

Statusartikel

Selvskade som tværdiagnostisk fænomen

Kristine Høst Poulsen^{1, 2}, Lotte Rubæk³ & Nicolas Rescalvo Hansen¹

1) Psykiatrien Øst, Midt og Vestsjællands Hospital, Roskilde, 2) Psykologisk Institut, Syddansk Universitet, 3) Team for selvskade, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstaden

Ugeskr Læger 2026;188:V04260329. doi: 10.61409/V04260329

HOVEDBUDSKABER

- Selvskade ses på tværs af aldersgrupper og sektorer, men håndteringen har manglet systematik.
- Selvskade er tværdiagnostisk og kræver funktionsbaseret, validerende vurdering uanset sektor.
- ICD-11 og nye retningslinjer styrker ensartet dansk praksis.

Selvskade er et fænomen, der mødes på tværs af alle specialer i det danske sundhedsvæsen – fra børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien til akutmodtagelserne, somatikken og almen praksis. Det er altså ikke forbeholdt psykiatriens akutte rum, men genkendes uden for psykiatrien ofte ikke. Det kliniske møde kræver en tilgang, der hverken overreagerer på adfærden eller bagatelliserer den. Klinisk håndtering er fortsat uensartet, og systematiske og evidensbaserede forløb er ikke en selvfølge i alle sektorer [1].

Denne artikel giver en opdateret status på selvskade på tværs af aldersgrupper med fokus på klinisk vurdering, risikostratificering og behandling under danske forhold. Et centralt udgangspunkt er, at selvskade ikke er en selvstændig diagnose, men en adfærd, der optræder på tværs af psykiske lidelser og livsfaser. Den kalder derfor på en funktionsbaseret vurdering, en afdækning af, hvilken funktion selvskaden har for den enkelte, og i hvilken kontekst den optræder [2, 3].

Terminologi og definitioner

Ikkesuicidal selvskade og direkte selvskade

Ikkesuicidal selvskade (NSSI) defineres af International Society for the Study of Self-Injury (ISSS) som en bevidst direkte ødelæggelse af eller skade på kropsoverflade uden suicidal intention og med et formål, der ikke er socialt accepteret [4]. Definitionen afgrænser NSSI fra suicidal adfærd, fra kulturelt accepteret kropsmodifikation og fra stereotyp selvstimulering ved visse udviklingsforstyrrelser.

Selvskade som adfærd – ikke diagnose

Selvskade optræder på tværs af mange diagnoser og er i den forstand et tværdiagnostisk fænomen. DSM-5 indeholder et kriteriesæt for NSSI Disorder i Section III som diagnoseforslag til videre forskning, ikke til klinisk brug [2]. I ICD-10 er kodningsmulighederne spredt på tværs af kapitler, hvilket netop afspejler dette mønster. ICD-11 introducerer en selvstændig kode, »MB23.E – Non-suicidal self-injury«, som klinisk fund og symptom, adskilt eksplicit fra selvmordsadfærd, hvilket har betydning for fremtidig dansk registrering [5].

Afgrænsning til selvmordsadfærd

Skellet mellem NSSI og suicidal adfærd er klinisk vigtigt, men kan i praksis være vanskeligt at vurdere [6]. Det afgørende er intentionen: Ved NSSI er der ikke et ønske eller en forventning om at dø, mens suicidal adfærd er kendetegnet ved intention om at afslutte livet. Der er veldokumenteret sammenhæng mellem de to, idet suicidalforsøg og NSSI ofte forekommer hos de samme personer, og NSSI er en robust risikomarkør for suicidalforsøg og suicidium [7, 8].

Forekomst

Danske undersøgelser viser, at ca. hver femte ung har erfaring med direkte ikkesuicidal selvskade (22% i 9. klasse; 21,5% blandt gymnasieelever) [9-11]. Billedet bekræftes af danske befolkningsundersøgelser blandt gymnasie- og udskolingselever [12, 13]. Selvskade er hyppigst i ungdomsårene, men ses også hos børn og voksne med en prævalens på 9,1% blandt de 9-10-årige [14] og 3-24% blandt voksne [15].

Internationalt viser metaanalyser en livstidsprævalens på ca. 17-18% i ikkekliniske populationer [16]. I kliniske populationer er forekomsten højere: Op mod 74% af unge piger i psykiatrien har skadet sig selv inden for de seneste seks måneder [17]. Danske registerdata viser stigende forekomst op gennem 2000'erne med de højeste rater blandt unge kvinder, om end de seneste år viser tegn på stabilisering [18].

Selvskadeformer og funktioner

Den kliniske virkelighed indebærer ofte, at en person har flere selvskadeformer. NSSI omfatter pr. definition den direkte ikkesuicidale selvskade, men i en bredere forståelse kan flere former samles under paraplybegrebet self-damaging behaviours, der dækker al adfærd uden suicidal intention, men med risiko for fysisk skade, hvad enten den er direkte, indirekte, by proxy eller digital (se **Tabel 1**) [19, 20]. Sammenhængen mellem formerne skyldes fælles risikofaktorer og overlappende funktioner, og én form afløses fra tid til anden af en anden. Self-damaging behaviours er et videre begreb end NSSI og rummer både den direkte og de indirekte former, der deler risikofaktorer og funktioner og ofte afløser hinanden.

TABEL 1 Selvskadeformer.

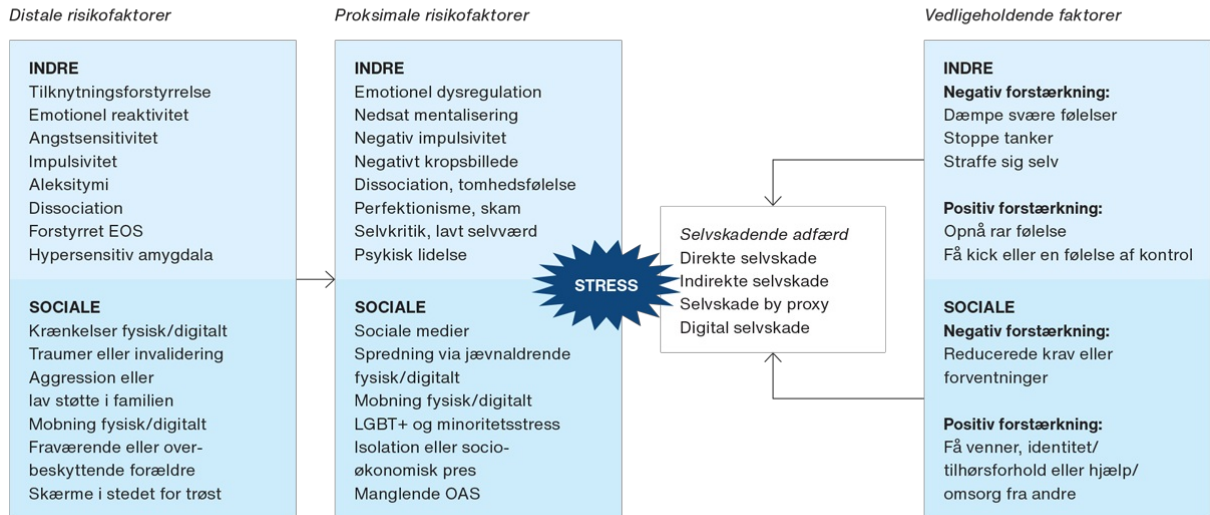
<i>Direkte selvskade</i> Bevidst og direkte påføring af skade på kroppen her og nu, f.eks. skæring, brænding, slag, ridsning
<i>Indirekte selvskade</i> Kroppen udsættes for skadelige påvirkninger over tid, f.eks. misbrug, spiseforstyrrelse, risikobetonet adfærd
<i>Selvskade by proxy</i> Man får andre til at påføre sig skade, f.eks. under sex, sport eller slåskampe
<i>Digital selvskade</i> Via digitale medier opsøges eller fastholdes hadefuld behandling af ens egen person

Selvskade er et fænomen med klar overrepræsentation blandt personer med emotionelt ustabil personlighedsstruktur, spiseforstyrrelse, depression, angst, PTSD og misbrug [18, 21]. Bag adfærden ligger ofte en psykologisk sårbarhed, hvor vanskeligheder med at regulere følelser, impulsivitet, traumer og nedsat mentalisering spiller sammen med lavt selvværd. Selvkritik og skam er dokumenterede nøglemekanismer, og for mange fungerer selvskaden som en måde at straffe sig selv på. Faktorerne skal ikke forstås som en diagnostisk tjekliste, men som et billede af den sårbarhed, der gør selvskade funktionel [5].

Selvskade har altid en funktion for personen: typisk at dæmpe indre smerte eller signalere nød til andre, forstærket positivt eller negativt. At kende funktionen er afgørende for behandlingsvalget [22-24]. *Rubæk & Møhl* har udviklet en integrativ model, der ligesom *Nocks* originale model inddrager distale og proksimale risikofaktorer, men samtidig tilføjer kulturelle faktorer som digitalisering og skønhedsidealiser (se **Figur 1**) [19].

FIGUR 1 Den integrerede model over selvskadende adfærd. Figur inspireret af [19].

Makrosystemet: de kulturelle og samfundsmæssige risikofaktorer, f.eks. urealistiske kropsidealer, acceleration og præstationspres, skærmbaseret barndom, ydrefokus, fragmentering



EOS = endogent opioidsystem; OAS = oplevelse af sammenhæng.

Klinisk vurdering og risikostratificering

En god klinisk vurdering begynder med en åben, validerende og ikkestigmatiserende tilgang til patienten (se Tabel 2). Mange patienter oplever skam og frygter fordømmelse, der kan udgøre en barriere for at søge hjælp. Klinisk nysgerrighed uden alarmering eller moralisering er en forudsætning for et meningsfuldt møde [25]. Samtalen bør tilpasses alder og udviklingstrin, og hos børn og unge bør forældre inddrages på en måde, der ikke opleves som et tillidsbrud.

TABEL 2 Klinisk tjekliste til vurdering og første samtale.

<i>Åbn samtalen validerende</i>
»Jeg vil gerne høre lidt om, hvad der sker inden i dig, når du skader dig selv«
<i>Afklar intention</i>
Er der suicidal intention?
Ambivalens?
Konkrete planer eller adgang til midler?
<i>Kortlæg selvskaedadfærden</i>
Form (direkte/indirekte/by proxy)
Hyppighed
Metode
Eskalation
Udløser
Funktion
<i>Efterfølgende reaktioner</i>
Skam, lettelse, tomhed – hvad kommer efter selvskaeden?
<i>Somatisk vurdering</i>
Skader, der kræver akut behandling?
Infektionsrisiko?
Nerveskader?
<i>Komorbiditet</i>
Depression
Angst
Traumer
Personlighedsforstyrrelse
Autisme/ADHD
Misbrug
Spiseforstyrrelse
<i>Sociale belastninger</i>
Ensomhed
Vold
Marginalisering
Mobning
Skolefravær
Arbejdsløshed
<i>Netværk og ressourcer</i>
Hvem ved det?
Hvem kan støtte?
Hvem skal informeres (forældre ved unge)?
<i>Sikkerhedsplan</i>
Udpeg:
Advarselssignaler
Handlemønstre
Alternative mestringsstrategier
Kontaktpersoner
<i>Aftal opfølgning</i>
Hvem følger op, hvornår og i hvilken sektor?

Afklaring af intention og risikoniveau

Det første og mest centrale spørgsmål er intentionen bag selvskaeden: Er der tale om NSSI, eller er der suicidal intention? Ambivalens er hyppigt forekommende og bør aktivt efterspørges. Klinikerens bør spørge konkret til planer, adgang til midler og forestillinger om at afslutte livet.

Risikoen for suicidalforsøg og suicidium er særlig forhøjet ved tidlig selvskaedebud, hyppig selvskaede, eskalerende metoder, komorbid depression eller misbrug, sociale belastninger som isolation og ensomhed samt manglende adgang til behandling. Hos ældre bør selvskaede altid vække særlig opmærksomhed, det er hyppigere forbundet med suicidal intention end hos unge [26].

Systematisk kortlægning af selvskadeadfærden

Kortlægningen bør afdække selvskadens form, metoder, hyppighed og varighed, metodeskift og eskalation, typiske udløser og funktion samt de reaktioner, der følger efter: f.eks. skam, lettelse eller tomhed [22, 23]. Den danner grundlag for valg af behandlingstilgang og for at identificere alternative strategier. Et enkelt dansk screeningredskab er de 3 F'er – frekvens, funktion og farlighed – der kan understøtte en systematisk afdækning [6, 27].

Somatisk og psykiatrisk vurdering

Selvskade kan medføre somatiske skader, der kræver akut eller planlagt behandling. Klinikeren bør vurdere sårenes dybde og omfang, tegn på infektion, nerve- eller karskade samt forgiftningens art og sværhedsgrad. Den somatiske kontakt er for mange patienter det første møde med sundhedsvæsenet og dermed en vigtig mulighed for at etablere kontakt og drøfte videre støtte [25, 28].

En systematisk vurdering af komorbiditet bør inkludere depression og angst, PTSD, personlighedsforstyrrelser, autismespektrumsforstyrrelser og ADHD, spiseforstyrrelse samt misbrug. Sociale belastninger som vold, ensomhed, mobning og marginalisering bør ligeledes afdækkes. Det er vigtigt at forstå selvskadens funktion i den samlede kliniske sammenhæng frem for at reducere den til et symptom på én diagnose [5].

Behandling og organisering under danske forhold

Generelle behandlingsprincipper

Uanset behandlingsform og setting bør al klinisk kontakt gennemsyres af en validerende tilgang: at anerkende patientens oplevelser som forståelige ud fra dennes kontekst uden nødvendigvis at bekræfte selvskaden som hensigtsmæssig. Det modvirker skam, styrker alliancen og skaber grundlag for forandring [25]. Fokus bør rettes mod selvskadens funktion og udløsende faktorer frem for adfærden alene. At »stoppe selvskaden« er sjældent et realistisk mål i sig selv; mere virksomt er det at opbygge alternative strategier til emotionsregulering. Netværk inddrages tilpasset alder: forældre hos børn og unge, partnere og nære relationer hos voksne. Krise- og sikkerhedsplaner udformes med patienten.

I psykiatrisk regi bør fremhæves den såkaldte hands off-tilgang ved igangværende selvskade: Frem for at afbryde adfærden fysisk bør personalet forblive nærværende, bevare roen og søge kontakt gennem validering. Fysisk indgriben reserveres til umiddelbar livsfare eller risiko for varig funktionsnedsættelse, da restriktive tiltag kan øge distress og eskalere adfærden [25] (se Tabel 3).

TABEL 3 Behandlingsprincipper og muligheder i Danmark.

<i>Generelle principper</i> Validerende tilgang Fokus på funktion og udløsere Inddragelse af netværk Krise- og sikkerhedsplaner Op træning af nye færdigheder
<i>DBT/DBT-A</i> Stærkest evidens i forhold til selvskade Inkluderer individuel terapi og færdighedstræning Tilbydes i dele af dansk psykiatri
<i>MBT/MBT-A</i> Dokumenteret effekt ved selvskade og personlighedsproblematik Tilbydes på specialiserede afdelinger
<i>ERITA</i> Findes i både internetbaseret og ambulant format Lovende evidens, særligt for unge
<i>Familie- og netværksinterventioner</i> Centrale ved unge; bør integreres i forløbet
<i>Tværasektorielt</i> Koordination mellem psykiatri, almen praksis og kommune er afgørende – særligt ved overgange

DBT/DBT-A = dialektisk adfærdsterapi; ERITA = emotionsreguleringsbaserede tilgang for unge; MBT/MBT-A = mentaliseringsbaseret terapi.

Psykologiske interventioner – kort evidensstatus

Cochrane-gennemgange peger på dialektisk adfærdsterapi (DBT/DBT-A) og mentaliseringsbaseret terapi (MBT/MBT-A) som de bedst dokumenterede interventioner hos henholdsvis voksne og unge [29, 30]. Emotionsreguleringsbaserede tilgange (ERGT for voksne og ERITA for unge) viser lovende resultater, og familie- og netværksinterventioner er særligt relevante for unge. Fælles for de mest effektive interventioner er fokus på emotionsregulering, færdighedstræning og interpersonelle vanskeligheder. Farmakologisk behandling anbefales ikke til selvskade, men kan være relevant ved komorbiditet.

Akut håndtering og tværasektorielt samarbejde

En ikkestigmatiserende modtagelse er afgørende for, om patienten efterfølgende søger hjælp. Triage bør sikre somatisk og psykisk vurdering med fokus på suicidalrisiko. Hurtig opfølgning inden for 24-72 t. er dokumenteret at reducere risikoen for gentagelse [25]. Almen praksis spiller en vigtig rolle i opsporing og som tovholder i forløb, der ikke kræver specialiseret behandling. Systematisk spørgen til selvskade som del af anamnesen kan øge opsporing og muliggøre tidlig intervention.

Tværsektorielt samarbejde er uomgængeligt. Klare aftaler om ansvar og opfølgning er forudsætningen for, at patienten ikke tabes mellem sektorer. For unge kræver dette koordination mellem børne- og ungdomspsykiatrien, skoler, PPR og kommunale indsatser.

Implementering og skadesreduktion

Der er stor geografisk variation i udbuddet af specialiserede selvskadeindsatser. Overgange i behandlingssystemet – fra børne- til voksenpsykiatri, fra indlæggelse til ambulant og fra psykiatri til primærsektor – udgør en særligt sårbar zone. Der er behov for styrket kompetenceudvikling bredt i sundhedsvæsenet, ikke blot i psykiatrien, men også i almen praksis, akutmodtagelser og hos kommunale samarbejdspartnere [25].

Ved svær og tilbagevendende selvskade kan skadesreducerende indsatser overvejes som supplement, f.eks. rådgivning om sårpleje, vejledning om sikrere placering af skaden eller rensning af redskaber. Facilitering af direkte selvskade (»kontrolleret selvskade«) anbefales ikke. Tiltag besluttet altid individuelt og i samarbejde med patienten [25].

Perspektiver og konklusion

Selvskade er et fænomen af stigende klinisk relevans på tværs af aldersgrupper og sektorer. Forskning understreger, at selvskade optræder på tværs af diagnoser, har multiple funktioner og er tæt forbundet med suicidalrisiko [1]. En funktionsbaseret forståelse giver derfor et mere nuanceret og klinisk brugbart billede end en snæver diagnosebaseret tilgang. Klinikeren bør møde patienten med nysgerrighed og validering frem for alarmering og kontrol, og vurderingen bør altid inkludere afklaring af suicidalrisiko. ICD-11 og kommende nationale retningslinjer styrker mulighederne for ensartet håndtering på tværs af somatik, psykiatri og primærsektor, særligt ved tværsektorielle overgange, kompetenceudvikling i ikke-specialiserede settings og tidlig opsporing. Gennemslagskraften forudsætter dog en robust tværgående struktur, der forbinder forskning, klinisk praksis og kompetenceudvikling.

Korrespondance *Kristine Høst Poulsen*. E-mail: kripo@regsj.dk

Antaget 18. juni 2026

Publiceret på ugeskriftet.dk 12. oktober 2026

Interessekonflikter NRH oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i Psykiatrien i Region Syddanmark. Alle forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2026;188:V04260329

doi [10.61409/V04260329](https://doi.org/10.61409/V04260329)

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

SUMMARY

Non-suicidal self-injury as a transdiagnostic phenomenon

Non-suicidal self-injury (NSSI) is prevalent across all age groups, yet this review notes that clinical assessment and management remain inconsistent across settings in Denmark. NSSI is increasingly understood as transdiagnostic with diverse functions; ICD-11 introduces explicit coding that may affect Danish registration. A non-stigmatising, function-based approach and evidence-based psychological treatment, adapted to age and context, should guide all clinicians encountering NSSI.

REFERENCER

1. Moran P, Chandler A, Dudgeon P et al. The Lancet Commission on self-harm. *Lancet*. 2024;404(10461):1445-1492. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01121-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01121-8)
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. American Psychiatric Association, 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
3. Møhl B, Rubæk L. Selvskade, når psykisk smerte konverteres til fysisk smerte. *Ugeskr Læger* 2017;179:V01170066. <https://ugeskriftet.dk/videnskab/selvskade-nar-psykisk-smerte-konverteres-til-fysisk-smerte>
4. International Society for the Study of Self-Injury. About self-injury, 2026. <https://www.itriples.org/aboutnssi> (20. apr 2026)
5. Hooley JM, Fox KR, Boccagno C. Nonsuicidal self-injury: diagnostic challenges and current perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2020;16:101-112. <https://doi.org/10.2147/NDT.S198806>
6. Jørgensen IL, Rubæk L, Møhl B. Screening for selvskade. *Ugeskr Læger* 2022;184:V10210780. <https://ugeskriftet.dk/videnskab/screening-selvskade>
7. Klonsky ED, May AM, Glenn CR. The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide. *J Abnorm Psychol*. 2013;122(1):231-237. <https://doi.org/10.1037/a0030278>
8. Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide. *Psychol Med*. 2016;46(2):225-236. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001804>
9. Børnerådet. Mere end hver femte i 9. klasse har skadet sig selv, 2016. https://www.boerneraadet.dk/media/0sohhzv0/brd_boerneindblik_nr4_2016_unge_og_selvskade.pdf (20. apr 2026)
10. Børns Vilkår, TrykFonden. Selvskade – et fysisk udtryk for psykisk mistrivsel blandt børn og unge, 2021. https://bornsvilkar.dk/wp-content/uploads/2021/04/Selvskade_Rapport_April_2021_web_print.pdf (20. apr 2026)
11. Møhl B, Skandsen A. The prevalence and distribution of self-harm among Danish high school students. *Pers Ment Health*. 2012;6(2):147-155. <https://doi.org/10.1002/pmh.191>
12. Pisinger VSC, Hawton K, Tolstrup JS. School- and class-level variation in self-harm, suicide ideation and suicide attempts in Danish high schools. *Scand J Public Health*. 2019;47(2):146-156. <https://doi.org/10.1177/1403494818799873>
13. Pisinger V, Thorsted A, Jezek AH et al. UNG19: Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2019
14. DeVille DC, Whalen D, Breslin FJ et al. Prevalence and family-related factors associated with suicidal ideation, suicide attempts, and self-injury in children aged 9 to 10 years. *JAMA Netw Open*. 2020;3(2):e1920956. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.20956>
15. Cipriano A, Cella S, Cotrufo P. Nonsuicidal self-injury: a systematic review. *Front Psychol*. 2017;8:1946. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01946>
16. Swannell SV, Martin GE, Page A et al. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide Life Threat Behav*. 2014;44(3):273-303. <https://doi.org/10.1111/sltb.12070>
17. Odelius CB, Ramklint M. Clinical utility of proposed non-suicidal self-injury diagnosis: a pilot study. *Nord J Psychiatry*. 2014;68(1):66-71. <https://doi.org/10.3109/08039488.2013.775340>
18. Morthorst BR, Heinrichsen M, Erlangsen A. Joinpoint analyses of rates on hospital-recorded deliberate self-harm: an update on Danish national trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2025;60(3):727-736. <https://doi.org/10.1007/s00127-024-02795-y>
19. Rubæk L, Møhl B. I tusind stykker. Akademisk Forlag, 2025.

20. Turner BJ. Detecting and managing non-suicidal self-damaging behaviors. *World Psychiatry*. 2022;21(3):461-462. <https://doi.org/10.1002/wps.21022>
21. Wilkinson PO, Qiu T, Neufeld S et al. Sporadic and recurrent non-suicidal self-injury before age 14 and incident onset of psychiatric disorders by 17 years: prospective cohort study. *Br J Psychiatry*. 2018;212(4):222-226. <https://doi.org/10.1192/bjp.2017.45>
22. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72(5):885-890. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>
23. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin Psychol Rev*. 2007;27(2):226-239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>
24. Nock MK. Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Curr Dir Psychol Sci*. 2009;18(2):78-83. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>
25. National Institute for Health and Care Excellence. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence (NICE guideline NG225), 2022. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225> (20. apr 2026)
26. Troya MI, Babatunde O, Polidano K et al. Self-harm in older adults: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2019;214(4):186-200. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.11>
27. Møhl B, la Cour P, Skandsen A. Non-suicidal self-injury and indirect self-harm among Danish high school students. *Scand J Child Adolesc Psychiatr Psychol*. 2014;2(1):11-18. <https://doi.org/10.21307/sjcapp-2014-003>
28. Jakobsen SG, Reilev M, Lauritsen J et al. Contact patterns in health care before and after first registered suicide attempt or self-harm: a nationwide register study. *Psychiatry Res*. 2025;345:116372. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2025.116372>
29. Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G et al. Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;4(4):CD013668. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013668.pub2>
30. Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G et al. Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;(3):CD013667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013667.pub2>