivande innebär att projektionen inte längre kan upprätthållas och att de outhärdliga delarna återvänder till självet. De projiceras då i stället på någon del av den egna kroppen, vilket gör att självskadandet omedvetet upplevs som ett oskadliggörande av det dåliga och oacceptabla i en själv.

Det förefaller rimligt – men mycket svårbevisat – att projektionsmekanismer ofta är inblandade vid självskadande, men självskadande är ett komplext fenomen, och det är nog en kraftig övergeneralisering att säga att självskadande alltid bygger på projektion. Min och Susanna Åkerlunds lilla skrift *Hål i huden. Flickor som skär sig* (2002) rymmer en mängd liknande teorier om omedvetna processer hos dem som skadar sig. Jag känner mig numera tveksam till värdet hos sådana teorier, eftersom de för det första ofta är dåligt underbyggda och för det andra inte är till någon större hjälp i det kliniska arbetet.

## 7. Terapeutens hållning måste präglas av respekt och nyfikenhet

Eftersom självskadande har att göra med brister i mentaliseringsförmågan, bör psykoterapi med någon som skadar sig inte fokusera enbart på självskadandet, utan syfta till att skapa en stabilare mentaliseringsförmåga. Det kan ske i en psykoterapi, där patienten får uppleva en anknytningsrelation, där en vänligt sinnad människa är intresserad av vad patienten tänker och känner.

För att en sådan förtroendefull relation ska kunna uppstå måste terapeuten behandla patienten med respekt. Detta kan tyckas som helt självklart och onödigt att nämna, men det är det inte; det är inte alls ovanligt att de som skadar sig själva blir respektlöst bemötta – på akutmottagningar, inom psykiatri och på många andra håll i samhället.

Terapeuten måste också hela tiden påminna sig om att självskadande inte är detsamma som självmordsförsök. Det är ett maladaptivt sätt att hantera ångest på och det kan ge fula ärr, men det är ingenting man dör av, och det är inget tillräckligt skäl för inläggning. Terapeuten kan alltså ta det ganska lugnt. Terapeuten *bör* ta det ganska lugnt

för att kunna behålla sin mentaliseringsförmåga och hjälpa patienten att reflektera.

Vidare måste terapeuten hålla i minnet att självskadande sällan syftar till att attackera terapeuten eller förstöra behandlingen. Ett delmotiv kan vara att man vill visa hur dåligt man mår och på det sättet påverka sin omgivning, men då handlar det om att man är fast i ett icke-mentaliserande agerande, inte om medvetet manipulerande. Det händer att terapeuter och sjukvårdspersonal utgår från att självskadande är en aggressiv attack eller ett försök till manipulation, men det stämmer alltså sällan. En sådan inställning omöjliggör dessutom allt konstruktivt reflekterande tillsammans med patienten.

Slutligen måste terapeuten vara genuint öppen och nyfiken på patienten. Tvärsäkra tolkningar av patientens inre värld befrämjar inte mentaliseringsförmågans utveckling – snarare tvärtom, eftersom de förmedlar bilden av att det inte finns några gränser mellan inre och yttre och att en människa kan titta in i huvudet på en annan.

Även om det terapeutiska arbetet inte ska fokuseras uteslutande på självskadandet, bör alla självskadehandlingar tas upp till reflektion. Syftet är inte bara – kanske inte ens i första hand – att hjälpa patienten att komma tillrätta med självskadandet och hitta bättre sätt att hantera sina känslor, utan också att öva mentalisering. Eftersom självskadande har att göra med sammanbrott i mentaliseringsförmågan är det en utmärkt övning i mentalisering att tillsammans utforska vad som hände inom patienten i samband med självskadandet.

## Referenser

För att göra läsningen lite lättsammare och referenslistan lite kortare, hänvisar jag vanligtvis inte till originalartiklar, utan till översiktswerk, i vilka den som så önskar kan finna hänvisningar till den omfattande forskningen om självskadande.

- Ahnemark, E., Hultén, A. & Åsberg, M. (2004). *Vad vet vi om flickor som skär sig?* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Allen, J.G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorder*. Chichester: Wiley.
- Allen, J.G., Fonagy, P. & Bateman, A.W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder. Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Connors, R. (1996). Self-injury in trauma survivors. 1. Functions and meaning. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 197-206.
- Favazza, A.R. (1996). *Bodies under siege. Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry* (2 uppl.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Favazza, A.R. (1999). Self-mutilation. I D.G. Jacobs (Red.), *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention* (s. 125-145). San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fox, C. & Hawton, K. (2004). *Deliberate self-harm in adolescence*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Grossman, R. & Siever, L. (2001). Impulsive self-injurious behaviors. Neurobiology and psychopharmacology. I D. Simeon & E. Hollender (Red.), *Self-injurious behaviors. Assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 117-148.
- Leibluft, E., Gardner, D.L. & Cowdry, R.W. (1987). The inner experience of the borderline self-mutilator. *Journal of Personality Disorders*, 1, 317-324.
- Marklund, B. et al. (2001). *Ungdomars liv och hälsa i Halland*. Halmstad: FoU-enheten, Primärvården i Halland.
- Orbach, S. (2009). *Bodies*. London: Profile Books.
- Paris, J. (2007). *Half in love with death. Managing the chronically suicidal patient*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Pålsson, B. (2004). *Vingklippt ängel*. Stockholm: Forum.
- Rydén, G. & Wallroth, P. (2008). *Mentalisering. Att leka med verkligheten*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Simeon, D. & Favazza, A.R. (2001). Self-injurious behaviors. Phenomenology and assessment. I D. Simeon & E. Hollender (Red.), *Self-injurious behaviors. Assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 1-28.
- Sutton, J. (2005). *Healing the hurt within. Understand self-injury and self-harm, and heal the emotional wounds* (2 uppl.). Oxford: How To Books.
- Wallroth, P. (2010). *Mentaliseringsboken*. Stockholm: Karneval förlag.
- Wallroth, P. & Åkerlund, S. (2002). *Hål i huden. Flickor som skär sig*. Stockholm: Svenska föreningen för psykisk hälsa.
- Walsh, B. W. (2006). *Treating self-injury. A practical guide*. New York: Guilford Press.
- Yates, T.M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behaviour. Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, 24, 35-74.

**Keywords:** mentalizing, attachment, self-harm, psychotherapy.

**Sökord:** mentalisering, anknytning, självskadande, psykoterapi.

per.wallroth@privat.utfors.se