

Selvskadende adfærd blandt børn og unge

Stud.med. Lisa Eilenberg Sjøgaard, stud.med. Cathrine Lundgaard Christensen & professor Niels Bilenberg

RESUME

Dette er en gennemgang af den seneste litteratur om forekomst af bevidst selvskadende adfærd (DSH) hos unge i populationsbaserede materialer i perioden 2002-2008. *Cutting* og selvforgiftning er de hyppigst anvendte metoder, og der er en overvægt af piger blandt de selvskadende. Problemet med DSH er, at der ikke er en entydig definition af begrebet, hvilket er nødvendigt for at kunne lave sammenlignelige prævalensestimater på tværs af kulturer og påvise mulige ændringer over tid. Selvskadende adfærd (*deliberate self-harm* (DSH)) er et kendt fænomen inden for psykiatrien, men i de senere år har man oplevet en øget forekomst af denne adfærd hos unge uden kontakt med psykiatrien. Selvskadende adfærd defineres i det efterfølgende som »direkte, bevidst skade påført egen krop uden suicidal intention. Handlingen skal være kulturelt uacceptabel«.

Den hyppigste form for selvskadende adfærd er *cutting*. Her benyttes skarpe genstande til at lave ridser og dybe sår i huden. Der er eksempler på *cutting* stort set alle steder på kroppen, dog med præference for arme, mave, ben og inderlår. *Cutting* beskrives som et modfænomen, der smitter fra ung til ung [1-11].

Sundhedsfagligt personale har vanskeligt ved at tackle DSH-patienter. Det er frustrerende at se de unge skade sig selv igen og igen, og vanskeligt at indleve sig i og forstå denne svært behandlelige gruppe, som vækker mange ambivalente følelser [8, 12, 13].

Formålet med litteraturgennemgangen er 1) at beskrive forekomst af DSH i baggrundspopulationen, 2) belyse risikomønstre, samt 3) på baggrund af litteraturen at diskutere definition og afgrænsning af DSH i forhold til selvmordsadfærd.

MATERIALE OG METODER

En femårs retrospektiv litteratursøgning blev foretaget i Pubmed og Psychinfo i efteråret 2007.

Søgningen er i forbindelse med udarbejdelsen af denne oversigtsartikel opdateret, således at artikler med publikationsår mellem 2002 og april 2008 er inkluderet. Søgeordene var: *Deliberate self-harm*, *self-harm*, *self-mutilation* og *self-injury*. Aldersafgrænsningen var 12-17-årige. Kun populationsbaserede studier blev inkluderet, og publikationer fra ikkesammenlignelige kulturer, artikler med fokus på etniske minoriteter og subkulturer blev sekundært ekskluderet. Enkelte andre typer publikationer af mere psykologisk og sociologisk forklarende art blev inddraget i diskussionsdelen.

Gennemgang af behandlingsmetoder ligger uden for denne artikels fokus. Interesserede kan henvises til et Cochrane-review af *Hawton et al*, der omhandler behandling [14].

En væsentlig del af denne oversigtsartikels indhold bygger på publikationer fra *The child and adolescent self-harm in Europe study* (CASE), hvori ensartede definitioner og metoder er anvendt [1-7, 11]. Disse studier er de eneste sammenlignelige populationsstudier i skrivende stund. CASE-studierne blev udvalgt, da studiematerialet her er meget stort og uselekeret og derfor repræsentativt for det pågældende lands ungdom.

RESULTATER

Forekomst af selvskadende adfærd

Livstidsprævalensen af DSH blandt unge 15-16-årige i ikkekinisiske populationer estimeres i de inkluderede artikler til 4,1-13,2%, og periodeprævalensen inden for de seneste 12 måneder (incidensraten) er 2,6-7,0% [1-6, 11]. Den gennemsnitlige, vægtede livstidsprævalens bliver 9,8% og incidensraten 5,8% på tværs af alle studierne. Livstidsprævalensen af DSH for piger svinger fra 5,7% i det laveste studie (Holland) til 17,0%, hvor den er højest (Australien), mens den for drengene er mere ensartet fra 2,4% til 6,5% [1-6, 11]. Over 50% af de selvskadende har haft mere end en selvskadende handling i løbet af deres liv [11].

I 59,2-74,1% af de rapporterede tilfælde er den benyttede metode *cutting*, som især er udtalt for pigerne [3, 11, 13, 15, 16]. En anden hyppig form for selvskade er forgiftning med piller, stoffer eller indtagelse af andre skadelige substanser, hvilket ses i 16,9-30,7% af tilfældene [1-6, 11].

I et svensk populationsstudie fandt man, at 65,9% af de adspurgte havde haft mindst en episode af selvskade. Heri var inkluderet børn og unge, som havde kradsset i sår, så de ikke helede, en handling der defineres som selvskade ifølge *deliberate self-harm inventory* (DSHI), men som i denne litteraturgennemgang ikke indgår i definitionen, da det ikke kan kategoriseres som en kulturelt uacceptabel handling.

Den DSH-prævalens, der blev fundet i CASE-studierne, er højere end forekomsten, der er baseret på oplysninger fra hospitaler [1, 3, 4, 11], da kun 7,3-14,7% af de unge efter den selvskadende handling henvendte sig på en skadestue. Af dem var 90% unge,

OVERSIGTSARTIKEL

Syddansk Universitet, Det børne- og ungdomspsykiatriske Hus

Den hyppigste form for selvskade er *cutting* som her på en underarm (modelfoto).



der havde taget en overdosis medicin, og kun 6,1-6,9% tilhørte gruppen af *cuttere* [1, 2, 4, 11, 15-17].

Intentionen bag selvskade

DSH opfattes ofte som et selvmordsforsøg, da det præsenterer sig på samme måde, og mange karakteristika er ens for gruppen af unge med DSH og gruppen af unge med selvmordsadfærd [12]. Forskellen mellem de to fænomener skal findes i intentionen bag handlingen.

Selvskade forekommer langt hyppigere end selvmordsforsøg blandt unge [8, 17]. Dog har studier vist, at fra en fjerdedel og helt op til halvdelen af de unge, der udfører DSH, har haft selvmordstanker [1, 4, 15]. Et followup-studie har præsenteret lave suicidalhensigter bag 12-14-åriges veneficiumhandlinger. Således blev kun 16% scoret til at have en høj selvmordsintention, og i løbet af de 26 år, followup-studiet forløb, begik kun 1,1% af de 464 undersøgte selvmord [22] (Tabel 1).

I en publikation belyses forskelle på motiverne bag handlingen, hvis man er *cutter*, i forhold til motiverne bag det at tage en overdosis [15]. Det blev opgjort, at 66,7% af venefisterne havde ønsket at dø mod 40,2% af *cutterne*, hvis de unge skulle afkrydse på en liste med svarmuligheder. Derimod beskrev kun 0,9% af *cutterne* mod 10,9% af venefisterne, at

de ønskede at dø, hvis de i fritekst skulle beskrive motivet bag handlingen.

Risikofaktorer

Selvskadende adfærd er associeret med misbrug [1, 4-8] og impulsivitet [1, 8, 11, 13, 15, 17, 23]. Især *cutting* er forbundet med impulsivitet. I et studie fra England angav 50,9% af *cutterne* at have tænkt på handlingen i under en time, hvorimod 36,1% af venefisterne svarede det samme [15]. *Cutterens* afhængighed og toleranceudvikling kan medføre, at hun/han med tiden skærer dybere, oftere og med større udbredelse. Dette øger risikoen for, at den selvskadende adfærd ender i et utilsigtet selvmord [8, 13, 20]. Gentagne episoder af DSH er desuden korreleret med psykiatrisk lidelse, som igen er korreleret med øget selvmordsrisiko [8, 9, 17, 24].

Kendskab til selvskadende eller suicidal adfærd i ens nære omgangskreds var den største risikofaktor, herefter fysisk eller seksuelt misbrug i barndommen samt mentalt dårligt helbred hos forældrene. Generelt udvikles DSH på baggrund af en miljøpåvirkning, enten nutidig eller som respons på svigt i barndommen, og DSH er ikke genetisk betinget [1, 2, 4, 9, 13, 15, 23, 25-27].

DISKUSSION

DSH synes at være et tiltagende problem blandt unge. Prævalensen og incidensen af DSH varierer meget – ikke mindst på grund af forskellige definitioner og klassifikation af adfærden. I denne litteraturgennemgang forsøges at sammenligne nogle studier af forekomst fra forskellige populationer i Europa og Australien.

Blandt unge er den gennemsnitlige livstidsprævalens ca. 10%, og den gennemsnitlige incidens (nye tilfælde pr. år) er knap 6%. *Cutting* udgør ca. to tredjedele af alle rapporterede DSH-tilfælde og ca. en



TABEL 1

De væsentligste populationsbaserede prævalensstudier af selvskadende adfærd (2002-2008).

Reference	Land	Sample-størrelse	DSH-livstidsprævalens, %	DSH-incidens, %	DSH-livstidsprævalens, %	
					drenge	piger
Hawton et al, 2002 [1]	England	6.020	13,2	6,9	6,5	16,7
De Leo & Heller, 2004 [2]	Australien	3.767	12,4	6,2	3,1	17
Morey et al, 2008 [3]	Irland	3.881	9,1 95% KI: 8,2-10,1	5,5	4,3 95% KI: 3,1-5,6	13,9 95% KI: 11,8-16,1
Ystgaard et al, 2003 [4]	Norge	4.060	10,7	6,6	5,0	16,4
Portzky et al, 2007 [5]	Belgien	4.431	10,4	7,0	6,5	15,3
Portzky et al, 2007 [5]	Holland	4.458	4,1	2,6	2,4	5,7
Vörös et al, 2005 [6]	Ungarn	4.408	7,8	Ej oplyst	3,4	10,3

DSH = *deliberate self-harm*/bevidst selvskadende adfærd; KI = konfidensinterval. Det er ikke i alle studier, der oplyses om eksakt gennemsnitsalder, men spændvidden er 14-17 år [11], og der er flest på 15-16 år. Kun i det irske studie er konfidensinterval beregnet.



FAKTABOKS

Deliberate self-harm (DSH) er en direkte, bevidst skade påført egen krop uden suicidal intention. Handlingen skal være kulturelt uacceptabel.

DSH er et smittende modefænomen blandt unge; knap 10% af de 14-17-årige har skadet sig selv.

Trods intermitterende selvmordstanker er selvmordsintentionen lav.

Der mangler entydige internationale definitioner af begrebet.

Mere forskning og opmærksomhed på området tilrådes.

fjerdedel er venefister. Der er en overrepræsentation af piger med selvskade i forhold til drenge. Muligvis fremkommer denne kønsforskel, fordi drenge og piger bruger forskellige metoder til at skade sig. I et studie fandtes ingen forskel på drenge og pigers prævalens af DSH, de brugte blot forskellige metoder. I studier, hvor definitionen er mere inklusiv end i CASE studierne, har man ikke kunnet påvise signifikante kønsforskelle [13, 16, 18].

Kønsforskellen kan skyldes, at drenge kommer senere i pubertet end piger. Studier har vist, at alene pubertetens problemer kan medføre DSH, især hvis den indtræffer tidligt som hos flertallet af piger. På det tidspunkt, hvor mange piger går i pubertet, er hjernen ikke udviklet tilstrækkeligt til at honorere ændringerne. Dette beskrives som et udviklingshul mellem pubertetstrin og hjerneudvikling, som kan medføre psykisk uligevægt [13, 28].

Det diskuteres, om de unge skærer i sig selv for at tiltrække opmærksomhed. Men primært er det ikke en handling, der udføres med denne hensigt. Dette bekræftes af, at den unge oftest er alene i sit hjem under handlingen og efterfølgende skjuler arrene under store trøjer og svedbånd, da adfærden opleves skamfuld [11, 18]. Dog er *cutting* for mange en måde at udtrykke sig på, og fænomenet må derfor opfattes som et råb om hjælp [13, 18, 21]. Den smittende form for DSH er ikke af samme farlige karakter, som den, der praktiseres af unge med en psykisk disposition og personlige problemer. Det formodes, at lejlighedsvis selvskadende adfærd har en anden betydning end den gentagne form, og at lejlighedsvis selvskade er en tidslimiteret efterligningsadfærd i puberteten, hvorimod den gentagne DSH bruges til affektregulering, ofte i forbindelse med psykiske lidelser [9, 13, 19].

Der er brug for flere studier om selvskadende adfærd for at gøre opmærksom på problemet og opnå mere eksakte resultater. I fremtidige studier er det hensigtsmæssigt at forsøge at gradsinddele motivationsfaktorer, således at den unge kan vægte, hvor vig-

tig en faktor de enkelte motiver er for deres DSH. Hermed fremkommer der præcise oplysninger til brug ved profylaktiske tiltag. En egentlig gradsinddeling af selvskadende adfærd ud fra en scoringsskala er et andet fremtidigt redskab til at optimere behandlingen.

Hvis de unge får skadet sig så voldsomt, at de må konsultere skadestuen, bliver episoden ofte registreret som et selvmordsforsøg. I det danske landspatientregister er det kun muligt at registrere selvskade under samme kontaktårsagskode som selvmord, hvorfor det ved en stigning i forekomsten af denne kode ikke kan bedømmes, om det er et udtryk for øget DSH (uden suicidal hensigt) eller øget selvmordsadfærd [29].

DSH kendes som et tillægsproblem i forbindelse med flere forskellige psykiatriske diagnoser, især personlighedsforstyrrelsen *borderline*. Det er vigtigt, at sundhedsvæsenet får øget fokus på selvskadende adfærd som et udbredt teenageproblem i stil med spiseforstyrrelser, misbrug og voldelig udadreagerende adfærd [29], men ikke mindst er det afgørende at få opbygget rutiner, så de sociale myndigheder – kommunernes børn-og-unge-forvaltninger – bliver kontaktet, når selvskadende adfærd optræder, så en samlet hjælp til familien kan etableres, hvis det skønnes nødvendigt.

KONKLUSION

Selvskadende adfærd synes at være en hyppig og bredere kategori end selvmordsforsøg – men med et vist overlap. Selvskade indeholder en bevidst intention om at skade sig selv, men ikke nødvendigvis en intention om at dø. Ved DSH er der tale om en ikkelivstruende, selvpåført kropslig skade, som ikke er socialt accepteret. Ved selvskade er der ofte tale om en vanemæssig adfærd og ofte om en mere privat handling end selvmordsforsøget. De unge har trods intermitterende selvmordstanker ikke en høj selvmordsintention bag deres DSH.

Der mangler entydige internationale definitioner og flere studier med henblik på afklaring af, om selvskade og selvmordsforsøg kan og bør adskilles definitionelt og i registermæssig sammenhæng.

Indsatsen over for unge med selvskadende adfærd bør samordnes mellem sundhedsvæsen og socialvæsen.

KORRESPONDANCE: Niels Bilenberg, Det Børne- og ungdomspsykiatriske Hus, Syddansk Universitet, DK-5000 Odense C.

E-mail: niels.bilenberg@ouh.regionsyddanmark.dk

ANTAGET: 4. februar 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Hawton K, Rodham K, Evans E et al. Deliberate self harm in adolescents: Self report survey in schools. *BMJ* 2002;325:1207-11.
2. De Leo D, Heller T. Who are the kids who self-harm? An Australian self report survey. *MJA* 2004;181:140-4.

3. Morey C, Corcoran P, Arensman E et al. The prevalence of self-reported deliberate self-harm in Irish adolescents. *BMC Pub Health*. 2008;28:8:79.
4. Ystgaard M, Reinholdt NP, Husby J et al. Villet egenskade blant ungdom. *Tidsskr Nor lægeforening* 2003;123:2241-5.
5. Portzky G, De Wilde EJ, van Heeringen K. Deliberate self-harm in young people: Differences in prevalence and risk factors between The Netherlands and Belgium. *Eur Child Adolesc Psychiat* 2008;17:179-86.
6. Vörös V, Fekete S, Hewitt A. Suicidal behaviour in adolescents—psychopathology and addictive comorbidity. *Neuropsychopharmacology Hung* 2005;7:66-71.
7. Rossow I, Ystgaard M, Hawton K et al. Cross-national comparisons of the association between alcohol consumption and deliberate self-harm in adolescents. *Suicide and life-threatening behaviour* 2007;37:605-15.
8. Skegg K. Self-harm. *Lancet* 2005;366:1471-83.
9. Brunner R, Parzer P, Haffner J et al. Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161:641-9.
10. Klonsky D, Muehlenkamp J. Self-injury: a research review for the practitioner. *J Clin Psych* 2007;63:1045-56.
11. Madge N, Hewitt A, Hawton K et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the child & adolescent self-harm in Europe (CASE) study. *J Child Psychol Psychiat* 2008;49:667-77.
12. McCann T, Clark E, McConnachie S et al. Accident and emergency nurses' attitudes towards patients who self-harm. *Acc Emerg Nurs* 2006;14:4-10.
13. Møhl B. At skære smerten bort. 1. Udgave. København: Psykiatrifonden, 2006.
14. Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self-harm. *Cochrane Database Syst Rev* 1999;(4):CD001764.
15. Rodham K, Hawton K, Evans E. Reasons for deliberate self-harm: Comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psych* 2004;43:80-7.
16. Lundh LG, Karim J, Quilich E. Deliberate self-harm in 15-year-old adolescents: A pilot study with a modified version of the deliberate self-harm inventory. *Scand J Psych* 2007;48:33-41.
17. Hawton K, James A. Suicide and deliberate self-harm in young people. *BMJ* 2005;330:891-4.
18. Richardson C. Self-harm: understanding the causes and treatment options. *Nurs Tim* 2004;100:1524-5.
19. McDonald C. Self-mutilation in adolescents. *J School Nurs* 2006;22:193-200.
20. Søndergaard PS. Når livet gør ondt. 1. Udgave. København: Kroghs forlag 2007.
21. Rissanen ML, Kylmä J, Laukkanen E. Descriptions of self-mutilation among Finnish adolescents: a qualitative descriptive inquiry. *Iss ment Health Nurs* 2008;29:145-63.
22. Hawton K, Harris L. Deliberate self-harm by under 15-year-olds: characteristics, trends and outcome. *J Child psych psychiat* 2008;49:441-8.
23. Lowenstein L. Youths who intentionally practise self-harm. Review of the recent research 2001-2004. *Int J Adolesc Med Health* 2005;17:225-30.
24. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clin Psychol Rev* 2004;24:957-79.
25. Cerdorian K. The needs of adolescent girls who self-harm. *J Psychosoc Nurs* 2005;43:40-6.
26. Fortune S, Sinclair J, Hawton K. Adolescents' views on preventing self-harm. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43:96-104.
27. Tick N, Ende van J, Verhulst F. Ten-year trends in self-reported emotional and behavioural problems of Dutch adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008, May;43(5): 349-55.
28. Patton G, Hemphill S, Beyers J et al. Pubertal stage and deliberate self-harm in adolescents 2007. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 2007;46:508-14.
29. Zöllner L. Odense 2006. Centrale begreber inden for selvskadende adfærd. www.selvmordsforskning.dk (27. februar 2009).

Disease-modifying anti-rheumatic drugs til behandling af ankyloserende spondylitis

Overlæge Ole Rintek Madsen & overlæge Charlotte Egmose

OVERSIGTSARTIKEL

Gentofte Hospital,
Medicinsk Afdeling,
Reumatologisk Klinik

RESUME

Ankyloserende spondylitis (AS) er en inflammatorisk sygdom, der afficerer det aksiale skelet. Hyppigt ses også perifer arthritis, entesopati og ekstraskelatale manifestationer. Patienter med tidlig AS, høj sænkingsreaktion og/eller perifer arthritis kan måske hjælpes med sulfasalazin, men derudover er der ingen overbevisende holdepunkter for en terapeutisk effekt af *disease-modifying anti-rheumatic drugs* (DMARD'er). Der er ingen klinisk evidens for, at DMARD øger effekten af tumornekrosefaktor (TNF)-hæmmere, men studier savnes. Der er behov for flere studier til at afklare værdien af DMARD'er til behandling af AS.

Ankyloserende spondylitis (AS) er en kronisk, systemisk inflammatorisk sygdom, der først og fremmest afficerer det aksiale skelet inklusive sakroiliacaledene. Patogenesen er langt fra afklaret, men den inflammatoriske aktivitet, der er central for udviklin-

gen af AS, er associeret til øget forekomst af en række cytokiner, herunder f.eks. tumornekrosefaktor (TNF)-alfa og *vascular endothelial growth factor* (VEGF). Inflammationen, der formentlig primært har sæde i enteser og subkondral knogle, ledsages via osteoklastaktivering af knogledestruktion, mens sekundære reparative processer resulterer i excessiv knogledannelse [1, 2]. I fremskredne tilfælde af sygdommen ses den klassiske *bamboo spine* og aflukning af sakroiliacaleddene. Sygdommen er forbundet med rygsmerter og tiltagende rygstivhed- og krumhed. Hyppigt er der også perifere ledsymptomer og da som regel i form af asymmetrisk oligoarthritis, der overvejende afficerer de store led. Ofte har patienterne smerter svarende til perifere senetilhæftninger (entesopati) samt ekstraskelatale manifestationer, især fra øjnene (f.eks. iridocyclitis) [3].

Med den tiltagende anvendelse af magnetisk resonans (MR)-skanning til diagnosticering af AS og med fremkomsten af TNF-hæmmere (infliximab, etanercept og adalimumab) til behandling af syg-