

Selvskade, når psykisk smerte konverteres til fysisk smerte

Bo Møhl¹ & Lotte Rubæk²

STATUSARTIKEL

1) Institut for Kommunikation, Aalborg Universitet
2) Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Bispebjerg, Region Hovedstadens Psykiatri

Ugeskr Læger
2017;179:V01170066

Det ligger basalt i mennesket at beskytte sig imod fysisk smerte. Derfor virker det paradoksalt og uforståeligt, at et stort antal unge med vilje påfører sig selv smertevoldende fysisk skade, når de har det følelsesmæssigt svært [1]. Fysisk smerte kan være lettere at forholde sig til end diffust psykisk ubehag. At skade sig selv ved f.eks. at skære, brænde, slå, bide eller kradse sig til blods kan nedregulere og virke afledende på negative følelser [2, 3].

DEFINITION

Direkte ikke-suicidal selvskade 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« [4]. Denne definition ligger til grund for de diagnostiske kriterier i DSM-5 [5] og udelukker indirekte selvskade (f.eks. spiseforstyrrelser) og socialt accepteret selvskade (f.eks. piercinger).

SELMORDSADFÆRD

I den britiske tradition anvendes begrebet *self-harm*, som inkluderer både suicidal og ikke-suicidal selvskade. Efter vores opfattelse bør man imidlertid skelne klart imellem selvskade, der typisk udføres for at håndtere negative følelser, og selvmordsforsøg, som udføres med en intention om at gøre en ende på livet. Resultaterne af flere studier tyder på, at ikke-suicidal selvskade kan forhindre

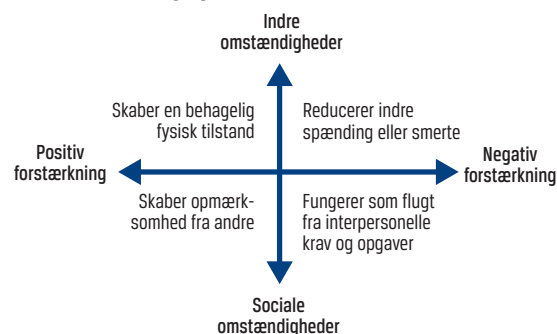
selvmordsforsøg, fordi adfærden momentant fungerer som en effektiv, om end uhensigtsmæssig, affektreguleringsstrategi [6], men på længere sigt øger den risikoen for selvmordsforsøg.

Risikoen for selvmord er 12 gange højere hos selvskadende end hos ikke-selvskadende unge [7], og selvskade er blandt de væsentligste prædiktorer for selvmordsforsøg [8]. Risikoen er specielt stor, når selvskaden ikke længere kan nedregulere negative følelser. Ifølge *Joiner* [9] øger selvskadende adfærd selvmordsrisikoen ved at fungere som en »træning« i at påføre kroppen smerter, som normalt forhindrer individet i at handle på selvmordstanker. Risikoen øges således, fordi individet tør at handle på sine impulser.

Selvskade må opfattes som et alvorligt tegn på mistrivsel. Psykosocial belastning, psykisk sygdom, tilknytningsforstyrrelser, omsorgssvigt og overgreb i barndommen, lavt selvværd, høj selvkritik og perfektionisme, usikker kønsidentitet, dissociation samt følelsesmæssig dysregulering er blandt de dokumenterede risikofaktorer for ikke-suicidal selvskade [1, 10].

FIGUR 1

Firefaktormodellen [15].



Indre positiv forstærkning: Selvskade udføres for at opnå en positiv følelse, få bedre kontakt med sin egen krop eller at få et kick.

Indre negativ forstærkning: Selvskade udføres for at dæmpe eller eliminere en ubehagelig følelsesmæssig tilstand (affektregulering).

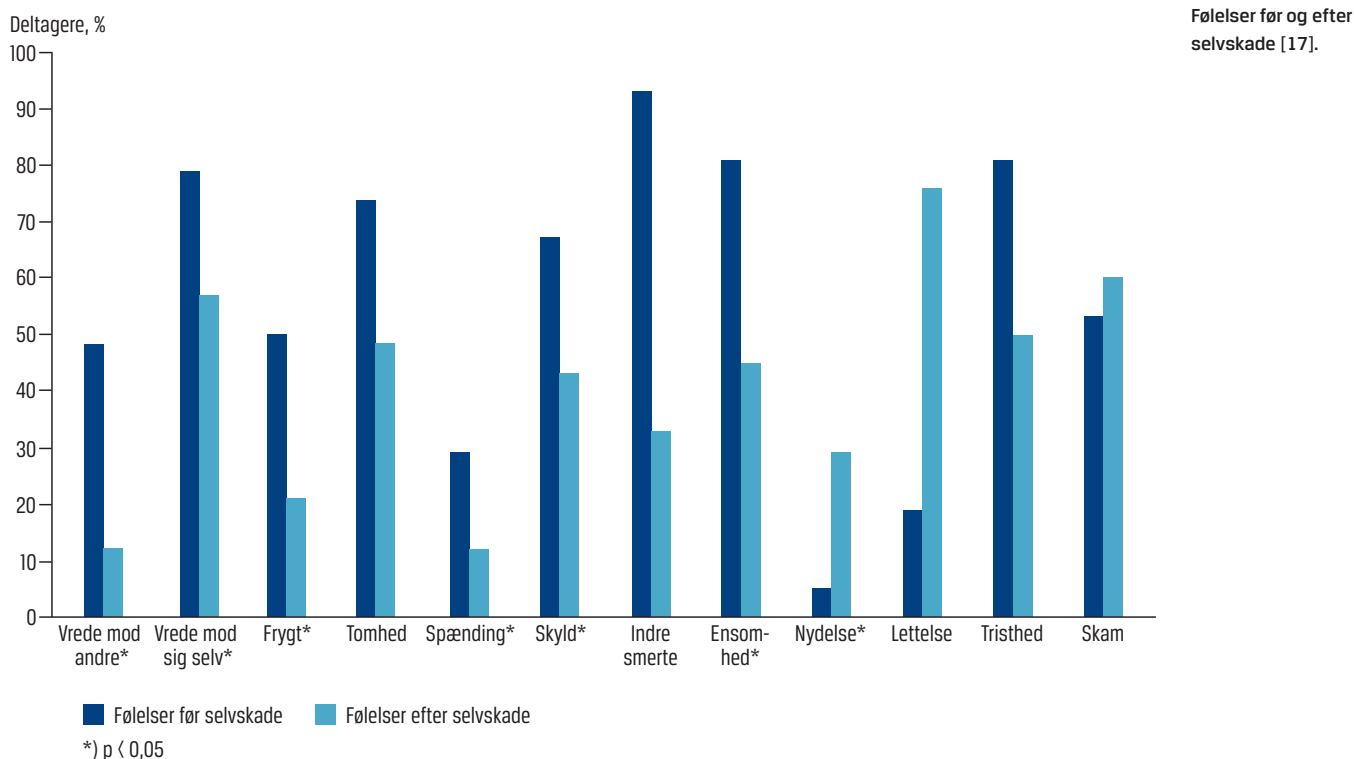
Social positiv forstærkning: Selvskade udføres for at opnå opmærksomhed, omsorg eller hjælp fra andre.

Social negativ forstærkning: Selvskade udføres for at undgå krav fra omgivelserne og slippe for noget, der er belastende, eller som ikke kan honoreres.

HOVEDBUDSKABER

- ▶ Selvskade forekommer hos 21,5-32% af danske unge, og antallet er formodentlig stigende, bl.a. fordi sårbare individer kan blive »smittet« gennem de sociale medier.
- ▶ Blandt risikofaktorer for selvskade er tilknytningsforstyrrelse, overgreb, omsorgssvigt, følelsesmæssig dysregulering, selvkritisk holdning og perfektionisme samt psykosocial belastning.
- ▶ Selvskade kan fungere som *coping*-strategi, og kan derfor i en periode forhindre selvmord, men er på længere sigt en af de væsentligste prædiktorer for selvmordsadfærd.
- ▶ Selvskade er et tegn på mistrivsel og skal tages alvorligt. Der er behov for øget opmærksomhed på selvskade specielt hos unge, og de skal mødes med en ikkedømmende, validerende holdning. Der er behov for en national handlingsplan for behandling af selvskade i og uden for psykiatrien.

FIGUR 2



FOREKOMST

Selvskade har i de seneste 20-30 år fået stor udbredelse specielt blandt unge [1]. Psykosocial belastning og »social smitte« gennem de sociale medier er medvirkende faktorer [11]. Mellem 21,5% og 32% af de danske unge rapporterer om erfaring med direkte selvskade [1, 12]. De hyppigste former er at skære, slå og brænde sig selv, og de fleste bruger flere metoder [13].

I nogle undersøgelser har man fundet en ligelig kønsfordeling [1], mens man i andre har fundet en overvægt af piger [14]. Der ses en tendens til, at de to køn anvender forskellige selvskademetoder: De fleste piger skærer sig, og de fleste drenge slår eller brænder sig [1].

Drenge selvskade bliver ofte overset, bl.a. fordi de lettere kan bortforklare den type af skader (f.eks. blå mærker og brandsår), som de pådrager sig selv, som uheld eller sportsskader. De ar, som cutting efterlader, er derimod utvetydige tegn på selvskade, hvorfor det kan undre, at netop cutting er den mest udbredte selvskademetode. Nogle forskere peger på, at synet af blod kan virke nedregulerende og afhængighedsskabende [15].

NÅR SMERTE DULMER SMERTE - SELVSKADENS FUNKTION

Selvskadens funktion kan forklares ud fra to dimensioner: 1) om selvskadens effekt opstår automatisk som

følge af psykologiske eller fysiologiske processer hos individet, eller 2) om selvskadens effekt udløses socialt i samspil med andre. Desuden skelnes der mellem positiv og negativ forstærkning [16] (Figur 1).

Affektregulering er det hyppigste motiv til selvskade [17]. En dansk undersøgelse har vist, at 76% af dem, der har skadet sig selv, har gjort det for at komme af med negative følelser, 45% for at straffe sig selv, 45% for at få opmærksomhed, 34% for at finde ud af, om der var nogen, der virkelig havde omsorg for dem, mens 30% angav, at de havde skadet sig selv for at skræmme andre [18]. I en undersøgelse af selvskadende patienter i psykiatrisk behandling blev deltagerne spurgt til følelser før og efter en episode med selvskade. En række negative følelser blev reduceret signifikant, mens nogle positive følelser blev øget med den selvskadende handling (Figur 2) [17]. Følelsen af skam var stort set uændret, hvilket hænger sammen med, at skamfølelsen kan både udløse en trang til selvskade og øges efter selvskaden. Det er vigtigt at afklare selvskadens funktion for den enkelte, fordi det har betydning for valg af fokus i behandlingen. Mange, der skader sig selv, har imidlertid svært ved at sætte ord på og differentiere den ene følelse fra den anden og udviser således tegn på nedsat mentaliseringsevne og aleksitymi [19]. Disse personer kan mærke en stigende fø-

Den hyppigste form for selvskade er at skære sig.



lelsesmæssig spændingstilstand rent kropsligt og oplever en fysisk trang til f.eks. at skære sig. Den efterfølgende forløsning opleves både psykisk og fysisk, og nogle beskriver det som at »sprænge en ballon«, hvor og mental afspænding umiddelbart sætter ind.

ET KICK AF SMERTE

Skønt der er forskel fra individ til individ, spiller smerte antagelig en rolle for den affektregulerende funktion af selvskade. Undersøgelser har vist en reduktion af negative følelser efter smertestimulering [20, 21], hvilket er blevet tilskrevet distraktion fra psykisk smerte [22], oplevelse af selvstraf hos selvkritiske individer [23] eller aktivering af betaendorfiner, der kan dæmpe smerte ved selvskade samt på længere sigt skabe en fysiologisk afhængighed [24, 25]. En dansk undersøgelse af selvskadende patienter, der var i psykiatrisk behandling, viste, at 88% med deres selvskade opfyldte WHO's kriterier for et afhængighedssyndrom [26]. Den selvskadende person oplever trang til selvskade, med tiden toleransøgning og ved pludseligt ophør abstinenssymptomer. Endelig er der stor recidivrisiko, hvilket kan hænge sammen med både den psykologiske og den fysiologiske afhængighed af adfærden.

LIDENDE UNGE I INGENMANDSLAND

Selvskade er ikke en psykiatrisk diagnose og dermed ikke adgangsgivende til et behandlingstilbud i psykia-

trien. I almen praksis kan man efter udredning af alvorlighedsgraden støtte familien til den selvskadende unge i at søge hjælp hos en praktiserende psykolog eller i socialforvaltningen. I forbindelse med psykiatrisk komorbiditet henvises der til behandling af grundmorbus, og hvis sikkerhedshensynet tillader det, er ambulans psykiatrisk behandling at foretrække [27]. Unge med selvskadende adfærd kan have en ambivalent motivation for behandling, og da selvskade ofte er forbundet med stor skam, er det vigtigt at møde den unge på en validerende, ikkedømmende måde.

Danmark er det eneste land i Norden, som ikke har en national handlingsplan [28] og offentlige behandlingstilbud specifikt målrettet selvskadende personer. For at kunne hjælpe de unge og give den bedst mulige behandling har vi brug for en organiseret national indsats, hvilket der synes at være politisk forståelse for [29].

SUMMARY

Bo Møhl & Lotte Rubæk:

Self-injury, converting emotional distress into physical pain
Ugeskr Læger 2017;179:V01170066

Self-inflicted pain by cutting, hitting or burning oneself has become a common way to regulate emotions and to serve as coping strategy. 21.5-32% of adolescents in non-clinical populations have a history of non-suicidal self-injury. Non-suicidal self-injury has a momentarily relieving effect and is an important predictor of suicidal behaviour; even superficial self-injury should be taken seriously. There is an urgent need for organized treatment programmes for young people who self-harm.

KORRESPONDANCE: Bo Møhl. E-mail: bomoehl@hum.aau.dk

ANTAGET: 30. marts 2017

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

- Møhl B, Skandsen A. The prevalence and distribution of self-harm among Danish high school students. *Personal Ment Health* 2012;6:147-55.
- Nock MK. Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol* 2010;6:339-63.
- Franklin JC, Hessel ET, Aaron RV et al. The functions of nonsuicidal self-injury: support for cognitive-affective regulation and opponent processes from a novel psychophysiological paradigm. *J Abnorm Psychol* 2010;119:850-62.
- The International Society for the Study of Self-Injury. 2007. <http://triples.org/> (15. jan 2017).
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5*. American Psychiatric Publishing, 2013.
- Hamza CA, Willoughby T. Nonsuicidal self-injury and affect regulation: recent findings from experimental and ecological momentary assessment studies and future directions. *J Clin Psychol* 2015;71:561-74.
- Nielsen JC, Sørensen NU, Osmec NM. Når det er svært at være ung i Danmark - unges trivsel og mistrivsel. Center for Ungdomsforskning, 2010.
- Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C et al. Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the adolescent depression antidepressants and psychotherapy trial (ADAPT). *Am J Psychiatr* 2011;168:495-501.
- Joiner T. *Why people die by suicide*. Harvard University Press, 2005.
- Gratz KL, Conrad SD, Roemer L. Risk factors for deliberate self-harm among college students. *Am J Orthopsychiatr* 2002;72:128-40.
- Jarvi S, Swenson L, Crawford H. The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: a review of the literature. *Arch Suicide Res* 2013;17:1-19.

12. Selvskade i den danske befolkning. Videnscenter om Spiseforstyrrelser og Selvskade, 2015.
13. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin Psychol Rev* 2007;27:226-39.
14. Børnerådet. Unge og selvskade: mere end hver femte i 9. klasse har skadet sig selv. *Børneindblik* nr. 4, 2016.
15. Glenn C, Klonsky E. The role of seeing blood in non-suicidal self-injury. *J Clin Psychol* 2010;66:466-73.
16. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach in the assessment of self-mutilative behavior. *J Couns Clin Psychol* 2004;72:885-90.
17. Møhl B, Rubæk L. Selvskade hos psykiatriske patienter. *Psyke & Logos* 2016;37:137-58.
18. Christoffersen MN, Møhl B, DePanilis D et al. Non-suicidal self-injury: does social support make a difference? *Child Abuse Neglect* 2015; 44:106-16.
19. Sifneos PE. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychothera Psychosom* 1973;22:255-62.
20. Bresin K, Gordon KH. Changes in negative affect following pain (vs nonpainful) stimulation in individuals with and without a history of nonsuicidal self-injury. *Personal Disord* 2013;4:62-6.
21. Franklin JC, Lee KM, Hanna EK et al. Feeling worse to feel better: pain-offset relief simultaneously stimulates positive affect and reduces negative affect. *Psychol Sci* 2013;24:521-9.
22. Selby EA, Anestis MD, Joiner TE. Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: emotional cascades. *Behav Res Ther* 2008;46:593-611.
23. Fox KR, Toole KE, Franklin JC et al. Does nonsuicidal self-injury improve mood? *Clin Psychol Sci* 2017;5:111-21.
24. Blasco-Fontecilla H, Fernández-Fernández R, Colino L et al. The addictive model of self-harming (non-suicidal and suicidal) behavior. *Front Psychiatr* 2016;7:8.
25. Rubæk L. *Selvskadens psykologi*. Dansk Psykologisk Forlag, 2009.
26. Rubæk L, Møhl B. Ikke-suicidal selvskade – et afhængighedssyndrom? *Psyke & Logos*, 2016;37:205-20.
27. Møhl B. *Selvskade – psykologi og behandling*. Hans Reitzels Forlag, 2015.
28. What are European countries doing to prevent intentional injury to children? *European Child Safe Alliance*, 2014.
29. Akdogan Y, Schnoor P, Torp T. <http://politiken.dk/debat/art5820129/Lav-en-handlingsplan-mod-selvskade> (3. feb 2017).