

IKKE-SUICIDAL SELVSKADE – ET AFHÆNGIGHEDSSYNDROM?

Af Lotte Rubæk¹ & Bo Møhl²

Det er en udbredt klinisk erfaring, at specielt individer, der selvskader ved at skære i sig selv, med tiden intensiverer deres adfærd og udvikler en afhængighedslignende tilstand. Nogle har forklaret dette som et resultat af tab af impuls kontrol, mens andre har peget på et egentligt afhængighedsaspekt af psykologisk og/eller fysiologisk karakter (auto-addiction). Med en spørgeskemaundersøgelse af voksenpsykiatriske patienter (N = 58) undersøges afhængighed af selvskade. WHO's ICD-10-kriterier for et afhængighedssyndrom, der normalt anvendes i forbindelse med skadelig brug af stoffer eller alkohol, omformuleres i en form, der retter sig mod selvskade. 88 % (N = 49) af respondenterne opfylder med deres selvskade WHO's kriterier for et afhængighedssyndrom, der indebærer, at de bl.a. skader sig selv oftere og oftere, har en decideret trang forud for selvskaden og mærker abstinenslignende symptomer, hvis ikke de kan skade sig selv. 79 % (N = 46) skader sig selv impulsivt, og 42 % (N = 23) føler ikke smerte i forbindelse med deres selvskade. Der findes en positiv sammenhæng mellem impulsiv selvskade og manglende smerteoplevelse, hvilket kan forklares ved aktivering af endorfiner. Det konkluderes, at afhængighed af selvskade opstår i et samspil mellem positiv og negativ forstærkning.

Indledning

Under indlæggelse på en psykiatrisk afdeling efter et selvmordsforsøg udvikler en 22-årig kvinde i løbet af kort tid en massivt selvskadende adfærd, hvor hun dagligt skærer og brænder sig selv. I starten sker dette, i forbindelse med at hun plages af indre uro, men allerede i løbet af et par uger begynder hun at opnå en lystbetonet tilstand ("et kick"), der efterfølges af en behagelig afslappende ro, specielt når hun har skåret i sig selv. Hun ser frem til muligheden for at skære i sig selv og gør efterhånden også dette uden at være belastet af indre uro eller psykisk smerte. Hun er fuldt bevidst om sin

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

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

trang til og begyndende afhængighed af at skære i sig selv som noget, der hensætter hende i en lystfyldt tilstand. I behandlingsforløbet, hvor hun lærer andre metoder til at regulere sine følelser, uden at disse tilnærmelsesvist er lige så effektive som *cutting*, udvikler hun et behov for hyppigere og mere alvorlig selvskade. Specielt har hun en fornemmelse af, at hun "skal skære sig færdig", når hun er begyndt at skære i sig selv, for at finde ro. Hun har desuden haft abstinenslignende symptomer med hjertebanken, indre uro og kvalme, i forbindelse med at hun ikke kunne komme til at skære i sig selv. Denne case afspejler en almindelig klinisk erfaring, at nogle mennesker, der bevidst skader sig selv, oplever en stigende og indimellem uimodståelig trang forud for selvskadehandlingen (Turner, 2002). Dette gælder specielt for *cutting*, hvor vedkommende skærer sig selv med en skarp genstand, som fx et barberblad eller et glasskår. *Cutting* er ét ud af mange eksempler på ikke-suicidal selvskade, der kan defineres som 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" (International Society for the Study of Self-Injury, ISSS, 2007). For de fleste kan det være svært at forstå, hvordan man af egen fri vilje bevidst direkte kan påføre sig selv skade, og endnu sværere at forstå, at dette kan medføre ikke blot en psykologisk, men også en fysiologisk afhængighed med en stærk trang (*craving*), toleranceøgning og abstinenser, hvis adfærden ophører, og selvskaden ikke bliver udført.

Der er flere undersøgelser og kliniske beskrivelser, der dokumenterer det afhængighedsskabende perspektiv ved selvskade. En undersøgelse af 42 unge mennesker, der var under behandling for selvskadende adfærd, viste, at 78,6 % oplevede en daglig trang til at skade sig selv (Nixon, Cloutier, & Aggarwal, 2002), mens en anden undersøgelse fandt, at 89,7 % af unge psykiatriske patienter med selvskadende adfærd indimellem forgæves har forsøgt at modstå trangen til at skade sig selv (Klonsky & Glenn, 2008). Mange oplever, at de ikke kan holde op med at skade sig selv, selvom de gerne ville, og med tiden forekommer den selvskadende adfærd ofte hyppigere, bliver mere alvorlig og vanskeligere at kontrollere (Favazza, 1989). Dem, der skader sig selv mest alvorligt, har et større pres for fortsat selvskade end dem, der skader sig selv mindre alvorligt (Whitlock, Muehlenkamp & Eckenrode, 2008). I en selvskade-anamnese ser man således ofte en eskalering af den selvskadende adfærd over tid.

Den afhængighedslignende trang knyttet til selvskadende adfærd er blevet forsøgt forklaret på flere måder. Nogle forskere har peget på, at selvskade primært er en metode til *affektregulering*, og at det vedblivende behov for at nedregulere smertefulde affekter resulterer i en stærk trang til selvskade og derfor et repetitivt mønster. Tilhængere af affektreguleringshypotesen tager således udgangspunkt i, at den selvskadende bliver psykologisk afhængig af at skade sig selv som et middel til at klare et stærkt følelsesmæssigt pres (Chapman, Gratz, & Brown, 2006; Klonsky, 2009). Talrige undersøgelser af

forskellige årsager til selvskade viser, at affektregulering er det mest almindelige motiv (Klonsky, 2009; Christoffersen, Møhl, DePanfilis, & Vammen, 2015; Møhl & Rubæk, 2016).

I mange år har den dominerende opfattelse imidlertid været, at selvskade primært skal forstås som en *impulskontrolforstyrrelse*, hvor den tilsyneladende afhængighed beror på en manglende evne til at modstå impulsen til at skade sig selv. Pattison og Kahan (1983), der var blandt de første, der foreslog, at man indførte diagnostiske kriterier for, hvad de kaldte for et *deliberate self-harm syndrome*, opfattede dette som en impulskontrolforstyrrelse, hvilket har præget opfattelsen af selvskade i årene derefter (Pattison & Kahan, 1983; Favazza & Rosenthal, 1993; Herpertz, Sass, & Favazza, 1997). Til støtte for antagelsen om, at selvskade hænger sammen med manglende impulskontrol, kan nævnes Nock og Prinstein (2005), der blandt indlagte ungdomspsykiatriske patienter fandt, at selvskade i langt de fleste tilfælde skete efter mindre end få minutters overvejelse. Andre forskere har fundet, at selvskade ofte forekommer sammen med andre former for impulsiv adfærd (fx alkohol- og stofmisbrug, bulimi, tvangsoverspisning og ludomani, seksuel promiskuitet), hvilket Yates (2004) forklarer med hypotesen om nedsat serotonerg funktion, der øger impulsivitet og sekundært øger risiko for at udvikle afhængighed.

Ikke-suicidal selvskade er ligefrem blevet opfattet som en del af en "multi-impulsiv personlighedsforstyrrelse" (Evans & Lacey, 1992), men nyere forskning har sat spørgsmålstegn ved antagelsen om, at selvskade primært skal opfattes som en impulskontrolforstyrrelse. Blandt andet har man peget på, at impulsivitet ikke er et entydigt begreb, men bruges om adfærd præget af *novelty seeking*, *risk taking* og manglende planlægning samt om en række symptomer på forskellige psykopatologiske tilstande (fx ADHD, mani, personlighedsforstyrrelser). Glen og Klonsky (2010) finder i en undersøgelse af collegestuderende, at selvskadere tydeligst adskiller sig fra ikke-selvskadere ved, at de reagerer hurtigere (impulsivt) på negative følelser og med manglende udholdenhed, men i øvrigt ikke fremtræder som mere impulsive. Der er således tale om en selektivt nedsat impulskontrol, hvor evnen til at rumme negative følelser synes at være kompromitteret.

I forlængelse af forståelsen af selvskade som udtryk for en forstyrret impulskontrol har Favazza og Conterio (1989) omtalt selvskade som en "afhængighedslignende" tilstand, fordi det *repetitive* mønster, hvor den selvskadende adfærd finder sted igen og igen på grund af manglende impulskontrol, ligner afhængighed. Andre forskere har beskrevet selvskade som en egentlig *afhængighedstilstand* (Turner, 2002) på linje med afhængighed af fx stoffer eller alkohol, og ifølge Favazza og Conterio (1989) mener de fleste, der skader sig selv, at deres selvskade er afhængighedsskabende. Strong (1998) omtaler sågar selvskade som "90'ernes afhængighed" i USA.

Tantam og Whittaker (1992) argumenterer for at betragte selvskade som en afhængighedstilstand ved at pege på, at selvskade både rummer et element af trang og af efterfølgende lettelse, som man også kan se det ved fx

afhængighed af stoffer. Også Faye (1995) er optaget af analogien mellem selvskade og stofmisbrug og peger på, at nogle selvskadende personer oplever en indre spænding, *før* de skader sig selv, og at denne spændingstilstand forløses med den selvskadende handling. Den lystfyldte spændingsudløsning er den positive forstærkning, der vedligeholder den selvskadende adfærd. I 1996 publicerede Karwautz, Resch, Wöber-Bingöl og Schuch (1996) en case med en selvskadende kvinde med borderline personlighedsforstyrrelse, der opfyldte DSM-III-kriterierne for en afhængighedstilstand, og inspireret af dette har Nixon og kolleger (2002) som de første og hidtil eneste undersøgt afhængighed af selvskade blandt unge indlagte psykiatriske patienter (N = 42). Undersøgelsen bygger på et selvrapporteringsskema, der undersøger de diagnostiske kriterier for afhængighed som tab af kontrol over selvskade, toleranceøgning og øget anspændthed, hvis ikke den selvskadende handling blev udført. De fandt, at 79 % dagligt havde trang til at skade sig selv, og de konkluderer, at 98 % (N = 41) opfylder DSM-IV's kriterier for et afhængighedssyndrom (jf. desuden afsnittet "Diskussion" senere i denne artikel).

Møhl (2005) beskriver, hvordan selvskade i sin udviklede form opfylder alle de klassiske tegn på afhængighed. Den selvskadende person oplever først og fremmest *trang* forud for en selvskadende handling; dvs. en stærk tilskyndelse til at skade sig selv og næsten konstante tanker om muligheden for at føre denne trang ud i livet. Med tiden sker der *toleranceøgning*, således at personen må skade sig selv oftere og oftere og mere og mere alvorligt, førend der opnås den ønskede effekt. Ved pludseligt ophør vil personen opleve *abstinienssymptomer* i form af kvalme, svedeture, indre uro og rysten. Endelig er der stor *tilbagefaldsrisiko* efter ophør med selvskade, hvilket både kan hænge sammen med den psykologiske og den fysiologiske afhængighed af adfærden.

Flere undersøgelser peger på, at selvskade ofte er ledsaget af fuldstændig eller delvis smertefrihed (Ross & McKay, 1979; Favazza & Conterio, 1989; Nock & Prinstein, 2005), hvorfor man er blevet opmærksom på det endogene opioid-system (EOS), som er kroppens egne morfinlignende stoffer, der automatisk udløses, når kroppen udsættes for smertefuld stimulering. Ud over at være smertedæmpende virker opioiderne lystfremmende, fordi de øger dopaminniveauet i hjernens "belønningscenter" (Fink-Jensen, Hesse, & Møhl, in press), hvilket kan forklare selvskadens repetitive karakter. EOS har desuden en dæmpende effekt på agitation og bidrager ved nedregulering af adrenalinniveauet til at skabe den øjeblikkelige tilstand af ro og afspænding, som en selvskadeepisode kan føre med sig. I et australsk studie har man undersøgt en gruppe selvskadende personers psyko-fysiologiske arousal-mønstre under en *imaginær* selvskadeepisode (Brain, Haines, & Williams, 1998). Deltagerne blev præsenteret for en beskrivelse af en selvskadeepisode, der var opdelt i fire stadier: *scenen sættes*, *tilnærmelse*, *selvskadehandling* og *konsekvens*, og studiet målte herunder på forskellige psyko-fysiologiske parametre (fx fingerpulsamplitude, hjerterytme og respiration). Man fandt, at der skete en reduktion i den psyko-fysiologiske arousal, blot

ved at de selvskadende personer *forestillede* sig, at de skar i sig selv. Denne effekt var ikke til stede hos de ikke-selvskadende personer i kontrolgruppen.

Frigivelsen af opioider og sekundært dopamin, der er at sammenligne med virkningen af opium eller heroin, udgør desuden den psyko-fysiologiske forklaring på, at mange selvskadende personer beskriver en rusoplevelse eller får et "kick" i kølvandet på en selvskadeepisode (Selby, Nock, & Kranzler, 2013). Hos nogle udløser selvskade således en endogent fremkaldt rusoplevelse, hvorfor selvskade kan udvikle sig til en såkaldt *autoafhængighed*, dvs. en afhængighed af kroppens egne morfinlignende stoffer (Yates, 2004; Sher & Stanley, 2009; Bandelow, Schmahl, Falkai, & Wedekind, 2010; Stanley, Sher, Wilson, Ekman, Huang, & Mann, 2010).

I et kontrolleret studie af repetitivt selvskadende borderline-patienter fandt man et stærkt forhøjet niveau af enkefalin (som indgår i EOS) i patienternes blodplasma (Coid et al., 1993). De højeste enkefalin-niveauer korrelerede med de mest alvorlige selvskadende handlinger. Ud fra studiet kunne man imidlertid ikke fastslå en årsagssammenhæng, dvs. hvorvidt enkefalinerne var en såkaldt helingsrespons på selvskaden (bedøvelse) eller en kausal, fremskyndende faktor. I relation til dette skelner Yates (2004) mellem to hypoteser angående involveringen af EOS i selvskadende adfærd:

Smertehypotesen går ud på, at selvskadende personer har et ændret EOS (som enten er medfødt eller opstået som følge af miljøskaarne neurokemiske ændringer i den tidlige udvikling), der medfører en formindsket smertesensitivitet og et øget behov for udefrakommende stimulering af EOS. Van der Kolk (1989) foreslår, at personer, der som børn har været udsat for neglekt eller fysisk vold eller seksuelle overgreb, har brug for langt højere grad af udefrakommende stimulering af EOS end ikke-traumatiserede. Disse "traume-overlevende" nedregulerer tilsyneladende deres hyperarousal ved at udsætte sig for situationer, der minder om det oprindelige traume. Groft sagt er de blevet afhængige af et overstimuleret EOS grundet smertefulde overgreb igennem barndommen, og som voksne er de nødt til at stimulere sig med smerte for at kunne opretholde et for dem adækvat endorfinniveau. Dette kan involvere selvpåført skade, og her er der altså tale om, at EOS bliver en *kausal*, fremskyndende faktor (dvs. en mulig årsagsforklaring) i forhold til selvskade hos denne gruppe af individer.

Afhængighedshypotesen går ud på, at EOS stimuleres gennem tilbagevendende selvskadende handlinger, fordi enkefalinernes og endorfinernes behagelige effekt giver en øjeblikkelig ro og dermed en positiv "belønning". At så mange selvskadende personer udvikler et repetitivt mønster, kan således hænge sammen med, at der sker en positiv forstærkning af adfærden. Har man én gang har oplevet selvskadens beroligende og rusfremkaldende effekt, vil der være en tilskyndelse til at skade sig selv igen og igen for at fremkalde denne tilstand. Her er der tale om, at selvskade udvikler sig til en afhængighedstilstand, og at EOS således indvirker sekundært til selvskaden, dvs. som en *belønning* på adfærden.

Formål

Formålet med denne undersøgelse er at vurdere, hvorvidt voksenpsykiatriske patienter kan udvikle en afhængighed af deres selvskade, der er at side stille med et egentligt afhængighedssyndrom i ICD-10. Sekundært ønskes det belyst, hvorvidt patienterne selv oplever deres selvskade som afhængighedsskabende, om de oplever smerte i forbindelse med selvskade, samt i hvilken udstrækning selvskaden foregår impulsivt eller som en planlagt handling.

Metode

I undersøgelsen indgår 58 voksne psykiatriske patienter med pågående repetitiv selvskadende adfærd på tværs af forskellige grundlidelser (aktionsdiagnoser). Patienter blev udelukket fra studiet, hvis de havde gennemgribende udviklingsforstyrrelser eller var mentalt retarderede, idet dynamikkerne bag selvskade hos denne gruppe af patienter antages at være en anden (Favazza, 1996). Desuden blev patienter med akutte psykoser eller 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 deltagere 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 ambulans 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 den selvskadende adfærd. Langt de fleste, der indgår i undersøgelsen, er kvinder (N = 57; 98,3 %), hvilket afspejler kønsfordelingen blandt psykiatriske patienter med kendt ikke-suicidal selvskade. Deltagernes alder varierer fra 18 til 57 år med et gennemsnit på 29 år (SD = 9,9).

Data blev indsamlet ved hjælp af et spørgeskema, som patienterne fik udleveret, enten 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.

Spørgeskemaet

De spørgsmål, som vil blive behandlet i denne artikel, indgår som en del af et større spørgeskema. Kun de relevante dele af skemaet vil blive omtalt her (for yderligere beskrivelse af spørgeskemaet jf. Møhl & Rubæk, 2016). Ud over basisoplysninger (køn og alder) blev deltagerne bedt om at besvare spørgsmål vedrørende smerteoplevelse, impulsivitet eller planlægning af selvskaden, om de i livsforløbet havde været ofre for fysisk vold eller sek-

suelle overgreb, samt en række spørgsmål, der er inspireret af WHO's definition af et afhængighedssyndrom, men her omsat til vurdering af afhængighed af selvskade:

ICD-10 har seks diagnostiske kriterier for et afhængighedssyndrom, hvoraf mindst tre skal være til stede samtidig i mindst en måned eller gentagne gange inden for et år, for at diagnosen kan stilles:

- 1) En stærk trang til at indtage det pågældende stof (craving).
- 2) En svækket evne til at styre indtagelsen, standse eller nedsætte brugen.
- 3) Abstinenssymptomer eller indtagelse for at ophæve eller undgå disse.
- 4) Toleransudvikling.
- 5) Dominerende rolle med hensyn til prioritering og tidsforbrug.
- 6) Fortsat brug trods erkendt skadevirkning.

Ifølge ICD-10 (WHO, 1992) kan afhængighedssyndromet udelukkende være til stede for specifikke psykoaktive stoffer, og brugen af ICD-10's kriterier for afhængighed i undersøgelsen af selvskade har således til formål at studere *lighedstræk* med et afhængighedssyndrom.

Med henblik på at måle impulsivitet blev respondenterne præsenteret for Barratt Impulsiveness Scale 11 (BIS-11) (Barratt, 1994). BIS-11 består af 30 udsagn, der bedes besvaret på en firepunktsskala fra 1 (sjældent/aldrig) til 4 (næsten altid), i overensstemmelse med hvor ofte personen handler og tænker på den måde, der er beskrevet. Eksempler på spørgsmål er "jeg bliver rastløs i teateret eller ved foredrag" og "jeg handler, før jeg tænker". Jo højere den samlede score, desto højere er niveauet af impulsivitet.

Resultater

De fleste deltagere, 79 % (N = 46), rapporterede, at de sædvanligvis skadede sig selv som følge af en impulsiv beslutning, men 47 % (N = 27) havde erfaring med situationer, hvor de havde planlagt selvskadeepisoden i kortere eller længere tid, før den blev udført (jf. tabel 1). Det fremgår, at godt halvdelen af de deltagere, der havde planlagt selvskadeepisoden, havde udført den, mindre end en time efter at de havde planlagt den.

Tabel 1.

Deltagere, der indimellem planlægger deres selvskade, gør det

	antal	%
mindre end en time før selvskade	14	52 %
mere end en time før selvskade	8	30 %
en uge eller mere før selvskade	2	7 %
Planlægger, men angiver ikke tidsrum	3	11 %
I alt	27	100 %

52 respondenter har udfyldt Barratt Impulsiveness Scale, og den gennemsnitlige score er 72,9, hvilket stemmer godt overens med, at den gennemsnitlige score for kvinder i normalbefolkningen er på 63,3, og for almene psykiatriske patienter er den på 71,4.

Af de 56 deltagere, der har besvaret spørgsmålet om afhængighed, opfylder 88 % (N = 49) WHO's kriterier for et afhængighedssyndrom, der indebærer, at de opfylder tre eller flere af kriterierne. Blandt de deltagere, der opfyldte kriterierne for et afhængighedssyndrom, er det gennemsnitlige antal opfyldte afhængighedskriterier 4,7 ud af 6. Fordelingen fremgår af tabel 2. 57 % (N = 32) af deltagerne oplevede selv, at de var psykologisk og/eller fysiologisk afhængige af deres selvskade.

Tabel 2.

Afhængighedssyndrom?	
Sker det oftere og oftere, at du skader dig selv?	29 (53 %)
B bliver din selvskade mere og mere alvorlig med tiden?	37 (66 %)
Fortsætter du med at skade dig selv, på trods af at du ved, at det er skadeligt for dig?	50 (92 %)
Er du ked af din trang til at skade dig selv, men stadig ude af stand til at stoppe?	41 (77 %)
Forårsager din selvskade sociale problemer for dig?	37 (65 %)
Er din selvskade tidskrævende?	20 (37 %)
Mærker du øget anspændthed, hvis du holder op med at skade dig selv (abstinenser)?	33 (60 %)
Må du med tiden skade dig selv oftere og/eller alvorligere for at opnå den samme effekt?	30 (55 %)
Føler du en decideret trang til at skade dig selv forud for selvskaden (såkaldt "craving")?	38 (78 %)
Betrakter du dig selv som værende afhængig af at skade dig selv?	32 (57 %)
	N = 56

Lidt mere end halvdelen af deltagerne (N = 32; 58 %) følte smerte i forbindelse med selvskade, mens 42 % (N = 23) ikke havde smerteoplevelser i forbindelse med selvskade.

Diskussion

Langt størstedelen (88 %) af de selvskadende psykiatriske patienter i denne undersøgelse svarede bekræftende til tre eller flere af de oplyste afhængig-

hedssymptomer, hvilket fordres for at opfylde kriterierne for WHO's afhængighedssyndrom i ICD-10. Dette bekræfter en udbredt klinisk fornemmelse samt fund fra det eneste studie, der på lignende vis har undersøgt selvskade samt afhængighedssyndrom, nemlig den tidligere nævnte amerikanske undersøgelse af ungdomspsykiatriske patienter (Nixon et al., 2002). Nixon og kolleger fandt, at selvskade for næsten alle de patienter (98 %, N = 41), der indgik i deres undersøgelse, honorerede DSM-IV's kriterier for et afhængighedssyndrom. Det er ikke muligt direkte at sammenligne fund fra vores undersøgelse med den amerikanske undersøgelse, fordi der er mindre forskelle på ICD-10- og DSM-IV-kriterier, og fordi deltagergruppernes alder var forskellig (hhv. over og under 18 år). I vores undersøgelse fandt vi, at de respondenter, der opfyldte kriterierne for et afhængighedssyndrom, havde et gennemsnit på 4,7 ud af 6 mulige symptomer på afhængighed, og Nixon og kolleger fandt i deres population et gennemsnit på 5,7 ud af 7 mulige kriterier (jf. kriterierne ifølge DSM-IV).

Størstedelen af deltagerne i vores undersøgelse (78 %) angav, at de følte *trang* forud for deres selvskadeepisode. Samme andel (77 %) var kede af deres trang til selvskade, men stadig ude af stand til at stoppe. I den amerikanske undersøgelse gav 81 % udtryk for, at de ikke var i stand til at ophøre med den selvskadende adfærd, selvom den voldte dem problemer. Mere end halvdelen af deltagerne i vores undersøgelse oplevede *toleranceøgning* og måtte således skade sig selv oftere og oftere (53 %) eller mere og mere alvorligt (66 %) for at få samme effekt. I den amerikanske undersøgelse angav 98 % en stigende grad af selvskade, og for 74 % medførte den selvskadende adfærd sociale problemer. For 65 % i vores undersøgelse forårsagede deres selvskade sociale problemer, og 60 % rapporterede om øget anspændthed og *abstinenslignende* symptomer ved ophør med selvskade, hvilket gjaldt for 86 % af deltagerne i den amerikanske undersøgelse. 92 % i vores undersøgelse angav, at de fortsatte med at skade sig selv, selvom de var vidende om, at det havde negative konsekvenser for dem. Det tilsvarende tal for den amerikanske undersøgelse er 95 %.

Aldersspredningen i vores undersøgelse er relativt stor, og gennemsnitsalderen højere end i den amerikanske undersøgelse. Alder for selvskadedebut er højere i vores undersøgelse (16,3 år) end i den amerikanske (15,7 år), hvilket kan hænge sammen med, at de er ældre, hvorfor deltagerne i vores undersøgelse principielt kan have skadet sig selv gennem længere tid end deltagerne i den amerikanske undersøgelse. Det er ikke muligt at sige, om de aldersmæssige forskelle kan forklare forskelle i afhængighedsmønstret.

I vores undersøgelse angav 57 %, at de selv oplevede sig som afhængige af selvskade, hvilket er lidt lavere, end tidligere studier har fundet (fx Favazza & Conterio, 1989; Nixon et al., 2002). Misforholdet mellem de 88 %, der med deres selvskadende adfærd faktisk honorerede kriterierne for et afhængighedssyndrom, og de 57 %, der angav, at de selv oplevede sig som afhængige af selvskade, kunne hænge sammen med en tendens til, at den enkelte

benægter eller minimerer afhængighedsaspektet som en del af deres "coping" eller forsvar mod at konfrontere sig med realiteterne. Dette ses ikke sjældent hos mennesker, der er afhængige af rusmidler (O'Connor, Berry, Inaba, Weiss, & Morrison, 1994).

79 % i vores undersøgelse angav, at deres selvskade sædvanligvis var et resultat af en impulsiv beslutning, men 47 % kendte til at planlægge den selvskadende handling, som for godt halvdelen vedkommende foregik inden for en time. Nock og Prinstein (2005) finder i en ungdomspsykiatrisk population, at godt halvdelen skader sig selv impulsivt, mens majoriteten af de resterende gør det inden for en time. I vores undersøgelse er der en sammenhæng mellem impulsiv selvskade og fravær af smerteoplevelse ($r = .292$; $p < .005$), hvilket kunne tolkes som udtryk for, at impulsiv selvskade hænger sammen med aktivering af endorfiner, der dæmper smerteoplevelsen. Nock og Prinstein (2005) finder, at langt de fleste i deres undersøgelse slet ikke, eller kun i ringe grad, mærker smerte, og dem, der mærker smerte, er dem, der bruger længst tid på overvejelse, før de skader sig selv, hvilket bekræfter vores fund. At den selvskadende handling foregår mere impulsivt, når kroppens endorfiner aktiveres, kunne indikere, at netop denne gruppe patienter i højere grad er drevet af trangen til endorfin-"suset" og derfor har sværere ved at planlægge og udsætte deres selvskade end den gruppe af patienter, oplever smerte. Aktivering af endorfiner øger således risiko for tab af impulskontrol og udvikling af afhængighed.

Der er imidlertid ikke fundet en signifikant sammenhæng mellem BIS-score, der måler impulsivitet som personlighedstræk, og antal respondenter, der angav, at deres selvskade skete impulsivt. Dette kan muligvis bero på, at BIS måler impulsivitet generelt (et personlighedstræk) og ikke specifikt i forhold til fx planlægning. Gatta og kollegaer (Gatta, Dal Santo, Rago, Spoto, & Battistella, 2016) har fundet, at BIS-score ikke signifikant er forskellig fra psykiatriske patienter, der behandles for NSSI (Non-Suicidal Self-Injury) og for andre psykopatologiske symptomer, hvilket muligvis også kan influere på vores fund.

I en undersøgelse af en gruppe mennesker, der både skadede sig selv og tog stoffer, har Victor og kolleger (2012) fundet, at begge tilstande aktiverede en meget stærk trang (*craving*), men at trangen til selvskade var størst i forbindelse med *negative* følelser. De konkluderer derfor, at en del af dynamikken bag trangen til selvskade er nedregulering af negative følelser og altså *negativ forstærkning*, mens trangen til stoffer både er drevet af *negativ og positiv forstærkning* (Victor, Glenn, & Klonsky, 2012; Nock & Prinstein, 2004). Victor og kollegers (2012) fund støtter således snarere teorien om selvskade som affektregulering end hypotesen om afhængighed, hvilket også kan udledes af en undersøgelse foretaget af Glen og Klonsky (2010). De finder i en gruppe af collestuderende, at selvskadere tydeligst adskiller sig fra ikke-selvskadere ved, at de har svært ved at rumme negative følelser og derfor reagerer hurtigere (impulsivt) på disse. Hos nogle kan man se, at

denne angst for at blive oversvømmet af negative følelser kan udvikle sig til en generel “følelses-fobi” (emetophobia), hvor de enten følelsesmæssigt overregulerer eller skader sig selv for at undgå at mærke følelser. Pointen er, at selvskadere impulsivt og akut bruger selvskade til at nedregulere ubærlige følelser, hvorved selvskade fungerer som affektregulering.

Den følelsesregulerende effekt af selvskade er ydermere påvist af Møhl og Rubæk (2016), hvor man bad en gruppe selvskadende psykiatriske patienter om at opliste følelser *før* og *efter* en selvskadeepisode. Her fremgik det, at alle deltagerne havde negative følelser *før* den selvskadende handling, men det er ligeledes bemærkelsesværdigt, at følelserne “nydelse” og “lettelse” blev væsentligt forhøjet *efter* en episode af selvskade. Disse positive følelser kan bero på, at de ubehagelige følelser nedreguleres (negativ forstærkning), men det kan ikke udelukkes, at selvskade også skaber en lystbetonet tilstand, som kan sammenlignes med stof- eller alkoholpåvirkning (jf. også den dokumenterede *trang* til selvskade). Disse resultater indikerer således, at selvskade er drevet af både en negativ og en positiv forstærkning, og at selvskade kan starte som en psykologisk mestringsstrategi til at nedregulere negative følelser (negativ forstærkning) og udvikle sig til en psyko-fysisk afhængighed, hvor den selvskadende også motiveres af opnåelse af lyst (positiv forstærkning). I den forstand er processen den omvendte af det, man ifølge Koob og Volkow (2016) ser i udvikling af afhængighed af rusmidler, hvor indtagelse af rusmidler i starten foregår impulsivt motiveret af trangen til at opnå en rus (lyst/positiv forstærkning) for senere at blive tvangspræget for at undgå abstinenser eller tømmermænd (ulyst/negativ forstærkning). Udviklingen af afhængighed foregår således i en vekselvirkning mellem begge motiver, hvilket også vil gøre sig gældende med selvskade.

Svagheder og styrker

Det er en styrke ved undersøgelsen, at den involverer patienter med massiv selvskade, fordi man her får et indblik i en dynamik, som fremstår tydeligere, end hvis gruppen havde været sammensat af patienter med både lettere og sværere selvskade. I en gruppe med stor symptomtyngde og psyko-social belastning kan der være flere *confounders*, fx selve indlæggelsen, som fx kan have haft indflydelse på besvarelsen af spørgsmålet “forårsager din selvskade sociale problemer for dig?”, hvor det for patienter kan være vanskeligt at skelne tingene fra hinanden. Det er endvidere en styrke ved undersøgelsen, at populationen er blevet omhyggeligt udredt med et omfattende spørgeskema, hvilket også kan være en svaghed, idet besvarelsen af skemaet kan have været en stor udfordring for patienter i en psykisk belastet tilstand. Endvidere er det en væsentlig svaghed ved undersøgelsen, at der ikke er en kontrolgruppe, og at antallet af informanter er relativt lavt, skønt det ikke er

lavere end fx Nixon og kolleger (2002), der fokuserer på samme tema, nemlig afhængighedsaspektet i en psykiatrisk population.

Kliniske implikationer

Undersøgelsen viser, at selvskade hos majoriteten (88 %) af selvskadende psykiatriske patienter udvikler sig til et egentligt afhængighedssyndrom, hvilket understreger nødvendigheden af at anlægge et perspektiv på selvskade som *både* mestringsstrategi i forhold til nedregulering af negative affekter og som en psykologisk og fysiologisk afhængighedstilstand. I forbindelse med behandling af den selvskadende adfærd er det således ikke tilstrækkeligt at fokusere på selvskade som affektregulering uden også at holde fokus på afhængighedsperspektivet, og hvordan dette spiller ind som en komplicerende faktor hos den enkelte. Undersøgelsens fund peger endvidere på betydningen af en tidlig indsats i forbindelse med selvskade, idet det er vigtigt at få hjulpet den selvskadende person til at bruge andre færdigheder i forbindelse med stress- og affektregulering, inden selvskaden udvikler sig til en egentlig afhængighed. Det kan være endda meget kompliceret at behandle patienter, som både er psykologisk og fysiologisk afhængige af den selvskadende adfærd. Det er ikke sjældent, at der sker recidiv, fordi trangen til at opnå et kick i forbindelse med selvskade (specielt cutting) impulsivt slår igennem, og denne *trang* kan eksistere, flere måneder efter at den selvskadende adfærd er ophørt. I forvejen bruges flere terapeutiske teknikker, som er kendt fra behandling af rusmiddelafhængighed, til behandling af selvskade, fx Motivational Interviewing (MI) (Farbring & Rollnick, 2016). Det er ikke utænkeligt, at andre principper fra behandling af rusmiddelafhængighed kan overføres til behandling af selvskade i fremskreden fase, fx farmakologisk behandling med stoffer, der påvirker serotonin-, dopamin- og opioid-systemet. Der er imidlertid sparsomme erfaringer med dette (Sandman, 2009).

Der savnes viden om, hvordan processen fra selvskade som mestringsstrategi til selvskade som et egentligt afhængighedssyndrom forløber. Der savnes desuden viden om, hvorvidt nogle selvskadeformer (fx dem, der medfører blødende snit) synes at være mere afhængighedsskabende end andre (fx dem, der medfører brandsår eller blå mærker). Mange patienter i klinikken beretter om en uimodståelig trang til at "se blodet", når de først har sat sig det for (Naoum et al., 2016; Glenn & Klonsky, 2010). Samtidig antages det, at perception af farven rød fører til en frigivelse af adrenalin, som kan virke stimulerende (Martinez-Conde & Macknik, 2014). Tilbage står endnu at undersøge, hvorvidt specifikt cutting er mere afhængighedsskabende end andre former for selvskade. Dette kunne i så fald bidrage til forklaringen på, hvorfor cutting er den hyppigste selvskademetode – til trods for at netop cutting er én af de selvskademetoder, der efterlader de mest permanente og stigmatiserende ar.

REFERENCER

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bandelow, B., Schmahl, C., Falkai, P., & Wedekind, D. (2010). Borderline Personality Disorder: A dysregulation of the endogenous opioid system? *Psychological Review, 117*, 623-636.
- Barratt, E.S. (1994). Impulsiveness and aggression. In J. Monohan & J.J. Steadman (Eds), *Developments in Risk Assessment*. Chicago: Chicago University Press.
- Brain, K.L., Haines, J., & Williams, C.L. (1998). The psychophysiology of self-mutilation: Evidence of tension reduction. *Archives of Suicide Research, 4*(3), 227-242.
- Chapman, A.L., Gratz, K.L., & Brown, M.Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy, 44*(3), 371-394.
- Christoffersen, M.N., Møhl, B., DePanfilis, D., & Vammen, K.S. (2015). Non-suicidal self-injury: Does social support make a difference? An epidemiological investigation of a Danish national sample. *Child Abuse & Neglect, 44*, 106-116.
- Coid, J.W. (1993). An affective syndrome in psychopaths with borderline personality disorder? *British Journal of Psychiatry, 162*, 641-650.
- Evans, C., & Lacey, J.H. (1992). Multiple selfdamaging behaviors among alcoholic women. A prevalence study. *British Journal of Psychiatry, 161*, 643-647.
- Farbring, C.Å., & Rollnick, S. (2016). *Den motiverende samtale i praksis*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Favazza, A.R., & Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 79*(3), 283-289.
- 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., & Rosenthal, R.J. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital and Community Psychiatry, 44*(2), 134-140.
- Faye P. (1995). Addictive characteristics of the behavior of self-mutilation. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services, 33*, 36-39.
- Fink-Jensen, A., Hesse, M., & Møhl, B. (2017). Skadelig brug af rusmidler. In E. Simonsen & B. Møhl (Eds.) (2017), *Grundbog i Psykiatri* (2. udg.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Gatta, M., Dal Santo, F., Rago, A., Spoto, A., & Battistella, P.A. (2016). Alexithymia, impulsiveness and psychopathology in non-suicidal self-injured adolescents. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 12*, 2307-2317.
- Glenn, C.R., & Klonsky, E.D. (2010). The role of seeing blood in non-suicidal self-injury. *Journal of Clinical Psychology, 66*(4), 466-473.
- Herpertz S., Sass, H., & Favazza, A. (1997). Impulsivity in self-mutilative behavior: Psychometric and biological findings. *Journal of Psychiatric Research, 31*, 451-465.
- The International Society for the Study of Self-Injury (ISSS). Kan findes på:<http://itriples.org/>
- Karwautz, A., Resch, F., Wöber-Bingöl, C., & Schuch, B. (1996). Self-mutilation in adolescence as addictive behaviour. *Wiener klinische Wochenschrift, 108*, 82-84.
- Klonsky, E.D., & Glenn, C.R. (2008). Resisting urges to self-injury. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36*(2), 211-220.
- 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.
- Koob, G.F., & Volkow, N.D. (2016). Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry, August 3*, 760-773.

- Martinez-Conde, S., & Macknik, S.L. (2014). Seeing red. *Scientific American Mind*, 25, 21-23.
- Møhl, B. (2005). At skære smerten bort: Om cutting som drug. *Psyke & Logos*, 26(1), 98-117.
- Møhl & Rubæk (2016), in press.
- Naoum, J., Reitz, S., Krause-Utz, A., Kleindienst, N., Willis, F., Kuniss, S., ... Baumgärtner, U. (2016). The role of seeing blood in nonsuicidal self-injury in female patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Research*: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.066> Naoum et al., 2016;
- Nixon, M.K., Cloutier, P.F., & 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(11), 1333-1341.
- Nock, M.K., & Prinstein, M.J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885-890.
- Nock, M.K., & Prinstein, M.J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1), 140-146.
- O'Connor, L.E., Berry, J.W., Inaba, D., Weiss, J., & Morrison, A. (1994). Shame, guilt, and depression in men and women in recovery from addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11(6), 503-510.
- Pattison, E.M. & Kahan, J. The deliberate self harm syndrome. *Am J Psychiatry*. 1983. Jul; 140 (7), 867-72.
- Ross, R.R., & McKay, H.B. (1979). *Self-Mutilation*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Sandman, C.A. (2009). Psychopharmacological treatment of non-suicidal self-injury. In M.K. Nock (Eds.), *Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, Assessment, and Treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Selby, E.A., Nock, M.K., & Kranzler, A. (2013). How does self-injury feel? Examining automatic positive reinforcement in adolescent self-injurers with experience sampling. *Psychiatry Research*. doi: 10.1016/j.psychres.2013.12.005
- Sher, L., & Stanley, B. (2009). Biological models of non-suicidal self-injury. In M.K. Nock (Eds.), *Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, Assessment, and Treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Stanley, B., Sher, L., Wilson, S., Ekman, R., Huang, Y.Y., & Mann, J.J. (2010). Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *Journal of Affective Disorder*, 124(1), 134-140.
- Strong, M. (1998). *A Bright Red Scream: Self-Mutilation and the Language of Pain*. London: Virago Press.
- Tantam D., & Whittaker, J. (1992). Personality disorder and self-wounding. *British Journal of Psychiatry*, 161, 451-464.
- Turner, V.J. (2002). *Secret Scars: Uncovering and Understanding the Addiction of Self-Injury*. Center City: Hazelden.
- Van der Kolk, B. (1989). The compulsion to repeat the trauma: Re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatric Clinics of North America*, 12(2), 389-411.
- Victor, S.E., Glenn, C.R., & Klonsky, E.D. (2012). Is non-suicidal self-injury an "Addiction"? A comparison of craving in substance use and non-suicidal self-injury. *Psychiatry Research*, 197(1-2), 73-77.
- WHO (1992). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10). Geneva: WHO. if
- WHO: ICD-10 (1992). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. Genève: WHO.
- Whitlock, J. (2010). Self-injurious behavior in adolescents. *PloS Med.*, 7(5): <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000240>

- Whitlock, J.L., J. Muehlenkamp & J. Eckenrode (2008). Variation in Non-Suicidal Self-Injury: Identification of Latent Classes in a Community Population of Young Adults. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(4): 725-735.
- Yates, T.M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychological Review*, 24(1), 35-74.