

Statusartikel

Ugeskr Læger 2022;184:V10210780

Screening for selvskade

Ida Lichtenstein Jørgensen¹, Lotte Rubæk¹ & Bo Møhl²

1) Børne- og Ungdomspsykiatri, Team for selvskade, Region Hovedstadens Psykiatri, 2) Institut for kommunikation og psykologi, Aalborg Universitet

Ugeskr Læger 2022;184:V10210780

HOVEDBUDSKABER

- Direkte ikke-suicidal selvskade er et tegn på psykisk mistrivsel, der ofte holdes skjult.
- Mange professionelle er i tvivl om, hvordan de kan spørge ind til selvskade.
- Selvskade kan opspores systematisk ved brug af screeningsredskabet de 3 F'er (afdækning af selvskadens form, frekvens og funktion) kombineret med en respektfuld og validerende holdning.

Op imod hver tredje pige og hver syvende dreng i niende klasse har erfaring med selvskade ved f.eks. at skære, brænde, bide eller slå sig selv [1], og blandt unge med tilknytning til psykiatrien er forekomsten endnu højere. Der foreligger ingen danske tal, men en svensk undersøgelse viser, at 44% af drengene og 74% af pigerne med et forløb i børne- og ungdomspsykiatrien har skadet sig selv inden for det seneste halve år [2]. Specielt blandt unge med personlighedsforstyrrelser, angst, depression og spiseforstyrrelser er forekomsten af direkte ikke-suicidal selvskade stærkt forhøjet [3]. Trods den høje forekomst af adfærden, der har været i vækst i de seneste 20 år [4], går mange unge alene med deres lidelse, hvilket også gælder i psykiatrien. Det er de færreste unge, der selv fortæller om deres selvskade [5], og en tredjedel af de unge, der har været i et forløb i børne- og ungdomspsykiatrien i Sverige, rapporterede efterfølgende, at deres behandlere ikke var blevet bekendt med deres selvskade under forløbet [2]. Det er sandsynligt, at de fleste unge skader sig selv, uden at nogen opdager det [6]. Der er således et stort behov for en systematisk opsporing, så man kan blive opmærksom på forekomsten af direkte selvskade blandt psykiatriske patienter og dermed gøre det muligt at tilbyde dem relevant behandling.

For at imødekomme dette behov har Team for selvskade i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center (BUC) i Region Hovedstaden udviklet et klinisk letanvendeligt screeningsredskab kaldet de 3 F'er, der har til formål specifikt at identificere patienter med direkte ikke-suicidal selvskade med afdækning af selvskadens *form*, *frekvens* og *funktion*.

Til forskel fra indirekte selvskade som f.eks. spiseforstyrrelser, alkohol- og stofmisbrug eller risikoadfærd, kan direkte ikke-suicidal selvskade defineres som en »direkte, forsætligt selv påført ødelæggelse af kropsvæv udført uden sucidale hensigter og uden et socialt accepteret formål« [7]. Denne definition, der ligger til grund for forskningsdiagnosen i DSM-5, nonsuicidal self-injury disorder [8], refererer til selvskade uden intentioner om at tage sit eget liv. Undersøgelser viser imidlertid, at ikke-suicidal selvskade både komplicerer behandling af psykisk lidelse [9] og ikke mindst er en stærk prædiktør for senere selvmordsadfærd [10].

OPSPORING AF SELVSKADE

Der eksisterer flere spørgeskemaer, som kan bruges til systematisk indsamling af viden om selvskade [7, 11], f.eks. Deliberate Self-Harm Inventory [12] og Functional Assessment of Self&Mutilation [13]. De fleste er udviklet til forskning, men enkelte også til klinisk brug, f.eks. Clinician-Administered Nonsuicidal Self-injury Disorder Index [14]. De afdækker frekvensen af en række selvskademetoder, og en del af dem afsøger debutalder, tidligere selvskade og den oplevede funktion af selvskaden. Ulempen ved de eksisterende skemaer er, at de er for tidskrævende som et opsporende screeningsredskab til anvendelse i en klinisk kontekst.

SCREENING FOR SELVSKADE MED DE 3 F'ER

De 3 F'er udviklet som et letanvendeligt instrument til systematisk opsporing af direkte selvskade hos patienter. Over de seneste to år er det blevet implementeret i alle ambulatorier i BUC i Region Hovedstaden. Alle unge fra 13 år og ældre screenes, uanset hvilken psykiatrisk problemstilling de er henvist med, ved indledende vurdering og derefter ved behov under et psykiatrisk udrednings- eller behandlingsforløb. De 3 F'er kan anvendes af alle faggrupper og er udviklet med afsæt i de førnævnte mere omfattende og validerede spørgeskemaer samt DSM-5-forskningsdiagnosen [8]. Idet screeningen er udformet til at indgå i en bred indledende psykiatrisk vurdering, er den kortfattet, letanvendelig og fokuserer på de vigtigste karakteristika ved patientens selvskade, nemlig selvskadens *form*, *frekvens* og *funktion* (Figur 1).

Form


Under *form* stilles spørgsmålene »Har du nogensinde skadet dig selv med vilje (ved f.eks. at skære, slå, brænde dig selv) uden hensigt om at tage dit eget liv? Hvis ja, hvad har du gjort?«. Her bliver det afklaret, hvorvidt den unge har erfaring med selvskade, og i givet fald hvilke metoder som er blevet anvendt.

De hyppigste former for selvskade er at skære, slå eller brænde sig selv, hvor der er en overvægt af piger og kvinder, der skærer sig selv, mens en overvægt af drenge og mænd slår eller brænder sig selv [15]. Det er en udbredt misforståelse, at selvskade er synonymt med at skære sig selv (cutting), og det er således en vigtig pointe, at screeningen eksplicit nævner andre former for selvskade, uden dog at nævne så mange, at det kan virke som inspirationskilde for den unge. Desuden specificeres det, at der spørges ind til selvskade, som *ikke* er udført med selvmordsintention. De 3 F'er kan imidlertid oplagt anvendes i direkte forlængelse af spørgsmål, som afdækker selvmordsrisiko. Anvendelsen af flere metoder til selvskade er forbundet med dårligere prognose og øget risiko for selvmordsadfærd [16].

Frekvens

Under *frekvens* stilles spørgsmålene »Hvor mange gange har du skadet dig indenfor den seneste måned? Og det seneste år?«. Formålet med at afdække frekvensen er at få viden om, hvorvidt selvskade anvendes som en mestringsstrategi, som patienten har brugt gentagne gange, og om selvskaden stadig er et problem. Af de personer, som bekræfter at have skadet sig selv, har ca. halvdelen gjort det gentagne gange [11]. Høj frekvens og langvarig selvskade er associeret med dårligere prognose og større risiko for selvmordsadfærd [10].

FIGUR 1 Screeningskort.

Team for selvsikade

REGION H
Psykiatri

De 3 F'er: Screening for selvsikade

Anvendes ved mistanke om selvsikade hos en patient.

FORM: Har du nogensinde skadet dig selv med vilje (*fx ved at skære, slå, brænde dig selv*) uden hensigt om at tage dit eget liv? Ja/Nej
Hvis ja, hvad har du gjort?

FREKVENS: Hvor mange gange har du skadet dig selv den seneste måned? Og det seneste år?

FUNKTION: Når du har skadet dig selv, hvad hjalp det dig med (*fx dæmpe svære følelser, straffe dig selv, få omsorg fra andre eller få en rar følelse*)?

Bruger du internettet eller sociale medier i forbindelse med selvsikade?

Funktion

Under *funktion* stilles spørgsmålene »Når du har skadet dig selv, hvad hjalp det dig med (f.eks. dæmpe svære følelser, straffe dig selv, få omsorg fra andre eller få en rar følelse)? Bruger du internettet eller sociale medier i forbindelse med selvsikade?«. Ved at spørge åbent og ikkedømmende ind til funktionen, altså den umiddelbart oplevede »gevinst« af selvsikaden, anerkender man, at der er en forståelig grund til, at personen skader sig selv, uden at man samtidig billiger adfærden.

I mere end 150 undersøgelser har man set på, hvad der driver en person til at skade sig selv, og det hyppigste motiv til selvsikade er affektregulering [17, 18]. Selvsikade virker umiddelbart nedregulerende på svære følelser.

Andre *intrapersonelle* motiver til selvskade kan være ønsket om at straffe sig selv eller at få et »kick« (Figur 2). Sociale eller *interpersonelle* motiver til selvskade kan være at kommunikere til andre, hvordan man har det og på den måde få den hjælp, omsorg eller opmærksomhed, som man har brug for. En del unge bruger internettet og sociale medier til at kommunikere med andre om deres selvskade. Under funktion spørges der derfor ind til den interaktion, den unge har med andre på digitale medier i forbindelse med selvskade. Der er fundet en sammenhæng mellem brug af digitale fællesskaber med fokus på selvskade og forøget risiko for udvikling af psykopatologi og selvmordsadfærd [19].

FIGUR 2 De hyppigste årsager til selvskade anført i prioriteret rækkefølge. Frit fra [17].

1. Følelsesregulering
2. At påvirke andre
3. Selvstraf
4. Skabe eller komme ud af en dissociativ tilstand
5. Få et kick eller komme i en afslappet tilstand
6. Undgå selvmord
7. Mærke sine grænser og mærke sig selv
8. Håndtere svære seksuelle følelser

Præcis hvilken funktion selvskade har for den enkelte, kan man kun finde frem til ved at udforske det sammen med personen. Jo flere funktioner, selvskaden har for den enkelte, desto dårligere er prognosen [20].

DISKUSSION

Selvskade bør altid tages alvorligt, uanset hvor ubetydelig selve vævsskaden måtte fremstå (f.eks. små ridser eller blå mærker), fordi det er et alvorligt tegn på psykisk mistrivsel [21]. Selvskadens alvorsgrad kan ikke vurderes ud fra et enkelt kendetegn, f.eks. frekvensen af adfærd; det er derimod samspillet mellem forskellige faktorer, der kan fortælle noget om alvorsgrad og prognose. Overordnet gælder det, at jo flere faktorer, som den unge svarer bekræftende på i screeningen, desto alvorligere er den selvskadende adfærd (Figur 3).

FIGUR 3 Faktorer i vurdering af alvorsgrad af selvskade sammensat ud fra [8, 19, 22, 23, 24].

- Tidlig debut med selvskade (før 12-årsalderen)
- > 10 selvskadeepisoder
- Øget hyppighed og alvorsgrad (f.eks. dybere snit)
- Anvendelse af stadig flere forskellige metoder til selvskade
- Angivelse af flere funktioner af selvskaden
- Fravær af smerteoplevelse i forbindelse med selvskade
- Oplevet afhængighed af selvskaden
- Brug af internettet og sociale medier i forbindelse med selvskade
- Anden samtidig psykopatologi, indirekte selvskade (f.eks. misbrug) og/eller selvmordsadfærd
- Selvskade i ansigtet, på kønsorganerne eller for kvinder: på brysterne

Selvskade kan betegnes som en »skjult lidelse« pga. den skam og fortielse, som mange personer med selvskade bærer på. Opsporing af selvskade kræver derfor, at behandleren tager aktivt fat på emnet. Der kan være mange grunde til, at unge ikke fortæller spontant om deres selvskade. En del af forklaringen kan handle om, at de ikke føler sig forstået og valideret med deres lidelse. Mange professionelle i sundheds- og skolesystemet har berøringsangst i forhold til at tale med en ung med selvskade [24, 25]. Det er ikke ualmindeligt at reagere med forskrækkelse, afmagt, vrede, væmmelse samt tvivl om, hvad man skal gøre, når man som professionel bliver konfronteret med selvskade hos en ung [21]. Konsekvensen er, at den unge, der fortæller om sin selvskade, ofte bliver ignoreret eller mødt med bebrejdelser. Denne viden har medvirket til, at de britiske kliniske guidelines har set det nødvendigt at understrege at »... mennesker, der har skadet sig selv, skal behandles med samme omhu, respekt og diskretion, som alle andre patienter« [26].

Der er kommet flere beskrivelser af, hvordan en hensigtsmæssig tilgang til en person med selvskade kan være [21, 24]. Fælles for dem er et fokus på at have en respektfuld, åben, ikkedømmende og validerende holdning i mødet med personen, hvilket betyder, at personen bl.a. skal mærke, at den professionelle tager ham/hende alvorligt og ikke er forudindtaget i forhold til selvskaden. Ligesom med andre fysiske skader skal der også tages stilling til, om den selvpåførte fysiske skade kræver behandling/pleje. Med en validerende tilgang menes, at den professionelle anerkender og er oprigtigt interesseret i de indre tilstande og behov, der ligger bag den selvskadende adfærd. Selvskade udfordrer vores traditionelle sygdomsbegreb, og det kan være udfordrende for sundhedspersonale at opretholde en validerende holdning, når en person igen og igen påfører sig selv skade. Her er det vigtigt at huske på, at selvskade bruges som en mestringsstrategi i mangel på bedre færdigheder, og at personen med selvskade ligesom enhver anden gør sit bedste for at mestre livet. Knap 90% af unge psykiatriske patienter har forgæves forsøgt at ophøre med deres selvskadende adfærd [27].

Den praktiserende læge, sundhedsplejersken og personalet i akutmodtagelserne er ofte de første, der får kontakt

med den unge, der skader sig selv, og det er derfor dem, der har det første vigtige møde med den unge. Brug af de 3 F'er som screeningsredskab kan her bidrage til en vurdering af, om der er brug for viderehenvielse til mere målrettet behandling, eller om det er tilstrækkeligt med opfølgende samtaler i primærsektoren, som det ofte er tilfældet, hvis den unge har skadet sig selv en enkelt gang, og ellers ikke er nævneværdigt psykosocialt belastet. Behandling af gentagen og mere alvorlig selvskade er en specialisopgave. I et Cochranereview fra 2021 påpeges det, at der er få undersøgelser af behandling af selvskade hos børn og unge [28]. Der er fundet positiv effekt af dialektisk adfærdsterapi for unge ved gentagen selvskade, der i dette review inkluderer selvskade både med og uden suicidale intentioner. Der er ikke fundet sikker evidens for effekten af kognitiv adfærdsterapi og mentaliseringsbaseret terapi, som hører til de her i landet mest anvendte behandlingsmetoder. I BUC i Region Hovedstaden afprøves i øjeblikket en internetbaseret udgave af Emotion Regulation Individual Therapy for Adolescents, der er en tillægsbehandling til den sædvanlige behandling, som patienten modtager. De foreløbige resultater er lovende [29].

Intentionen med de tre F'er er at opspore direkte selvskade hos unge mhp. at sikre, at de ikke skal gå alene med deres lidelse, og at de kan blive tilbudt den støtte og behandling, som de har brug for.

Korrespondance *Ida Lichtenstein Jørgensen*. E-mail: ida.lichtenstein.joergensen@regionh.dk

Antaget 23. marts 2022

Publiceret på ugeskriftet.dk 2. maj 2022

Interessekonflikter ingen. Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Taksigelser Vores kollegaer i Team for selvskade takkes for at bistå i implementeringen af de 3 F'er i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center (BUC) i Region Hovedstadens Psykiatri. Klinisk personale i børne- og ungeambulatorierne i Region Hovedstadens Psykiatri takkes for at bruge de 3 F'er i mødet med de unge i BUC.

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2022;184:V10210780

SUMMARY

Screening for non-suicidal self-injury

Ida Lichtenstein Jørgensen, Lotte Rubæk & Bo Møhl

Ugeskr Læger 2022;184:V10210780

Non-suicidal self-injury (NSSI) is prevalent among adolescents and a sign of suffering. The behaviour is often associated with shame, and professionals are unsure of how to inquire about it. The implication is that many young people do not tell about their NSSI. This review introduces a short and easy-to-use screening tool called "The 3 F's". By means of "The 3 F's" the form, the frequency and the function of NSSI can be uncovered. The screening tool can be used for systematic detection of NSSI in order for professionals in a respectful way and with a validating attitude to show the adolescent that they wish to understand the underlying cause of the self-injuring behaviour.

REFERENCER

1. Selvskade – et fysisk udtryk for psykisk mistrivsel blandt børn og unge. Børns vilkår, 2021.
2. Odellius C, Ramklint M. En nationell kartläggning av förekomsten av självskadande beteende hos patienter inom barn- & ungdoms- och vuxenpsykiatri. Uppsala Universitet, 2014.

3. Nock MK, Joiner TE, Gordon KH et al. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2006;144:65-72.
4. McManus S, Gunnell D, Cooper C et al. Prevalence of non-suicidal self-harm and service contact in England, 2000-14: repeated cross-sectional surveys of the general population. *Lancet Psychiatry.* 2019;6(7):573-581.
5. Heath NL, Schaub K, Holly S et al. Self-injury today: review of population and clinical studies of adolescents. I: Nixon MK, Heath NL, red. *Self-injury in youth: the essential guide to assessment and intervention.* Routledge, 2009.
6. Geulayov G, Casey D, McDonald KC et al. Incidence of suicide, hospital-presenting non-fatal self-harm, and community-occurring non-fatal self-harm in adolescents in England (the iceberg model of self-harm): a retrospective study. *Lancet Psychiatry.* 2018;5(2):167-74.
7. International Society for the Study of Self-injury. <https://itriples.org/> (22. aug 2021).
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders, DSM-5.* American Psychiatric Publishing, 2013.
9. Groschwitz RC, Plener PL, Kaess M et al. The situation of former adolescent self-injurers as young adults: a follow-up study. *BMC Psychiatry.* 2015;15:160.
10. Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model. *Clin Psychol Rev.* 2012;32(6):482-495.
11. Møhl, B. *Assessment and treatment of non-suicidal self-injury – a clinical perspective.* Taylor & Francis Ltd, 2019.
12. Gratz KL. Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the deliberate self-harm inventory. *J Psychopathol Behav Assess.* 2001;23(4):253–263.
13. Lloyd-Richardson EE, Perrine N, Dierker L et al. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med.* 2007;37(8):1183-1192.
14. Gratz KL, Dixon-Gordon KL, Chapman AL et al. Diagnosis and characterization of DSM-5 nonsuicidal self-injury disorder using the clinician-administered nonsuicidal self-injury disorder index. *Assessment.* 2015;22:527-539.
15. Bresin K, Schoenleber M. Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2015;38:55-64.
16. Stewart JG, Esposito EC, Glenn, CR et al. Adolescent self-injurers: comparing non-ideators, suicide ideators, and suicide attempters. *J Psychiatr Res.* 2017;84:105-112.
17. Edmondson AJ, Brennan CA, House AO. Non-suicidal reasons for selfharm: a systematic review of self-reported accounts. *J Affect Disord.* 2016;191:109–117.
18. Taylor PJ, Jomar K, Dhingra K et al. A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *J Affect Disord.* 2018;227:759-769.
19. Memon AM, Sharma SG, Mohite SS et al. The role of online social networking on deliberate self-harm and suicidality in adolescents: a systematized review of literature. *Indian J Psychiatry.* 2018;60(4):384-392.
20. Turner BJ, Layden BK, Butler SM et al. How often, or how many ways: clarifying the relationship between non-suicidal self-injury and suicide. *Arch Suicide Res.* 2013;17:(4)397–415.
21. Whitlock, J & Purington, M. *Respectful curiosity. The Practical Matters series, Cornell Research Program on Self-Injury and Recovery.* Ithaca, NY: Cornell University, 2013.
22. Ammmerman, BA, Hong M, Sorgi K et al. An examination of individual forms of nonsuicidal self-injury. *Psychiatry Res.* 2019; 278: 268-274.
23. Whitlock, JL, Muehlenkamp, J, Eckenrode, J. Variation in non-suicidal self-injury: Identification of latent classes in a community population of young adults. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2008;37(4):725-735.
24. Møhl B, Rubæk L. *FAQ om selvskaade.* Hans Reitzels Forlag, 2020.
25. Taylor, TL, Hawton K, Fortune S et al. Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. *Br J Psychiatry.* 2009;194(2):104-110.
26. NICE Guidelines. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg16/chapter/1-Guidance-for-all-services-and-healthcare-professionals> (2. okt 2021).
27. Klonsky ED, Glenn CR. Resisting urges to self-injury. *Behav Cogn Psychother.* 2008;36(2):211-220.
28. Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G et al. Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.*

2021;3:CD013667

29. Morthorst B, Rubæk L, Lindschou J et al. An internet-based emotion regulation intervention versus no intervention for nonsuicidal self-injury in adolescents: study protocol for a feasibility trial. *Pilot Feasibility Stud.* 2021;7(1):44.