

SELVSKADE HOS PSYKIATRISKE PATIENTER

Af Bo Møhl¹ & Lotte Rubæk²

Artiklen omhandler 58 selvskadende patienter i psykiatrisk behandling, der ved hjælp af et selvrapporteringsskema er blevet undersøgt for afklaring af bl.a. selvskademetoder, -hyppighed, omstændigheder omkring den selvskadende handling, motivation for og effekt af selvskade samt tidligere selvmordsforsøg. Undersøgelsen finder bl.a., at gruppen i gennemsnit brugte otte forskellige metoder ud af en liste på 16. 93 % har skåret sig, og 57,7 % har gjort det mere end 50 gange. 93 % var alene, når de skadede sig selv, og 41,8 % følte ikke smerte i forbindelse med selvskade. Affektregulering er det hyppigste motiv til selvskade, og deltagerne registrerer en reduktion af negative følelser, såsom vrede, frygt, skyld og ensomhed, efter den selvskadende handling, men nogle angiver også nydelse efter den selvskadende handling. 68,4 % har forsøgt selvmord, og 41,5 % har forsøgt mere end fem gange. Deltagere, der har forsøgt selvmord, har hyppigere været udsat for overgreb i barndommen. Undersøgelsen dokumenterer, at selvskade er en alvorlig og komplicerende faktor hos psykiatriske patienter med en stor symptombyrde. Endelig diskuteres de kliniske implikationer af undersøgelsens fund.

Indledning

Selvskadende adfærd må betragtes som et alvorligt tegn på mistrivsel, både når det forekommer hos unge mennesker, der ikke har kontakt med psykiatrien, og når det forekommer hos psykiatriske patienter. Dynamikken bag den selvskadende adfærd varierer meget, og man kan ikke drage slutninger fra selvskade til en given personlighedsstruktur eller psykiatrisk lidelse. At skade sig selv kan være et symptom, men er i sig selv ikke en psykisk sygdom, og selvskade indgår derfor heller ikke som en psykiatrisk diagnose i WHO's diagnoseliste, ICD-10. I den seneste udgave af den amerikanske psykiaterforenings diagnoseliste, DSM-5, der udkom i maj

1 Cand.mag. & cand.psych., specialist og supervisor i psykoterapi, specialpsykolog i psykiatri, professor Aalborg Universitet. bomoehl@hum.aau.dk

2 Cand.psych., specialist i psykoterapi, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Bispebjerg, Region Hovedstadens Psykiatri. lotte.rubaek@regionh.dk

2013, blev Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) imidlertid indført som forskningsdiagnose, fordi forekomsten af selvskade er steget dramatisk, specielt blandt yngre mennesker, og selvskade er dermed blevet et problem, man ikke længere kan overse.

Definition

I det følgende vil vi anvende definitionen på ikke-suicidal selvskade, som er udformet af International Society for the Study of Self-injury (ISSS, 2007), der også ligger til grund for DSM-5-diagnosen.

Ikke-suicidal selvskade er en "bevidst direkte og selvforskyldt ødelæggelse af kropsvæv, der resulterer i umiddelbare vævsskader udført med et formål, der ikke er socialt accepteret, og uden suicidale hensigter". I denne definition udelukkes indirekte selvskade, som fx stof- og alkoholmisbrug og spiseforstyrrelser samt selvskade udført i suicidalt øjemed. Heller ikke selvskade, der er socialt accepteret, som fx selvpåførte piercinger og tatoveringer, indgår i definitionen. Man har til alle tider og i alle kulturer kunnet finde selvskaderitualer, der er religiøst eller kulturelt legitimeret, fx kristne *flagellanter*, der pisker og straffer sig selv for menneskets synder (Favazza, 1996).

Definitionen fra ISSS bruges internationalt bl.a. i USA og Canada, hvor der foregår megen forskning i selvskade, men den adskiller sig fra den britiske tradition, hvor man bruger begrebet *self-harm*, der ikke skelner mellem selvskade udført *uden* suicidal intention og selvskade udført *med* suicidal intention. Selvmordsforsøg indgår således i den britiske definition af selvskade, som også præger øvrig europæisk forskning på området, herunder det danske Center for Selvmordsforskning, der har stået for en væsentlig del af forskningen her i landet (Zöllner, 2014).

Selvskade kontra selvmordsforsøg

Når vi vælger at følge den internationale tradition og skelne mellem suicidal og ikke-suicidal selvskade, hænger det sammen med, at der er tale om to kvalitativt forskellige adfærdsformer, hvor de bagvedliggende intentioner er væsensforskellige. Ikke-suicidal selvskade udføres med det formål at ændre den psykiske tilstand eller påvirke relationen til andre mennesker, mens suicidale handlinger udføres med det formål at *eliminere* bevidstheden og altså at dø (Walsh, 2006). Det kan være meget vanskeligt at afgøre, hvorvidt en selvskadende handling er udført med det ene eller det andet motiv, men dynamikken bag mere overfladiske selvskademetoder, som fx at skære, slå, bide eller brænde sig selv, er en anden end bag et egentligt determineret selvmordsforsøg. Der er endvidere dokumenteret en tæt sammenhæng mellem valg af metode og henholdsvis suicidal og ikke-suicidal intention (Haw, Hawton, Houston, & Townsend, 2003). Ved ikke-suicidal selvskade anvendes oftest metoder, der efterlader overfladisk skade på kroppen (som de ovenfor nævnte), mens metoderne ved suicidal selvskade oftest er langt

farligere, såsom fx hængning, udspring fra et højt sted og indtagelse af en overdosis medicin. Det er ikke usædvanligt, at patienter udfører ikke-suicidal selvskade for at nedregulere affektspænding med henblik på at undgå at gøre noget værre, nemlig at udføre et selvmordsforsøg. Selvskadeadfærd kan altså ses som en måde at mestre livet på, hvilket allerede Karl Menninger havde blik for (Menninger, 1938).

Selv om selvskadeadfærd skal forstås som noget kvalitativt andet end selvmordsforsøg, så er det en vigtig pointe, at selvmordsforsøg forekommer hyppigt hos mennesker med ikke-suicidal selvskade (Muehlenkamp, 2005). Undersøgelser viser, at op mod 50-85 % af mennesker med primært ikke-suicidal selvskadende adfærd (Favazza & Conterio, 1989; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006) har forsøgt selvmord, og det anslås, at selvskade er blandt de væsentligste prædiktorer for senere selvmordsforsøg (Whitlock & Knox, 2007; Arsarnow et al., 2011; Wilkinson, Kelvin, Roberts, Dubicka, & Goodyer, 2011). Risikoen for at dø ved selvmord er 18 gange større hos patienter med selvskadeadfærd end hos patienter uden selvskadeadfærd (Van Sell et al., 2005). Risikoen er specielt stor, når personen oplever, at effekten af den selvskadende handling ikke længere er tilstrækkelig til at nedregulere et overvældende negativt følelsespres, måske fordi smerteperceptionen er nedsat (Walsh, 2006; Yates, 2004), eller fordi den selvskadende handling ikke skaber de tilsigtede interpersonelle forandringer. Derudover er selvskade igennem længere tid samt anvendelse af voldsomme og mangeartede selvskademetoder forbundet med øget risiko for selvmordsadfærd. (Nock et al., 2006). Selv om risikoen for selvmord er forhøjet hos mennesker med selvskade, er det vigtigt at understrege, at flertallet af selvskadere, nemlig mellem 89 % og 95 % ifølge et review fra 2002, *ikke* dør af selvmord (Owens, Horrocks, & House, 2002).

Forekomst

Undersøgelser af ikke-kliniske populationer viser, at mellem en femtedel og en tredjedel af unge mellem 18 og 25 år har haft mindst én episode af selvskade i løbet af deres liv (Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener, 2012; Zetterqvist, Lundh, Dahlström & Svedin, 2013; VIOSS, 2015; Møhl & Skandsen, 2012). Tallet er endnu højere i kliniske populationer, hvor det anslås, at mellem halvdelen og tre fjerdedele af psykiatriske patienter under behandling har ikke-suicidal selvskadende adfærd (fx Odellius & Ramklint, 2014). Både blandt patienter under indlæggelse og i ambulans psykiatrisk behandling forekommer selvskade langt hyppigere end i ikke-kliniske populationer, hvilket afspejler, at de er mere disponerede på grund af nedsat evne til affektregulering, et større lidelsespres og belastende psykosociale omstændigheder. Specielt hos patienter med emotionel ustabil personlighedsstruktur af borderline-typen, hvor selvskade indgår som et af de diagnostiske kriterier, ses stærkt forøget forekomst, idet undersøgelser viser, at op mod 65-80 % har erfaring med selvskade (Andover, Pepper, Ryabchenko, Orrico,

& Gibb, 2005; Soloff, Lis, Kelly, Cornelius, & Ulrich, 1994), men også hos patienter med depression, angst, spiseforstyrrelser og PTSD ses forøget risiko (Peterson, Freedenthal, Sheldon, & Andersen, 2008, Jarvi, Jackson, Swenson, & Crawford, 2013).

Motiver til selvskade

Der er konsensus om, at det hyppigste motiv til ikke-suicidal selvskade er regulering af negative affekter (Klonsky, 2009). Ved fx at skære, brænde, kradse eller slå sig selv kan personen reducere styrken af negative følelser, såsom angst, vrede, ensomhed, skyld og skam, og stoppe invaderende tvangstanker eller “flashbacks”, men selvskade kan også motiveres af tomhedsfølelser og vanskeligheder ved at mærke sig selv. Andre hyppige motiver er selvstraf, påvirkning af relationen til andre eller forsøget på at genvinde en følelse af kontrol. Det er en misforståelse at tro, at selvskade primært handler om at manipulere eller “at gøre opmærksom på sig selv”. De fleste, der skader sig selv, gør det, fordi de ikke kan håndtere situationen på en mere konstruktiv måde. For en model over selvskadens funktioner se Nock og Sha (2009). Skønt man i stigende grad ser *cuttere*, der eksponerer deres selvskade, fx på nettet eller i de miljøer, hvor de færdes, så skader de fleste sig selv, når de er alene, og holder deres adfærd skjult for andre. Selvskade er ofte motiveret af skamfølelser, der kan reduceres her og nu, men øges på længere sigt (Møhl, 2015).

Når selvskade bruges som affektregulering, tjener adfærden som en kompensatorisk – om end omkostningsfuld – strategi til regulering af følelser hos personer, som af den ene eller anden årsag ikke har udviklet en tilstrækkelig evne til dette gennem opvæksten. Affektregulering indebærer, at følelserne ikke løber af med én, når man befinder sig i en følelsesmæssigt provokerende situation. Personer, der lider af affektiv dysregulation, vil ifølge Fonagy og kolleger (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2007) ofte opleve mentaliseringsvigt med en øget risiko for, at de *agerer* eller *handler* på følelserne frem for at *mentaliserer* og forvalte følelserne på en konstruktiv måde. Alexitymi-begrebet (Sifneos, 1973) skriver sig relevant ind i Fonagy og kollegers teori om fejludvikling af affektreguleringskapaciteten (Rubæk, 2009). Det græske ord *alexithymia* betyder “manglende ord for følelser”, og individet med alexitymi har vanskeligt ved at skelne mellem og beskrive almindelige følelser og har derfor en tendens til netop at *handle* frem for at *tale* om og psykologisk bearbejde følelser.

Blandt de kendte risikofaktorer for udvikling af selvskade er tilknytningsforstyrrelser og nedsat mentaliseringsevne (Bateman & Fonagy, 2004; Schuder & Lyons-Ruth, 2004), opvækst i et invaliderende miljø (Linehan, 1993; Martin, Bureau, Cloutier, & Lafontaine, 2011), lavt selvværd (Børnerådet, 2016), emotionel dysregulation (Klonsky, 2007), barndomstraumer i form af psykisk og fysisk overgreb, seksuelt misbrug og omsorgssvigt (Nock & Kessler, 2006; Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto, & Nock, 2007; Ya-

tes, 2009), psykisk sygdom (Peterson et al., 2008; Jarvi et al., 2013) samt misbrug af alkohol og stoffer. Specielt fysisk og seksuelt misbrug i barndommen er en væsentlig risikofaktor, bl.a. fordi det øger risikoen for dissociative reaktioner.

Dissociation

Flere undersøgelser viser, at dissociation har en medierende rolle mellem barndomstraumer, som fx fysisk og seksuelt misbrug, og forskellige former for psykopatologi og risikofyldt adfærd, som fx selvskade (Kisiel & Lyons, 2001). Dissociation er en forsvarsmekanisme, der aktiveres i faresituationer, hvor fysisk flugt er umulig. Gevinsten ved dissociation er, at individet bliver i stand til at være i den traumatiske oplevelse, hvor der sker en opløsning af selvets normale integration med det resultat, at fx oplevelsen af smerte reduceres (Kooiman et al., 2004; Van der Kolk, Perry, & Herman, 1991; Van der Kolk & Fisler, 1994). Dissociation kan således være en nødvendig forsvarsmekanisme ved traumatiske overgreb, men kan på længere sigt udvikle sig til en nærmest kronisk tilstand, hvor individet kan føle, at personligheden er ved at gå i opløsning, og i ekstreme tilfælde kan vedkommende blive i tvivl om, hvorvidt han eller hun overhovedet er virkelig. Dissociation kan udvikle sig til at blive en pinefuld tilstand, der i sig selv er en risikofaktor for selvskadende adfærd (Zlotnick et al., 1996; Suyemoto, 1998; Yates, 2004). Dissocierende personer kan beskrive selvskade som den mest effektive strategi til at bryde dissociationens trancelignende tilstand, idet blodet og smerten har en levendegørende funktion, og mange oplever samtidig, at selvskade medfører en øjeblikkelig selvintegration og en evne til at finde fokus igen (Favazza, 1996).

Selvskade i psykiatrien

På de fleste psykiatriske afdelinger udgør selvskade hos patienterne et stort problem, der "smitter" og kan brede sig i et behandlingsmiljø (Taiminen, Kallio-Soukainen, Nokso-Koivisto, Kaljonen, & Helenius, 1998). Selvskade aktiverer stærke modoverføringsreaktioner hos personalet, og de stærke reaktioner vil let kompromittere overblikket og det kliniske skøn i forhold til patienten, hvilket kan medføre, at behandlingen bliver suboptimal. Specielt voldsomt og vedvarende selvskadende patienter skaber med deres adfærd ofte følelser af afmagt, angst, frustration og utilstrækkelighed hos personalet, hvilket kan udvikle sig til, hvad Winnicott (1994) har beskrevet som "*hate in the counter-transference*". Med de alvorligt selvskadende patienter opstår der ikke sjældent en malign dynamik mellem den indlagte patient og personalet på afdelingen. For at stabilisere sin identitet og mindske regression vil en del psykiatriske patienter *handle* med selvskade for at få det bedre og i sidste ende for at sikre sin autonomi i en *setting*, hvor de er under ofte konstant overvågning. Når patienten *handler*, aktiverer det *handlen* hos

personalet, der måske rekvirerer fast vagt til den pågældende patient. Dette kan øge patientens afmagtsfølelse og skabe yderlige behov for at handle med selvskade, hvilket igen aktiverer afdelingen, der måske vælger at bæltefiksere patienten. Selvskade er en af de hyppigste årsager til bæltefiksering på de psykiatriske afdelinger. Blandt andet på grund af manglende viden om selvskadens dynamik hos personalet sker denne utilsigtede optrapning, og det udvikler sig til en “stum dialog” (Møhl, 2015), hvor handling afføder handling, der hurtigt udvikler sig kontraterapeutisk.

Denne artikel vil som den første i en dansk kontekst fokusere på selvskadende patienter i psykiatrisk behandling. Disse patienter udgør en stor udfordring for psykiatrien og er ressourcekrævende på grund af gentagne og ofte langvarige indlæggelser. Når vi vælger at fokusere på selvskade hos en tungt belastet gruppe, er det, fordi der efterspørges mere viden om selvskadende patienter (Alderdice et al., 2010; Inckle, 2010). Vi håber, at en bedre forståelse af dynamikken og baggrunden for den selvskadende adfærd kan skabe en indsigt, som er nødvendig for at kunne sikre den bedste behandling til disse patienter, hvis adfærd for de fleste er så paradoksal og uforståelig, at den skaber grobund for myter og projektioner.

Formålet med undersøgelsen er at undersøge bl.a. selvskademetoder, -hyppighed, debutalder og omstændigheder omkring den selvskadende handling hos psykiatriske patienter. Vi vil desuden undersøge motivationen for og den følelsesmæssige effekt af selvskade, evnen til affektregulering og forekomsten af dissociation, som er variable, der antages at have betydning for selvskade. Endelig vil vi se på forekomsten af selvmordsforsøg, som vi forventer er høj i denne gruppe, ligesom vi forventer, at gruppen generelt er tungt belastet af risikofaktorer for selvskade.

Denne undersøgelse indgår i et større projekt, der fortløbende publiceres, jf. Rubæk og Møhl (2016).

Metode

Deltagere

I undersøgelsen indgår 58 voksenpsykiatriske patienter med pågående repetitiv selvskadende adfærd på tværs af forskellige grundlidelser (aktionsdiagnoser). Deltagerne er på undersøgelsestidspunktet enten indlagt eller i ambulant behandling i Region Hovedstaden eller Region Sjælland. Data blev indsamlet ved hjælp af et spørgeskema, som patienterne fik udleveret af en af forfatterne (LR eller BM) eller af deres kontaktperson på den behandlende afdeling. Spørgeskemaet blev udfyldt af patienten på afdelingen under indlæggelsen eller hjemme for efterfølgende at blive overgivet til en af forfatterne.

Patienter blev udelukket fra undersøgelsen, hvis de havde gennemgribende udviklingsforstyrrelser eller var mentalt retarderede, idet dynamikken bag

selvskade hos denne gruppe af patienter antages at være en anden (Favazza, 1996). Desuden blev patienter med akutte psykoser og patienter, hvis tilstand på anden vis vurderedes for ustabil til, at de kunne udfylde skemaet, udelukket fra undersøgelsen. Enkelte patienter ønskede ikke at deltage.

De fleste patienter var specifikt henvist til eller indlagt for behandling af deres alvorlige selvskadende adfærd og er ved undersøgelsestidspunktet enten fortsat indlagt eller for nyligt udskrevet til ambulant behandling. Blandt de primære psykiatriske diagnoser er personlighedsforstyrrelser, depression, spiseforstyrrelser og belastningsreaktioner, men i denne artikel vil vi ikke komme nærmere ind på dette. Fokus er på deres selvskadende adfærd. 57 (98,3 %) af de 58 patienter i undersøgelsen er kvinder, hvilket afspejler kønsfordelingen blandt psykiatriske patienter med kendt ikke-suicidal selvskade. Alder varierer fra 18 til 57 år med et gennemsnit på 29 år (SD = 9,9).

Spørgeskemaet

Spørgeskemaet består af fem dele, der inkluderer nogle validerede skalaer til at måle graden af dissociation (DES) (Carlson & Putnam, 1993), motiver for selvskade (SIMS-II) (Osuch, Noll, & Putnam, 1999) samt en registrering af selvskadende adfærd konstrueret af os selv. Skemaet er tidligere blevet brugt af en af forfatterne i forbindelse med en afhandling (Rubæk, 2007). Der blev taget kontakt til rettighedsindehaverne på de allerede eksisterende standardiserede spørgeskemaer, som ønskedes anvendt til undersøgelsen, og der blev opnået tilladelse til at oversætte og bruge dem i nærværende undersøgelse. De forskellige tests blev oversat af de to forfattere (BM og LR), og oversættelserne blev herefter verificeret af en tosproget psykolog med engelsk som modersmål.

Skemaet indledes med registrering af basisoplysninger og fortsætter med en sektion, der beskriver den selvskadende adfærd. Først spørges ind til indirekte selvskade (fx "har du sultet dig selv eller alvorligt begrænset din fødeindtagelse?" eller "motioneret til udmattelse?") og til risikoadfærd (fx "har du rejst alene i farlige områder uden at tage hensyn til din sikkerhed?"). Informanten kan svare "ja" og "nej" og bliver efterfølgende spurgt om, hvor mange gange den pågældende adfærd har fundet sted. Svarmulighederne er kategorier, der går fra "én gang" til "mere end 50 gange". Herefter spørges ind til suicidal adfærd: "Har du nogensinde forsøgt at tage dit eget liv?" og i givet fald "hvor mange gange?" Desuden bliver informanten bedt om at beskrive metoder ved selvmordsforsøgene. Herefter følger en sektion, hvor informanten bliver spurgt til en række specifikke former for ikke-suicidal selvskade. "Beskriv, hvor mange gange du med vilje har skadet dig selv på følgende måder" efterfulgt af en liste med 17 specificerede metoder suppleret med spørgsmål om, hvor mange gange den pågældende adfærd er pågået. Som ovenfor er der mulighed for at svare i kategorier fra "én gang" til "mere end 50 gange", samt endelig hvornår den pågældende selvskademetode først

blev taget i brug. Efterfølgende kommer en række spørgsmål til afdækning af omstændighederne omkring den selvskadende handling (fx “plejer du at være alene, når du skader sig selv?” og “føler du smerte, når du skader sig selv?”). Herefter spørges der ind til seksuelt og fysisk misbrug og psykisk omsorgssvigt samt til afhængighed af selvskade (sidstnævnte er behandlet i en selvstændig artikel (Rubæk & Møhl, 2016). Endelig spørges til følelsesmæssig tilstand før og efter selvskadeseancen, hvilket er inspireret af Briere og Gil (1998). Patienten bedes her på en række af oplyste følelser sætte kryds ud for de følelser, hun typisk genkender at have *forud* for en selvskade-episode, samt de følelser, hun typisk har *efter* en selvskade-episode. De oplyste følelser er vrede mod selv, vrede mod andre, frygt, tomhed, spænding, skyld, indre smerte, ensomhed, nydelse, lettelse, tristhed og skam.

Dissociative Experiences Scale (DES) (Carlson & Putnam, 1993) måler frekvensen og alvorligheden af dissociative oplevelser hos personen. DES indeholder 28 udsagn, som personen bedes rangere på en 11-punkts-skala fra 0 (aldrig) til 100 (altid), alt efter hvor ofte personen har denne oplevelse. Skalaen har vist sig på effektiv vis at adskille patienter med dissociative forstyrrelser fra ikke-dissocierende patientgrupper og normalbefolkningen. Det anbefalede skæringspunkt på 30 bruges til at identificere patienter, som kan klassificeres som “svært dissocierende”.

Self-Injury Motivation Scale II (SIMS-II) (Osuch et al., 1999) er en motivations-skala for personer med selvskadende adfærd. SIMS-II indeholder 36 udsagn omkring motiver for selvskade og beder respondenterne rangere sit svar på en 11-punkts-skala fra 0 (aldrig) til 10 (altid) ved det tal, der fortæller, hvor ofte selvskaden hænger sammen med dette motiv. Ved faktoranalyse af den originale SIMS fandt man en seksfaktorløsning, som inddelte sig i følgende kategorier: “Affektregulering”, “Bekæmpe ensomhed og fortvivlelse (desolation)”, “Selvafstraffelse”, “Påvirkning af andre”, “Magisk kontrol” og “Selv-stimulering”. Ved at sammenholde scorerne for de seks delskalaer er det muligt at vurdere, hvilke motiver der for patienten vejer tungest.

Etik

Det blev understreget over for patienterne, at deltagelse i undersøgelsen var frivillig, og at deltagelse eller ej ikke på nogen måde ville få indflydelse på patientens fortsatte behandling, hvilket er sædvanlig procedure ved undersøgelser af denne art (jf. Helsinki-deklarationen). Den Nationale Videnskabs-etiske Komité (DNVK) i København fik forelagt spørgeskema og procedure, og undersøgelsen blev godkendt uden anmærkninger.

Resultater

Selvskademetoder

Alle deltagere havde for nyligt været eller var på undersøgelsestidspunktet aktivt selvskadende. De fleste havde brugt flere forskellige metoder, i gennemsnit otte (7.5) (SD = 3). To deltagere havde brugt samtlige 16 oplistede metoder, og kun én havde alene brugt to metoder. Resten fordelte sig jævnt over antal metoder.

Fordelingen af metoder rangeret efter hyppighed er vist i tabel 1.

Selvskade- metoder	én gang	1-10 gange	11-20 gange	21-50 gange	>50 gange	I alt
Cutting	-	10 (19,2 %)	5 (9,6 %)	7 (13,5 %)	30 (57,7 %)	52 (93 %)
Kradset til blods	1 (2,3 %)	14 (32,6 %)	7 (16,3 %)	6 (14 %)	15 (34,9 %)	43 (74 %)
Slået sig selv	2 (5 %)	10 (25 %)	8 (20 %)	10 (25 %)	10 (25 %)	40 (69 %)
Pillet i sår	-	5 (12,2 %)	5 (12,2 %)	3 (7,3 %)	28 (68,3 %)	41 (71 %)
Slået hoved, arm el.lign. mod mur	-	10 (26,3 %)	9 (23,7 %)	9 (23,7 %)	10 (26,3 %)	38 (66 %)
Hakket sig	4 (12,5 %)	9 (28,1 %)	5 (15,6 %)	6 (18,8 %)	8 (25 %)	33 (57 %)
Pillet hud til blods	-	9 (31 %)	3 (10,3 %)	5 (17,2 %)	12 (41,4 %)	29 (50 %)
Bidt sig selv	3 (11,1 %)	12 (44,4 %)	4 (14,8 %)	1 (3,7 %)	7 (25,9 %)	27 (47 %)
Brændt sig selv	4 (15,4 %)	15 (57,7 %)	4 (15,4 %)	1 (3,8 %)	2 (7,7 %)	26 (45 %)
Trukket hår ud		6 (31,6 %)	1 (5,3 %)	6 (31,6 %)	6 (31,6 %)	19 (33 %)
Bidt i mund	2 (5,9 %)	6 (35,3 %)	2 (5,9 %)	3 (17,6 %)	6 (35,3 %)	18 (31 %)
Skåret ord i huden	3 (30 %)	4 (40 %)	2 (20 %)	1 (10 %)	-	10 (17 %)
Skoldet sig selv	1 (14,3 %)	6 (85,7 %)	-	-	-	7 (12 %)
Spist giftige ting	1 (16,7 %)	5 (50 %)	1 (16,7 %)	1 (16,7 %)	-	6 (10 %)
Brækket knogler	1 (25 %)	2 (50 %)	1 (25 %)	-	-	4 (7 %)
Skade ifm. onani	-	-	-	1 (33 %)	2 (66,7 %)	3 (5 %)
Skåret dele af krop	-	-	-	1 (100 %)	-	1 (2 %)

Tabel 1

Det fremgår, at 93 % har skåret sig selv, og *cutting* er således den hyppigst anvendte metode. Det er bemærkelsesværdigt, at 57,7 % af deltagerne i denne undersøgelse har skåret sig selv mere end 50 gange. Blot én deltager

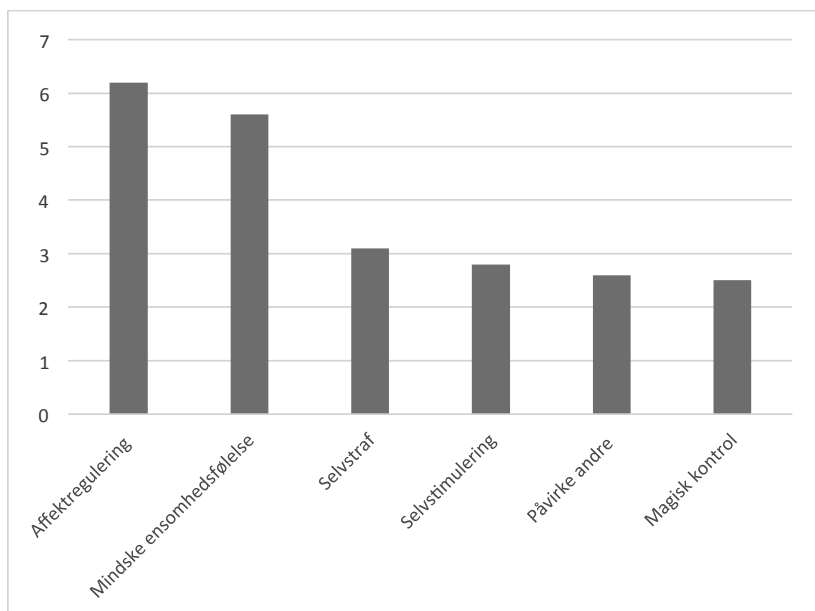
har markeret, at hun har “skåret dele af kroppen”. Den konkrete patient havde bl.a. fjernet en muskel fra sin underarm.

Gennemsnitsalderen for første selvskade-episode er 17,7 år, men det er forskelligt, hvornår den første selvskade-episode fandt sted, afhængigt af hvilken metode der blev anvendt. For eksempel havde deltagere, der rapporterer om cutting, deres første selvskade-episode med cutting som metode, da de var 17 år, mens deltagere, der bed sig selv i munden, indtil det begyndte at bløde, startede med denne “metode”, da de var 12 år. De tre deltagere, der rapporterede om selvskade i forbindelse med masturbation, startede endnu tidligere (i gennemsnit da de var 11,5 år gamle (SD = 3,0)).

Det antages at have betydning for graden af psykopatologi, hvor på kroppen patienten har skadet sig selv. Alle deltagere har skåret sig i arme eller ben, men henholdsvis 60,7 % og 26,8 % har desuden skadet sig selv i hovedet og på kønsorganerne (jf. Møhl & Rubæk, in press).

Motiver til selvskade

Deltagernes angivelse af deres subjektive motiver for at skade sig selv blev undersøgt ved hjælp af SIMS-II (Osuch et al., 1999), og motiverne fordeler sig på Osuch og kollegers oprindelige faktorer (ibid.), som det fremgår af tabel 2. Tallene i tabel 2 refererer til gennemsnitlige scorer, og det fremgår, at “affektregulering” er det hyppigste motiv for selvskade efterfulgt af “mindske ensomhedsfølelse”, der også handler om affektregulering, men



Figur 1: Motiver til selvskade.

specielt med hensyn til ensomhed og tomhed samt kontrol af fx overvældende barndomserindringer. Motivet "selvstraf" handler primært om, at personen ønsker at straffe sig selv med sin selvskade. "Selvstimulering" refererer til opnåelse af en seksuel eller ruslignende følelse ved hjælp af selvskade, mens "påvirke andre" og "magisk kontrol" begge handler om at influere andre, hvor "magisk kontrol" involverer elementer af magisk tænkning, fx "jeg har skadet mig selv for at 'beskytte' vigtige mennesker i mit liv" (Osuch et al., 1999; Rubæk, 2009). Sidstnævnte fire motiver gør sig nogenlunde lige gældende for undersøgelsens deltagere (jf. figur 1).

Motiver til selvskade, gennemsnitlig score:

Affektregulering	6,2
Mindske ensomhedsfølelse	5,6
Selvstraf	3,1
Selvstimulering	2,8
Påvirke andre	2,6
Magisk kontrol	2,5

Tabel 2.

SIMS total-score, som er den samlede score på hele skalaen, er i dette sample i gennemsnit 135,5 (SD = 67,8) på en skala fra 0-360, hvilket sammenlignet med andre undersøgelser er meget højt og tyder på en stor symptombelastning. I gennemsnit havde deltagerne i Osuch og kollegers undersøgelse en score på 98, og de finder, at individer med en SIMS-totalscore på over 95 har en højere grad af psykopatologi, flere selvskademetoder af en karakter, der kræver medicinsk intervention, samt oplevelse af lettelse efter selvskade (Osuch et al., 1999).

Omstændigheder i forbindelse med selvskade-episoden

Angående faktuelle omstændigheder ved selvskade-episoden var 57 besvarelser anvendelige. 93,1 % (N = 54) angav, at de sædvanligvis var alene i forbindelse med selvskade, mens 5,3 % (N = 3) havde skadet sig selv, mens de var sammen med andre. 56 havde svaret på, hvorvidt de ofte havde drukket alkohol eller taget stoffer, når de skadede sig selv. 21 % (N = 12) svarede ja, mens flertallet, 79 % (N = 44), rapporterede, at de ikke var påvirket af stoffer eller alkohol i forbindelse med den selvskadende handling.

Angående smerteoplevelse var 55 besvarelser anvendelige. Mere end halvdelen af deltagerne 58,2 % (N = 32) følte smerte i forbindelse med selvskade, mens 41,8 % (N = 23) ikke havde smerteoplevelser i forbindelse med selvskade.

Selvmodsforsøg

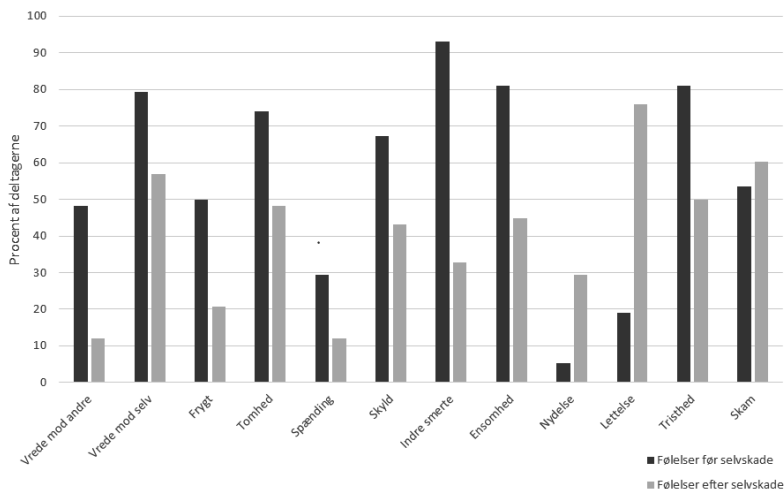
Mere end to tredjedele af deltagerne, 68,4 % (N = 39), havde haft ét eller flere selvmodsforsøg (jf. tabel 3).

Selvmordsforsøg

Antal gange	N	%
1	9	23,1 %
2	6	15,3 %
3	5	12,8 %
4	3	7,7 %
>5	16	41,1 %
i alt	39	100 %

Tabel 3. Antal selvmordsforsøg (i %)

Det fremgår, at 41,1 % har haft mere end fem selvmordsforsøg, og én deltager har haft mere end 50. Alle deltagere i undersøgelsen, der har forsøgt at begå selvmord, beskriver determinerede forsøg, hvor de har anvendt livstruende metoder. De fleste deltagere har forsøgt at tage deres eget liv ved at indtage en overdosis medicin, nogle gange i kombination med alkohol og anden risikofyldt adfærd, fx skriver en deltager, at hun havde lagt sig udenfor i frostvejr efter at have drukket en del alkohol og indtaget en overdosis. Andre metoder er at forsøge at hænge sig eller strangulere sig, fx ved at stramme et bælte eller bruserslange om halsen eller ved at tage en pose over hovedet. Nogle har skåret sig i håndleddet eller i halsen, forsøgt at drukne sig, fx ved at svømme ud fra kysten med forventning om at blive udmattet og dermed drukne, sprunget ud fra et højt sted (fx 2. sal), åbnet for gassen, mens de har lagt sig til at sove, spist giftige bær, tappet blod eller gået beruset på befærdet vej.



Figur 2. Følelser før og efter selvskade (% af deltagerne).

Effekt af den selvskadende handling

Deltagerne har registreret deres følelsesmæssige tilstand før og efter den selvskadende handling, og forandringen mellem før og efter tolker vi som et udtryk for den følelsesmæssige effekt af den selvskadende handling. Det fremgår af figur 2, at der er en reduktion af en række negative følelser og de signifikante ændringer (Chi-Square eller Fisher's Exact Test) er markeret med * i tabel 4. Der ses endvidere en oplevelse af øget lettelse (nonsignifikant) og nydelse (signifikant) efter selvskade, hvilket antyder, selvskade ikke blot kan dæmpe negative affekter, men også skabe positive følelser.

Effekt af selvskadende adfærd vurderet ved ændringer af følelser fra før til efter selvskade

	Før	Efter	
Vrede mod andre*	28 (48 %)	7 (12 %)	0,023 \square
Vrede mod sig selv*	46 (79 %)	33 (57 %)	0,048 \square
Frygt*	29 (50 %)	12 (21 %)	0,001 #
Tomhed	43 (74 %)	28 (48 %)	0,365 #
Spænding*	17 (29 %)	7 (12 %)	0,016 \square
Skyld*	39 (67 %)	25 (43 %)	0,005 #
Indre smerte	54 (93 %)	19 (33 %)	0,544 \square
Ensomhed*	47 (81 %)	26 (45 %)	0,029 \square
Nydelse*	3 (5 %)	17 (29 %)	0,025 \square
Lettelse	11 (19 %)	44 (76 %)	0,705 \square
Tristhed	47 (81 %)	29 (50 %)	0,07 #
Skam	31 (53 %)	35 (60 %)	0,08 #

N = 58

Chi-Square # Fisher's Exact Test \square Signifikante ændringer
($p < 0,05$) *

Ovenstående er lavet på basis af Chi-Square samt forventede værdier. Ved celler med forventede værdier under 5 er Fisher's Exact Test blevet anvendt.

Tabel 4.

Dissociation

Dissociative Experience Scale (DES) blev udfyldt af 57 patienter med en gennemsnitsscore på 26,77 (SD = 15,38). 27 af de 57 patienter, der har udfyldt DES (47,37 %), karakteriseres som *højt dissocierende* ud fra det fastsatte cut-off på 30. Til sammenligning er den gennemsnitlige score i en normal population 11,57 (SD = 10,63) og blandt studerende 14,27 (SD = 11,54) (van IJendoorn & Schuengel, 1996). Da der er en signifikant positiv sammenhæng mellem DES-scoring og overgreb i barndommen (Pearson .363, $P = 0,05$) i denne undersøgelse, og da en stor del, 56,9 % (N = 32) har været udsat for overgreb, påvirkes den gennemsnitlige DES-score, som så-

ledes ligger højt. DES er ikke et diagnostisk instrument, men høje scorer øger risikoen for at have eller for at få en dissociativ forstyrrelse. Der er endvidere fundet en sammenhæng mellem DES-scorer og antallet af selvmordsforsøg (Pearson .435, $P = 0,05$), således at der er en sammenhæng mellem en høj DES-score og et stort antal selvmordsforsøg.

Diskussion

Som forventet bekræfter undersøgelsen, at psykiatriske patienter med svær psykopatologi har et mere alvorligt selvskademønster, end man ser hos mennesker i ikke-kliniske populationer. Hyppig selvskade, brug af flere forskellige metoder, selvmordsforsøg og et højt niveau af dissociation står tydeligt frem i undersøgelsen. Samtidig bliver det tydeligt, at den selvskadende adfærd har en vigtig funktion for den enkelte, og det ses af undersøgelsen, at langt de fleste har *affektregulering* både som motiv (i SIMS-II) og som effekt af den selvskadende handling (målt på følelser før og efter den selvskadende adfærd). De selvskadende patienter har således en direkte og umiddelbart positiv effekt af deres selvskadende adfærd.

Selvskademetoder

De fleste har brugt en række forskellige metoder (gennemsnit 7,5), to har anvendt alle 16 skitserede metoder, og 57,7 % har skadet sig selv mere end 50 gange. Det gennemsnitlige antal selvskademetoder i denne undersøgelse er næsten det dobbelte af, hvad Briere og Gil (1998) og Osuch og kolleger (Osuch et al., 1999) respektivt har fundet i undersøgelser af selvskade hos psykiatriske patienter, nemlig et gennemsnit på henholdsvis fire og tre forskellige metoder. Ammernan et al. (2016) har fundet, at antallet af selvskademetoder stiger med selvskadefrekvens. For eksempel finder de, at deltagerne i undersøgelsen, der har skadet sig selv mere end 50 gange, i gennemsnit har brugt fire metoder (3,86). I vores undersøgelse finder vi, at der er en positiv sammenhæng mellem antal metoder og hyppighed af selvskade (Pearson 0,295; $p < 0,05$), hvilket bekræfter fund fra andre undersøgelser (Nixon, Cloutier, & Jansson, 2008).

Cutting er den hyppigst anvendte metode, hvilket bekræfter fund i andre undersøgelser (Zetterqvist, 2015). Godt 90 % af respondenterne i undersøgelsen har skåret sig, hvilket er mange sammenlignet med fx Briere og Gil (1998), der finder, at 71 % har skåret sig. Flere har skadet sig selv alvorligt, fx har én deltager skåret en muskel ud af armen, og fire har påført sig selv frakturer. Dette bekræfter, at psykisk dårlige patienter skader sig selv hyppigere, alvorligere og med flere metoder (Nixon et al., 2008).

Ammernan et al. (2016) har bl.a. fundet, at flere selvskademetoder og høj selvskadefrekvens har en positiv korrelation med risiko for selvmordsforsøg. De har desuden fundet, at der også er en sammenhæng mellem nedsat smer-

teoplevelse i forbindelse med selvskade og selvmordsforsøg, således at sammenhængen mellem selvskadefrekvens og selvmordsforsøg er stærkere hos individer med en lav smerteoplevelse.

Omstændigheder i forbindelse med selvskade-episoden

En relativt stor gruppe (41,8 %) føler ikke smerte i forbindelse med den selvskadende handling, hvilket også er fundet i tidligere undersøgelser af borderline patienter (Schmahl et al., 2006). Af vores data kan vi imidlertid ikke forklare, hvorfor det forholder sig således. Nedsat smertefølsomhed (en øget smertetærskel) kunne hænge sammen med, at patienten dissocierer. DES-score er generelt forhøjet i forhold til en normal population blandt de patienter, der indgår i undersøgelsen, men graden af dissociation målt på DES adskiller sig ikke i gruppen af patienter, som ikke føler smerte i forbindelse med selvskade, fra undersøgelsens øvrige deltagere. Nedsat smertefølsomhed kunne også hænge sammen med, at selvskade aktiverer en øget frigivelse af endorfiner, hvilket er beskrevet flere steder (Yates, 2004; Nixon, Cloutier, & Aggarwal, 2002). Øget frigivelse af bl.a. endorfiner kan skabe en fysisk afhængighed af selvskade (*auto-addiction*-hypotesen), men vi har heller ikke fundet data, der fx dokumenterer, at de selvskadende patienter, der har udviklet fysiologisk afhængighed af selvskade, i videre udstrækning rapporterer nedsat smertefølsomhed. Endelig kunne manglende smertefølelse hænge sammen med lettere og overfladiske skader, men dette synes heller ikke at være tilfældet i den undersøgte gruppe, hvor der forekommer alvorlig repetitiv selvskade. Ændret smerteperception i forbindelse med selvskade er imidlertid veldokumenteret i flere undersøgelser (Hooley, Ho, Slater, & Lockshin, 2010).

I denne undersøgelse angiver 79 % af deltagerne, at de sædvanligvis skader sig selv som følge af en impulsiv beslutning (jf. desuden Rubæk & Møhl, 2016), og samme antal angiver, at de *ikke* er påvirkede af stoffer eller alkohol i forbindelse med den selvskadende handling. 93,1 % af deltagerne i undersøgelsen er sædvanligvis alene, når de skader sig selv. Disse fund svarer til, hvad man finder i andre undersøgelser (fx Laukkanen, Rissanen, Tolmunen, Kylma, & Hintikka, 2012) og kan tolkes på flere måder. Én tolkning kunne være, at selvskade for mange er skamfuldt og derfor noget, der forsøges holdt skjult, bl.a. ved at selvskaden sker, når individet er alene. En anden tolkning kunne være, at fravær af andre mennesker kan reaktivere en separationskonflikt eller et forstyrret tilknytningsmønster, men det betyder også, at der ikke er andre mennesker, som kunne have hjulpet med affektregulering enten ved blot at være til stede eller ved aktivt at støtte og intervenere. Bateman og Fonagy (2004) peger på, at selvskade kan ses som et forsøg på at eliminere det fremmede selv, som i samvær med andre mennesker forvaltes via projektiv identifikation. Når individet er alene og derfor ikke har mulighed for at bruge andre som objekter for projektiv identifikation, er der en øget risiko for, at vedkommende fysisk ved hjælp af selvskade må angribe

og skille sig af med det fremmede selv. Der er formodentlig ikke en enkelt forklaring på, at de fleste skader sig selv, når de er alene, og det er plausibelt, at en række faktorer, såsom skamfølelse, separationskonflikter (tilknytningsforstyrrelse) og manglende mulighed for at bruge andre mennesker til affektregulering, spiller sammen.

Selvmondsforsøg

68,4 % af deltagerne i undersøgelsen har haft et eller flere selvmordsforsøg, og 41,4 % har haft mere end fem selvmordsforsøg, hvoraf mange – at dømme efter deltagerens beskrivelser – virker voldsomme og determinerede. Andre undersøgelser viser, at mellem 50 og 85 % af mennesker med direkte selvskade har forsøgt selvmord (Favazza & Conterio, 1989; Nock et al., 2006). De deltagere i undersøgelsen, der har forsøgt sig med selvmord, har oftere været udsat for overgreb i barndommen (Pearson .349; $P < 0,05$), og de har en højere DES-score (Pearson .435; $p < 0,05$), ligesom de har en signifikant højere negativ affektsscore (som beskriver reduktionen af negative følelser, jf. Briere & Gil, 1998) på følelser før og efter selvskade (Pearson .350; $P < 0,05$).

Dette kunne tolkes som et udtryk for, at overgreb i barndommen øger risikoen for dissociative reaktioner, hvilket er velbeskrevet (Kisiel & Lyons, 2001) og for negative affekter (Child Welfare Information Gateway, 2008; Shin & Miller, 2012), der endelig øger en risiko for selvmordsforsøg (Lopez-Castroman et al., 2013), som måtte forekomme, når den psykiske smerte kulminerer, og de sædvanlige affektreguleringsstrategier ikke slår til.

Sammenhængen mellem ikke-suicidal selvskade og selvmordsforsøg er blevet diskuteret flere steder i litteraturen (Hamza, Stewart, & Willoughby, 2012; Victor & Klonsky, 2014). Der er bred enighed om, at ikke-suicidal selvskade kan fungere som en beskyttelse imod selvmordsforsøg eller fuldbyrdet selvmord, fordi selvskade fungerer som affektregulering, der bevirker, at individet umiddelbart lettere kan håndtere de vanskelige følelser. Samtidig har mange peget på, at ikke-suicidal selvskade øger risikoen for selvmordsforsøg på længere sigt (Joiner, 2005; Stanley, Gamerof, Michalsen, & Mann, 2001; Nock et al., 2006), hvilket der kan være flere forskellige forklaringer på. Thomas Joiners teori (2005) forklarer sammenhængen med, at selvskadende adfærd kan ses som en "optræning" i at overskride fysiske grænser ved at påføre sin krop skade og smerte, som under normale omstændigheder forhindrer individet i at føre sine selvmordstanker ud i livet. Joiner har fundet, at mennesker, der har taget deres eget liv, *før* selvmordet havde en følelse af isolation og manglende tilhørsforhold til andre, oplevelsen af at være en byrde ("de andre vil have det bedre uden mig") samt ikke mindst *modet* til at gennemføre den suicidale handling. Selvskade øger altså risikoen for, at individet *tør* at handle på sine selvmordstanker.

Andre forskere forklarer sammenhængen mellem selvskade- og selvmordsadfærd med, at de to adfærdformer befinder sig i et kontinuum, hvor

ikke-suicidal selvskade ligger i den ene ende, og fuldbyrdet selvmord ligger i den modsatte ende af spektret. Ifølge denne såkaldte Gateway-teori kan ikke-suicidal selvskade ses som "indgangen" til mere alvorlig adfærd, som selvmordsforsøg og selvmord, og sidstnævnte betragtes således som en adfærd, der er eskaleret fra ikke-suicidal selvskade. (Stanley et al., 2001; Brausch & Gutierrez, 2010; Whitlock et al., 2013). Endelig peger fortalere for den *tredje variabels teori* på, at det, der binder forekomsten af selvskade- og selvmordsadfærd sammen, er forskellige "tredje variable", der disponerer for både den ene og den anden adfærdsform (fx borderline personlighedsforstyrrelse, depression, lavt selvværd eller manglende forældrestøtte (Nock et al., 2006; Brausch & Gutierrez, 2010; Muehlenkamp & Gutierrez, 2007; Whitlock & Knox, 2007). Hamza og kolleger (2012) har integreret ovenstående tre teorier i en samlet forklaringsmodel, hvor de peger på, at Gateway-teorien formodentlig medieres af individets intrapsyriske belastning/smerte, at en tredje variabel kan være en fælles risikofaktor for både ikke-suicidal selvskade og selvmord, og at selvskade bidrager til at gøre personen i stand til at overskride den grænse, som det at påføre sin egen krop skade normalt udgør.

Effekt af den selvskadende handling

Denne del af undersøgelsen er inspireret af Briere og Gils (1998) klassiske arbejde, hvor de undersøgte en gruppe af indlagte psykiatriske patienter, dvs. et sample, som umiddelbart ligner vores, ved bl.a. at registrere deres følelser før og efter den selvskadende handling. Ligesom i denne undersøgelse fandt Briere og Gil (1998) en umiddelbart positiv følelsesmæssig effekt af den selvskadende handling. Den positive effekt fremtræder tydeligt i form af affektregulering, hvor negative følelser dæmpes, mens positive følelser forstærkes med den selvskadende handling. Følelsen af *lettelse* øges (nonsignifikant), hvilket kan bero på, at de negative følelser nedreguleres, men følelsen af *nydelse* øges også signifikant, hvilket kan tilskrives psykofysiologiske forandringer, som fx frigivelser af endorfiner og dopamin, der skaber en ruslignende tilstand hos personen.

Negative følelser, som frygt, skyld, vrede (mod selv og andre) og ensomhed, reduceres signifikant efter den selvskadende handling, hvilket understøttes af fund fra SIMS, hvor det fremgår, at det hyppigste motiv til selvskade handler om affektregulering. Swannell et al. (2008) har undersøgt indlagte ungdomspsykiatriske patienter og finder de grundlæggende samme motiver for selvskade, som både Osuch og kolleger (Osuch et al., 1999) og vi gør i denne undersøgelse. Det fremgår imidlertid af Swannell og kollegers undersøgelse, at ungdomspsykiatriske patienter hyppigere skader sig selv for at kommunikere eller påvirke andre, hvilket umiddelbart kan forklares med, at unge har et andet afhængighedsforhold til voksne end voksne, der primært bruger selvskade til at regulere deres egne affekter.

Styrker og begrænsninger

Det er en styrke ved undersøgelsen, at deltagerne er blevet omhyggeligt udredt med et omfattende spørgeskema, men det er samtidig en svaghed, fordi spørgeskemaet er langt og tidskrævende at udfylde. Det er endvidere en styrke, at undersøgelsen involverer patienter med massiv selvskade og dermed giver et indblik i en gruppe patienter, som man her i landet ikke tidligere har undersøgt og derfor ved for lidt om. Det er imidlertid en svaghed, at dataindsamlingen udelukkende bygger på spørgeskemaer og ikke involverer systematiske interviews, således at eksempelvis deltagernes subjektive motivation for at skade sig selv kunne udfoldes mere kvalitativt. Undersøgelsen bygger på selvrapportering og på retrospektive data, hvilket også udgør en svaghed. Endelig er det en væsentlig svaghed, at antallet af informanter er relativt lavt, og at det derfor kan være vanskeligt at finde statistisk signifikante sammenhænge, ligesom der ikke er en kontrolgruppe. Andre lignende undersøgelser har dog omtrent et lignende antal respondenter (fx Nixon et al., 2002).

Kliniske implikationer

Denne undersøgelse understreger, at selvskade hos psykiatriske patienter kan være meget alvorlig og bliver en del af et komplekst billede, hvor svær psykopatologi både kan initieres og vedligeholdes gennem adfærden.

Der ses en tydelig sammenhæng mellem selvskade og selvmordsadfærd, men metodevalget og de bagvedliggende intentioner er forskellige. Det er i behandlingen af denne patientgruppe vigtigt at holde sig denne differentiering for øje. Behandling af selvskade er noget andet end behandling af selvmordsadfærd. De fleste selvskadende psykiatriske patienter har ét eller flere alvorlige selvmordsforsøg bag sig, og selvmordsforebyggelse bør derfor tilbydes sideløbende med behandlingen af selvskadeadfærden.

Affektregulering er et afgørende motiv til og en tydelig effekt af selvskade hos psykiatriske patienter, hvorfor behandlingstilbud bør stile efter at forbedre affektreguleringskapaciteten hos patienten, fx gennem færdighedstræning. Disse patienter bør tilbydes psykoekudation, således at de bliver bedre til at forvalte deres følelsesliv på en mere konstruktiv måde med henblik på at udvikle en bedre impuls kontrol.

Næsten halvdelen af deltagerne i undersøgelsen føler ikke smerte, når de skader sig selv. Disse patienter har næppe effekt af de udbredte smerte-”afledningstricks” (som fx elastikker mod håndled og isterninger knuget i hånd), og da mange skader sig impulsivt, må behandlingen snarere stile imod at udvikle færdigheder, der sætter patienten i stand til at udholde ubehag og nedregulere sine affekter.

Mange patienter med selvskadende adfærd har et højt niveau af dissociation. Det dissociative forsvar reaktiveres let, hvilket kan vanskeliggøre kontakten (patienten kan blive fjern og uklar), og dissociation i forbindelse med den selvskadende handling kan betyde, at patientens bevidsthed er frakoblet

kroppen, således at han eller hun ikke mærker smerten og derfor er i risiko for at forrette omfattende skade på sig selv eller have amnesi for den selvskadende handling.

Endelig er der en grund til at være opmærksom på eventuelle traumer som en baggrund for den selvskadende adfærd. Mange selvskadende patienter i psykiatrisk behandling har været udsat for fysisk vold og seksuelle overgreb i løbet af deres liv.

REFERENCER

- Alderdice L. et al. (2010). Self-harm, suicide and risk: Helping people who self-harm. The final report of a working group. London: Royal College of Psychiatrists.
- Ammerman, Brooke A.; Kleiman, Evan M.; Jenkins, Abigail L.; Berman, Mitchell E.; McCloskey, Michael S. (2016): Using Propensity Scores to Examine the Association Between Behavioral Inhibition/Activation and Nonsuicidal and Suicidal Self-Injury. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, Nov 21, 2016.
- Andover, MS., Pepper, CM., Ryabchenko, K.A., Orrico, E.G., & Gibb, B.E. (2005). Self-mutilation and symptoms of depression, anxiety, and borderline personality disorder. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Oct., 35(5), 581-91.
- Asarnow, J.R., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K.D., ... Vitiello, B. (2011). Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: Findings from the TORDIA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50, 772-781.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy of Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Brausch, A., & Gutierrez, P. (2010). Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(3), 233-242.
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 609-620.
- Børnerådet (2016). Unge og selvskade. Analysenotat nr. 4/2016.
- Carlson, E.B., & Putnam, F.W. (1993). An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation*, 1, 16-27.
- Child Welfare Information Gateway. *Long-Term Consequences of Child Abuse and Neglect*. Washington, DC: Child Welfare Information Gateway; 2008. Available from: www.childwelfare.gov/pubs/factsheets/long_term_consequences.pdf
- Favazza, A.R. (1996). *Bodies under Siege: Self-Mutilation and Body modification in Culture and Psychiatry* (2nd Ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Favazza, A.R., & Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(3), 283-289.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., & Target, M. (2007). *Affektregulering, mentalisering og selvets udvikling*. København: Akademisk Forlag.
- Glassman, L.H., Weierich, M.R., Hooley, J.H., Deliberto, T.L., & Nock, M.K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2483-2490.
- Haw, C., Hawton, K., Houston, K., & Townsend, E. (2003). Correlates of relative lethality and suicidal intent among deliberate self-harm patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33, 353-364.

- Hamza, C.A., Stewart, S.L., & Willoughby, T. (2012). Examining the link between non-suicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychological Review*, 32, 482-495.
- Hooley, J.M., Ho, D.T., Slater, J., & Lockshin A. (2010). Pain perception and non-suicidal self-injury: A laboratory investigation. *Personality Disorder*, 1(3), 170-179.
- Inckle, K. (2010). At the cutting edge: Creative and holistic responses to self-injury. *Creative Nursing*, 16(4), 160-165.
- Jarvi, S., Jackson, B., Swenson, L., & Crawford, H. (2013). The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: A review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 17(1), 1-19.
- Joiner, T. (2005). *Why People Die by Suicide*. Cambridge: Harvard University Press.
- Kisiel, C.L., & Lyons, J.S. (2001). Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1034-1039.
- Klonsky, E.D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239.
- Klonsky, E.D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research*, 166(2), 260-268.
- Kooiman, C.G, van Rees Vellinga, S., Spinhoven, P., Draijer, N., Trijsburg, R.W., & Rooijmans, H.G.M. (2004). Childhood adversities as risk factors for alexithymia and other aspects of affect dysregulation in adulthood. *Psychotherapy and Psychosomatics* (2004), 73, 107-116.
- Laukkanen, E., Rissanen, M.-L., Tolmunen, T., Kylma, & Hintikka, J. (2012). Adolescent self-cutting elsewhere than on the arms reveals more serious psychiatric symptoms. *European Child & Adolescent Psychiatry* (2013), 22, 501-510.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Lopez-Castroman, J., Melhem, N., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., ... Zelazny, J. (2013). Early childhood sexual abuse increases suicidal intent. *World Psychiatry*, 12(2), 149-154.
- Martin, J., Bureau, J.-L., Cloutier, P., & Lafontaine, M.-F. (2011). A comparison of invalidating family environment characteristics between university students engaging in self-injurious thoughts & actions and non-self-injuring university students. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(11), 1477-1488.
- Menninger, K. (1938). *Man Against Himself*. New York: Harcourt, Brace, 1938.
- Muehlenkamp, J.J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2), 324-333.
- Muehlenkamp, J.J., & Gutierrez, P.M. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, 11(1), 69-82.
- Muehlenkamp, J.J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P.L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 10.
- Møhl, B. (2005). At skære smerten bort: Om cutting som drug. *Psyke & Logos*, 26(1), 98-117.
- Møhl, B. (2015). *Selvskade – psykologi og behandling*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Møhl, B. & Rubæk, L. (in press): *Self-injury in Trauma Survivors*. Under udarbejdelse.
- Møhl, B., & Skandsen, A. (2012). The prevalence and distribution of self-harm among danish high school students. *Personality and Mental Health*, 6(2), 147-155.

- Nixon, M., Cloutier, P., & Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1333-1341.
- Nixon, M.K., Cloutier, P., & Jansson, S.M. (2008). Non-suicidal self-harm in youth: A population-based survey. *Canadian Medical Association Journal*, 178, 306-312.
- Nock, M.K., Joiner, T.E., Gordon, K.H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M.J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144(1), 65-72.
- Nock, M.K., & Kessler, R.C. (2006). Prevalence of risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the national comorbidity survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 616-623.
- Nock, M.K., & Cha, C. (2009). Psychological models of non-suicidal self-injury. In N.K.Nock (Eds.), *Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, Assessment, and Treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Odelius, C., & Ramklint, M. (2014). *Nationella Självskadeprojektet. En nationell kartläggning av förekomsten av självskadande beteende hos patienter inom barn & ungdoms och vuxenpsykiatri*. Uppsala Universitet.
- Osuch, E.A., Noll, J.C., & Putnam, F.W. (1999). The motivations for self-injury in psychiatric inpatients. *Psychiatry*, 62(4), 334-346.
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 181, 193-199.
- Peterson, J., Freedenthal, S., Sheldon, C., & Andersen, R. (2008). Non-suicidal self-injury in adolescents. *Psychiatry (Edgmont)*, Nov., 5(11), 20-26.
- Rubæk, L. (2007). *Selvskade blandt psykiatriske patienter*. Kandidatafhandling. Københavns Universitet.
- Rubæk, L. (2009). Selvskadens psykologi. Virum: Dansk Psykologisk Forlag.
- Rubæk L, Møhl B. Ikke-suicidal selvskade – et afhængighedssyndrom? *Psyke&Logos*, 2016. 2, 205-220
- Schmahl C., Bohus, M., Esposito, F., Treede, R.D., Di Salle, F., Greffrath, W., ... Ludascher, P. (2006). Neural correlates of antinociception in borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(6), 659-666.
- Schuder, M., & Lyons-Ruth, K. (2004). "Hidden trauma" in infancy: Attachment, fearful arousal and early dysfunction of the stress response system. In J. Osofsky (Eds.), *Young Children and Trauma: Intervention and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Shin, S., & Miller, D. (2012). A longitudinal examination of childhood maltreatment and adolescent obesity: Results from the national longitudinal study of adolescent health (AddHealth) study. *Child Abuse & Neglect*, 36(2), 84-94.
- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- Soloff, P., Lis, J., Kelly, T., Cornelius, J., & Ulrich, R. (1994). Self-mutilation and suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 8, 257-267.
- Stanley, B., Gamero, M., Michalsen, V., & Mann, J.J. (2001). Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *American Journal of Psychiatry*, 158(3), 427-432.
- Suyemoto, K.L. (1998). The function of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531-554.
- S. Swannell, G. Martin, J. Scott, M. Gibbons, S. Gifford Motivations for self-injury in an adolescent inpatient population: development of a self-report measure Australas. *Psychiatry*, 16 (2008), pp. 98-103
- Taiminen, T.J., Kallio-Soukainen, K., Nokso-Koivisto, H., Kaljonen, A., & Helenius, H. (1998). Contagion of deliberate self-harm among adolescent inpatients. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(2), 211-217.

- Van der Kolk, B.A., Perry, J.C., & Herman, J.L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1665-1676.
- Van der Kolk, B.A., & Fislser, R.E. (1994). Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58, 145-168.
- Van IJzendoorn, M.H., & Schuengel, C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Metaanalytic validation of the dissociative experience scale (DES). *Clinical Psychology Review*, 16(5), 365-382.
- Van Sell, S.L., O'Quinn, L., Oliphant, E., Shull, P., Austin, K., & Johnston, E. (2005). Self-injury: I cut when people don't listen. And then, of course, people are going to notice it, and, of course, people are going to ask you why. I mean, nobody really looks at somebody with scratched-up marks on their arm and ignores it. It's obviously a sign of trouble. *RN*, Nov. 2005, 55+, Academic OneFile.
- Victor, S.E., & Klonsky, E.D. (2014). Correlates of suicide attempts among self-injurers: A meta-analysis. *Clinical Psychological Review*, 34, 282-297.
- Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade (ViOSS) (2015): Selvskade i den danske befolkning. København.
- Walsh, B. (2006). *Treating Self-Injury: A Practical Guide*. New York: Guilford Press.
- Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Dubicka, B., & Goodyer, I. (2011). Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and non-suicidal self-injury in the adolescent depression antidepressants and psychotherapy trial (ADAPT). *American Journal of Psychiatry*, 168, 495-501.
- Whitlock, J., & Knox, K.L. (2007). The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161, 634-640.
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Eckenrode, J., Purington, A., Baral Abrams, G., Barreira, P., & Kress, V. (2013). Non-suicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults. *Journal of Adolescence Health*, 52(4), 486-492.
- Winnicott, D.W. (1994). Hate in the counter-transference. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3(4), 348-356.
- Yates, T.M. (2004). The Developmental Psychopathology of Self-Injurious Behavior: Compensatory Regulation in Posttraumatic Adaptation. *Clinical Psychological Review*, 24(1): 35-74.
- Yates, T.M. (2009). Developmental Pathways from Child Maltreatment to Nonsuicidal Self-Injury. I: Nock, M.K. (red.) *Understanding Non-Suicidal Self-Injury: Origins, Assessment, and Treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Zetterqvist, M. (2015). The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: A review of the empirical literature. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 9, 31 doi:10.1186/s13034-015-0062-7
- Zetterqvist, M., Lundh, L.G., Dahlström, O., & Svedin, C.G. (2013). Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*. (2013) 41: 759. doi:10.1007/s10802-013-9712-5
- Zlotnick, C., Shea, M.T., Pearlstein, T., Simpson, E., Costello, E., & Begin, A. (1996). The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Comprehensive Psychiatry*, 37(1), 12-16.
- Zöllner, L. (2014). Unges selvskadende adfærd 2001-2011. Center for Selvmordsforskning, Odense.