



cutting

- Hvordan kan det forstås?

Udarbejdet af Charlotte Lund Tougaard

TITELBLAD

Titel: Cutting – hvordan kan det forstås?

Forfatter: Charlotte Lund Tougaard

Vejleder: Anne Birgitte Døssing

Afleveringsdato: 2. juni, 2009

Uddannelsessted: Aalborg Universitet, Institut for Kommunikation

Studieretning og semester: Psykologi KA, 10. semester

Charlotte Lund Tougaard

Studienummer: 20011454

Antal tegn med mellemrum i opgaven: 182.619

Antal normalsider á 2400 tegn: 76,1

ABSTRACT

The purpose of this thesis is to achieve a better understanding of deliberate self-harm among adolescents, which appear to be an increasing mental health problem in our society today. The self-harm in focus is cutting because it is regarded as the most common type of self-mutilating behaviour. Essential literature on this topic is used to illustrate and explain deliberate self-harm.

In the light of the literature the effects cutting has for the individual are examined, where different studies are used to substantiate the findings in the literature, which emphasizes that the self-mutilation has an emotion regulating effect. Especially feelings of anger and loneliness are described as unbearable and cutting is used to respectively ease the intrapersonal tension of anger and to feel yourself and the boundaries of your body. Other aspects such as control, dissociation and deliberate self-harm as communication are included in the review of self-mutilation effects where traumas such as sexual abuse, as well as being a reason for self-mutilation, has the effect of gaining control, self-care and the opportunity to act on self-hatred.

Furthermore a review of the literature is used to attain an understanding of why the individual harms oneself deliberately. Theories of affect regulation and boundary-model explains some of the reasons why a person may develop self-mutilating behaviour, where lack of mirroring and care from the parents, especially the mother, social influence, and peers are found to be some of the core reasons for the development of cutting. Traumas, mainly sexual abuse, is said to play an important role in the development of deliberate self-harm, which is linked to explanations of punishment of oneself, dissociation and a way of feeling a well known type of care, even though it is an unpleasant type of care. Addiction is a part of the biological explanation, which is mentioned briefly.

Looking at the treatment for cutting, psychodynamic psychotherapy is in focus, and especially the therapeutic relationship is understood to be essential for the effect of the treatment. Hence the working alliance is described and used throughout the thesis to understand what kind of emotions both the therapist and the patient can experience in therapy. Although generalizations are made it is found important to note that although

several similarities among adolescents who self-harm can be identified, there are important individual differences. In the illustration of the relationship, focus is kept on the therapist and the counter-transference. Feelings of anger, hatred, despair and powerlessness are some of the common emotions a therapist may experience in therapy with a cutter. Because of these powerful and slightly forbidden emotions it is considered difficult to be therapist for a self-harming patient. Furthermore the diagnosis for borderline personality disorder is often seen in connection to self-harm, hence an independent diagnosis for deliberate self-harm is discussed.

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. INDLEDNING.....	6
1.1 <i>Problemformulering</i>	8
1.2 <i>Begrebsafklaring</i>	8
1.2.1 <i>Selvskade</i>	8
1.2.2 <i>Cutting</i>	9
1.3 <i>Afgrænsning</i>	9
1.4 <i>Design</i>	10
2. FORSTÅELSE AF CUTTING	12
2.1 MULTIPLE EFFEKTER	12
2.2 EFFEKTER AF CUTTING	13
2.2.1 <i>Håndtering af følelser</i>	13
2.2.1.1 <i>Affektregulering</i>	13
2.2.1.2 <i>Traumer og dissociering</i>	15
2.2.2 <i>Selvskade og selvmord</i>	16
2.2.3 <i>Selvskade som kommunikation</i>	18
2.3 FORKLARINGER PÅ CUTTING	19
2.3.1 <i>At mærke sig selv</i>	19
2.3.2 <i>Mentalisering</i>	23
2.3.3 <i>Straf</i>	24
2.3.4 <i>Dissociering/smerte</i>	26
2.3.4.1 <i>Afhængighed</i>	27
2.3.5 <i>Præstationskultur</i>	28
2.3.6 <i>Selvskade i puberteten</i>	29
2.4 SOCIAL INDFLYDELSE	29
2.5 OPSAMLING	31
3. BEHANDLING	31
3.1 PSYKODYNAMISK PSYKOTERAPI	32

3.1.1 Cutteren som særegent individ	32
3.1.2 Psykodynamisk terapi	35
3.1.3 Den terapeutiske relation	36
3.1.4 Behandlingsalliancen	38
3.1.4.1 Tavshedspligt	40
3.1.4.2 Terapeutens og patientens roller	42
3.1.4.3 Tillid	45
3.1.4.4 Skam	48
3.1.4.5 Magtesløshed	50
3.1.5 Nonspecifikke faktorer	51
3.1.5.1 Implicit viden	52
3.1.6 Terapeutens personlige egenskaber.....	53
3.1.6.1 Autenticitet og neutralitet.....	54
3.1.6.2 Empati og accept.....	55
3.1.6.3 Magtesløshed	57
3.2 OPSAMLING	59
4. DISKUSSION	60
4.1 TERAPEUT FOR EN CUTTER	60
4.1.1 Overføring.....	63
4.1.2 Modoverføring	64
4.1.3 Afmagt	68
4.1.4 Foragt.....	70
4.2 BORDERLINE PERSONLIGHEDSFORSTYRRELSE OG CUTTING.....	72
4.3 OPSAMLING	76
5. KONKLUSION	77
6. PERSPEKTIVERING	81
7. REFERENCELISTE	82
7.1 Anvendt litteratur.....	88
8. BILAG.....	90
8.1 Procesbeskrivelse	90

1. INDLEDNING

Selvskade forekommer at blive hyppigere omtalt i medierne og tendensen til selvskade synes desuden mere og mere fremtræden. Særligt er der fokus på unge med selvskadende adfærd, hvor cutting vurderes fremhævet i litteraturen, som den mest gængse form for selvskade. Selvskade er ikke et nyt fænomen, men blev for få år siden opfattet som en sjælden foreteelse. Langt tilbage i tiden blev selvskadende adfærd, ifølge Svein Øverland (2006), opfattet som udtryk for, at personen var djævlbesat, hvor præsentens besværgelser var en forudsætning for frisættelse. Faktisk findes en af de første beskrivelser af selvskade i Markus-evangeliet, hvor Jesus møder en åndebesat mand, som slog sig selv med sten. Dog forekommer omfanget og karakteren af den selvskadende adfærd som noget nyt, idet mange cuttere udviser selvdestruktiv adfærd i form af blandt andet cutting, uden umiddelbart at vise tegn på anden bekymrende adfærd (ibid.). Ifølge Bo Møhl (2006) menes omkring 15 % af ungdommen have selvskadende adfærd. Det forekommer umiddelbart at være et højt tal, og det synes derfor interessant, hvorvidt procentsatsen dækker over alle former for selvskade, herunder også hyppighed og sværhedsgrad. Stigningen af selvskadende adfærd vækker imidlertid bekymring, og det synes væsentligt at undersøge de bagvedliggende forklaringer og sammenhænge til de unges behov for så drastisk adfærd. Dette for at opnå en større forståelse af adfærden med henblik på at finde den bedst mulige behandling til disse patienter.

Da folk i det vestlige velfærdsamfund i dag har midlerne til at slippe af med smerte, kan det undre, hvorfor nogle mennesker alligevel vælger at påføre sig selv smerte. Selvskade synes ofte at blive betragtet som yderst uforståeligt, men bør ses i sammenhæng med grundtanken om, at *”vi alle gør en masse irrationelle og usunde ting, men vi gør det, fordi vi ikke kan lade være eller for at få det bedre”*(Møhl, 2006, p. 8). Det forekommer sandsynligt, at de fleste mennesker har prøvet at indtage mad eller drikkevarer i mængder, som, ud fra sundhedsrådets formaninger, vurderes uhensigtsmæssige. Manglende forståelse af intentionel selvskade kan betyde, at selvbeskadigelse fejlagtigt bliver opfattet, som et forsøg på at få opmærksomhed, eller det selvskadende individ bliver mødt med en holdning om, at vedkommende *”bare kan lade være med at skære sig”*. I værste fald kan uforståenhed medføre en afstandstagen til det selvskadende

individ, hvormed vedkommende kan komme til at stå alene med sine vanskeligheder, som formodes at forværre situationen. Det synes derfor vigtigt at forstå, hvilken funktion selvbeskadigelse har for det enkelte individ og dermed både undersøge effekter og sammenhænge til den selvskadende adfærd. For at forstå effekterne af selvskaden synes det om end lige så væsentligt at forstå, hvorfor den selvskadende adfærd er opstået. En række forskellige faktorer betragtes sandsynlige i forhold til at kunne indvirke på udviklingen af selvskadende adfærd, hvor hovedkategorierne synes at have afsæt i samfundsmæssige og familiemæssige faktorer, herunder eksempelvis personlighed, biologi og miljø med særligt fokus på de tidlige nære relationer (Møhl, 2006). Desuden skønnes cutting at figurere som et modefænomen, hvorfor det blandt andet forekommer aktuelt at undersøge, hvorvidt cutting ”smitter” (Walsh & Rosen, 1988; Taiminen et al., 1998). Ud fra disse betragtninger synes det interessant, hvorvidt der kan siges noget generelt om udløsende faktorer, eller om det er individuelt fra patient til patient. Kan der eksempelvis ses en tendens til, at det er personer med nogle af de samme problematikker, eksempelvis i forhold til familierelationer. Endvidere rejser spørgsmålet sig om, hvorfor det lige er blevet cutting nogle selvskadere vælger og andre en anden form for selvskade.

Cutting lader til at være et symptom på et underliggende problem, der bør håndteres og bearbejdes. Videre betragtes det sandsynligt, at jeg som psykolog kan komme til at arbejde med patienter med selvskadende adfærd, hvorfor jeg finder behandlingen af cuttere yderst relevant. Forståelse for virkningen af cutting og baggrunden herfor, får derfor en særlig betydning, idet sådan viden kan være værdifuld i terapeutisk sammenhæng; *”understanding of the psychological functions [...] is vital to our effective treatment of these individuals [...] as well as to meaningful empirical investigation”* (Suyemoto, 1998, p. 531). Særligt synes det interessant at undersøge, hvilken effekt den terapeutiske relation kan have i terapi med patienter med selvskadende adfærd samt hvilke særlige udfordringer, der kan ligge i arbejdet med denne patientgruppe. I den forbindelse rejser spørgsmålet omkring fællestræk ved selvbeskadigelse, idet ”cuttere” formodes at være lige så forskellige som andre mennesker. Denne interesse i forståelsen af cutting og behandlingen heraf udmunder således i følgende problemformulering.

1.1 Problemformulering

Hvordan kan cutting forstås ud fra et psykodynamisk perspektiv? Og hvordan er det at være terapeut for en cutter?

1.2 Begrebsafklaring

1.2.1 Selvskade

Der synes i litteraturen at være flere forskellige definitioner på selvskade, hvor bredden i definitionen synes at være af afgørende betydning for, hvorvidt den synes brugbar og passende til denne specialerapport. Lillian Zøllner (2002c) definerer selvskade, på baggrund af projektet "*Child and Adolescent Selfharm in Europe*" (The CASE Study), selvskade som en handling uden døden til følge, hvor en person med vilje foretog sig én eller flere af følgende ting:

- 1) Tog initiativ til selvskadende adfærd (eksempelvis ved at snitte sig selv), med den hensigt at skade sig selv.
- 2) Indtog et stof udover foreskrevne eller anbefalede terapeutiske dosis.
- 3) Indtog et afslappende (recreational) eller ulovligt stof, som en handling, der opfattes som selvskadende af personen.
- 4) Indtog et ikke-indtageligt objekt eller stof (Zøllner, 2002c, p. 14).

Denne definition synes at dække over både direkte og indirekte former for selvskade. Indirekte dækker ifølge Favazza (1998) eksempelvis over alkohol- og stofmisbrug, hvor personen, modsat direkte selvskade, ikke direkte påfører sig selv fysisk smerte. Definitionen synes af den grund for omfattende til nærværende specialerapport, idet fokus mere specifikt er på cutting. Møhls (2006) definition af selvskadende adfærd anvendes således i specialerapporten.

”Selvskade er en direkte, socialt uacceptabel adfærd, der gentages igen og igen, og som medfører lettere til moderate fysiske skader. Når selvskaden pågår, befinder personen sig i en forstyrret psykisk tilstand, men har ikke til hensigt at tage sit eget liv og udviser heller ikke den form for selvstimulation eller stereotyp adfærd, som er karakteristisk for mentalt retarderede eller autistiske mennesker.” (Møhl, 2006, p.16)

Ud fra denne definition forstås selvskade således, at individet påfører sig selv fysiske skader gentagne gange grundet bagvedliggende psykologiske årsager. Når begrebet selvskade anvendes i specialerapporten, referer det til cutting, blandt andet ud fra den betragtning, at cutting, ifølge Møhl, *”er den mest almindelige form for selvskadende adfærd”* (Møhl, 2006, p.12). Det bliver således et valg, hvorledes begrebet anvendes, hvilket afgrænses nedenstående.

1.2.2 Cutting

Cutting-begrebet defineres, ifølge Marilee Strong, således: *”personer som bruger hudens overflade til at ændre sin emotionelle tilstand, for at opnå en lite forstået psykisk tilstand gennem intens smerte, og for at kommunisere noe som tidligere har virket umuligt at få til”* (Øverland, 2006, p. 16). Cutting referer således til at skære sig eksempelvis ved at snitte sig med skarpe genstande op ad armen eller på andre dele af kroppen.

1.3 Afgrænsning

Specialerapporten beskæftiger sig hovedsageligt med cutting blandt unge i den generelle befolkning i det vestlige samfund i dag. Der afgrænses i forhold til selvskade blandt eksempelvis psykotiske, autister og udviklingshæmmede ud fra den betragtning, at sådanne individer antageligvis kan have motiver for selvskadende adfærd, der adskiller sig fra de motiver eller årsager, der ligger til grund for selvskade blandt den øvrige befolkning. Øverland (2006) påpeger eksempelvis, at der er fundet neurologiske sammenhænge mellem stereotyp selvbeskadigelse og udviklingshæmmede, hvilket ikke findes i normalbefolkning. Selvskadende individer, der har haft kontakt med psykiatrien

indbefattes i denne sammenhæng i den generelle befolkning. Til belysning af selvskadende adfærd er cutting valgt ud fra den betragtning, at cutting synes at være mest omtalt i litteraturen og som tidligere nævnt den hyppigst forekomne metode til selvskade. Endvidere synes selvskade generelt, som beskrevet i definitionen, for bred til besvarelse af problemformuleringen. Det er dog muligt, at der forekommer en række sammenfald mellem cutting og andre former for selvskade såsom at brænde sig med cigaretter og plukke hår ud af sig selv (trikotillomani). Disse former for selvskadende adfærd kunne godt være indeholdt i begrebet selvskade i denne specialerapport, hvilket dog formodes at komplicere begrebet. En afgrænset definition af selvskade, således cutting, synes derfor at give det bedste fokus for opgaven. Specialerapporten vil hovedsageligt koncentrere sig om forløb med gentagne episoder med selvskadende adfærd, hvor cutteren har skadet sig flere gange, dog uden hensyntagen til frekvens og i hvilken kontekst cuttingen finder sted. Der er således ikke udpræget tale om enkeltstående tilfælde af cutting. Desuden vil biologiske forklaringer, blandt andet i forhold til smerte, ikke blive beskrevet dybdegående, ligesom ikke al undren besvares.

1.4 Design

Specialerapporten inddeles i tre hovedkategorier, hvor fænomenet cutting forsøges forstået ud fra hvilke effekter, selvskaden kan have for individet, samt hvilke ætiologiske forklaringer der kan ses som forklaring på udviklingen af denne lidelse. Videre fokuseres på den terapeutiske relation med en selvskadende patient, og det diskuteres, hvordan det er at være terapeut for en cutter. Forståelsen af fænomenet samt den gennemgående psykoterapeutiske orientering ses ud fra et psykodynamisk perspektiv, der synes at være i tråd med et humanistisk menneskesyn, hvor forståelsen af individet som helhed vægtes. Denne forståelse bunder i hermeneutiske og fænomenologiske tilgange, hvor den hermeneutiske cirkel forekommer anvendelig til at illustrere forståelsen af cutteren. Den hermeneutiske cirkel karakteriseres ved *"forholdet mellem del og helhed i forståelsesprocessen"* (Føllesdal et al., 2005, p. 96), således skal delene forstås ud fra den helhed de tilhører og helheden skal videre forstås ud fra delene. I forhold til at forstå cutting, betragtes det relevant at se cutteren som en helhed, et helt menneske, som kan forstås ud fra alle de oplevelser og sammenhænge vedkommende har fungeret i gennem sit liv. Endvidere kan dele af dette individ, således

cutting-aspektet, forstås ud fra hele individet. Den fænomenologiske tilgang synes at muliggøre en oplevelsesorienteret vinkel til cutting med fokus på cutterens individuelle oplevelse. Da cuttere er forskellige og har forskellige oplevelser og baggrunde, der kan forklare, hvorfor individet er blevet til den person, der har udviklet selvskadende adfærd, forekommer den oplevelsesorienterede vinkel særlig væsentlig, idet undersøgelse og forståelse af den enkeltes historie betragtes essentiel for at yde den bedste hjælp til netop denne patient. I specialerapporten vælges forskellige forklaringsmodeller til belysning af forklaringer og sammenhænge til den selvskadende adfærd ud fra en betragtning om, at én model let kan passe til en patient men ikke på en anden. Teoriene eller forklaringsmodellerne antages ikke at udelukke hinanden men formodes nærmere at kunne supplere hinanden, idet en teori muligvis kan forklare et aspekt af adfærden, samtidigt som den er utilstrækkelig i henhold til andre faktorer. Dette betyder, at hele teorier repræsenteret ved en bestemt teoretiker ikke vil blive præsenterede, men at der, ud fra en pragmatisk tilgang, plukkes noget ud fra teorierne i det omfang, det forekommer relevant og berigende for belysning og forståelse.

Første del af specialerapporten forsøger at skitsere forståelsen af fænomenet cutting, hvor denne forståelse opdeles i henholdsvis effekt af den selvskadende adfærd samt forklaringer og sammenhænge til udviklingen af cutting. Effekten af cutting refererer mere specifikt til de virkninger, selvskadende individer synes at få, når de skader sig. Videre fokuseres der på de sammenhænge, der kan ses i individets liv, som kan forklare udviklingen af cutting, hvor forskellige bud på den psykologiske baggrund for udviklingen og nødvendigheden af selvskadende adfærd præsenteres. Mere konkret undersøges det, hvordan det kan være, at selvskadende individer ser sig nødsaget til at skære sig selv. *Den interpersonelle model (grænsemodellen), affektreguleringsmodellen og teori om seksuelle overgreb* vil dog få en central plads, grundet en formodet betydningsfuld forklaringsværdi (Møhl, 2006; Suyemoto, 1998).

Anden del fokuserer på behandling af en selvskadende patient, hvor den terapeutiske relation, herunder behandlingsalliancen vægtes. Dette danner fundament for en senere belysning af, hvordan det er at være terapeut for en cutter. Denne del koncentrerer omkring følelsesmæssige karakteristika henholdsvis for en cutter og en terapeut i mødet med en selvskadende patient, samt de roller hver især har i behandlingsalliancen.

Herudover fokuseres der på terapeutens personlige egenskaber, og hvorvidt de anses som hensigtsmæssige i terapien. Terapeutens roller og egenskaber vægtes ud fra den betragtning, at det er terapeuten, der er central i diskussionen omkring, hvordan det er at være terapeut for en cutter, hvilket leder over til tredje og sidste del af specialerapporten.

Diskussionen, som udgør den **tredje del**, består hovedsageligt af en diskussion omkring, hvordan det er at være terapeut for en cutter, hvor der fokuseres på, hvilke følelser der for terapeuten kan fremkomme i terapi med en selvskadende patient. Overførings- og modoverføringsforholdet synes at spille en central rolle i den psykodynamiske psykoterapi, hvorfor særligt modoverføring tages i betragtning til belysning af diskussionsspørgsmålet. Videre diskuteres kort borderline personlighedsforstyrrelse i sammenhæng med selvskadende adfærd, idet borderline diagnosen ofte dukker op i litteraturen omkring cutting.

2. FORSTÅELSE AF CUTTING

I forsøget på at forstå cutting synes det væsentligt at belyse en række punkter såsom virkninger og funktioner for selvskaden samt mulige sammenhænge og forklaringer på selvskaden. Følgende afsnit vil således belyse disse aspekter.

2.1 Multiple effekter

Nicola Madge et al. (2008) fandt i et case studie med 30.000 deltagere, overvejende 15-16 årige skolelever fra forskellige lande, at der er multiple grunde til selvbeskadigelse. Den hyppigst angivne effekt for selvskaden er at blive forløst fra en frygtelig sindstilstand, hvilket synes at kunne tolkes som håndtering af følelser. Herudover nævnes effekter såsom at ville straffe sig selv og kommunikation til andre, herunder opmærksomhed og at vise vedkommendes desperation. Ønsket om at dø er angivet som årsagsforklaring til selvskaden i 59 % af tilfældene, hvilket betragtes som en særdeles høj andel, idet Møhl (2006) påpeger, at der ikke kan sættes lighedstegn mellem cutting og selvmordsforsøg, idet selvskade nærmere kan ses som selvhjælp til at leve. Grunden til at ønsket om at dø er angivet i så høj grad i Madge et al.'s (2008) undersøgelse kunne være, at begrebet selvskade anvendes i bredere forstand end Møhl (2006) eksempelvis

anvender det. Da det er selvudfyldte spørgeskemaer, synes der tillige at kunne være en risiko for, at flere sætter det på grundet misforståelse omkring definitionen af selvmordsønske. Desuden synes det nødvendigt at skelne mellem ønsket om at dø og selvmordsforsøg, og selvmord i forhold til selvskade. Sidstnævnte vil blive uddybet senere. Det forekommer sandsynligt, at en person godt kan føle, at livet er så uoverskueligt, at vedkommende har et ønske om at dø, men at ønsket ikke er reelt, og at vedkommende ikke kunne finde på at forsøge at tage sit eget liv, men derimod snarere forsøge at få det bedre ved eksempelvis at skære sig og derved opnå følelser af kontrol og lettelse samt et råb om hjælp. ”At få smerten ud” påpeges som en faktor af Mette Kvisten Steinan (2005), som, i et pilotstudie med tre kvindelige cuttere, søger at forstå cuttingens effekt. Pilotstudiet bygger på interviews med tre norske unge kvinder i 16-17 års alderen, som er fundet til studiet gennem skolesygeplejersken. De unge føler selv, at det er en enkel måde at få vrede og smerte indeni ud og gøre den psykiske smerte til fysisk smerte. I den forbindelse rejser der sig spekulationer om, hvorvidt den fysiske smerte opleves, hvilket vil blive belyst senere. Ud fra ovenstående synes håndtering af følelser, særligt vrede og frustrationer, både overfor sig selv og andre, at være den hyppigst forekommende effekt af selvskaden.

2.2 Effekter af cutting

2.2.1 Håndtering af følelser

Møhl (2006) pointerer, at cutting har flere forskellige virkninger for selvskaderen, hvor handlingen kan reducere det følte indre pres af blandt andet vrede mod andre, vrede mod sig selv, angst, tomhedsfølelse og ensomhed samt tristhed. Konsekvensen kan dog ofte være en øget skamfølelse.

2.2.1.1 Affektregulering

Håndtering af følelser synes at dække over flere aspekter, hvor evnen til at regulere og håndtere egne affekter synes mest fremtrædende, herunder særligt håndtering af følelser såsom vrede og frustration. Måden at regulere følelser på ved at skære sig anses som en form for affektregulering. Lotte Rubæk, deltager i et forskningsprojekt på Rigshospitalet (2007), beskriver affektreguleringen således:

”Selvskadende personer har svært ved at identificere følelser, og de mangler ord til at beskrive dem. De kan fysisk mærke en følelse, når den opstår, men de kan ikke kende forskel på, om de er glade, kede af det eller bange. De har en fornemmelse af, at følelserne hober sig op i kroppen. Det kan opleves som en ballon, der vokser og vokser. Når de skærer sig i selv [...] føler de, at der går hul på ballonen, og så får de afløb.” (Søndergaard, 2007, p. 30)

Derudover påpeger Rubæk, at det selvskadende individ ikke bare mangler indsigt i egne følelser, men også evnen til at se bag om andre menneskers følelser og motiver, idet cutteren, ifølge Rubæk, altid vil føle sig afvist og skyldig, hvis eksempelvis psykologen aflyser en tid på grund af sygdom (Søndergaard, 2007).

Cutting synes umiddelbart at reducere det følte psykiske pres, men i hvor høj grad er det hjælpsomt for selvskadere? Briere & Gil (1998) konkluderer ud fra en undersøgelse af 93 patienter med selvskade komorbide med andre kliniske lidelser, at 77 % får det bedre efter selvskaden, 10 % har ingen forandring, mens 12 % får det dårligere efter at have skadet sig selv. Ydermere påpeger Møhl (2006), at den selvskadende adfærd ligeledes kan have til hensigt at skabe liv og intensitet for de selvskadere, der er tomme og følelsesløse. Cutting bliver således en måde at mærke sig selv, og endvidere kan selvskaden bevirke, at vedkommende kan føle sig adskilt fra omgivelserne og kan således have den samme effekt, som berøring har på små børn. ”Undersøgelser viser, at over halvdelen af alle cuttere ikke kan mærke fysisk smerte, når de skærer sig, men alligevel giver cutting den tilstræbte oplevelse af fylde, nærvær og kontakt med sig selv” (Møhl, 2006, p.68). Finn Skårderud (2005) påpeger ligeledes selvskaden som en form for selvstimulering med henblik på at undslippe følelser af tomhed, isolation og livløshed, idet den fysiske smerte til tider er nemmere at håndtere end den psykiske smerte, følelser kan give. Selvskaden bliver altså en spændingsudløsning for de psykiske smerter, vedkommende har, og cuttingen bevirker dermed, at vedkommende kan holde ud at være til. Møhl (2006) understreger endda, at mange unge udtrykker lysten til selvmord, hvis de ikke får udløst spændingen. Det forekommer således interessant at undersøge, hvorvidt selvskade bliver en hjælp mod selvmord, hvilket vil blive belyst senere.

2.2.1.2 Traumer og dissociering

Traumer, særligt seksuelt misbrug, vold, omsorgssvigt og tab, synes, i nogle tilfælde, at være forklaring på udviklingen af den selvskadende adfærd, hvilket anskueliggøres senere. At skære sig på grund af et traume får dog tillige en effekt for vedkommende, idet cutteren opnår en form for kontrol ved at blive aktiv, i stedet for den passivitet vedkommende oplevede som barn, *"selvskade er [...] et forsøg på at vende passivitet og dermed få kontrol over kroppens grænser og seksuelle impulser"* (Møhl, 2006, p. 74). Ydermere lader det til, at den vrede, cuttere oftest ikke kan håndtere, er vrede mod andre (ibid.). Dog er cutteren ligeledes karakteriseret ved at besidde et stort selvhad, som kommer til udtryk i deres behov for selvkritik og straf. Hvis noget går galt, påtager de sig ofte ansvaret og må straffe sig selv. Straf kan således have en effekt for cutteren, idet vedkommende kan føle at straffen er fortjent, *"du har fortjent det", "det er din skyld, det skete"*, hvilket kan medføre følelser af selvhad og egenomsorg. Ved at skære sig får individet udtrykt det selvhad, vedkommende føler.

Kontrol betragtes at være et væsentligt aspekt i forhold til forståelsen af cutting, som kan sættes i forbindelse med dissociering som forsvarsmekanisme, idet dissociering er en form for opsplitning af personligheden. Møhl (2006) påpeger, at *"smerten og de kropslige fornemmelser afleder opmærksomheden fra den psykiske spænding, og man får følelsen af en form for kontrol over sig [...] det er lettere at opnå kontrol på den fysiske plan end på den psykiske plan"* (Møhl, 2006, p. 69). Den kropslige ro giver i sidste ende en mental ro. Kontrolfaktoren ved cutting synes således at være tæt knyttet til dissociering ved at kunne skabe eller forhindre en dissociativ proces. Individet kan så at sige *"gå ud af kroppen"* og ikke på samme måde opleve det, der sker med vedkommende, eksempelvis i en situation med et seksuelt overgreb. Personen oplever en ændring i sin bevidsthedstilstand, hvilket gør, at smerte, eksempelvis ved cutting, ikke mærkes så kraftig. Det er således en forsvarsmekanisme, der beskytter mod truende og overvældende følelser af både psykisk og fysisk karakter (Møhl, 2006). Således bliver dissociering, ligesom traumer, både en årsag til og en virkning af selvskadende adfærd, *"det er et helt centralt begreb i forståelsen af, hvad der motiverer og vedligeholder cutting"* (Møhl, 2006, p. 57). Diskussionen omkring fysisk smerte ved selvbeskadigelsen synes således væsentlig, idet Møhl (2006) påpeger, at fysisk smerte

ikke er til stede i over halvdelen af tilfældene, hvorimod pigerne i Steinans (2005) pilotstudie fremhæver den fysiske smerte. *”Når den følelsesmæssige indre spænding bliver for stærk, vil personen uvilkårligt reagere med dissociering, og mange, der skærer sig selv, gør det i en dissociativ tilstand, som gør, at de hverken mærker den psykiske eller den fysiske smerte”* (Møhl, 2006, p. 61). Desuden fremhæver Møhl, at afhængighed kan blive et aspekt af cuttingen efter et stykke tid, således at cuttingen bliver lystbetonet. Det at skære sig kan give vedkommende en rus eller eufori, således at cutteren oplever et kick ved at skære sig forårsaget af frigivelse af endorfiner (ibid.).

2.2.2 Selvskade og selvmord

Som tidligere påpeget kan selvmordsforsøg opfattes forskelligt i forhold til om, der er et reelt ønske om at dø, eller om der foreligger andre motivationer for cuttingen. Zöllner (2003) påpeger, at *”tanker om selvskadende handlinger kan være et skridt på vejen til senere selvmordsforsøg”* (Zöllner, 2003, p. 40). Joiner (2005) betragter ligeledes selvskade som en måde at opbygge mod til et egentlig fuldbyrdet selvmord. Det betragtes dog væsentligt at pointere, at selvskade som oftest ikke handler om selvmord, men er af anden intentionel karakter (Favazza, 1998; Møhl, 2006; Øverland, 2006).

“The difference between self-mutilation and suicide is [...] a difference between life and death. Suicide is an exit: suicidal persons want to stop all feelings and to determinate their existence. Self-mutilation is a morbid form of self-help; self-mutilators want to rid themselves of troublesome thoughts and feelings and to continue living.” (Favazza, 1998, p. 125)

Barent W. Walsh og Paul M. Rosen (1988) fremstiller et skema, hvor flere forskellige aspekter af selvmord og selvskade bliver holdt op imod hinanden. Der synes ud fra dette skema at være rimelig enighed blandt de forskellige teoretikere om, at selvskade skal adskilles fra selvmordsforsøg. Dog bliver distinktionen mellem de to grupper mere nuanceret gennem årene, hvor Menninger i 1935 påpeger selvskade som delvist selvmordsforsøg. Senere gør Graff & Mallin opmærksom på gruppen, der skærer sig i håndleddene; ”Wrist-cutting syndrome”. I 1971 gennemfører Nelson & Grunebaum en undersøgelse, der skal følge op på en række tidligere undersøgte selvskadere.

Undersøgelsen viste, at tre af de 19 deltagere var døde som følge af selvmord, hvor Walsh & Rosen (1988) påpeger, at *"this latter finding clouded the contention that the wristcutting syndrome was separate from suicide"* (Walsh & Rosen, 1988, p. 23). Dog synes ovenstående citat af Zöllner (2003) at kunne forsvare, at der skal skelnes mellem selvmord og selvskade, idet hun påpeger, at selvmord kan blive en del af selvskaden på længere sigt. Som tidligere nævnt kan selvskade, ifølge Møhl (2006), opfattes som en form for selvhjælp til at leve. Denne antagelse støtter Balch (2006). Møhl (2006) pointerer yderligere, at personer, der ønsker at begå selvmord ofte føler sig hjælpeløse og har mistet håbet og troen på, at livet vil bringe dem noget godt, hvorimod selvskadende individer føler, at cutting blandt andet giver dem lettelse og følelse af kontrol. Møhl (ibid.) fremhæver desuden en undersøgelse af Walsh, som viser, at blot 0,4 % af de 15-24-årige, som tager deres liv, gør det ved at skære sig. Det synes dog interessant, hvorledes Madge et al.s (2008) undersøgelsesresultater, der viser, at ønsket om selvmord var hyppigt forekommende blandt de selvskadende, kan forstås. Dette kan muligvis ses i sammenhæng med, at det enkelte individ måske angiver denne grund som et råb om hjælp, som et impulsivt ønske uden reelle hensigter i den retning samt et ønske om en varmere modtagelse. Undersøgelser viser, ifølge Øverland (2006), at adfærd som traditionelt er blevet klassificeret som selvmordsforsøg ofte ikke har indeholdt et reelt ønske om at dø. Walsh & Rosen (1988) påpeger ligeledes, at opmærksomhed skal rettes mod hensigten i forhold til at skelne mellem selvmord og selvskade. Ifølge Møhl (2006) og Favazza (1998) får selvskadere ofte en god behandling, når de akut kommer ind på hospitalet, mens de ofte mødes med irritation og bebrejdelse fra personalet, når de overflyttes til medicinsk afdeling, idet mange af patienterne har været indlagt mange gange og har dermed tidligere haft kontakt med personalet. Hertil vurderes det sandsynligt, at selvskade ofte kommer ind under en selvmordskategori, idet selvskade ikke har en selvstændig diagnose i det anvendte diagnosesystem ICD-10. Diagnostik belyses ikke nærmere i denne sammenhæng, men ud fra Møhl (2006) betragtes det ikke desto mindre som en væsentlig pointe. Antagelser om, at selvskade handler om selvmord synes således i de fleste tilfælde at være ukorrekte, hvilket kan suppleres med, at mennesker ifølge Møhl (2006) med selvskadende adfærd ikke tager livet af sig, så længe de får psykologisk udbytte af cuttingen.

2.2.3 Selvskade som kommunikation

En måde at tolke cutting i samfundet på i dag er, at det kun handler om at få opmærksomhed. Dette afvises af Møhl (2006), der påpeger, ”*hvis de unge, der skærer sig blot ville opnå opmærksomhed, kunne de få den på en lettere og måske mere effektiv måde*” (Møhl, 2006, p. 47). Møhl (2006) påpeger således, i overensstemmelse med Magde et al.’s (2008) undersøgelsesresultater og informantudtalelserne i Steinans (2005) studie, at kommunikation til andre sjældent er det primære mål med den selvskadende adfærd. For nogen handler det dog også om at sende et signal til omverden om, at vedkommende har det dårligt. I modsætning til ovenstående betragter Lisbeth Wessel Bjørneset (2003) ikke selvskade som formidling som ualmindeligt. Hun laver en skelnen omkring den opmærksomhed, der eventuelt ligger i selvskaden og inddeler den i tre kategorier. *Selvskade for at opnå positiv opmærksomhed*; personen ønsker nonverbalt at formidle nogle følelser, der bevirker, at andre bliver bekymrede for vedkommende, som dermed opnår positiv opmærksomhed. *Selvskade som et råb om hjælp*; den selvskadende har store psykiske problemer og føler sig ikke forstået eller taget alvorligt, hvilket resulterer i et konstant beredskab hos omgivelserne. Og *selvskade for at få negativ opmærksomhed*, som en aggressiv hævnaktion vendt mod en eventuel overgriber. Seksuelt misbrugte cuttere kan skade deres krop for at ydmyge overgriberen og for at fremstå uattraktiv som følge af arene, således at uønsket seksuel kontakt forhindres. Cutting som kommunikation kan have negative konsekvenser, idet handlingerne let kan opfattes som manipulation samtidigt med, at det efterlader følelser af skam og skyld, fordi omgivelserne er tilbøjelige til at tolke noget andet end det, afsenderen forsøger at kommunikere (Møhl, 2006). Uanset om formålet er opmærksomhed eller ej, forekommer det at være en væsentlig form for kommunikation, idet vedkommende, intentionelt eller ej, formidler sin sindstilstand til omverdenen og kommunikerer et råb om hjælp. Det forekommer derfor sandsynligt, at ønsket om opmærksomhed alligevel er indeholdt i selvskaden af en eller anden grund. Denne kommunikationsform kan måske forklares ud fra en manglende mentalisering, som beskrives nærmere under afsnittet omkring sammenhænge og forklaringer, idet selvskadende individer synes at have svært ved at udtrykke deres følelser verbalt og må derfor finde en anden udtryksform såsom cutting.

Selv om nogle selvskadere evner at udtrykke sig verbalt, er det ikke ens betydende med, at der er nogen, der hører og tager alvorligt, hvad vedkommende har at sige. Det underbygges af 18-årige Mille Heskjærs følgende udtalelse: *"lige siden jeg var lille, har jeg aldrig rigtig følt, at mine forældre var der for mig. [...] Jeg følte, at lige meget hvad jeg gjorde og sagde, så var der ikke nogen, der ville lytte til mig eller tro på mig"* (Pedersen, 2007, p. 19). Nogle unge oplever således, at de ikke bliver taget alvorligt af de voksne. Ifølge Zøllner (2002b) viser en undersøgelse om unges livsstil og trivsel, at 10 % af unge i 7.-10. klasse og i ungdomsuddannelserne ikke har nogen at tale med om deres problemer til trods for, at de bor hjemme og har lærere, venner og søskende omkring sig dagligt. Muligheden for at underholde sig selv med computere, musik, tv og så videre er ifølge Zøllner (2002a) medvirkende til, at den sociale kontakt mindskes eller udebliver samtidigt med, at fællesskabet bliver nedprioriteret i vores samfund.

Ud fra ovenstående lader det til, at den selvskadende adfærd kan have oprindelse i flere faktorer for den samme person samtidigt med, at en psykologisk årsagsforklaring nødvendigvis ikke behøver at passe til en anden selvskader. Selvskade kan således forklares ud fra flere perspektiver. Hvordan disse forklaringer mere præcist hænger sammen forekommer til en vis grad uklart. Uklarheden bør ses i relation til, at der, ifølge Kimball og Diddams (2007), har været begrænset opmærksomhed på de ætiologiske faktorer i forskningen associeret med selvskadefænomenet, og på hvordan disse faktorer interagerer.

2.3 Forklaringer på cutting

2.3.1 At mærke sig selv

Trangen til at mærke sig selv synes primært at kunne forklares ud fra grænsemodellen, idet cutting betragtes *"som et forsøg på at afgrænse selvet og modvirke følelsen af opløsning og selvtab"* (Møhl, 2006, p. 85). Barnet formodes at være blevet fastholdt i separation-individuationsfasen, hvor barnet på den ene side har et meget primitivt ønske om at smelte sammen med moren igen, men på den anden side gerne vil adskille sig fra hende og blive selvstændig. Hvis barnet ikke oplever den rette indlevelsessevne og støtte fra moren, kan det føre til en overvældende angst for at falde fra hinanden eller gå i

opløsning (Møhl, 2006). En mangelfuld indlevelsessevne fra morens side synes at spille en væsentlig rolle i henhold til grænsemodellen for udvikling af selvskadende adfærd, idet moren ikke har formået at anerkende og acceptere barnets følelser. Når barnet kommer til pubertetsalderen, hvor separation-individuationen når sit højdepunkt, vil vedkommende ikke være ordentlig i stand til at regulere sine følelser, hvilket kan være en forklaring på, at den selvskadende adfærd netop starter i puberteten. Donald W. Winnicott (1997) påpeger tillige relationen mellem forældre og barn som afgørende betydning i forståelsen af et individ. *"Meget afhænger af omgivelsernes pleje og omsorg, så man kan ikke beskrive et spædbarn eller et lille barn uden tillige at inddrage en beskrivelse af den omsorg, der kun gradvis bliver adskilt fra individet"* (Winnicott, 1997, p. 67). For at kunne forstå cutting hos et individ synes det således væsentligt at undersøge individets relationer i barndommen, hvilket tillige ses ud fra affektreguleringsmodellen. Modellen fokuserer på det tidlige samspil mellem mor og barn og særligt kvaliteten af forholdet, hvor en tryk tilknytning desuden anses som væsentlig i udviklingen af evnen til affektregulering. I forhold til affektregulering kan selvskade ses som kontrol og eksternalisering af uudholdelige følelser relaterede til selv og andre. For en nærmere forståelse af dette synes det relevant at diskutere, hvad der kan bevirke, at ens følelser bliver så intolerable, at individet ser sig nødsaget til at slippe af med dem på en så drastisk måde, som cutting må anses at være. Ud fra Suyemotos (1998) udlægning af affektreguleringsmodellen kan det blandt andet knyttes til svigt i barndommen. Doctors (1981) påpeger, at fejlvurderinger eller manglende bekræftelse fra forældrene kan resultere i en manglende tro hos barnet på, at ytring af følelser vil vække respons fra omgivelserne, hvilket vil afstedkomme aggressive følelser, som virker overvældende for personen. Suyemoto (1998) angiver, at *"the emotion may be anger that is redirected from the other into the self for fear of destroying the other, anger that is perceived to be coming from the other and resulting in abandonment, or pain at the rejection from the other"* (Suyemoto, 1998, p. 543). Individet kan føle sig nødsaget til at beskytte den anden mod vreden, der opfattes som havende potentiale til at tilintetgøre. Barnet lærer således at overleve i en tilværelse, hvor vreden dominerer i en grad, der skaber en trussel om ødelæggelse af omsorgspersonen. Det bliver derfor mere trygt at vende vreden indad, selvom det resulterer i mere ensomhed og forladthedsfølelser.

Ifølge Møhl (2006) giver det at skære sig følelsen af at kunne mærke sig selv samt en følelse af kontrol. Huden, og i nogle tilfælde blodet, må således spille en væsentlig rolle i forhold til at afgrænse sig selv. Suyemoto (1998) fremhæver Simpson & Porters (1981) hypotese om, at selvskadende adfærd bliver en måde at adskille sig selv fra andre *"bleeding became for them real, tangible evidence that I do exist somewhere in this world"* (Suyemoto, 1998, p. 548). Huden er den grænse, der fysisk adskiller individet fra andre og dermed definerer denne person. At skære i huden, se blodet eller arret bliver en måde at se og mærke sine egne grænser (Favazza, 1996). Individet begynder at bruge sin krop som overgangsobjekt, hvor blodet, for nogen, kan føles som et *"tryghedsgivende tæppe"*. Et overgangsobjekt defineres af Winnicott (2003) som *"en ting eller et fænomen[...] som det bliver livsvigtig for barnet at bruge, når det skal sove, og som et forsvar mod angst, især angst af depressiv art"* (Winnicott, 2003, p. 29). Derudover kan blodet tillige have andre funktioner, som alligevel hænger tæt sammen med dysfunktionelle relationer, *"selfcutters may feel relief because they have eliminated some "bad blood", thus symbolically decreasing the tension arising from impaired relationships"* (Favazza, 1996, p. 194). Selvbeskadigelsen synes desuden at blive en måde at opbygge en identitet, hvilket påpeges af W. J. B. Raine (Suyemoto, 1998) *"the wound or the scar may be a means to establish a sense of identity"* (Suyemoto, 1998, p. 548). Det essentielle er, at overgangsobjektet, som i stedet for at være en sut eller et tæppe, bliver glasskår, en kniv eller lignende giver en velkendt tryghed for personen, som svarer til den tryghed (eller mangel på samme), som vedkommende fik fra moren. Det kan dog undre, hvorfor det bliver sådanne voldsomme overgangsobjekter selvskaderne anvender, hvilket dog synes, i nogle tilfælde, at kunne forklares ud fra Favazzas (1996) beskrivelse af, hvordan denne søgen efter et trygt indre billede af moren og angst for separation kan bevirke en følelse af ensomhed. At skære sig bliver på den måde noget særligt, fordi smerten og blodet altid er der for vedkommende og giver tryghed. Han betoner desuden, at dette oftest forekommer hos borderline- og andre personlighedsforstyrrelser, hvilket synes at være i tråd med Møhls (2006) pointe omkring manglende anerkendelse af barnets oplevelser og følelser, som er *"en af hjørnesteenene i Linehans bisociale teori om udvikling af borderlinetilstande, der primært er karakteriseret ved dårlig evne til affektregulering"* (Møhl, 2006, p. 87). Møhl (2006) påpeger grænsemodellens begrænsninger i forhold til at forklare, hvorfor

sådanne voldsomme overgangsobjekter netop vælges frem for andre, hvilket *"helt banalt [kan] hænge sammen med, at kroppen og redskaberne er nødvendige for at kunne regulere affekter, der truer med at overvælde det dårligt integrerede jeg"* (Møhl, 2006, p. 89). Det synes dog ikke at kunne forklare, hvorfor det lige bliver selvskade i form af cutting; andre former for direkte og indirekte selvskade kan tænkes at give en lignende tryghed som eksempelvis mad udtrykt gennem en spiseforstyrrelse.

At skære sig for at kunne mærke en velkendt form for omsorg, om end i en selvdestruktiv form, synes at være et gentagende element i forståelsen af cutting. Det er også muligt, at cutting er en måde at "tillade" sig at give sig selv omsorg ved at pleje sårene bagefter. Det forekommer tillige sandsynligt ud fra Steinans pilotstudiets, hvor en af informanterne, Ida, siger, at hun havde skyldfølelse over at have boet hos tanten, hvilket kunne indikere, at hun har oplevet et svigt fra forældrene og måske har manglet en tryk omsorgsperson. Desuden synes det væsentligt at bemærke, at de tre piger fra pilotstudiet alle bor med enlige forældre. Videre forekommer grænsemodellen at kunne forklare selvskadende adfærd ud fra manglende anerkendelse af følelser og tryk omsorg, men dog ikke som forklaringsmodel for alle cutteres selvskadende adfærd. Det kan diskuteres, hvorvidt den kan forklare, hvorfor det enkelte individ vælger netop de overgangsobjekter. Omvendt synes det også muligt, at et individ, som har anvendt sunde overgangsobjekter, alligevel udvikler selvskadende adfærd, hvilket blandt andet synes at gøre grænsemodellen utilstrækkelig som forklaringsmodel for alle tilfælde af cutting. Jette Petersen (2008), psykolog, gør endvidere opmærksom på, at selvom de fleste selvskadere kommer fra dysfunktionelle familier, *"er det vigtigt at have blik for den stigning der er i antallet af unge fra helt almindelige hjem"* (Petersen, 2008, p. 209). Dysfunktionelle relationer synes således at kunne være forklaring på nogle tilfælde af selvskadende adfærd, men ikke alle. På baggrund af ovenstående er det ikke muligt entydigt at pege på én forklaringsmodel, men snarere at individuelle sammenhænge bevirker udviklingen af cutting.

2.3.2 Mentalisering

Det betragtes væsentligt at undersøge, hvorfor selvskadende individer ikke håndterer svære følelser på mere hensigtsmæssige måder. Ud fra affektreguleringsmodellen kan den følelsesregulerende effekt ses som et resultat af, at evnen til mentalisering er hæmmet eller fraværende, således at følelserne ikke kan overvindes (Møhl, 2006). Mentalisering er ifølge Anthony Bateman og Peter Fonagy ”*et nyt ord for kendte fænomener, og det er en samlebetegnelse for implicit og eksplicit fortolkning af egne og andres handlinger som meningsfulde udtryk for indre liv, for eksempel behov, ønsker, følelser og fornuft*” (Bateman & Fonagy, 2007, p. 16). Mentalisering er således en form for reflektiv funktion, der implicerer psykologisk tænkning, hvilket gør individet i stand til at forholde sig til egne og andres følelser og mentale tilstande. Individer med en beskedent mentaliseringsevne er karakteriseret ved at have vanskeligt ved at aflæse og forstå, hvad det sker i sig selv og andre, hvilket medfører, at livet og verden til tider opfattes som uoverskuelige og uforudsigelige. Det indre spændingsniveau øges derfor let, hvilket ifølge Møhl (2006) bevirker, at følelserne let kan overvælde personen på en sådan måde, at handlinger let bliver impulsive i form af flugt eller angreb og dermed resulterer i selvskade.

Videre påpeger Fonagy, Giörgy Gergely, Elliot L. Jurist & Mary Target (2002), at mentalisering opstår i forlængelse af udviklingen af evne til affektregulering¹, som udvikles og læres i den tidlige kontakt med moderfiguren, hvormed det ikke er medfødt. Udviklingen af mentaliseringsevnen bygger på elementer i samspillet mellem barnet og dets primære omsorgsperson, hvilket vurderes vanskeligt at adskille fra de kvaliteter af samspillet, som kræves for udvikling af affektregulering. Det synes således interessant, hvorvidt det overhovedet er væsentligt eller nødvendigt at adskille disse. For at barnet kan udvikle evnen til affektregulering og senere hen mentalisering er det en forudsætning, at barnet er trygt tilknyttet og har tillid til forældrenes hjælp, hvis behov er for det (Fonagy et al., 2002). I den forbindelse pointerer Fonagy et al. betydningen af, at barnet spejles af en god og rummende omsorgspersonen på en *contingent* og *marked* måde. *Marked* spejling betyder, at det er tydeligt, at det er barnets indre, som spejles og ikke omsorgspersonens tilstand, hvor *contingent* spejling refererer til omsorgspersonens

¹ Affektregulering er ifølge Fonagy et al.(2002) en evne til modifikation af affekttilstande.

respons, der skal passe til barnets indre tilstand (Møhl, 2006). Eksempelvis kan omsorgspersonen, hvis barnet græder, benytte sig af mimik og/eller stemmen til at afspejle de følelser, denne formoder, at barnet har, således at barnet lærer at mærke og forstå sine følelser, samt at der sker en afdæmpning frem for intensivering af barnets følelser (Fonagy et al., 2002). Ud over at lære sine egne følelsesmæssige udtryk at kende, lærer barnet ifølge Møhl (2006) ligeledes den affektregulerende trøstende omsorg. Det synes derfor muligt, at nogle cuttere ikke har oplevet en tilstrækkelig kvalitativ kontakt med den primære omsorgsperson og har dermed ikke lært at identificere egne følelsesmæssige tilstande således, at de kan nedregulere den indre spænding på en hensigtsmæssig måde. I de tilfælde hvor cutting synes at handle om manglende evne til at modificere følelser, kan det undre, hvorfor cutting ikke starter inden puberteten, hvilket ikke umiddelbart er forståeligt ud fra affektreguleringsmodellen, hvorfor det vil blive diskuteret senere.

2.3.3 Straf

Der menes at være bred enighed om, at seksuelt misbrug udgør en afgørende faktor i udviklingen af selvskadende adfærd (Møhl, 2006; Favazza, 1996; Levenkron, 1999; Van der Kolk, Perry & Herman, 1991). Overgrebet bevirker en skyldfølelse hos offeret, som resulterer i et ønske om at straffe sig selv. *”En stor del af dem, der skærer sig selv, har været udsat for omsorgssvigt, tab, vold i familien eller seksuelt misbrug [...]. Mange af dem, der har været udsat for seksuelt misbrug, bruger selvskadende adfærd til at bearbejde deres traumer”* (Møhl, 2006, p. 73). Der synes dog at være en væsentlig pointe omkring, hvorvidt alle børn, der har været udsat for ovenstående, udvikler selvskadende adfærd, og hvorvidt alle cuttere har været udsat herfor, hvilket jeg ikke vurderer sandsynligt. I forlængelse af ovenstående citat forbinder Favazza (1996) ligeledes seksuelt misbrug eller vold med selvbeskadigelse, som en flugt fra de overvældende overgreb. Ydermere bevirker overgrebene ofte, at cutteren ser sig selv med den fjendtlighed vedkommende oplever, at forældrene så barnet på, hvilket giver sig til udslag i en lyst til selvstraf, fordi det fortjenes. *”Det velkendte”* optræder som en væsentlig faktor, således at den fysiske kontakt barnet fik, formentlig var meget begrænset eller i form af vold eller seksuelt misbrug, hvilket bevirker, at cutting bliver en måde at mærke fysisk kontakt. Steven Levenkron (1999) fremstiller i den forbindelse

en del af et terapiforløb med en selvskadende patient, der har været udsat for incest. Patienten fortæller, at hun begyndte at skære sig, når den misbrugende far var væk på forretningsrejse. Hun forstod ikke, hvorfor hun påførte sig selv smerte i stedet for at glæde sig over, at hun var i sikkerhed i de dage. Levenkron (ibid.) påpeger, at hun begyndte at skære sig for at føle sig tættere på faren. Dette trods faderens overgreb oplevedes som frygtelige, men fordi det alligevel var en del af det at være far for hende og frem for at gentage nogle af de positive ting, de gjorde sammen, begyndte hun at skære sig selv. Cuttingen antages dels at være en måde at opnå velkendte følelser eller efter selvskaden at give sig selv omsorg ud fra den betragtning, at barnet, ifølge Levenkron (ibid.), prøver at se misbruget som kærlighed, omsorg eller opmærksomhed bare for at kunne holde ud at være i det. Det antages desuden at være en måde at opnå en form for kontrol ved at blive aktiv i stedet for passiv, *"selvskade er [...] et forsøg på at vende passivitet og dermed få kontrol over kroppens grænser og seksuelle impulser"* (Møhl, 2006, p. 74). Vedkommende kan dog få svært ved at skelne mellem godt og ondt i forsøget på at opnå det velkendte. *"As she becomes deeply involved in this valued-abuseive relationship, she even learns to distrust kind behavior if it doesn't include abusive elements. Here we see the powerful influence of early development"* (Levenkron, 1999, p. 139). Patienten fortæller desuden, at de mænd, hun senere har haft et forhold til, har været dominerende og misbrugte hende. Hun skærer sig kun, når hun ikke er i et forhold, hvilket må betyde, at hun fra mændene får den velkendte form for omsorg, om end misforstået omsorg, hvorfor hun ikke behøver at skære sig. Det synes dog interessant, hvorvidt der er forskel på, om der er tale om et enkelt overgreb i modsætning til langvarige seksuelle overgreb, samt om det gør en forskel, hvorvidt det er incestuøse overgreb. Langvarige overgreb, især incest og bedrevet af andre tætte relationer, synes umiddelbart at kunne være forklaring på de fleste tilfælde af cutting, hvor seksuelt misbrug er en del af de forklarende sammenhænge, idet et svigt tillige må være indeholdt i problematikken og dermed formentlig forklarer de fleste tilfælde af selvbeskadigelse, hvor seksuelt misbrug er hovedårsagen. I den forbindelse synes der i det læste litteratur, at være en mangel i definitionen af seksuelt misbrug, da det ligeledes synes muligt, at et enkelt overgreb blandt andet kan resultere i skyldfølelse hos barnet.

Udover seksuelt misbrug som forklaring på ønsket om at straffe sig selv, fremhæver Favazza (1996), at lysten til selvafstraffelse ligeledes kan udspringe af at leve med en

yderst kritisk eller fraværende far, overbeskyttende og dominerende mor, tabet af en forælder, ved skilsmisse eller død, turbulente forældrerelationer eller psykiske sygdomme i familien, særligt alkoholisme. At blive forladt og opleve svigt medfører følelser af ensomhed og uelskværdighed samt skyldfølelse såsom ”at det er min skyld, at mine forældre gik fra hinanden”. Skilsmisse og følelserne af forladthed, sorg og vrede over at være blevet forladt menes at kunne forklare nogle tilfælde af selvskadende adfærd, hvilket tillige ses hos pigerne i Steinans (2005) pilotstudie, hvortil det bemærkes, at ingen af pigerne bor med begge deres forældre. Det selvhad og behov for selvkritik, cutteren besidder, resulterer, ifølge Møhl (2006), desuden i, at de ofte påtager sig ansvaret, hvis noget går galt og må derfor straffe sig selv. Han beskriver en ung kvinde som ”*mangler [...] evnen til at regulere sine følelser og til at berolige og trøste sig selv. Til at give sig selv omsorg*”(Møhl, 2006, p. 68). Cutting synes således at kunne fungere stabiliserende på en person, der mangler evnen til at regulere sine følelser, berolige sig og trøste sig selv ved eksempelvis at tage et varmt bad, tage vare på sine sår eller lignende, svarende til den omsorg barnet får fra forældrene, hvis det er kommet til skade, både fordi det kan virke samlende på den opløsning af jeget, der opleves, og fordi de får udtrykt deres selvhad og straf.

2.3.4 Dissociering/smerte

Som tidligere nævnt kan dissociering både være en effekt af og en forklaring på selvskade. Møhl (2006) påpeger, at dissociering ofte hænger sammen med seksuelt misbrug i den forstand, at barnet, for at kunne holde ud at være i misbruget, bruger dissociering som forsvar, hvorfor dette forsvar ofte vil blive anvendt senere i livet. ”*Dissociering betyder [...] spaltning af sindet eller bevidstheden. [...] personen oplever en ændring af sin bevidsthedstilstand, sin hukommelse eller ligefrem sin identitet. [...] føler personen sig adskilt fra eller fremmed for sin egen krop*” (Møhl, 2006, pp. 57-58). Det synes dog plausibelt, at dissociering lige så vel kan opstå på grund af andre former for svigt. I forbindelse med vanskeligheder med affektregulering synes den dissociative tilstand at have en effekt for cutteren, idet denne tilstand gør det muligt at skære sig, især hvis det er dybe snit, fordi vedkommende tilsyneladende ikke kan mærke smerten på samme måde, som hvis personen var i en almindelig bevidsthedstilstand. Tilstanden bliver, af Briere & Gil, ”*angivet som motivation for den selvskadende handling for ca.*

halvdelen af deltagerne” (Skytte, 2007, p. 38). Desuden synes den dissociative tilstand at virke selvforstærkende på selvbeskadigelsen, hvor Møhl (2006) påpeger, at tilstanden kan være pinagtig at være i, hvis den varer for længe. Den vil udløse en følelse af at være i osteklokke, hvor personen ikke har kontrol over, hvad der sker omkring sig. En kvinde fortæller eksempelvis, at hun er bange for at gå i opløsning. Denne følelse af at gå i opløsning virker forstærkende på ønsket om at skære sig for at kunne mærke sig selv, som tidligere beskrevet. Dissociering synes dog ikke umiddelbart at være en direkte årsag til selvskadende adfærd, men skal, ifølge Skytte (2007), nærmere opfattes som et mellemlid, som en reaktion på en traumatisk oplevelse, som så er den egentlige årsag. Dog forekommer dissociering at være en væsentlig vedligeholdende faktor for cutting, jf. ovenstående citat af Møhl, samt et væsentligt aspekt i diskussionen omkring fysisk- og psykisk smerte, idet denne tilstand i nogle tilfælde synes at kunne forklare, hvorledes cutting overhovedet er muligt.

2.3.4.1 Afhængighed

Som tidligere nævnt, jf. punkt 2.2.1.2, pointerer Møhl (2006), at afhængighed kan blive en del af cutting efter et stykke tid således, at cuttingen bliver lystbetonet. Afhængighed kan til en vis grad forklares ud fra en fysiologisk tilgang. Enkefaliner er en gruppe neurotransmittere, som produceres i hjernen og i forskellige kirtler. Enkefaliner har blandt andet den funktion, at de regulerer følelser og hæmmer smerte, hvortil de har en behagelig effekt (som opium og heroin), som kan medføre afhængighed (Bjørneset, 2003). Frigørelsen af de smertereducerende enkefaliner bevirker, at cutteren lærer at forbinde selvskade med positive følelser og velbehag. Dette velbefindende kan minde om dissocieringens virkning. Suyemoto (1998) fremhæver dog en problemstilling i forbindelse med denne tilgang, idet forståelsen *“is not congruent with the consistent reports of no pain upon-selfmutilation”* (Suyemoto, 1998, p. 543). Modellen har dog en vis forklaringsværdi i lyset af, at en af informanterne i Steinans (2005) undersøgelse fortalte om smerte ved selvbeskadigelsen, der yderligere understøttes af Bjørneset (2003), som påpeger, at der antageligvis vil være forskellig smertetolerance hos det enkelte individ. Ydermere påpeger Møhl (2006), at de fysiologiske faktorer ikke er begrænset til afhængighed, idet selvskadende individer ofte har et nedsat serotoniniveau, der medfører øget impulsiv aggression både mod andre og sig selv.

Det forekommer således væsentligt at bemærke sig de biologiske disponeringer, individet eventuelt kan have i forhold til at udvikle selvskadende adfærd. Dermed lægger det op til, at selvskade ikke udelukkende skal forstås som resultatet af oplevelser i barndommen, dog velvidende at muligheden for, at den kemiske hjernebalance kan være influeret af interpersonelle oplevelser foreligger.

2.3.5 Præstationskultur

Grunden til at selvskade især er aktuelt i samfundet i dag, kan være relateret til den kultur, vi lever i. Mange mødre har en karriere og er ude på arbejdsmarkedet, hvormed de har mindre tid til deres børn. Den tid forældrene har med deres børn synes derfor at blive fyldt med underholdende arrangementer, og endvidere forekommer det sandsynligt, at forældrene ikke altid er psykisk tilstede, når de er sammen med børnene, hvilket må føre til frustration og sorg hos barnet. Det er derfor let at forestille sig, at tiden til problemer begrænses samtidigt med, at det muligvis også er vanskeligt for nogle børn at vende vreden mod forældrene, idet nogle muligvis også søger at være venner med børnene frem for at opfylde forælderrollen. Selvskade kan således handle om indadvendt mishag i form af vrede, der især tænkes at gøre sig gældende i den såkaldte præstationskultur, vi lever i. Kim Møller Pedersen (2007) påpeger, at selvscenesættelse spiller en stor rolle i vores samfund, hvor det er vigtigt at kunne præstere og fremstå succesfuld, idet vi konstant bombarderes med, at vi selv har ansvaret for et lykkeligt liv, *"hvis man ikke oplever succes, så oplever man det modsatte. En fiasko. Og så er vi tilbage i det voldsomme selvhad, som får nogle unge til at skære i sig selv"* (Pedersen, 2007, p. 14). De høje krav om selvstændighed og succes, som samfundet og som vi til en vis grad også selv stiller, kan tænkes at give anledning til et større ønske om kontrol for simpelthen at kunne overskue en stressende hverdag. Denne kontrol kan opfattes som en funktionel variabel, hvor selvskade bringer kontrol i et liv, der ellers opleves som ukontrollerbart. Unge i dag oplever, ifølge Øverland (2006), forventninger og pres, som er langt højere end for få generationer siden, der bevirker, at behovet for kontrol gennem andre teknikker øges, da kontrollen over livet generelt er blevet mindre. Det er derfor nærliggende at betragte cutting som en form for holdepunkt.

2.3.6 Selvskade i puberteten

Som tidligere nævnt synes puberteten at være den kritiske alder i forhold til udvikling af selvskadende adfærd, hvor eksempelvis separations-individuationsproblematikken, jf. punkt 2.3.1, kan give et bud på, hvorfor cuttingen starter i denne periode af et menneskes liv. I litteraturen forekommer der at være en gennemgående opfattelse af, at behovet for at regulere følelser er større i puberteten, idet denne periode er karakteriseret ved et hav af nye komplicerede følelser såsom seksuelle følelser, der for mange kan være ambivalente. Dette underbygges af Zøllners (2002) førømtalte undersøgelse, der viser, at 16,9 % af selvskadende piger og 4,6 % af selvskadende drengene synes, at seksuelle følelser kan forekomme vanskelige. Kvinder i dagens samfund opfattes stadig ikke som helt frigivne i forhold til mænd, når det omhandler seksualitet. Eksempelvis forekommer det, at mænd, der ofte indleder nye intime relationer, i nogle sammenhænge tillægges positive egenskaber i modsætning til kvinder, der gør det samme, dette synes særligt at gøre sig gældende i puberteten. Det førømtalte succespres i samfundet kan hertil støtte vanskeligheden med seksualiteten, idet Pedersen (2007) fremhæver, at piger ofte føler sig presset til at have en kæreste og lyve om deres seksuelle erfaringer som et succeskriterium.

2.4 Social indflydelse

Som tidligere nævnt fastslår Petersen (2008), at ikke alle selvskadere kommer fra dysfunktionelle familier, og det synes dermed interessant, hvorvidt negative oplevelser i barndommen altid ligger til grund for selvskadende handlinger, hvilket jeg dog ikke vil undersøge nærmere i denne sammenhæng. Dog lægger det op til diskussion af, hvordan cutting hos unge, med tilsyneladende sunde objektrelationer og relativt velfungerende evne til at modificere følelser, kan forstås. Aspektet omkring cutting som trend bliver dermed et diskussionsemne, da det af nogen bliver opfattet som motivation (Møhl, 2006). Det synes alment kendt, at unge i puberteten er særligt interesserede i, hvad andre tænker om dem, og mange former deres adfærd i forhold til det, de tror, vil gøre dem populære. Unge deler konstant information, hvilket også er blevet lettere ved hjælp af mobiltelefoner og internet. Heather B. Veague (2008) påpeger, at *"some researchers worry that the practice of self-harm is spreading rapidly among adolescents due in part*

to this social contagion effect”(Veague, 2008, p. 65). Mange hjemmesider omhandlende selvskade eksisterer på nettet, og forskere udtrykker bekymring for, at de vil opfordre til selvskade, ligesom de såkaldte pro-ano hjemmesider kan opfordre og hjælpe anorektikere med at tabe sig yderligere (Murray & Fox, 2006). Steinan (2005) påpeger ligeledes andre unge som en væsentlig vedligeholdelsesfaktor. I så fald synes der at være forskel, idet en ung, der skærer sig for at være med i tidens trend, ikke synes at kunne vedligeholde dette rent fornuftsmæssigt. Der synes således at være en række faktorer, der spiller ind i forhold til, at lige netop dette unge menneske også har oplevet utilstrækkelig omsorg, traume eller søger identitet på en anden måde. Omvendt kan det diskuteres, hvorvidt den unge bare eksperimenterer med cutting, og således bliver afhængig med det samme af den fysiske rus enkefalinerne kan give, jf. afsnit 2.3.4.1. Endvidere kunne et ungt menneske, der bare prøver at skære sig, opnå uventet positiv opmærksomhed fra forældrene, hvilket måske kunne starte et længere selvskadende forløb. Jeg tvivler dog på, at et langt forløb med selvskadende adfærd kan bunde i en trend, med mindre individet kan være disponeret for selvskade, som det synes at være tilfældet i forhold til eksempelvis alkoholisme. Ud fra ovenstående argumenter omkring omsorgssvigt, overgreb med videre synes det ikke muligt, at et fornuftigt ungt menneske med en rimelig evne til mentalisering kan udøve denne form for selvdestruktiv adfærd. Som sagt er jeg af den overbevisning, at trenden kan være en form for trigger, men hvis det medvirker gentagen adfærd, synes der bestemt at være andre aspekter, der spiller ind og påvirker individet til at skære sig.

Endvidere synes det, at cuttere ofte skjuler deres sår og ar, at modsige pointen om, at selvskadende adfærd er en trend, idet det forekommer naturligt, at en person, der gør noget for at være en del af en gruppe, ikke vil skjule sine ar, dog uden fuldstændigt at afvise, at cutting indenfor nogle ungdomsgrupper muligvis kan være en trend. Denne trend synes imidlertid at kunne være betydelig for, hvorvidt det lige bliver cutting frem for en anden form for selvskadende adfærd. Samtidigt vurderes det væsentligt at have for øje, at der også kan være andre grunde til, at vanskelige følelser vælges at kanaliseres ud igennem cutting, hvor Steinan tillige påpeger tilfældigheden i at vælge cutting. Derimod fokuserer Bjørneset (2003) ud fra social læringsteori på, at den anvendte mestringsstrategi oftest er noget, der er lært af forældrene, hvilket

eksemplificeres med en selvskadende kvinde, der modellerer sin mor i svære følelsesmæssige tilstande.

2.5 Opsamling

Selvskade synes at have en række forskellige effekter for cutteren, hvor håndtering af følelser synes at udgøre en overvejende del af virkningerne af cutting. Selvskaden bliver således en affektreguleringsmetode, særligt for følelser af vrede. Endvidere forekommer dissociering og kommunikation at være nogle af de effekter, cutteren søger ved selvskaden, hvor også selvhad, straf og kontrol synes at være fremtrædende. Videre forekommer nogle af disse virkninger desuden at kunne forklare udviklingen af den selvskadende adfærd, hvor det at straffe sig selv, mærke sig selv og dissociering synes at kunne forklare, hvorfor individet skader sig selv. Med fokus på de nære relationer kan omsorgssvigt af forskellig art og seksuelt misbrug give et billede af, hvilke generelle faktorer der knytter sig til sammenhænge i barndommen og senere udvikling af cutting. Social indflydelse synes tillige at kunne spille en rolle.

3. BEHANDLING

Da ovenstående afsnit har beskæftiget sig med effekterne af cutting samt forklaringer på lidelsen, synes det væsentligt at belyse, hvad der skal til for at hjælpe cutteren. Men hvilke terapeutiske interventioner skal der egentligt til? Ifølge DODO-kendelsen har ingen terapiform generelt formået at manifestere sig som klart bedre end sine konkurrenter (Hougaard, 2004). Dog fokuseres der på hvilke terapiformer, der bidrager til det særligt gode resultat for, hvilke patienter med hvilke problemer og under hvilke forhold. Ifølge Hougaard (ibid.) kan DODO-kendelsens status i dag diskuteres, idet der findes evidens-baserede undersøgelser og oversigter, der viser, at nogle terapiformer har større effekt ved nogle sygdomme end andre. Desuden spiller det en rolle, at forskellige patienter ønsker forskellige egenskaber i/fra en terapeut, og det er således væsentlig at fokusere på, hvad der virker for hvem i stedet for udelukkende at se på, hvad der er evidens for. Effektforskning kan således være vanskelig i forhold til at afgøre, hvilke terapiformer der er bedst. Hougaard (2004) fremhæver imidlertid, at forskningen generelt peger i retning af, at nonspecifikke faktorer såsom varme, empati og oprigtig

interesse har større betydning for terapiens forløb og resultat end tekniske faktorer. Bertrand Cramer påpeger tillige, at terapeuter ofte undervurderer nonspecifikke faktorer *"these ingredients are destined to create a climate of alliance"* (Cramer, 2000, p. 159). Behandlingsalliancen betragtes således at have afgørende betydning for udbyttet af terapiforløbet, hvortil Glen O. Gabbard pointerer: *"Major research efforts on the therapeutic alliance have confirmed its influence on the process and outcome of psychotherapy"* (Gabbard, 2000, p. 103). Derfor bliver det relevant at inddrage behandlingsalliancen i belysningen af den terapeutiske relation, herunder cutterens indvirkning herpå. Hertil skal imidlertid tilføjes, at det er problematisk at generalisere betydningen af alliancen mellem terapeut og patient *"a la "Relationen er vigtigere end metoden"*" (Hougaard, 2004, p. 119), da det kan afhænge af forskellige problemer, metoder og personer. Omdrejningspunktet for det følgende afsnit vil således være behandlingsalliance og den terapeutiske relation indenfor rammerne af psykodynamisk psykoterapi. Fokus ligger på forskellige aspekter ved psykodynamisk psykoterapi, der vurderes væsentlige for senere at kunne diskutere, hvordan det er at være terapeut for en cutter.

3.1 Psykodynamisk psykoterapi

3.1.1 Cutteren som særegent individ

Ud fra specialrapportens første del omkring funktioner og forklaringer forekommer manglende omsorg fra forældrene at bevirke følelser af ensomhed, vrede og en fastlåst position i forhold til at separere sig fra moren, hvilket endvidere bevirker trang til at mærke sig selv. Evnen til affektregulering anses ligeledes at være en del af førnævnte, og desuden vurderes det betydeligt at se på sammenhænge i evnen til affektregulering og mentalisering. Ifølge Møhl (2006) besidder nogle cuttere evnen til mentalisering, men hvis den indre spænding bliver for stor, hæmmes mentaliseringsevnen, som ofte bevirker impulsive handlinger, hvorimod andre generelt synes at have nedsat evne til mentalisering, jf. punkt 2.3.2. Forskellen forekommer desuden at kunne komme til udtryk i måden og hyppigheden af selvskaden. Emma fra Steinans (2005) undersøgelse skærer sig et par gange om ugen, morgen og eftermiddag, hvilket synes at give et andet udtryk end eksempelvis Ida, som kun skærer sig en gang imellem. Det virker plausibelt,

at Ida besidder mentaliseringsevne, men når følelserne bliver for meget, tyr hun til handling i form af selvskade for at lindre den indre smerte. Derimod synes Emma at planlægge det mere, hvilket både synes at kunne handle om manglende affektregulering, nedsat mentaliseringsevne og en form for tvangsritual. Det forekommer således mere vanskeligt at sige noget om funktionen af planlægningen af selvskaden. Dog synes det muligt, at tvangshandlingen på en måde kompenserer for den manglende affektregulering og bliver en form for tryghed, lettelse og kontrol. Endvidere påpeger Favazza (1996) to former for selvskade henholdsvis repetitiv og episodisk, som kan være behjælpelig i beskrivelsen af de to førnævnte individers selvskade, hvor Emmas selvskade er repetitiv og Idas episodisk. Den præstationskultur, der synes at være fremherskende i samfundet i dag (Pedersen, 2007; Petersen, 2008) forekommer desuden at have en indvirkning på hyppigheden og måden at skære sig på. Eksempelvis kunne præstationsangst i eksamensøjemed bevirke en indre spænding, der er så høj, at individet ikke kan håndtere og rumme følelsen, hvorfor vedkommende skærer sig. I sådanne tilfælde kunne fokus på og ”trenden” omkring selvbeskadigelse antageligvis have en effekt i forhold til, at vedkommende afprøver denne metode. Pågældende har muligvis fået det anbefalet af en veninde, der er cutter, eller fået inspiration fra internettet (Murray & Fox, 2006; Taiminen et al., 1998; Rosen & Walsh, 1989).

Ovenstående er nogle risikofaktorer, der kan udløse cutting, hvor også seksuelt misbrug spiller en væsentlig rolle i udviklingen af selvskadende adfærd. Således findes der psykologiske forklaringer på, hvorfor individet udvikler selvskadende adfærd, ”i en undersøgelse af 74 personer med borderline-personlighed og selvskadende adfærd havde 89% oplevet alvorlige svigt i forældrenes omsorg, og 79% havde oplevet betydelige traumer i barndommen i form af seksuelt misbrug eller fysisk mishandling” (Møhl, 2006, pp. 59-60). Trods disse høje tal synes der alligevel at være nogle cuttere, som ikke har været udsat for ovenstående, som har haft kærlige og stabile forældrerelationer, og som ikke har været udsat for seksuelt misbrug eller lignende. Dette rejser spekulationer om, hvorvidt den samme behandling skal anvendes til alle cuttere, og videre skal den samme form for behandling anvendes til alle cuttere, som har oplevet eksempelvis seksuelt misbrug? Det forekommer yderst væsentligt at se på flere faktorer omkring det enkelte individ og ikke bare på selve cuttingen, og i den

forbindelse rejses spørgsmålet omkring fokus for terapien; er det selvskaden eller de bagvedliggende årsager, der prioriteres? Dette vil blive belyst senere.

Selvskadende adfærd synes ofte at forbindes med borderline personlighedsforstyrrelse, ”several investigators have suggested that this type of selfmutilator [superficial slashing or lacerations of a part of the body] tends to manifest symptoms which best fit the diagnostic category of borderline personality disorder” (Schaffer, Carroli & Abramowitz, 1982, p. 468). Ud fra en undersøgelse pointerer Schaffer et al. (1982), at ikke-psykotiske selvskadere har borderline personlighedsforstyrrelse, hvilket dog forekommer en smule ukritisk, idet testgruppen er taget fra den samme psykiatriske population. Ydermere må det påpeges, at disse resultater netop kommer fra psykiatriske patienter, men der synes at mangle resultater fra en ikke-klinisk population. Det forekommer sandsynligt, at en cutter, som skærer sig en gang imellem, og som ikke siger det til nogen eller viser sine ar, godt kan opfylde ovenstående kriterier i forhold til svingtende omsorg eller seksuelt misbrug, men uden at være borderline personlighedsforstyrret. Pointen er, at de resultater, der generelt fremkommer i forskningen, sandsynligvis oftest vil udspringe fra personer, der har haft kontakt med det psykiatriske system eller er psykiatriske patienter, som venteligt vil opfylde psykiatriske diagnoser. Denne søgen efter en sammenhæng giver desuden anledning til en undren i forhold til behandling. Kan det konkluderes, at alle borderline patienter med selvskadende adfærd får gavn af den samme form for behandling?

På grund af den mangfoldighed der er blandt cuttere, formodes det at være meget forskelligt, hvilken behandling den enkelte cutter vil profitere af, hvormed behandlingsformen bør bunde i en grundig assessment af det samlede individ, hvor den selvskadende adfærd selvfølgelig tages i betragtning. Som nævnt vil jeg tage udgangspunkt i psykodynamisk terapi, idet relationen altid er til stede i terapi, hvilken jeg vil fokusere på gennem behandlingsalliancen.

3.1.2 Psykodynamisk terapi

Ifølge Hougaard (2004) er der en række forskellige definitioner af psykoterapi, hvor Dansk Psykolog Forening, ifølge Hougaard, blandt andet skriver, at *”psykoterapi er en psykologisk behandlingsmetode, der er videnskabeligt begrundet. [...] Formålet med psykoterapien er for klienten at opnå øget autonomi og udvidelse af personlige muligheder, symptomlindring og bedre psykisk og social funktion”* (Hougaard, 2004, p. 31). Desuden er psykoterapi, i modsætning til personlig rådgivning (counselling), rettet mod psykopatologi og en mere dybdegående ændring af personligheden. Psykoterapi dækker dog over en række behandlingsformer såsom dynamisk orienteret psykoterapi og kognitiv terapi. Den psykodynamisk orienterede psykoterapi ligger, ifølge Hougaard (ibid.), tæt op ad Freuds oprindelige psykoanalyse, dog med nogle videreudviklede teorier. Selve settingen er i dag anderledes end i Freuds tid, idet patienten i dag som regel har en tid en gang om ugen, hvor patient og terapeut sidder overfor hinanden, og terapeuten involverer sig mere følelsesmæssigt og griber aktivt og målrettet ind i den terapeutiske proces. I forhold til den følelsesmæssige involvering forekommer det væsentligt, at terapeuten dog adskiller egne følelser fra patientens i den grad, det er muligt således, at terapeuten bliver bevidst om, hvilke følelser der tilhører hvem og dermed bedre kan bruge overføring/modoverføringsforholdet som intervention overfor patienten. Endvidere forekommer det dog også væsentligt, hvor meget en terapeut skal involvere sig og bruge sine egne følelser og dermed sin egen personlighed i forhold til terapien. Dette vil blive belyst senere i sammenhæng med en dybere diskussion omkring overføring og modoverføring. Psykoanalysen i dens oprindelige form synes dog at være nedadgående, hvorimod en række psykodynamiske principper stadig har indflydelse i den moderne psykologi (ibid.).

”Det gælder således tilstedeværelsen af ubevidste psykiske processer, motivationelle konflikter, indrepsykiske repræsentationer af selv og andre, samt barndommens betydning for personlighedens dannelse. Tilsvarende må mange centrale psykodynamiske behandlingsprincipper antages vedblivende at være basiserkendelser i psykoterapi, f.eks. læren om overføring og klientens modstand.” (Hougaard, 2004, p. 58)

Desuden påpeger Hougaard (ibid.), at nyere psykodynamiske terapiformer i højere grad vægter interpersonelle og mellemmenneskelige aspekter. Som Yalom udtrykker det: *"It is the relationship that heals"* (Hougaard, 2004, p. 273). Ud fra ovenstående synes den psykodynamiske psykoterapi at vægte relationen, hvilken jeg derfor vil beskæftige mig med i det følgende.

3.1.3 Den terapeutiske relation

Den terapeutiske relation indenfor den psykodynamiske psykoterapi indeholder en lang række elementer såsom terapeutens- og patientens rolle, som igen inkluderer en masse egenskaber og aspekter hos dem begge, som skal være til stede for at få størst muligt effekt af terapien (Hougaard, 2004; Dewald, 1969). Desuden spiller behandlingsalliancen samt overførings- og modoverføringsforholdet væsentlige roller i den psykodynamiske terapi, hvilket jeg vil komme nærmere ind på senere. *"Terapeut-klientforholdet kan tilsvarende henviser til såvel det konkrete forhold [står kursivt] mellem denne [står kursivt] klient og denne [står kursivt] terapeut som til almene rolleforventninger [står kursivt] til parterne i psykoterapi"* (Hougaard, 2004, p. 275). Det forekommer således at være op til den enkelte, hvorledes den terapeutiske relation forstås. Den terapeutiske relation synes at være et bredt emne, som i nærværende specialerapport kun berøres perifert, da hovedfokus ligger på behandlingsalliancen og overføringsforholdet, idet disse elementer vurderes væsentlige til belysning af problemformuleringen. Videre betragtes disse to elementer centrale i den terapeutiske relation. Det vil således ikke være alle aspekter af relationen, der medtages og diskuteres.

Når behandlingen starter, kan terapeuten vælge at starte med nogle udredende sessioner således, at terapeuten i samarbejde med patienten kan finde ud af, hvilke mål der skal sættes for terapien. Allerede her synes der at dukke en række vanskelige beslutninger op, idet terapeuten skal finde ud af, hvad de skal starte med at arbejde på. Som tidligere nævnt eksisterer selvskade endnu ikke som en selvstændig diagnose i ICD-10, hvilket synes at skabe problemer i psykiatrisk sammenhæng, hvor der er lovmæssige krav om diagnosticering. Hvis patienten kommer ind på grund af cutting, men terapeuten i øvrigt vurderer, at der er en række problemområder, såsom de forklaringer og funktioner, der

ligger til grund for cuttingen, der skal interveneres overfor, forekommer det vanskeligt at afgøre, hvad der først skal tages fat på. Med antagelsen om at individets psykiske processer hænger sammen, menes der i psykodynamisk terapi at arbejdes med individet som helhed, hvilket indebærer, at mange emner vil blive behandlet sideløbende, som så vil have en reducerende effekt på cutting. Diskussionen omkring målet i terapien vil blive berørt senere. Morten Kjølbye og Claus Haugaard Jacobsen ('in press') fremhæver relationen i forhold til at forstå årsagen til selvskadende adfærd frem for kun at se på den selvdestruktive handling. Særligt selvskadende adfærd kan udgøre en risiko hos terapeuten, hvis vedkommende ikke er opmærksom på at fastholde forklaringen og forståelsen heraf, idet den selvskadende handling netop kan fjerne denne opmærksomhed.

”For det første er konsekvensen af handlingen ofte negativ for patientens selvværd og forstærker eller fastholder patientens patologiske model af sig selv og verdenen, hvilket øger risikoen for gentagne maladaptive reaktioner. For det andet fjerner reaktionen ikke blot patientens opmærksomhed fra den eller de udløsende hændelser og de reaktive tanker og følelser, men den fjerner også andres herunder behandlernes opmærksomhed fra disse.” (Kjølbye & Jacobsen, in press, p. 41).

Terapeuten kan således blive fanget i at forsøge at stoppe den selvskadende adfærd og mister opmærksomheden på den udløsende faktor såsom en hændelse eller traume i patientens liv, der har ført til denne adfærd. Idet patienten oplever, at terapeuten er interesseret i at forstå vedkommendes liv, og patienten gennem samtale selv får en forståelse af sammenhængen mellem hændelser, tidligere relationer og den selvskadende adfærd, synes den terapeutiske relation at medføre tilknytning frem for afvisning (ibid.). Som tidligere påpeget kan cutteren ofte opleve afvisning og negativ adfærd fra personalet efter gentagne indlæggelser jf. punkt 2.2.2, (Møhl, 2006). ”*Et ændret fokus fra problemadfærd til bagvedliggende årsager giver personalet en mulighed for at møde patienten på en anden måde, hvilket medfører, at den selvdestruktive adfærd konverteres fra en oplevelse af afvisning til tilknytning*” (Kjølbye & Jacobsen, in press, p. 44). Patienten synes gennem relationen til terapeuten

at opleve en anden form for relation, et andet mønster, som ikke bekræfter de relationer vedkommende tidligere har oplevet og gennem forståelsen af disse relationer, synes det muligt for patienten at ændre sin adfærd. Dog forekommer det til tider vanskeligt at være terapeut for en cutter med ekstrem selvdestruktiv adfærd, idet vedkommendes holdning til sig selv, magtesløshed og selvdestruktive håndtering af følelser synes at kunne vække følelser af blandt andet vrede, irritation og magtesløshed samt en stærk omsorgsfølelse hos terapeuten, hvilket vil blive diskuteret senere.

3.1.4 Behandlingsalliancen

Hougaard (2004) fremhæver en evidensundersøgelse skrevet af Norcross, hvor forskellige variabler bliver fremhævet i forhold til at være dokumenteret virksomme i terapi. Heraf er den terapeutiske alliance nummer et, herefter empati samt samarbejde og enighed mellem patient og terapeut om målsætning. Derudover kommer sandsynligt virksomme aspekter såsom terapeutens varme accepterende adfærd overfor patienten, terapeutens ægthed og terapeutens evne til at forholde sig konstruktivt til problemer i behandlingsalliancen, hvilke må anses som non-specifikke faktorer jf. punkt. 3. Bergin & Lambert konkluderer, ifølge Hougaard (2004), at patientvariabler har den største betydning for terapiens effekt, hvorefter terapeutvariabler, som ovenfor beskrevet, spiller den næststørste rolle. I konklusionen fremgår det, at det vil *”være af større betydning for psykoterapiens resultat, hvilken konkret terapeut der udfører behandlingen, end om han eller hun anvender f.eks. psykodynamisk eller kognitiv adfærdsmæssig terapi”* (Hougaard, 2004, p. 115). Hougaard (2004) opdeler en lagkagemodel med 50 % klientvariabler, 30 % til terapeutens konkrete kompetence, og henholdsvis terapeutens erfaring og teknik udgør 10 %. Ydermere synes det ikke ligegyldigt, hvorvidt terapeuten er uddannet og har erfaring, dog i mindre grad end de personlige egenskaber.

Behandlingsalliancen fremhæves således af blandt andre John Norcross (2002) som værende af afgørende betydning for effekten af terapien. Desuden skriver Amelio A. D’onofrio; *”because the core issues of these individuals are grounded in problems of attachment and relating, effective treatment for self-injurers begins with the therapeutic alliance”* (D’onofrio, 2007, p. 154). Joseph Sandler, Christopher Dare og Alex Holder

(1994) fremhæver to forskellige definitioner af behandlingsalliancen, hvoraf den ene kan ses som et bredt paraplybegreb, hvor det er en sammensætning af alle de faktorer, der holder patienten i terapien også i modstandsprægede tider. Den anden tilgang er lidt mere snæver og anser alliancen som et begreb,

”der specifikt angår patientens viden om og opmærksomhed på sin sygdom og hans bevidste og ubevidste oplevelse af behovet for at gøre noget ved den; sammenhængende hermed er en i patienten til rådighed stående evne til at udholde den anstrengelse og smerte, der er forbundet med at forholde sig til indre konflikter.” (Sandler et al., 1994, p. 49)

Ud fra ovenstående citat synes behandlingsalliancen så at sige at mangle terapeutdelen, som forekommer væsentlig, idet terapeuten er en del af relationen. Desuden betragtes det usandsynligt i dag at se bort fra den gensidige interpersonelle interaktion, da det ville være reduktionistisk blot at kigge på et af bidragene til alliancen. Terapeutens rolle i behandlingsalliancen anses således at være af væsentlig betydning, idet vedkommendes personlige egenskaber, ifølge Hougaard (2004), synes at fremme eller hæmme dannelsen af behandlingsalliancen. Hougaard påpeger, at ”*terapeutens personlige egenskaber spiller en nok så væsentlig rolle som hans eller hendes professionelle uddannelse og tekniske kunnen*” (Hougaard, 2004, p. 110). Norcross (2002) påpeger, at terapeutens rolle i alliancedannelsen blandt andet inkluderer empati, varme, evnen til at forholde sig til svingninger i alliancen og evnen til at nå frem til behandlingsmål sammen med patienten. Endvidere skal behandlingsalliancen, ifølge Sandler et al. (1994), udvikle sig gennem hele terapiforløbet, og terapeutens autenticitet synes derfor også at indvirke på behandlingsalliancen hele vejen igennem. Ydermere forekommer det sandsynligt, at behandlingsalliancen har indvirkning på terapeutens valg af interventioner, og en stærk alliance er formentlig bedre rustet til interventioner såsom konfrontationer og tolkninger end en skrøbelig alliance. Ydermere forekommer det sandsynligt, at en terapeut, der er emotionelt tilstede, ikke dømmende og autentisk, kan ”slippe af sted” med mere, idet patienten formentlig vil føle sig accepteret og forstået. Svingninger i behandlingsalliancen skal ligeledes rummes af terapeuten (Norcross, 2002; Sandler et al., 1994), hvilket formodes at have en indvirkning på valg

af interventioner. Desuden skal terapeuten kunne rumme, hvis interventionen bevirker, at behandlingsalliancen bliver påvirket i negativ retning.

Den terapeutiske relation og behandlingsalliancen er blevet belyst som et led i at forstå, hvilke udfordringer terapeuten kan komme ud for i terapi med en selvskadende patient. For en dybere forståelse vil de følgende afsnit omhandle nogle mere konkrete følelser, som typisk kan opstå hos henholdsvis patient og terapeut. Først tages tavshedspligt i betragtning, idet tavshedspligten omkring en selvskadende patient synes at kunne være et aspekt, der gør det vanskeligt at være terapeut for en cutter.

3.1.4.1 Tavshedspligt

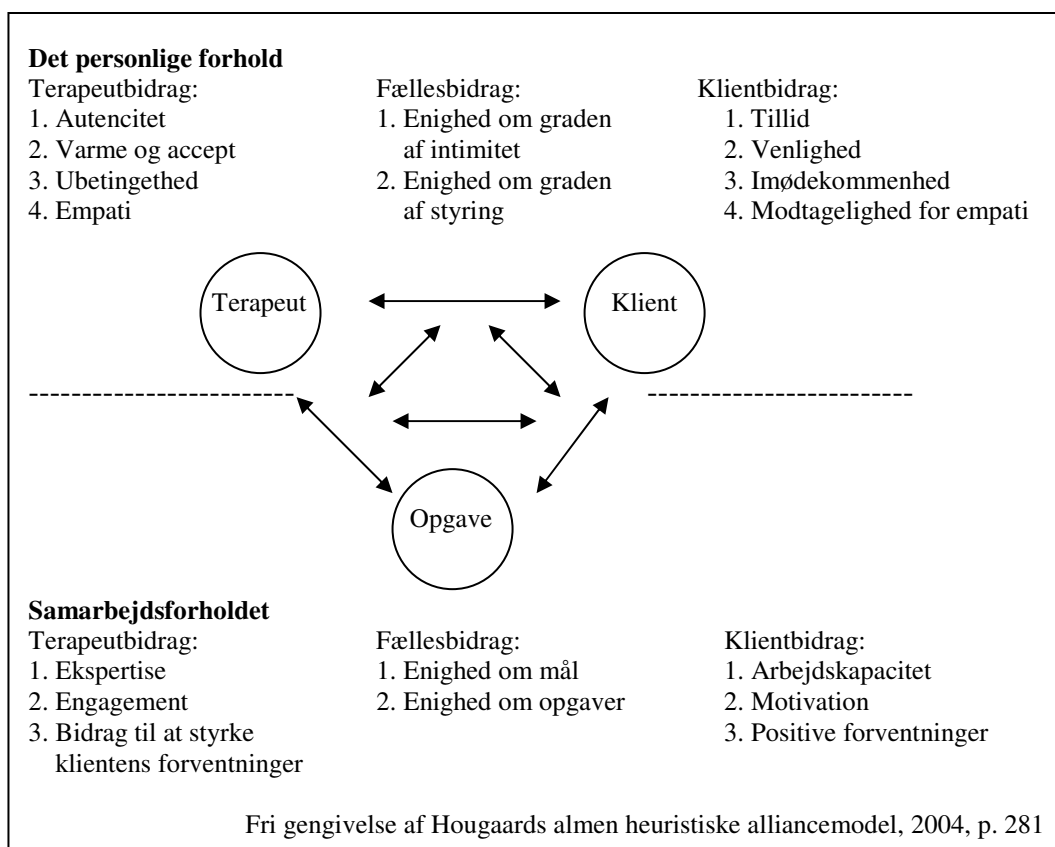
I forlængelse af terapiens opstart med eventuelle forsamtaler eller indledende samtale og alliancedannelse forekommer rammerne for terapien at være af betragtelig betydning, hvorfor rammerne anses som værende noget af det første terapeuten taler med patienten om. Idet tillid som sagt er et centralt begreb og redskab i psykologens arbejde betragtes oplysning omkring tavshedspligt væsentlig og særligt i forbindelse med cutteren, som tidligere nævnt kan være meget skeptisk. Endvidere betragtes det væsentligt at tale om tavshedspligt, særligt hvis patienten er indlagt, da det her kan blive nødvendigt at tale med blandt andet læger og plejepersonale om patientens tilstand. Patienten skal vide, at psykologen har tavshedspligt, hvilket desuden synes at være ét aspekt i etableringen af en god behandlingsalliance. Haldor Øvreeide (2002) påpeger, at *”det vigtige poenget er at det er [...] klientens ”rett til konfidensialitet” som skal respekteres, ikke taushet som sådan”* (Øvreeide, 2002, p. 108). Det anses således at være centralt, at psykologen fokuserer på, hvad patienten ønsker, der skal holdes i relationen mellem de to nærmere end at fokusere på tavshed generelt. Dog forekommer det sandsynligt, at det i praksis vil komme anderledes til udtryk, idet psykologen ikke spørger til, hvorvidt hvert enkelt aspekt eller fortælling skal holdes tavst for omverdenen. Øvreeide (ibid.) påpeger en række dilemmaer omkring italesættelse af tavshedspligten, da det på den ene side er korrekt at informere patienten om tavshedspligt, og på den anden side kan det give nogle begrænsninger i forhold til, hvad patienten så vil tale om, og det kan måske resultere i modstand. I forhold til psykiatriske patienter kan der opstå et dilemma, idet patienten måske ikke helt forstår konsekvenserne af tavshedspligt. Desuden kan det betyde, at patienten ikke har tillid til

psykologen, fordi vedkommende indgår i et behandlerteam, og patienten tror fejlagtigt, at psykologen fortæller alt videre til de andre faggrupper, hvilket synes at kunne være tilfældet med en cutter. Det forekommer dog stadig væsentligt at informere om tavshedspligten, men det skal nok overvejes, hvor detaljeret informationerne gøres. Det kan blive nødvendigt for eksempel at konsultere en læge, hvis den selvskadende patients sår er dybe, og hvis cutteren ikke ellers har fortalt om sårene til andre, kan det måske opfattes som tillidsbrud. Psykologen har således et fagligt ansvar i forhold til tavshedspligten. Ud over tavshedspligten udgør praktiske informationer en del af rammerne såsom tid for session, hvornår er den næste session, hvor lang tid varer en session; begyndelses- og sluttidspunkt. Igen synes det relevant at drøfte, hvad selve terapien går ud på, og hvad der skal ske, hvilket synes at kunne virke beroligende på patienten. Birgitte Brun og Per Knudsen (2006) påpeger, at det kan være en god idé, at terapeuten begynder med at tale til at starte med, hvis patienten er indesluttet og lukket, hvilket formodes at kunne være tilfældet med en cutter. Rammerne synes således at være en god måde at få åbnet samtalen og en mulighed for terapeuten for at indbyde til tillid og tryghed.

Som tidligere beskrevet i nærværende specialerapport er de fleste cuttere unge mennesker, hvilket desuden implicerer, at cutteren ofte er under 18 år og dermed umyndig. Det forekommer derfor væsentligt at medtage betragtningen omkring samarbejde med forældre, idet en alliance med dem forekommer yderst væsentlig, endog nødvendig i nogle tilfælde. I forhold til tavshedspligt forekommer der at være både nogle lovmæssige og etiske regler omkring, hvad der snakkes med forældrene om, hvor det ligeledes betragtes væsentligt, at et tillidsforhold opbygges til forældrene for at opnå bedst mulig behandling for patienten (Hopkins, 1999). Endvidere forekommer det sandsynligt, at der for terapeuten opstår en række vanskeligheder, idet nogle af forældrene til disse unge måske ikke er særlig ressourcestærke selv, hvilket kan vanskeliggøre et samarbejde og særligt et engagement fra deres side. Det synes dog at være en stor diskussion for sig, som jeg ikke vil gå nærmere ind i her, men blot nævne det, da det forekommer at være et væsentligt aspekt omkring behandlingen af den unge cutter.

3.1.4.2 Terapeutens og patientens roller

Hougaard opstiller følgende model omkring det terapeutiske forhold.



Hougaard (2004) fastslår, at empati er empirisk dokumenteret som værende betydningsfuld i terapi, hvilket tillige gør sig gældende, dog i lidt mindre grad, for varme og accept. Han påpeger, at autenticitet er kritiseret særligt af psykoanalytikere, idet autenticitet kan være en trussel mod neutraliteten, hvilket vil blive belyst senere. Idet nærværende specialrapport koncentrerer sig omkring terapeuten, vil dennes bidrag blive diskuteret yderligere senere.

Det forekommer muligt, at en selvskadende patient ikke altid bidrager med ovenstående imødekommenhed, tillid og modtagelighed for omsorg. Igen synes det centralt at pointere, at cuttere er forskellige, og forklaringerne på udviklingen af den selvskadende adfærd synes desuden yderst væsentlige, fordi det kan sige noget om blandt andet den tillid, patienten tør vise terapeuten. Umiddelbart betragtes det sandsynligt, at et

omsorgssvigtet barn ikke ville kunne nære umiddelbar tillid til en ny voksen. I den forbindelse pointerer John Bowlby (2001), at den tilknytningsstil, der grundlægges i barndommen er vedvarende. ”*Prospektive undersøgelser [viser], at når det enkelte tilknytningsmønster først er udviklet, er det tilbøjeligt til at vare ved*” (Bowlby, 2001, p. 141). Endvidere forekommer det vanskeligt for et barn eller en ung, der ikke har været vant til at modtage omsorg fra forældre at tage imod omsorg fra en fremmed, selvom det i bund og grund må være det vedkommende søger. Bowlby (ibid.) påpeger, at tilknytningsmønsteret bliver en egenskab hos individet, som kan overføres til nye relationer, eksempelvis til en terapeut. Som nævnt tidligere, jf. punkt 2.3.1, er den velkendte form for omsorg den mest trygge for barnet uanset om, det er misforstået omsorg som eksempelvis seksuelt misbrug og svigt. Hougaard (2004) påpeger, at kvaliteten af patientens objekt-relationer har en indflydelse på terapiens prognostiske udsigter. Således er den basale tillid væsentlig, og mangel på samme kan udgøre en risiko i forhold til alliancedannelsen. Desuden fremhæver han, at det kan være vanskeligt at etablere konstruktive alliancer med patienter, der har ”*særlige lidelser, f.eks. borderline-personlighedsforstyrrelse*” (Hougaard, 2004, p. 290). Da det ikke synes at kunne konkluderes, at alle cuttere lider af borderline-personlighedsforstyrrelse (Suyemoto, 1998) synes dette argument alligevel brugbar i forhold til selvskadende patienter ud fra den betragtning, at mange cuttere har nogle af de samme problematikker som især borderline personlighedsforstyrrede.

Tilknytning anses ifølge Hougaard (2004) at være af betydning for alliancen, hvor det særligt har været patientens tilknytningsstil, der er blevet undersøgt. Dog foreligger der ikke ret mange undersøgelser omkring det, og de fleste af dem, Hougaard refererer til, er selvrapporteringer om tilknytningsstil. Mallinckrodt, Gantt & Coble (1995) har dog undersøgt klientens tilknytning til terapeuten. Undersøgelsen er baseret på et trefaktoranalytisk spørgeskema til terapeuten omkring patientens tilknytningsstil.

“(a) *Secure* (14 items), experiencing the therapist as responsive, sensitive, understanding, and emotionally available; feeling hopeful and comforted by the counsellor; and feeling encouraged to explore frightening or troubling events; (b) *Avoidant-Fearful* (12 items), suspicion that the therapist is disapproving, dishonest, and likely to be rejecting if displeased; reluctance to make personal disclosures in therapy; and feeling threatened, shameful, and humiliated in the sessions; (c) *Preoccupied-Merger* (10 items), longing for more contact and to be "at one" with the therapist, wishing to expand the relationship beyond the bounds of therapy, and preoccupation with the therapist and the therapist's other clients.” (Mallinckrodt, Gantt & Coble, 1995, p. 310)

Det betragtes vanskeligt at generalisere i forhold til, hvilken tilknytningsstil der passer til en cutter, idet selvskadende patienter er forskellige, og fordi der kan være mange forskellige forklaringer på, hvorfor *denne* person har udviklet den selvskadende adfærd. I betragtning af den signifikante relation mellem svigt, manglende anerkendelse af følelser, misbrug og selvskadende adfærd synes det imidlertid muligt, at begge de utrygge tilknytningsstile kunne være dominerende blandt denne patientgruppe. Særligt den ængstelig/evasive tilknytningsstil, som synes at stemme overens med mistillid hos cutteren, korrelerer, ifølge Hougaard (2004), negativt med behandlingsalliancen, hvilket virker sandsynligt, når alliancen bygger på tillid, åbenhed overfor empati og motivation fra patientens side. D'onofrio (2007) fremhæver desuden; “*when one's relationship with a caregiver is the very source of the trauma, one's ability to attach well is severely compromised*” (D'onofrio, 2007, p. 154). Det synes altså at understøtte tesen om, at det kan være vanskeligt at opbygge en behandlingsalliance med en cutter, dog med traume som årsagsforklaring in mente. Katrine Keller Sørensen, psykolog ved Ungdomscentret i Århus, har erfaring med at arbejde med selvskadende unge, og for hende synes det ikke umiddelbart sværere at danne en behandlingsalliance med en cutter end andre patientgrupper, hvilket synes interessant, da det modsiger ovenstående (Sørensen, personlig kommunikation, 15.04.2009). Der forekommer dog at være en række faktorer, der kan have indvirkning herpå, idet Sørensen hovedsageligt arbejder ud fra kognitive

adfærdsterapeutiske principper og ydermere har en stor del af de unge, der kommer i Ungdomscentret, selvskadende adfærd, og det kan måske derfor være svært at sammenligne med andre patientgrupper (Sørensen, 2008). D'onofrio (2007) påpeger, at den terapeutiske alliance er det vigtigste element i terapien, og det er denne alliance, der skal fokuseres på først og fremmest, idet patienten behøver en vis form for tryghed for at kunne arbejde.

”How one relates to the client and the quality of the alliance established is as important as what is actually said or done in therapy, if not more so. Without the context of safety, trust, respect, and connection, little enduring work can take place.”
(D'onofrio, 2007, p. 154)

Foregående citat forekommer at give et indtryk af, at hvis ikke alliancen er etableret, og patienten til en vis grad er tryk, kan der ikke arbejdes, hvilket betragtes som en væsentlig faldgruppe, idet cutteren netop forekommer at kunne være vanskelig at danne en alliance med, og terapeuten opgiver vel ikke arbejdet, fordi der ikke kan dannes en alliance. Det optimale ville uden tvivl være at disse betingelser var i orden, men jeg forestiller mig dog, at terapeuten, i arbejdet med en selvskadende patient, må væbne sig med tålmodighed og vægte de egenskaber, der skal til for at gøre patienten modtagelig for empati med henblik på opnåelse af tillid. Tillid forekommer således at være det første terapeuten skal fokusere på i alliancedannelsen med en patient med selvskadende adfærd.

3.1.4.3 Tillid

Behandlingsalliancens dannelse synes allerede at begynde ved det første møde. Her forekommer tillid som tidligere nævnt at være et af de første skridt på vejen i forhold til at få en effekt af terapien, hvor Hougaard (2004) fremhæver terapeuten som tillidsvækkende overfor patienten. Øverland (2006) påpeger, at cuttere ofte har været udsat for en række svigt fra voksne og det kan derfor være svært for terapeuten at opnå tillid. Det er derfor væsentligt, at terapeuten ikke sætter sig høje mål omkring tillid fra patienten, og at tillid som oftest skal opnås gennem en længere relation, hvor patienten oplever en anderledes form for nærvær og tilknytning. Det forekommer ikke

hensigtsmæssigt, at terapeuten starter med at sige ”du kan stole på mig, jeg er ikke som de andre voksne” eller noget lignende, idet den unge cutters tillid til andre netop er skeptisk og særligt overfor fremmede (Øverland, 2006). Terapeutens autenticitet synes desuden at have indvirkning på behandlingsalliancen og herunder opbygningen af tillid, idet patienten her danner sit første indtryk af terapeuten. Det er også her patienten kan få be- eller afkræftet nogle af sine hypoteser om terapeuten (Nielsen & Von der Lippe, 1996). At turde tale om det, der foregår, også i den terapeutiske relation, synes afgørende. Øverland (2006) fremhæver desuden betydningen af, at terapeuten tør tage ansvaret for at snakke om vanskelige emner og ikke stiltiende se til. Patienten kan eksempelvis have oplevet forældre, der ikke turde tage konflikter, og det forekommer således muligt, at cutteren søger en reaktion hos forældrene ved at skære sig. Hvis terapeuten er åben og tør italesætte det, der sker i relationen, kan det tillige have en positiv effekt på udviklingen af tillid ud fra den betragtning, at terapeuten er ligefrem og ikke skjuler noget. Desuden forekommer det at være en del af autenticiteten, at terapeuten er sig selv og italesætter vanskelige emner og viser dermed, at der ikke sker noget ved det. Det betragtes således betydningsfuldt, at terapeuten formår at skabe tryghed samt udvise oprigtig interesse og empati, for at patienten ikke bliver skræmt eller føler, at terapeuten devaluerer vedkommende.

Neutralitetsbegrebet refererer til tanken om, at terapeuten ikke vurderer og dømmes samt ikke tager stilling (Gullestad & Killingmo, 2007), hvor Gabbard (2000) uddyber, at terapeuten ikke dømmes i forhold til patientens tanker, adfærd, følelser og ønsker. Det er således denne definition, der henvises til, når begrebet anvendes i specialrapporten. Neutralitet synes også at indvirke på alliancedannelsen og opbygning af tillid, idet terapeuten forholder sig neutralt; ikke dømmende, overfor patientens fortælling. Neutraliteten synes at spille en betydelig rolle i forsamtalerne², fordi der her bliver talt meget bredt om patientens liv, og det er derfor vigtigt, at terapeuten ikke dømmes patienten ud fra det, der bliver fortalt. Her forekommer den selvskadende adfærd at gøre det vanskeligt for terapeuten, særligt den uerfarne terapeut, altid at forholde sig neutral. Desuden vækker det en undren omkring, hvor neutral terapeuten skal være, hvilket forekommer at være forskelligt fra den ene terapeut til den anden, så længe det vel at

² Her synes det igen væsentligt at pointere, at terapeuter arbejder forskelligt og ikke alle indleder behandlingen med forsamtaler.

mærke ikke går ud over autenticiteten. Videre kan det pointeres, at der forekommer at være en risiko forbundet med stor erfaring på området, idet den nysgerrighed og åbenhed en uerfaren terapeut formodes at møde patienten med synes at kunne aftage i takt med erfaring, ligesom det unikke i individet antages at kunne falde i værdi for den erfarne terapeut. Denne diskussion vil dog ikke blive ført dybere i nærværende specialerapport. Anita Moe & Kristin Ribe³ (2007) beskriver, hvordan et forløb med selvskadende patient foregår, og hvad der blandt andet sker hos psykologen.

”Noe som hjalp meg, hans: ”Det å gå i terapi er ikke for å ikke føle, men nettopp det motsatte, det å føle masse, og, være klar over følelsene.” Når jeg kutter meg, forklarer han, skyver jeg mye av følelsene unna, og da er det på mange måter å motarbeide terapien, legge lokk på det vi skal jobbe med der. Og det er et argument jeg til slutt innså meningen med. Men det tok lang tid. Og jeg trengte en ekthet fra psykologens side også, en gang han så tydelig ble så innmari skuffa over meg, at jeg enda en gang hadde skjært meg.” (Moe & Ribe, 2007, p. 50)

Autenticiteten sammen med den ikke dømmende holdning fra psykologens side bekræftes her at være uvurderlig, og den ikke dømmende holdning ligeså. Desuden anses Freuds oprindelige (Sandler et al., 1994), endog misforståede begreb om neutralitet, hvor terapeuten ikke viser følelser, at have bevirket, at patienten i dette tilfælde antageligt ikke havde taget terapeutens ord til sig. Videre betragtes det sandsynligt, at terapeuten længere henne i forløbet godt kan forholde sig til den selvskadende adfærd på en måde, så adfærden bliver omtalt negativ, men stadig på en ikke dømmende måde, hvilket forekommer at være indbegrebet af neutralitet. Neutraliteten eller den ikke dømmende holdning synes dog væsentlig gennem hele forløbet. Dog kræver det formentlig noget forskelligt af terapeuten afhængigt af, hvad der bliver fortalt, og terapeutens egne erfaringer og følelser. Omvendt synes manglende neutralitet at have afgørende betydning for alliancen og opbygning af tillid, idet patienten kan være bange for at sige noget af frygt for at blive dømt (Hougaard, 2004).

³ Anita Moe er psykolog og ansat ved Senter for kvinne- og kjønnsforskning ved Universitetet i Oslo. Kristin Ribe er filolog og har mange års egenerfaring med selvbeskadigelse.

Særligt påpeger Øverland (2006) skam hos den unge cutter, hvilket understreger betydningen af den ikke dømmende holdning hos terapeuten. Endvidere vurderes det sandsynligt, at skammen bevirker, at patienten er tilbageholdende med at nære tillid til terapeuten.

Når relationen som bekendt er så betydningsfuld, bliver det essentielt at undersøge patientens følelser, der fremkommer i terapien, da terapeuten konfronteres med disse i mødet med patienten og følelserne tillige skaber udgangspunktet for terapien. Hertil skal det dog tilføjes, at selvskaden sandsynligvis kan vække særskilte følelser i terapeuten, hvilket jeg vil komme nærmere ind på senere. Det vil således være nogle af de typiske, i litteraturen (Øverland, 2006; Moe & Ribe, 2007; D'onofrio, 2007), beskrevne følelser, der vil danne ramme for den videre belysning af den terapeutiske relation.

3.1.4.4 Skam

Som tidligere beskrevet er skam en af de stærkeste følelser, der bliver aktiveret i et menneske, når vedkommende skader sig selv og har dermed også en selvforstærkende effekt på selvskaden, da det så kan medføre at vedkommende ikke kan håndtere følelsen og derfor skader sig igen.

”På et mye dypere nivå vil skam bli forstått som sentralt for personer som skader seg selv på grunn av at de ofte har en utviklingshistorie og en personlighetsstruktur der skam er sentral. Ifølge en slik forståelse er selvskading et resultat av skam som en sentral affekt i deres liv, heller enn som et resultat av selvskadingen per se.” (Øverland, 2006, p. 82)

Skam forekommer således at kunne være roden til en ond cirkel af selvskadende adfærd. I det terapeutiske arbejde betragtes skam desuden at være en essentiel følelse for terapeuten at vurdere, og kan eventuelt gøre det vanskeligt for terapeuten at arbejde med patienten. Øverland (2006) forklarer, at mange patienter og terapeuter gennem tiden har erfaret, at mange ugers terapi kan være omsonst, fordi skamfølelsen sejrer. Skamfølelsen ligger hele tiden i baghovedet på patienten også i samtalerne med

terapeuten. Tillid til terapeuten viser sig derfor igen nødvendig for, at patienten kan se ud over skammen og berette åbent om selvskaden. Videre pointerer Øverland (ibid.), at skamfølelsen ikke altid viser sig i terapisituationen, og derfor kan terapeuten komme til at overvurdere patientens bedring i terapien. Patienten vil snarere mærke skamfølelsen senere og tænke, at terapien kunne være brugt bedre, jeg er ikke en "god nok" patient eller lignende. Moe & Ribe (2007) fremhæver tillige skam og påpeger, at mange cuttere hverken viser ar eller bandager til trods for, at de er indlagte på psykiatrisk afdeling. Skammen indbefatter ikke kun det at skære i sig selv, men også skammen omkring at have brug for andre, ikke at kunne klare sig selv. *"Det er, mente jeg, utrolig skammelig å trenge andre, å være sårbar [...] en helt grunnleggende og ubestridelig setning i livet mitt [...] "Klar deg selv" (Moe & Ribe, 2007, p. 24).* Finn Skårderud har ifølge Øverland (2006) inddelt skam i tre underkategorier for nemmere at kunne forstå, hvad skam er, hvilke synes væsentlige i forståelsen af selvskadende adfærd. *Skamfølelsen* er ikke kun en negativ følelse men en følelse af respekt og forståelser af grænser, følelsen er intuitiv og kan danne rammen omkring, hvad der er acceptabelt i en given kultur. *Skam-angst* henviser til en frygt for at blive afsløret eller vanæret, hvilket ikke nødvendigvis er en reel frygt. Individet med manglende selvtillid mangler oftest tro på egne evner og overdriver i stedet egne begrænsninger. *Skamreaktionen* er den akutte reaktion på at blive afsløret eller føle sig afsløret i forhold til andre eller sig selv, denne følelse opstår meget hurtigt, men forsvinder kun langsomt igen (Øverland, 2006, p. 83). I forståelsen af selvskadende adfærd synes det væsentligt at se den angst for at blive afsløret, som patienten oplever i forhold til, at tidligere traumer såsom mobning eller overgreb kommer frem, eller at de bliver afsløret som værende ikke gode nok eller ækle, som de føler sig. Øverland (ibid.) beskriver, hvordan offeret for et overgreb kan føle, at vedkommende må tage en del af ansvaret på sig i forhold til det/de overgreb, der er hændt tidligere i livet, og som vedkommende i øvrigt ikke kunne gøre noget ved det gang. Som tidligere nævnt under punkt 2.3.3 kan individet have et ønske om at straffe sig selv, og idet vedkommende forsøger at skjule sit traume og påtage sig skylden for det, kan det være svært at snakke om.

”De vil også unngå situationer og ord som kan føre til at de ”avslører” seg. I en slik situation, der de ikke kan snakke om det, men heller ikke klarer at å la være å tenke på det, - kan selvskading være en metode som oppleves som trøstende.”
(Øverland, 2006, p. 84)

Selvom skam kan være med til at give en forståelse af selvbeskadigelse, kan skammen, ifølge Øverland (2006), aldrig gemmes væk, den vil altid være der. Det må således være et spørgsmål om, at patienten skal bearbejde sine traumer og lære at acceptere skam på en mere tålelig måde, og således blive bedre til at håndtere skam-angst, fordi skamfølelsen er en naturlig del af at være menneske, som også er en måde at navigere i sociale sammenhænge jf. Skårderuds opdeling (Øverland, *ibid.*). I mødet med en selvskadende patient og skamfølelsen hos denne, forekommer neutralitet igen at være et væsentligt aspekt, idet Øverland (*ibid.*) påpeger, at i skamfølelsen ligger naturligt en frygt for at blive mødt med foragt. Hvis terapeuten således ikke er opmærksom på sine reaktioner, kan det måske være sværere at opbygge tillid og alliance, men på den anden side synes betragtningen omkring autenticitet ligeledes at skulle medregnes. Det kan derfor være et dilemma, hvor meget terapeuten skal reagere og hvordan. Skammen forekommer at kunne gennemsyre individet så meget, at det må føles uoverskueligt at skulle ændre på disse indgroede mønstre og selvopfattelse. Magtesløshed bliver således fremhævet af Øverland (2006) som en hyppigt forekommende følelse hos den selvskadende patient.

3.1.4.5 Magtesløshed

Magtesløsheden kommer til udtryk i ønsket om at stoppe med at skære sig selv, men det kan være svært at finde ud af, hvad der skal til for at kunne stoppe. Som Sofia Åkerman (foredrag, den 15.04.2009, Frivillig Huset, Århus) udtalte, er det ikke sikkert, at man kan lade være, selvom man godt ved, hvad man skal gøre, og hvad der skal til. Hendes erfaring var derfor, at et pres om en aftale omkring at stoppe med at skære sig var u hensigtsmæssigt fra terapeutens side.

”Noen gange virker virkeligheten så innviklet at det er vanskelig i det hele tatt å forestille seg hvordan en kan begynne å endre den. Slik er det noen ganger også med ungdom som har bestemt seg for å slutte å skade seg. Selvskadingen kan være så innvevd i deres livsførsel eller knyttet til så mange ubehagelige følelser at det er vanskelig å finne et område å begynne på.” (Øverland, 2006, p. 88)

Øverland skildrer et eksempel, hvor terapeuten forsøker med flere indgangsvinkler til, at patienten kan få en anden oplevelse af sig selv og virkeligheden samtidig med, at terapeuten forsøger at få patienten til at ændre nogle helt konkrete ting i hverdagen og omkring sin arbejdssituation, som så kan føre til ændring og bedring hos hende. Patienten er dog så forvirret omkring, hvad der er rigtigt og forkert og kan i hendes tilfredsstillelse af andre ikke finde ud af det kaos, hun oplever. Først efter flere forsøg finder hun ud af, det er uretfærdigt for hende selv at leve med at skulle tilfredsstille andre i den grad, og de har sammen fået et lille hul ind til det, der kan være en begyndende ændring for hende. Eksemplet synes at vise, hvor svært det kan være at sidde overfor en patient, der afviser det ene forsøg på ændring efter det andet, og endvidere foreligger muligheden vel også for, at terapeuten bliver fanget i denne magtesløshed, hvilket vil blive belyst senere.

3.1.5 Nonspecifikke faktorer

Der synes at være bred enighed om (Hougaard, 2004; Øverland, 2006), at nonspecifikke faktorer har en kurativ effekt i psykoterapi. Der er således en række faktorer hos terapeut og patient, som har en indvirkning på, hvorledes deres indbyrdes relation bliver, og som ikke altid kan beskrives helt konkret. ”*Dersom behandleren er veldig forskjellig som privatperson og behandler, vil en av disse fremtoningene være falske*” (Øverland, 2006, p. 126). Autenticitet forekommer således at dukke op igen som en væsentlig faktor i terapien. Desuden påpeger Øverland (2006), at terapeutens evne til at tilpasse sig den enkelte patients behov er essentiel for at være en god terapeut, hvilket dog kan være slidsomt for terapeuten. Der forekommer at være en hårfin grænse mellem, at terapeuten skal være autentisk og dermed skulle være tro mod sin egen

personlige væremåde, og på den anden side tilpasse sig den enkelte patients behov, hvilket må inkludere at skifte toneleje og fremtoning generelt. Teknikker synes mindre vigtige i forhold til personlige egenskaber, og fokus må rettes på, hvorledes terapeuten kan integrere teknikkerne i sin holdning. Terapeutens kendskab til sig selv og dermed det spekter, man som person kan spænde over i forhold til, hvad der ligger en naturligt, synes derimod essentiel. Denne undren vil jeg dog ikke gå nærmere ind i. Implicit viden synes i højeste grad at være en non-specifik faktor, som ikke rigtig kan måles og vejes, men som skønnes at være betydningsfuld i relationen med en patient og måske særligt en cutter, idet vedkommende måske ikke umiddelbart kommer og fortæller, hvordan hun/han har det, eller at vedkommende overhovedet skærer sig. Indlevelsesevne forstås derfor at være en del af den implicitte viden.

3.1.5.1 Implicit viden

Hougaard (2004) pointerer, at det, ifølge Schön, generelt er karakteristisk for praktikere at anvende tavs/implicit viden, således; ”*den ubevidste erfaringsbaggrund, som gør det muligt at handle hensigtsmæssigt og indsigtfuldt, uden at man er i stand til at forklare hvordan*” (Hougaard, 2004, p. 175). Tavs viden synes at spille en væsentlig rolle i terapeut-patientrelationen, idet den synes at gavne en indsigtsmæssig og forstående handle måde overfor patienten og dermed gavnlig for behandlingsalliancen. Tavs viden forstås desuden at indeholde aspekter såsom varme, respekt og forståelse, som er svære at måle. Der fremkommer dog en undren omkring, hvorvidt denne implicitte viden kun gælder erfarne terapeuter, eller om det er en personlig kompetence, som en utrænet terapeut tillige kan besidde. Umiddelbart betragtes det sandsynligt, at en uerfaren terapeut lige så vel kan tune sig ind på patientens behov og leve sig ind i patientens følelser og oplevelser. Hougaard (2004) fremhæver en undersøgelse af ekspertise, foretaget af Chi et al., som viser, at eksperter hurtigere diagnosticerer problemet og hæfter sig ved dybdestrukturer i modsætning til novicer, der hæfter sig ved overfladeinformationer. Det giver et klart indtryk af, at implicit viden medfølger erfaring, hvilket formentlig også har en betydning, da terapeuten således med sin erfaring hurtigere vil kunne genkende eksempelvis mønstre. Dog understreger Jette Fog, ifølge Hougaard (ibid.), at det er terapeutens personlige baggrund, der er af betydning, hvilket selvfølgelig vil inkludere terapeutisk erfaring, men i princippet vil en utrænet

terapeut ligeledes kunne anvende implicit viden med den personlige baggrund, vedkommende har. Det ville antageligvis være indenfor et bestemt område, hvis terapeuten eksempelvis selv har oplevet tab, selvskade eller lignende, hvilket, ifølge Hougaard (ibid.), udtrykkes af Malan således at *"det er [...] lettere at føle sig ind i og forstå tilstande, som man har personligt kendskab til"* (Hougaard, 2004, p. 178). Dog påpeger Fog, at det ligeledes er terapeutens *"erfaringer med betydningsfulde andre, nedfældet i relationsstrukturer [...] som en implicit erfaringshorisont af central betydning for det terapeutiske arbejde"* (Hougaard, 2004, p. 177), hvilket forstås således, at terapeutens personlige erfaring kan anvendes bredt i henhold til tavs viden. I forhold til terapeutens personlige erfaring og dermed anvendelse af implicit viden, kan det undre, hvorvidt det vurderes at være en personlig kompetence, hvilket betragtes sandsynligt, idet disse kompetencer er en del af terapeutens person. Ydermere påpeger Fog, ifølge Hougaard (2004), at *"terapeutens empatiske færdigheder [...] må antages i markant grad at være præget af den pågældendes historie og personlighed"* (Hougaard, 2004, p. 177). Således synes flere af terapeutens personlige egenskaber blandt andet at udspringe fra personlig erfaring. Dog forekommer der desuden at foreligge en risiko ved at have personligt kendskab til patientens problematikker, idet terapeuten muligvis foregriber patientens historie og glemmer at spørge nærmere ind til dennes historie.

3.1.6 Terapeutens personlige egenskaber

Som tidligere nævnt vægtes en række egenskaber hos terapeuten såsom autenticitet, varme og accept, hvilke formodes at have en kurativ effekt i terapien. Hougaard (2004) pointerer, at i en undersøgelse af Sloane et al., hævder minimum 2/3 af klienterne, at terapeutens personlighed har haft indvirkning på terapiens udbytte. Desuden påpeger Hougaard, *"at tale med en varm og forstående person er en vigtig kurativ bestanddel af [...] psykoterapi"* (Hougaard, 2004, p. 214). Desuden påpeger Nielsen & Von der Lippe (1996), at terapeutens egnethed til en vis grad afhænger af, om patient og terapeut fungerer godt sammen, hvorfor terapeutens autenticitet synes at være betydningsfuld, og det betragtes sandsynligt, at jo bedre kemi jo bedre alliance. Hougaard (2004) påpeger, at *"terapeutens aktive emotionelle reaktioner betød mere for klienternes bedring end de terapeutiske tolkninger"* (Hougaard, 2004, p. 276). Det forekommer dog tillige at være et spørgsmål om personlig stil, i hvilken grad terapeuten reagerer emotionelt, men at det

dog er væsentligt, ifølge Gullestad & Killingmo (2007), ikke at være distanceret, emotionelt neutral og kølig. Det betragtes essentielt, at terapeuten evner at skabe en umiddelbar tryghed og dermed skaber de rette betingelser for klientens udvikling (Øverland, 2006). Hvis terapeuten virker for autoritær, bebrejdende eller indgyder skamfuldhed, vil det blive meget svært, ifølge D'onofrio (2007), at danne en behandlingsalliance med cutteren, idet den selvskadende patient vil være mere åben overfor en voksen, som vedkommende er tryk ved, og som viser oprigtig interesse og omsorg for at hjælpe. Desuden skal behandlingsalliancen ideelt set udvikle sig i løbet af terapien, hvilket tillige er terapeutens opgave at hjælpe med. Dette kan, ifølge Sandler et al. (1994), gøres ved ”*at tilsikre en stabil og regelmæssig ramme for patientens kommunikation*” (Sandler et al., 1994, p. 47). Jeg vil som sagt ikke gå nærmere ind i de konkrete rammer omkring terapien, men snarere fokusere på relationen, som tillige betragtes som en del af rammerne i terapi.

3.1.6.1 Autenticitet og neutralitet

Idet begreberne løbende er blevet anvendt i ovenstående afsnit, vil disse kun kort blive omtalt under dette afsnit. Ifølge Gullestad & Killingmo (2007) er autenticitet sine qua non. Det forekommer således både umuligt og uhensigtsmæssigt, at terapeuten ikke er til stede i rummet som sin egen person og dermed inddrager sig selv med sin egen personlighed. Dog synes det væsentligt at skelne mellem terapeuten som egen person og privat person. Terapeuten skal være naturligt til stede i rummet, og således er det forskelligt fra terapeut til terapeut, hvordan vedkommende er naturlig. Dog påpeger Gullestad & Killingmo (ibid.), at egenskaber såsom varme, empati og vedvarende interesse skal være til stede. Leif J. Braaten (1971) fremhæver Rogers hypotese om, at jo mere ubetinget accept, jo større chance er der for vellykket terapi. I forhold til arbejdet med en selvskadende patient forekommer det muligt, at ubetingetheden kan blive sat på prøve hos terapeuten, både i forhold til terapeutens egne grænser, og for hvad vedkommende vurderer acceptabelt i terapien. Gullestad & Killingmo (2007) fremhæver desuden, at terapeutens væsen indvirker på relationen mellem terapeut og klient.

Som tidligere defineret refererer begrebet neutralitet til en ikke dømmende holdning. Gullestad & Killingmo (2007) fremhæver desuden, at Freuds begreb om neutralitet ofte

er blevet misforstået og understreger, at terapeutens neutralitet ikke udelukker menneskelig varme og sympati, men at der snarere er tale om teknisk neutralitet, som ”refererer til en position i forhold til overføringen” (Gullestad & Killingmo, 2007, p. 182). Hougaard (2004) påpeger derimod, at en neutral holdning ofte medfører emotionel distance og influerer derved negativt på alliancen. Der synes således at være uenighed om, hvorvidt autenticitet udelukker neutralitet, ”neutralitet må defineres som et princip om håndtering af overføring og er ikke en beskrivelse af terapeutens fremtræden i terapisituationen” (Gullestad & Killingmo, 2007, p. 182). Dog kunne det være interessant at undersøge, hvorvidt det er muligt for terapeuten altid at være autentisk og neutral overfor den samme patient og særligt en cutter, idet Gullestad & Killingmo (2007) påpeger, at ”for nybegynderterapeuten kan det virke som en umulig opgave” (Gullestad & Killingmo, 2007, p. 181), da det kan være svært at fange underteksten i nuet, og fordi terapeuten nemt kan blive fanget af klientens udspil. Neutralitet synes at være komplekst og ydermere lægger teoretikere tydeligvis vægt på forskellige aspekter omkring begrebet, selvom der synes at være overvejende enighed om, at begrebet dækker over en ikke dømmende holdning.

3.1.6.2 Empati og accept

Terapeuten synes at skulle evne at se om blandt andet svingninger i behandlingsalliancens styrke skyldes noget i patienten, der overføres, eller noget i terapeuten, der modoverføres, og som patienten således reagerer på (Norcross, 2002; Sandler et al., 1994). Denne evne til at sætte sig ind i patientens følelser og situation, leder hen til terapeutens evne til empati, hvilken der synes at være bred enighed om at have en afgørende betydning for behandlingsalliancen. Norcross (2002) fremhæver empati i sine undersøgelsesresultater, og Carl R. Rogers (1957) pointerer, at terapeuten skal have evnen til empatisk indlevelse, for at terapien lykkes. Empati giver terapeuten mulighed for at kommunikere sin forståelse til patienten med udgangspunkt i patientens følelser og oplevelser, dog med en anden indgangsvinkel. Empatien bevirker formentlig tillige, at patienten føler sig forstået, hvilket må være tillidsvækkende og dermed fremmende for behandlingsalliancen. En anden terapeutisk evne, som virker tillidsvækkende er Rogers’ *unconditional positive regard*. En ubetinget accept af patienten og dennes følelser bevirker formentlig, at patienten ikke føler, at terapeuten er

dømmende. Mary Theophilakis (1999) påpeger ligeledes betydningen af, at terapeuten tilstræber ubetinget accept. Dog påpeger Norcross (2002), at denne ubetingede accept indeholder flere aspekter såsom tillid, forståelse, varme, respekt, interesse og empati. Ydermere fremhæver han problemstillingen om, hvorvidt varme eller ubetinget accept kan måles uden også at måle graden af empati. I den forbindelse kan der refereres til undren jf. punkt. 3.1.5.1 i forhold til om nonspecifikke faktorer såsom varme overhovedet kan måles, og om empati desuden kan måles, det forekommer måske snarere at være et spørgsmål om vurdering. Evnen til empati synes at være af særlig betydning med vanskelige patient- og overføringsforhold, som en selvskadende patient antages at være ud fra den betragtning, at disse patienter kan være sværere at nå ind til. Empati må videre være væsentlig for at opnå tillid.

Ud fra Rogers' (1957) holdning til ubetinget accept, betragtes det væsentligt, at terapeuten, i det omfang det er muligt, kun behandler patienter som vedkommende kan udvise denne ubetingede accept, da der synes at være mulighed for ved første samtale at henvise patienten andetsteds hen. Dog forekommer det at være en lidt for smal sti i forhold til at afvise mennesker, men terapeuten skal selvfølgelig gøre op med sig selv på forhånd, hvorvidt vedkommende ville kunne arbejde med en patient, der skærer sig og forvolder anden skade på sig selv. Øverland (2006) fremhæver tillige denne pointe omkring, at terapeuten skal arbejde med patienter, som vedkommende så at sige passer til, men pointerer derudover, at terapeuten skal kunne tilpasse sig den enkelte patient. I praksis forekommer der ikke at være denne præcise skelnen, idet psykologer indenfor det psykiatriske system formodes at få tildelt nogle patienter. Dermed ikke sagt, at de ikke kan henvises videre, men det er måske lidt sværere. For det andet er det jo ikke sikkert, at terapeuten ved, hvilken skade patienten gør på sig selv, eller hvor svær patienten er at arbejde med, førend terapien er i gang og måske endda et stykke henne i forløbet. Det vurderes derfor mere hensigtsmæssigt, at terapeuten selvfølgelig overvejer, hvilke patientgrupper vedkommende måske ikke kan arbejde med, samt at terapeuten får supervision og egenerapi, hvilket vil kunne fremme terapeutens bevidsthed omkring egne følelser og reaktioner. Dermed forekommer det tillige essentielt, at terapeuten arbejder med den ubetingede accept og kender egne grænser. Det betragtes muligt, at der i løbet af et terapiforløb dukker noget op, som terapeuten ikke kan acceptere, til trods for at terapeuten godt har kunnet udvise den ubetingede accept hidtil. I tilfælde af

at terapeuten ikke er i stand til at udvise den ubetingede accept, må det forventes, at styrken af behandlingsalliancen kan falde en tid. Da det er vigtigt at være autentisk, må det tillige sættes i forbindelse med at vise ubetinget accept, hvortil Gelso & Carter, ifølge Hougaard (2004), påpeger, at det kan være vanskeligt at være autentisk samtidig med at vise ubetinget accept overfor fjendtlige patienter. Først og fremmest er det væsentligt at finde ud af, hvad der ligger i ordet fjendtlig, idet selvskadende adfærd forekommer at være fjendtlig, men overfor hvem? Desuden synes cuttere at kunne være fjendtlige i den forstand, at de har svært ved at vise tillid og dermed kan være en smule fjendtlige over for at tage imod hjælp og dermed overfor terapeuten. Rogers (1957) udtrykker dog, at denne form for ubetinget accept nok kun findes i teorien, da det kan svinge i et terapiforløb og oftest må ses som grader i relationen. Relationen mellem terapeut og patient er således væsentlig for alliancen, og som Binder et al. (2001) påpeger, er det primært de emotionelle relationer og den komplekse samspildynamik, der bevirker udvikling og psykologisk vækst.

Det tyder på, at terapien umiddelbart ikke vil kunne lykkes uden etablering af behandlingsalliance. Dog forekommer det sandsynligt, at et terapiforløb ville kunne gennemføres uden etablering af en stærk behandlingsalliance, men det kan være, at effekten af terapien ikke er helt så god, som den ellers ville have været. Ydermere er det forskelligt, hvad patienten forventer af terapeuten, og det kan så diskuteres, hvorvidt der alligevel ikke er en behandlingsalliance mellem patient og terapeut, hvis de så at sige passer sammen, selvom terapeuten kun har få af de nævnte personlige egenskaber.

3.1.6.3 Magtesløshed

Som tidligere beskrevet kan den selvskadende patient føle sig magtesløs overfor at ændre sin adfærd. Terapeuten kan ifølge Øverland (2006) også føle magtesløshed sammen med en række andre følelser, som kan overvælde terapeuten under sessionerne eller bagefter. *"Å arbejde med ungdom med selvdestruktivitet, håbløshed og dårlig nettverk vil lett føre til at hjelpere opplever maktesløshet"* (Øverland, 2006, p. 127). Når patienterne fortæller deres historier og beretter om deres følelser og oplevelser, kan det påvirke terapeuten i en sådan grad, at vedkommende kan blive overrasket over egne reaktioner. Nogle af de typiske reaktioner er, ifølge Øverland (2006), vrede, målløshed og forvirring samt magtesløshed. Det forekommer derfor væsentligt, at terapeuten

erkender og bearbejder egne følelser og reaktioner overfor selvskadende patienter for at undgå at blive skræmt af sine egne reaktioner og for at undgå at modoverføre nogle uhensigtsmæssige følelser til patienten. Øverland (ibid.) fremhæver en undersøgelse af Talseth (2001), hvor sygeplejerskers relation til selvskadende patienter sættes i sammenhæng med deres reaktioner herpå. *Den distancerede relation* gav sygeplejersken en følelse af medlidenhed uden at sætte sig ind i patientens situation, hvilket tillige bevirkede, at sygeplejersken følte sig ansvarlig, når patienten havde selvmordstanker. Denne relation medfører desuden en manglende kontakt til patienten, hvilket kan give terapeuten følelser af hjælpeløshed og inkompetence. I *nærhedsrelationen* var sygeplejersken opmærksom på egne følelser såsom tristhed og fortvivlelse, og hun lyttede til patienterne, hvilket medførte tillid til patienterne, som blev gjort ansvarlig for deres handlinger. ”*Jeg er kommet langt fordi noen ga meg tillit til å finne fram kreftene i meg selv*” (Moe & Ribe, 2007, p. 135). At terapeuten viser patienten tillid synes således væsentligt, og det forekommer betydningsfuldt for relationen, at tillid er gensidigt og ikke kun noget terapeuten skal opnå fra patienten jf. punkt 3.1.4.3. Selvom der er en masse teknikker, terapeuten kan lære sig i forhold til at håndtere selvskadende patienter, betragtes personlige egenskaber som tidligere nævnt at have en væsentlig betydning for, hvilke følelser og reaktioner terapeuten oplever. Øverland (2006) fremstiller et case-eksempel, hvor terapeuten oplever følelser af vrede og afsky, og hans slutkommentar til hende var: ”*at dersom hun absolutt måtte skade seg selv, kunne hun bruke en saks ettersom det da ville bli ordentlig blødning*” (Øverland, 2006, p. 128). Han fik senere en besked fra patienten, der skrev, at han havde ret, det blødte virkelig, når hun brugte en saks. Der er nok ingen tvivl om, at terapeuten herefter blev overvældet af en række følelser, men det viser, at terapeuten ikke altid gør det mest hensigtsmæssige, selvom erfaring og teknikker er veludviklede. Terapeutens personlighed skinner også igennem en gang imellem, og som tidligere argumenteret forekommer autenticitet at være hensigtsmæssig i terapi, og autenticiteten bliver måske udfordret og sætter spørgsmålstegn ved, hvor grænserne går. Ydermere må det være et spørgsmål om, at terapeuten endnu har ubearbejdede følelser i forhold til selvskadende adfærd, som så er vigtigt at erkende og arbejde med.

Det forekommer dog ikke at være helt uhensigtsmæssigt, at terapeuten reagerer med magtesløshed, vrede og hjælpeløshed, idet Øverland (2006) påpeger, at disse følelser

kan give terapeuten en forståelse af, hvordan patienten har det. Der kan således eksistere en række paralleller mellem patientens og terapeutens følelser.

”Vår fortvivlelse over å ikke kunne gi den hjelpen vi synes pasienten fortjener, kan være en parallell til pasientens fortvilelse over å ikke ha andre muligheter til å uttrykke seg enn gjennom selvskading. Behandlerens bitterhet over at pasienten synes å unndra seg terapeutisk kontakt, kan være en parallell til pasientens vekslende håp og redsel ovenfor behandlerens nærhet.” (Øverland, 2006, p. 129)

Idet terapeuten oplever disse følelser, kan vedkommende sandsynligvis bedre sætte sig ind i de lidelser patienten ofte oplever, og ydermere kan det være gavnligt at holde ud, da det vil vise en modsat form for relation, end den selvskaderen antageligt er vant til. Det kan ifølge Øverland (ibid.) også være en form for test, hvis patienten prøver vedvarende at afvise terapeuten, og det må give en særlig betydning for patienten, hvis terapeuten kan udstå dette.

3.2 Opsamling

Den terapeutiske relation vægtes i den psykodynamiske psykoterapi, hvor der ligeledes er fokus på behandlingsalliancen. Behandlingsalliancen opbygges ud fra en række faktorer og roller fra henholdsvis terapeutens- og patientens side samt nogle fælles egenskaber og mål. I behandlingen af selvskadende patienter forekommer en række følelser generelt at forekomme både hos terapeut og patient, hvor mistillid, vrede og en fælles oplevelse af magtesløshed synes at være gennemtrængende. Med fokus på terapeuten tyder det på, at terapeutens personlige egenskaber og non-specifikke faktorer spiller en væsentlig rolle i terapi, hvor empati, varme og accept er fremtrædende. De paralleller, der er omtalt i ovenstående afsnit samt de følelser, der kan komme i spil hos terapeuten, leder over til en mere dybdegående diskussion af, hvordan det er at være terapeut for en selvskadende patient.

4. DISKUSSION

4.1 Terapeut for en cutter

Nedenstående diskuteres, hvordan det er at være terapeut for en selvskadende patient med fokus på de følelser, der kan vækkes i terapeuten, og eventuelt de dilemmaer vedkommende kan komme til at stå i. Da der forekommer at være mange forskellige reaktioner og modoverføringsfølelser, vil det være de, i litteraturen, mest beskrevne følelser, der behandles. Overførings- og modoverføringsforholdet er et centralt punkt i den psykodynamiske psykoterapi (Yeomans et al., 2002; Gullestad & Killingmo, 2007, Øverland, 2006), og begreberne hænger sammen og synes at skulle forklares i sammenhæng, men indbefatter tillige en række aspekter hver især. Løbende i diskussionen defineres begreberne, som de anvendes i nærværende specialerapport.

I det læste litteratur (Favazza, 1996; D'onofrio, 2007; Walsh, 2006; Øverland, 2006) fremstår terapi med selvskadende patienter, som noget af det sværeste for terapeuten, hvor Møhl (2006) pointerer: *"blandt alle svært forstyrrede patienter, så er selvskadere dem, der er sværest at forstå og behandle"* (Møhl, 2006, p. 104). Trods disse udtalelser forekommer der at være meget begrænset mængde litteratur omkring, hvordan det er at være terapeut for en selvskadende patient. Der forekommer at være flere mulige forklaringer herpå, blandt andet er cutting som tidligere nævnt et fænomen, der bliver mere og mere fremtrædende i den vestlige verden (Skårderud, 2005). Tidligere betragtedes selvskade udelukkende som en del af borderline personlighedsforstyrrelsesdiagnosen, hvor selvskade også stadig hører under. Idet cutting ikke har en selvstændig diagnose, kan selvskade, herunder cutting, diagnostisk placeres i den diagnosekategori, som kaldes "Vane og impulshandlinger" i diagnosesystemet ICD-10, mere konkret i undergruppen "Andre vane- og impulshandlinger" (F63.8). Samtidigt er selvskade et aspekt, der imødekommer kriterierne i ICD-10 for borderline personlighedsforstyrrelse (Gabbard, 2000; Møhl, 2006; WHO, 2003). Det forekommer umiddelbart fordelagtigt, at terapeuten, indenfor det psykiatriske system, har en kategori at forholde sig til i konkretiseringen af målsætningen for den enkelte patient. Eksempelvis betragtes det hensigtsmæssigt at kende til forskellige former for interventioner, såsom støttende interventioner, hvis

patientens mest påtrængende behov består i at opnå eller genoprette en følelse af at være og have ret til at være, som det synes at være muligt med en cutter (Gullestad & Killingmo, 2007). Det betragtes ligeledes meningsfyldt, at terapeuten har mulighed for at revurdere interventionsmetoden senere i behandlingen og dermed anvende forskellige former for interventioner. ICD 10's deskriptive diagnoser er, som Jacobsen & Kjølbye ('in press') påpeger, ikke nyttige indenfor relationelt funderet psykiatri og bør suppleres med de underliggende psykologiske og relationelle forhold. Spørgsmålet om evidensfokuseret forskning synes at blive en del af diskussionen omkring behandlingen af selvskade, og kan eventuelt tillige være en forklaring på den tilsyneladende manglende litteratur omkring det at være terapeut for en cutter. Denne betragtning kommer ud fra, at den evidensfokuserede forskning ud fra den læste litteratur på området (Hougaard, 2004; Binder et al. 2001; Smedslund, 2008) typisk lader til at udføres med udgangspunkt i en lidelse eller diagnose, som ses i relation til behandlingsudbytte. Når denne forskning overføres til praksis, synes den dog at have begrænset værdi for klinikere, fordi den kliniske virkelighed i kraft af menneskets dynamiske karakter er betydeligt mere kompleks end en diagnose rummer (Søndergaard, 2009). Der er dog kommet mere fokus på selvskade og særligt cutting som et selvstændigt fænomen, dog med co-morbiditet til blandt andet spiseforstyrrelser (Favazza, DeRosear & Conterio, 1989; Zlotnick, Zimmerman & Mattia, 1999) og borderline, som stadig anses at spille en væsentlig rolle i forhold til, at mange selvskadende individer diagnosticeres med borderline personlighedsforstyrrelse. Således kan en forklaring være, at der ikke tidligere har været så stort fokus på selvskade uafhængigt af andre diagnoser.

En anden forklaring synes at kunne være de terapiformer, der har vist sig effektive i behandlingen med selvskadende personer, hvor evidensforskning har vist Linehans dialektiske adfærdsterapi effektiv i forhold til behandling af borderline personlighedsforstyrrelse (Veague, 2008). *"The most empirically well-established treatment for borderline personality disorder is called [...] DBT"* (Veague, 2008, p. 80). Endvidere fremhæver Møhl (2006) dialektisk adfærdsterapi og mentaliseringsbaseret terapi som virksomme for både selvskadende individer og borderline personlighedsforstyrrede. Her synes det væsentligt at forholde sig kritisk til den dialektiske adfærdsterapi, idet effektforskningen bygger på terapi med borderline

personlighedsforstyrrede med tilstedeværende selvskadende adfærd. Men selvskadende patienter uden en borderline diagnose er ikke blevet undersøgt ud fra den litteratursøgning, jeg har foretaget. Igen synes en diskussion omkring evidensbaseret terapi at være presserende. Som tidligere nævnt forekommer der at være en betydelig interesse for evidensbaseret psykoterapi i samfundet i dag og har det formål at nærme sig en slutning om, hvilken terapiform er mest effektiv, og hvilken terapiform hjælper hvilke patientgrupper (Hougaard, 2004). Undersøgelse, forebyggelse og behandling ses helst bygget på forskningsresultater, der kan validere metodens effektivitet, selvom ekspertbedømmelser fra praktikere også kan give input (Hougaard, 2007; Hougaard, 2004). Praksis ønskes altså stærkt influeret af forskning. Interessen synes til en vis grad forståelig i en tid, hvor finansieringen af psykologisk behandling er mere krævende, og udgifterne til behandling indenfor sundhedsvæsenet er stigende. Evidensparadigmet synes positivt i den forstand, at den formentlig bidrager til udskillelsen af mistænkelige behandlingsmetoder, som ifølge Binder et al. (2001) stadig eksisterer indenfor det kliniske felt. God behandling er naturligvis en del af psykologers professionelle ansvar overfor patienten, men ud fra betragtningen om, at cuttere er forskellige og dermed kan have brug for forskellig behandling. Jeg beskæftiger mig dog ikke mere med dette, men stiller jeg mig kritisk overfor, hvorvidt den evidensfokuserede psykoterapiforskning egentlig fører til bedre udbytte for patienterne. I relation til cutteren synes der således at være en bekymring for, om det at finde den mest egnede metode til en bestemt gruppe vil indebære en risiko for negative konsekvenser for selvskadere og andre patienter. Jeg vil dog ikke gå dybere ind i kritik af dialektisk adfærdsterapi, men blot stille spørgsmålstegn ved det fokus, der er på terapeuten i denne terapiform. Ligeledes omtales kognitiv terapi ofte i litteraturen, også i forbindelse med selvskade, hvor der om end i mindre grad end dialektisk adfærdsterapi ses på terapeutens følelser og reaktioner. Ud fra en psykodynamisk orientering forekommer det dog yderst væsentligt at betragte terapeutens modoverføring i relation til patienten og dennes handlinger, idet *"modoverføringen kan bruges som et middel til å forstå pasienten bedre"* (Øverland, 2006, p. 107). Idet overførings- og modoverføringsbegreberne er centrale i nedenstående diskussion omkring det at være terapeut for en cutter synes det væsentligt kort at beskrive og definere begreberne, som de forstås og anvendes i nærværende specialrapport, hvilket gøres i nedenstående.

4.1.1 Overføring

Overføringsbegrebet har som mange andre psykologiske termer og forståelser udviklet sig gennem tiden. Freud anvendte første gang begrebet i forbindelse med at fremkalde verbale associationer hos patienterne, hvor han opdagede, at patienten ofte overførte egne pinefulde tanker til lægens person (Sandler et al., 1994). 10 år senere, omkring 1905, anvendte Freud ifølge Sandler et al. (ibid.) igen termen, som dækker over de fantasier og impulser, der bliver vækket i løbet af analysen. Karakteristisk for dem var, *”at de erstatter en eller anden tidligere person med lægens person. [...] en hel række psykologiske oplevelser gen-opleves – ikke som hørende fortiden til – men som havende at gøre med lægens person i det givne øjeblik”* (Sandler et al., 1994, p. 53). I den første tid ansås overføring at udgøre en hindring eller modstand i terapien, men udviklede sig til at være et terapeutisk redskab, og herfra videreudvikledes overføringsbegrebet blandt andet af Anna Freud, som fremhævede eksternalisering og projektion. I 1930’erne repræsenterede Melanie Klein teorier, som betragtede senere adfærd som gentagelser af relationer i de første leveår, hvilket resulterede i, at terapeuter anså alt som værende overføring og lyttede ikke til udsagn, der ikke var overføringer. Endvidere har forskellige teoretikere, ifølge Sandler et al. (1994), beskæftiget sig med bredden i overføringen, hvor der har været uenighed om, hvorvidt overføring indeholdt alle aspekter af relationen mellem patient og terapeut, om det udelukkende var gentagelser fra fortiden, samt hvorvidt overføring kun finder sted i det analytiske rum. Overføringsbegrebet henviser til, at patientens følelser, holdninger og reaktionsmønstre, knyttet til relationer i fortiden, overføres til terapeuten, hvilket foregår ubevidst for patienten (Sandler et al, 1994; Øverland, 2006; Gullestad & Killingmo, 2007). Dog udvider Gullestad og Killingmo (2007) begrebet til også at inkludere det pres, patienten lægger på terapeuten,

”begrebet overføring skal ikke nødvendigvis begrænses til patientens måde at forvrænge sin perception af terapeuten på, men kan siges at omfatte alle de ubevidste og ofte meget subtile forsøg fra patientens side på at manipulere analytikerens i den analytiske situation i den hensigt at fremkalde en bestemt slags svar fra ham.” (Gullestad & Killingmo, 2007)

Det vil således være ovenstående definition på overføring, der anvendes i nærværende specialerapport. Øverland (2006) påpeger, at jo dårligere funktionsniveau patienten har, desto mere primitive kan overføringerne være og kan således spænde bredt mellem kærlighed og had. For at kunne benytte sig af overføring som en teknik, betragtes det essentielt, at terapeuten først og fremmest kan identificere overføring som overføring, hvilket må forudsætte, at terapeuten kender patientens historie. I forhold til en selvskadende patient vurderes tidligere relationer som centrale for terapeutens arbejde, idet overføringer, der eksempelvis afspejler mistillid og forventning om afvisning, formodentlig kan påvirke relationen og behandlingsalliancen. Hvis terapeuten kender til disse tidligere relationer forekommer det sandsynligt, at vedkommende bedre kan opfange overføringen og dermed reagere på en hensigtsmæssig måde.

Forskellige former for overføring synes tillige at have indflydelse på, hvordan det er at være terapeut for en cutter og på, hvilke modoverføringsreaktioner terapeuten skal være opmærksom på. Groft set opdeles de i positiv og negativ overføring, hvor den positive kan være idealisering af terapeuten eller en erotiseret overføring (Kernberg et al., 2000). Negative overføringer bunder, ifølge Kernberg et al. (2000), i aggression og manglende tolerance i forhold til ambivalente følelser. Overføringsaspektet synes at indeholde en lang række elementer, som jeg ikke vil gå yderligere ind i her, idet jeg har lagt vægten på modoverføringsaspektet. Der kan i den forbindelse argumenteres for at modoverføringsreaktionerne i høj grad afhænger af overføringen, hvilket forekommer plausibelt, dog vil emnet ikke blive belyst nærmere. Den foregående definitionsafklaring synes alligevel væsentlig, idet modoverføringen ifølge Kernberg et al. (ibid.) også påvirkes af overføringen, og det er ud fra den betragtning, at begrebet anvendes til belysningen af, hvordan det er at være terapeut for en cutter.

4.1.2 Modoverføring

Idet modoverføringsbegrebet indeholder en lang række aspekter og i sig selv kan danne omdrejningspunktet for en diskussion, vil begrebet kun kort blive gennemgået, hvor definitionen, som anvendes i denne specialerapport fremgår. I begyndelsen anså Freud modoverføring som en hindring for terapien og påpegede desuden, at terapeuten skulle være uigennemsigtig og skulle ikke vise sin personlighed, terapeuten skulle være et spejl (Sandler et al., 1994). Freud var af den holdning, at terapeuten selv måtte gå i

analyse for at opnå selvindsigt, og da det viste sig at være utilstrækkeligt anbefalede han re-analyse hvert femte år. Hougaard (2004) påpeger betydningen af egenterapi, hvilket desuden er et krav fra Dansk Psykolog Forening i den psykoterapeutiske videreuddannelse. Egenterapien anses at være til gavn for terapeutens opnåelse af selvindsigt, således at terapeutens egne ubevidste konflikter ikke influerer terapien (Hougaard, 2004). Hvis dette ikke er muligt, forekommer der dog at være en mindsket risiko herfor, hvis terapeuten er bevidst om egne konflikter og reaktioner. Der skete en radikal ændring i synet på modoverføringsbegrebet i 1950'erne, hvor Paula Heimann (1949) betragtede termen *"to cover all the feelings which the analyst experiences towards his patient"* (Heimann, 1949, p. 81). Det er siden blevet diskuteret, ifølge Sandler et al. (1994), hvorvidt modoverføringsbegrebet kun skal omhandle terapeutens ubevidste reaktioner eller alle terapeutens reaktioner overfor patienten. Kernberg et al. (2000) betragter modoverføring som omfattende *"alle terapeutens emotionelle reaktioner på patienten"* (Kernberg et al., 2000, p. 76), hvilket forekommer at være i tråd med Heimanns definition. Det vil ligeledes være den definition, der arbejdes ud fra i nærværende specialerapport ud fra den betragtning, at terapeutens forskellige reaktioner kan være hensigtsmæssige i forståelsen af patienten og kan fortælle terapeuten noget om patientens indre. Kernberg et al. (ibid.) opdeler modoverføringen i neurotiske- og realistiske reaktioner, hvilke synes væsentlige i anskueliggørelsen af begrebet, hvorfor de beskrives nærmere nedenstående.

Neurotiske reaktioner. Fantasier, holdninger, følelser og adfærd, som udspringer af terapeutens egne ubearbejdede konflikter. Disse neurotiske reaktioner kan yderligere inddeles.

Reaktioner på overføringen. Modoverføring som direkte modsvarer patientens overføring. Eksempelvis kan den hjælpeløshed, patienten oplever, bevirke, at terapeuten opfattes som frelser.

Reaktioner på patienten. Modoverføring kan være terapeutens overføring på patienten som helhed. Eksempelvis behandler terapeuten patienten som en lillebror; kritiserer, hvilket sker uafhængigt af patientens overføring.

Reaktioner på behandlingsprocessen. Modoverføring kan være selve den proces at behandle patienten uden at omhandle patienten. Denne modoverføringsform vil således ofte gælde alle patienter for den samme terapeut, der kan have egne masochistiske eller sadistiske motiver i højsæde.

Realistiske reaktioner. De realistiske reaktioner kan ligeledes opdeles.

”Reaktioner på patienten under terapisessionen. Terapeutens holdninger, fantasier, følelser og adfærd kan udgøre en realistisk respons på patientens udtryk for holdninger, fantasier, følelser og adfærd; det vil sige på de intense og regressive aspekter af den primitive overføring. Disse aspekter af modoverføringen er, under normale omstændigheder, den mest dominerende årsag til terapeutens intense, emotionelle reaktioner på borderline-patienten. De kan udspringe af følgende kilder:

1. I terapisessionen (terapeut bliver irriteret på en patient [...])
2. Uden for terapisessionen som reaktion på, at en patient opfører sig på en måde, der virker anmassende og griber ind i terapeutens liv [...]
3. Uden for terapisessionen som reaktion på adfærd, der sætter behandlingskontrakten på spil [...]” (Kernberg et al., 2000, p. 77)

Reaktioner på begivenheder i patientens liv. Eksempelvis medfølelse i forbindelse med død i patientens nærmeste familie.

Reaktioner på begivenheder i terapeutens liv. Eksempelvis kan en terapeut, der skal flytte, have svært ved at lytte oprigtigt til patientens snak om adskillelse. (Kernberg et al., 2000, pp. 76-77).

I det terapeutiske arbejde med en cutter skønnes en række reaktioner og modoverføringsfølelser at blive vækket i terapeuten, hvor vrede, magtesløshed og omsorg, ifølge Møhl (2006), synes hyppigst forekommende i mødet med en selvskadende patient. Han fremhæver ydermere følelser af skyld, svigt, forfærdelse og utilstrækkelighed og skriver desuden, at *”ingen elsker en selvskader”* (Møhl, 2006, p. 103). I forlængelse heraf anbefaler Favazza (1996), at en terapeut ikke har mere end to selvskadende patienter i terapi ad gangen. Disse udtalelser synes at illustrere, hvilke

voldsomme følelser terapeuten kan opleve. Møhl (2006) påpeger, at terapeuten ofte reagerer umiddelbart med overvældende omsorg og entusiasme i forhold til at redde denne patient. Disse følelser forekommer at være realistiske reaktioner, jf. Kernbergs ovenstående skelnen, indtil det punkt, hvor de kan opfattes som direkte reaktion på patientens overføring af håbløshed og afmagt. Denne direkte reaktion på overføringen synes at foranledige frelsersyndromet, som kan være en af de neurotiske reaktioner, terapeuten først oplever. Hvis patienten ikke imødekommer denne hjælp, hvilket er en af patientens roller i forhold til alliancen, jf. punkt 3.1.4.2, så kan denne omsorg, ifølge Møhl (ibid.), let transformeres til had og afmagt. Han pointerer, at disse stærke modoverføringsreaktioner er noget af det, der gør det så svært at arbejde med selvskadende patienter. Det betragtes dog sandsynligt, at det er meget forskelligt, hvilke følelser der vækkes i terapeuten i arbejdet med en cutter, idet terapeutens egne oplevelser, relationer og følelser synes at påvirke måden vi reagerer på overfor andre mennesker, herunder forskellige patienter. Det forekommer derfor væsentligt at betone betydningen af, at de omtalte modoverføringsfølelser er generelle og hyppigt opståede reaktioner i terapi med en selvskadende patient. Dermed betragtes det ligeledes sandsynligt, at nogle terapeuter bedre kan arbejde med cuttere, og som tidligere påpeget af Fog, så har terapeutens egne relationer og oplevelse indflydelse på terapien. *”Også behandlere er mennesker. Og som alle andre mennesker er de præget af sine tidlige relationer og oplevelser”* (Øverland, 2006, p. 107). En terapeut, der enten af egen erfaring eller på anden vis har en anden forståelse af selvskaden, bliver måske ikke så skræmt af selvskaden og kender dynamikken bag. Denne terapeut synes derfor ikke umiddelbart at blive lige så påvirket af eksempelvis afmagt og had som andre terapeuter. Dog foreligger risikoen for en indforståethed mellem terapeut og patient, og spørgsmålet om autenticitet og selv-afsløring bliver således presserende. Ligeledes forekommer det vanskeligt altid at sige noget generelt i forhold til de modoverføringsfølelser, der vækkes hos terapeuten; hvorvidt der er neurotiske- eller realistiske reaktioner, da det må være forskelligt fra terapeut til terapeut, hvilke ubearbejdede følelser vedkommende sidder med og dermed reagerer med i forhold til overføringen.

Øverland (2006) påpeger, at unge selvskadere ofte ønsker at vide nogle personlige ting om terapeuten og er dermed lidt ligeglade med profession og titel. Dog påpeges

terapeutens personlige grænser, stil og holdninger igen som afgørende for, hvor meget eller hvor lidt vedkommende inddrager sig selv og egen historie i forsøget på at hjælpe patienten og opnå dennes tillid. Dog pointerer Øverland (ibid.), at de fleste klinikere vil mene, at det ikke er hensigtsmæssigt at fortælle om eventuel egen misbrugshistorie eller lignende, og at essensen er, at terapeuten holder sig patientens bedste for øje. Terapeuten skal således holde sig til egne grænser og kun gøre, hvad vedkommende mener at kunne hjælpe patienten og ikke for egen tilfredsstillelses skyld.

”Ungdom lurer på hvem du er. Derfor kan du dele litt av det med dem, når det hjelper deg til å oppnå tillit. Balansen mellom dette og selvutlevering er selvsagt viktig. En får vurdere balansegangen profesjonelt, slik en ellers gjør det innenfor den terapeutiske relasjon.” (Øverland, 2006, p. 132)

Øverland (ibid.) illustrerer i et case-eksempel, hvordan tillid kan opbygges ved at terapeuten fortæller en smule om sine egne interesser i forhold til sit virke uden egentlig at inddrage sig selv som person. Det synes at være den balancegang terapeuten skal finde, idet vedkommende inddrager sin person ved at fortælle om interesser indenfor sin profession for at opnå tillid, men uden at inddrage dybere personlig historie eller oplevelser. Hvis terapeuten inddrager sig selv for meget, synes der desuden at komme en forskydning af fokus i terapien, idet patienten formentlig vil kunne føle sig mindre værd eller betydningsfuld, fordi det terapeuten fortæller fordrer empati fra patientens side.

4.1.3 Afmagt

Magtesløshed, hjælpeløshed og afmagt synes at være hyppigt forekommende modoverføringsfølelser i terapi med selvskadende patienter (Øverland, 2006; Møhl, 2006). Disse følelser, som i øvrigt synes at være flere ord for den samme følelse, forekommer at kunne vækkes af flere forskellige aspekter i terapien. Den magtesløshed og opgiveness, som patienten føler, skønnes at kunne projiceres over på terapeuten, som derfor også kan komme til at føle sig hjælpeløs, hvis terapeuten vel at mærke ikke er opmærksom på, at det er overføring. Denne form for modoverføringsreaktion anses som værende af neurotisk karakter, idet den direkte modsvarer overføringen. Desuden

må det være demotiverende at sætte mange ressourcer ind på at hjælpe denne patient, og vedkommende så ikke vil eller kan tage imod hjælpen, hvilket synes at virke reelt, idet mange cuttere har været udsat for svigt og dermed er mistroiske overfor gode intentioner, særligt hos voksne. Denne utilstrækkelige evne til at modtage hjælp synes at kunne bevirke følelser af utilstrækkelighed og magtesløshed hos terapeuten. Ikke at være til nytte må være en frustrerende følelse at sidde med, og det synes igen vigtigt, at terapeuten for det første er opmærksom på, at det er overføring. Selvom terapeuten identificerer følelsen som modoverføring, og måske endda af neurotisk karakter, må det stadig være svært at sidde med denne følelse, simpelthen fordi terapeuten også er et menneske og måske kan det være en del af det, der gør det så svært at være terapeut for en selvskadende patient. Hvis terapeuten ikke føler sig nyttig, synes der at være mulighed for, at vedkommende prøver at kompensere sin magtesløshed med praktisk hjælp i form af økonomisk eller anden bistand, som opfattes som rammebrud. Her forekommer det endnu engang væsentligt at pointere, at terapeuten skal være opmærksom på, hvis behov vedkommende prøver at imødekomme. Der forekommer desuden at være en fare for, at terapeuten kan blive så indspundet i patientens dynamik, at terapeuten til sidst er nødt til at sætte en stopper for det, hvilket kan bevirke, at patienten føler sig svigtet, som sandsynligvis vil være en gentagelse af de formodede svigt, der er forekommet tidligere i patientens liv. Den fortvivlelse over ikke at kunne hjælpe patienten, som terapeuten kan sidde med synes eksempelvis at kunne være en parallel til patientens fortvivlelse over ikke at have andre muligheder for at udtrykke sig end ved at skære sig. Endvidere forekommer terapeutens bitterhed over patientens undvigelse fra terapeutisk kontakt at kunne være en parallel til patients vekslende håb og rædsel overfor terapeutens nærhed. Følelser af utilstrækkelighed og afmagt forekommer tillige at kunne forstærkes, hvis patienten får tilbagefald eller begynder at skære sig endnu mere, hvilket endvidere formodes at bevirke følelser som skyld og skam hos terapeuten, fordi det "ikke er tilladt" at have negative følelser omkring patienten (D'onofrio, 2007; Gabbard & Wilkinson, 1996). *"Når selvskaderen med sin pågående og dybest set uforståelige adfærd afviser vores forsøg på at hjælpe, bliver omsorgen uhyggeligt let transformeret til had, og disse "forbudte" følelser fører ofte til ligegyldighed eller hårdhændet behandling"* (Møhl, 2006, p. 104). Når terapeuten oplever modoverføringsfølelser som had, afmagt og afvisning i forhold til den omsorg,

der forsøges givet, påpeger D'onofrio (2007) begrebet *compassion fatigue*, som referer til, at terapeuten bliver så overvældet af disse følelser og afmagten fylder så meget, at det er nemmere at beskyldte patienten.

”Compassion fatigue occurs when clinicians come to feel so overwhelmed and helpless because of the pain and trauma of their clients that they have difficulty sustaining the capacity to respond usefully to those individuals. In these cases, it is easier to see self-injuring clients as uncooperative, self-sabotaging, and treatment resistant than to contain and be present to their powerfully primitive projections and behaviours.” (D'onofrio, 2007, p. 15)

Udover at være opmærksom på den afmagt, terapeuten kan føle i terapien med en selvskadende patient forekommer vrede og sågar had at være en væsentlig modoverføringsfølelse at tage med i sin betragtning og forståelse af reaktioner i terapien.

4.1.4 Foragt

Som ovenfor nævnt bliver den umiddelbare omsorg hurtigt vendt til foragt og had mod patienten, hvis denne ikke kan eller vil modtage den hjælp, der tilbydes. Under tidligere afsnit blev terapeutens rolle og bidrag belyst, hvor egenskaber såsom empati og accept er i højsæde. Når terapeuten føler så stærke følelser som foragt og had, forekommer det nærmest umuligt, at vedkommende ikke reagerer på dem, og både empati og accept synes således at blive særligt udfordret ved denne patientgruppe. ”*They [professional helpers] do not empathically communicate acceptance and thus fail to build trust*” (D'onofrio, 2007, p. 15). Det forekommer vanskeligt for en terapeut, der føler foragt overfor en patient, at udvise ubetinget accept, som jf. punkt 3.1.6.2, er en af hjørnestene i en vellykket terapi. Egenterapi og supervision betragtes her som essentiel, idet en terapeut, der kan tale om og få dybere indsigt i egne reaktioner, synes at være bedre i stand til at håndtere sine modoverføringsfølelser i terapien. Ydermere rejser spørgsmålet sig omkring autenticitet, da det forekommer hensigtsmæssigt for terapiens effekt, at terapeuten som tidligere nævnt er autentisk tilstede i rummet. Men vil det sige, at

terapeuten skal vise og fortælle, hvad vedkommende føler, hvis det er følelser af foragt, væmmelse og had? Det forekommer ikke hensigtsmæssigt at være autentisk på den måde, men nærmere, at terapeuten kan bruge de modoverføringsfølelser til at forstå patienten og måske snakke om, hvilke følelser det kan vække hos andre, idet en cutter formentlig har oplevet sådanne reaktioner hos andre, hvilket må give selvværdet hos det selvskadende individ endnu et dyk. Det forekommer således at være en balance terapeuten skal finde i forhold til, hvordan vedkommende reagerer og udviser autenticitet overfor patienten, idet personlig stil er forskellig fra terapeut til terapeut.

I tilfælde af at terapeuten ikke opfanger eller kan rumme og håndtere de reaktioner, der opstår i terapien, hvilket ifølge Kernberg et al. (2000) ofte sker, må det betyde, at terapeuten kan komme til at agere på disse følelser, hvilket til tider kan være uhensigtsmæssigt. Eksempelvis kan terapeuten trække sig fra patienten eller holde igen med at spørge ind til og vise oprigtig interesse, jf. punkt 3.1.6.2, hvilket kan videreudvikle sig til terapeutens lyst til at hævne sig og opføre sig sadistisk mod patienten. Disse modoverføringsreaktioner på følelser af foragt, had, væmmelse, opgiveness eller lignende, som terapeuten agerer ud, synes at kunne forklare den hårdhændede håndtering selvskadende patienter kan være udsatte for samt den ligegyldighed, terapeuten kan vise overfor patienten (Møhl, 2006). Desuden forekommer neutraliteten at blive sat ud på et sidespor, idet patienten sandsynligvis kan føle denne kommunikation fra terapeuten og dermed kan føle sig dømt. Følelsen af at blive dømt formodes, ligesom førnævnte reaktioner af foragt, at være genkendelig for en cutter, idet denne adfærd ikke møder tilstrækkelig forståelse i omgivelserne. Endvidere synes disse reaktioner yderligere at kunne forstærkes af reelt eller forstillet pres fra andre såsom forældre eller personale samt et pres fra patienten bevidst eller ubevidst, eksempelvis med trusler om selvmord (Øverland, 2006). I den læste litteratur synes der dog at være forbavsende lidt omkring de negative modoverføringsreaktioner, der kan forekomme, hvilket synes væsentligt at udforske. En forklaring herpå kunne være ubehaget ved de ”forbudte” følelser, terapeuten kan føle, men det synes betydningsfuldt for den enkelte terapeut, at flere undersøgelser blev foretaget med fokus herpå både for at hjælpe andre terapeuter og særligt for at kunne hjælpe selvskadende patienter bedre.

Ligesom det ud fra ovenstående forekommer at være forskelligt, hvordan den enkelte terapeut reagerer på en selvskadende patient, må det ligeledes tages med i betragtning, at alle patienter tillige er forskellige. Det kan derfor virke meget generaliseret at diskutere, hvordan det er at være terapeut for en cutter, idet disse patienter, som også tidligere nævnt under punkt 3.1.1 er ligeså forskellige som andre mennesker. Dog må der være en række faktorer, der går igen, ligesom det er tilfældet i gennemgangen af, hvordan cutting kan forstås, hvorfor det ellers synes umuligt at lære og forstå denne lidelse. Ifølge Øverland (2006) kan behandlere desuden reagere forskelligt fra gang til gang, og nogle gange kommer den følelsesmæssige reaktion endda først flere timer efter, at terapiesessionen er endt. Dette komplicerer terapeutens forståelse af sammenhængen mellem den følelsesmæssige reaktion og det, som udløste den.

At være terapeut for en cutter synes komplekst og kan indeholde særligt vanskelige elementer i forhold til de følelser, terapeuten oplever i terapien med en selvskadende patient. Der forekommer at være flere følelser, som synes at gå igen i den beskrevne litteratur, men det anses dog væsentligt at tage højde for individualiteten både hos terapeut og patient. I den forbindelse må det vægtes højt, at alle mennesker er forskellige, og hver enkeltes historie og oplevelser har indflydelse på, hvordan der reageres overfor andre mennesker og deres historier. Dermed vil den enkelte terapeut og patients personligheder ligeledes have afgørende betydning for den terapeutiske relation og udbyttet af behandlingen.

4.2 Borderline personlighedsforstyrrelse og cutting

I begyndelsen af specialeprocessen overvejede jeg at tage mere udgangspunkt i selvskade hos personer diagnosticerede med borderline personlighedsforstyrrelse, hvilket jeg dog fravalgte, idet jeg ikke umiddelbart finder det nødvendigt at inddrage dette aspekt for at forstå cutting. Omvendt synes den tilsyneladende manglende litteratur på området omkring cutting at kunne være hjulpet af litteratur omkring borderline, hvilket er den måde, jeg har anvendt begrebet på i nærværende specialerapport. En diskussion af sammenhængen mellem karakteristika for en cutter og for en borderline personlighedsforstyrret vurderes derfor relevant.

4.2.1 Karakteristika

Det gælder både for cutteren og den borderline personlighedsforstyrrede, at sådan en beskrivelse, som jeg vil komme med, er meget generel og derfor ikke passer på alle henholdsvis med en diagnose og med selvskadende adfærd. Dette synes at være i tråd med den pointe, der er forsøgt holdt gennem specialerapporten, at alle mennesker er forskellige, så derfor kan det være svært at sige noget generelt om behandling for alle cuttere. Ydermere synes der også at være en problemstilling omkring de cuttere og borderline personlighedsforstyrrede, der undersøges, fordi det oftest er patienter. Suyemoto (1998) påpeger, at flere undersøgelser viser, at borderline personlighedsforstyrrede med selvskade oftest er forbundet med stærkere psykopatologi end borderline personlighedsforstyrrede uden selvskade. Dog forekommer det igen at kunne være en fejlkilde, at de undersøgte er indlagte patienter og dermed dårligere end patienter, der ikke er indlagte eller går i længerevarende terapi. Ifølge Suyemoto (ibid.) er størstedelen af selvskadere unge single piger, og den første episode med selvskade er oftest i midten til sidst i teenageårene, og de opnår ofte mindre professionel succes end kontrolgrupper, trods samme uddannelsesniveau. Mangel på affektregulering, især vrede, lavt selvværd, reaktion på svigt, tab og traume samt manglende evne til selvomsorg er nogle af de aspekter, der går igen hos selvskaderen. I forhold til diagnosen omkring borderline personlighedsforstyrrelse tages der udgangspunkt i ICD-10, som også tidligere er anvendt i ovenstående diskussion. Begrundelsen herfor er, at det er den, der anvendes i Danmark, selvom der ofte også henvises til DSM klassifikationssystemet i litteraturen. Videre afgrænses borderlinelidelsen ud fra ICD-10 diagnosesystemet, og ikke ud fra eksempelvis Kernbergs klassifikation (Kernberg, 2000), fordi denne bruges i psykiatrien, og det forekommer derfor sandsynligt, at jeg som psykolog kan stifte bekendtskab med lidelsen kombineret med selvskade i den psykiatriske setting. Diagnosen hører under emotionelt ustabil personlighedsstruktur og kan deles op under *impulsiv* type og *borderline* type. Forstyrrelsen inddrager adskillige af personlighedens områder og er oftest forbundet med betydelig subjektivt ubehag og sociale vanskeligheder. Problemerne manifesterer sig typisk i barndommen eller i ungdommen og vedvarer gennem voksenalderen, hvilket synes at underbygge de sammenhænge og forklaringer, der tidligere er beskrevet jf. punkt 2.3. Adfærdens skal være unuanceret og uhensigtsmæssig og gå ud over individet selv eller dennes

omgivelser. Følgende karakteristika skal være til stede: Personen har en tendens til at handle impulsivt og uden hensyntagen til konsekvenserne. Humøret er uberegneligt, og der er en tilbøjelighed til følelsesmæssige udbrud og manglende evne til at styre affektudladninger, hvilket fører til konfliktsøgende adfærd, specielt når impulsive handlinger hindres. Der skelnes mellem de to diagnoser på følgende måde: Den impulsive type, er overvejende karakteriseret ved at være følelsesmæssigt ustabil og har mangelfuld impuls kontrol. Borderlinetyper er derudover også karakteriseret ved usikkerhed i forbindelse med selvopfattelse, livsmål og indre valg. Videre har patienten intense og ustabile forhold til andre mennesker og en tendens til selvdestruktiv adfærd (WHO, 2003).

Schaffer et al. (1982) konkluderer i en undersøgelse, at undersøgelsesresultaterne understøtter hypotesen om, at ikke-psykotiske selvskadere i psykiatriske settings er borderline personlighedsforstyrrede. De påpeger, at der er to store grupper inden for selvskade, som kort sagt er de psykotiske, særligt med skizofreni, og ikke-psykotiske, hvor det som tidligere nævnt er de ikke-psykotiske, jeg vil forholde mig til. De fremhæver, at selvskadende individer ofte er personlighedsforstyrrede, og at deres symptomer bedst passer ind i borderline diagnosen. De karakteristika de fremhæver, er følelser af tomhed, hurtigt stigende humørsvingninger fra depression til vrede, dårlige objektrelationer, dårlig impuls kontrol og andre former for impulsiv selvdestruktiv adfærd. Et af de aspekter der springer mig i øjnene er impuls kontrol, idet en del cuttere planlægger selvskaden i timer eller dage og så er spørgsmålet om, det så kan betegnes som impuls. I den forbindelse argumenterer Favazza (1996), at gentagen selvskade skal have en selvstændig diagnose som andre forstyrrelser med manglende impuls kontrol såsom spiseforstyrrelser og kleptomani. Han påpeger, at selvskadende personer oftest bliver diagnosticeret som personlighedsforstyrrede men mener, at når selvskaden aftager så aftager symptomerne til opfyldelse af diagnosen også. Schaffer et al. (1982) påpeger, at et undersøgelsesresultat, der kan underbygge, at størstedelen af selvskadere er borderline personlighedsforstyrrede, vil identifikation af dette symptom nemmere lede til diagnose og hjælpe til behandlingsplanlægning. Dette synspunkt synes at lede tilbage til ovenstående diskussionen omkring evidensbaseret psykoterapi, og hvad der virker for, hvilke patientgrupper.

Der forekommer at være en række ligheder ved de karakteristika, der er fremstillet for henholdsvis cutteren og den borderline personlighedsforstyrrede. Suyemoto (1998) påpeger, at patienter med borderline personlighedsforstyrrelse ofte rapporterer om dissociative oplevelser, selvskade og seksuelt og voldeligt misbrug i barndommen. Det er netop nogle af de effekter og sammenhænge, der er fremhævet i nærværende specialrapport, men det synes dog ikke at vise, at alle cuttere er borderline personlighedsforstyrrede. Idet selvskade er en del af diagnosekriterierne for netop denne personlighedsforstyrrelse forekommer der som sagt at være en risiko for fejlagnostisering. Suyemoto (1998) påpeger denne problemstilling og fremhæver, at en præcis diagnose kan være svær at stille, hvis personen præsenterer selvskaden som hovedproblemet, netop fordi der er tradition for at selvskadere diagnosticeres som borderline personlighedsforstyrrede. Der forekommer dog at være andre muligheder for diagnostisering, såsom den tidligere nævnte F63 vane- og impulshandlinger, som karakteriseres ved gentagne handlinger uden fornuftsmæssig begrundelse og kontrol, som almindeligvis er til skade for vedkommende selv eller andre (WHO, 2003). Der, hvor denne diagnose synes at være en smule utilstrækkelig i forhold til cutting, er, at der i karakteristikken står, at årsagen til disse forstyrrelser er ikke sikkert kendte. Som jeg ser det, findes der mange årsagsforklaringer og sammenhænge til cutting, men de kan variere en hel del fra individ til individ, hvorfor der kan undres over årsagen til, at der ikke er en særlig diagnose til cuttere, når der eksempelvis er en for trikotillomani. Forklaringen herpå kunne måske være den samme som diskuteret ovenfor omkring manglende litteratur omkring, hvordan det er at være terapeut for en cutter, hvor årsagen kan være, at cutting er et relativt nyt fænomen i den grad, det findes i dag, og viden på området er først for alvor ved at vinde indpas i disse år. Skårderud (2005) påpeger i den forbindelse, at en amerikansk psykiater har forudsagt, at selvpåført kropsskade ville blive den næste store ukendte lidelse, ligesom spiseforstyrrelser har bevæget sig fra det eksotiske til det epidemiske. Der synes også at fremkomme overvejelser omkring, hvad det gør ved et menneske at få en diagnose, hvor det forekommer befriende for nogen og fængslende for andre. Og på den måde kan der stilles spørgsmålstegn ved diagnoser generelt, hvilket jeg dog ikke vil gå dybere ind i.

4.3 Opsamling

I diskussionen omkring, hvordan det er at være terapeut for en cutter, vægtes modoverføringsreaktionerne og anvendes i forståelsen heraf. Der synes ikke at foreligge en stor mængde litteratur på området, hvilket blandt andet formodes, at skyldes de negative følelser, der synes at kunne præge terapien og særligt terapeuten. De følelser, der særligt synes at vækkes i terapeuten, er som tidligere nævnt afmagt, vrede og foragt, hvilke er følelser, som ikke umiddelbart er behagelige at have overfor et menneske, og særligt over for et menneske, der er kommet for at få hjælp. Derfor betragtes egenterapi og supervision essentielle. Patienten vil formentlig kunne mærke foragten eller vreden fra terapeuten, hvilket ikke anses som gavnlige for relationen og dermed hæmmende for terapiens effekt. Følelser af omsorg betragtes dog ligeledes sandsynlige at kunne opstå i terapi med en selvskadende patient, men stadig med fokus på, at denne omsorg meget nemt kan vendes til had og afmagt. Borderline personlighedsforstyrrelsesdiagnosen synes ofte anvendt i forhold til selvskade, hvorfor det betragtes væsentligt at se nærmere på diagnosen og diskutere, hvorvidt en selvstændig diagnose for cutting kunne være behjælpelig for både terapeuter, sygehuspersonale og ikke mindst for de selvskadende individer. Dette ud fra betragtningen om, at cuttere ofte synes at diagnosticeres som borderline personlighedsforstyrrede og tillige, fordi de ofte bliver modtaget på sygehuset som selvmordskandidater.

5. KONKLUSION

Selvskadende adfærd i form af cutting synes at være en udbredt tendens hos unge i vores samfund, hvorfor det anses som væsentligt at forstå, hvilke virkninger disse handlinger har for individer med selvskadende adfærd. Ud fra et litteraturstudium forekommer cutting for de fleste selvskadere at have en funktionel værdi, hvor selvskaden er en form for håndtering af vanskelige følelser, der ikke kan forvaltes på andre måder. En form for lettelse af indre spænding. For nogle er følelser såsom vrede særligt svære at håndtere, hvorfor de skærer sig, idet de oplever at komme af med vreden, om end midlertidigt. For andre kan følelserne ligeledes være forbundet med tomhed, hvor selvbeskadigelsen hjælper til, at den pågældende kan mærke sig selv. Reguleringen af det indre pres kan dertil bevirke genoprettelse af kontrol. I litteratur udarbejdet inden halvfjerdsere og indenfor behandlingspraksis har det været almindeligt at betragte selvskade som udtryk for, at den unge ikke ønsker at leve mere. Nyere litteratur fremhæver derimod, at den selvskadende adfærd kan fungere som en form for selvhjælp til at leve. Selvskade kan desuden have en kommunikationsfunktion, som signalerer til omgivelserne, at vedkommende har det dårligt. Kommunikation til andre er dog sjældent det primære mål. Det må konstateres, at det kan være forskelligt, hvad det er for effekter, de selvskadende individer får ud af det, og samtidigt kan den selvskadende adfærd have flere funktioner for den samme person.

Videre kan der være forskellige forklaringer på, hvorfor cutting har fået de nævnte virkninger for det selvskadende individ og forstås derfor bedst ud fra en multipel forklaringsmodel. Vanskeligheden med at håndtere følelser på mere hensigtsmæssige måder er til en vis grad forståeligt ud fra en manglende eller hæmmet evne til mentalisering, der fungerer affektregulerende. Det unge selvskadende individ er muligvis ikke blevet trygt tilknyttet til sine primære omsorgspersoner, og der er endvidere sandsynlighed for, at vedkommende ikke har oplevet et tilstrækkeligt kvalitativt samspil med de primære omsorgspersoner, hvor barnets behov spejles af en rummende mor, der ellers medvirker evne til mentalisering. I disse tilfælde kan selvskadens optræden i puberteten forstås på baggrund af, at denne periode ofte karakteriseres af fremkomsten af stærke følelser og større ansvar over eget liv. Som eksempel kan nævnes ambivalent separation og presset om at leve op til de

forventninger, der tilsyneladende forbindes med et succesfuldt liv i vores præstasjonskultur. Disse faktorer menes tillige at virke hæmmende hos de cuttere, der faktisk kan affektregulere. Noget tyder således på, at selvskadende adfærd kan være forbundet med negative oplevelser i den tidlige barndom, hvilket understøttes empirisk. Vrede, som vendes indad, kan eksempelvis ses som en tidlig tilegnelse, som konsekvens af manglende bekræftelse og fejlvurdering fra omsorgspersonen, som hos barnet vækker overvældende aggressive følelser. Huden og fremkaldelse af blod kan ses som en nødvendighed for mærke sine grænser og få en fornemmelse af identitet, der yderligere kan forklare selvskadens begyndelsepunkt. Seksuelt misbrug og andre former for svigt udgør dertil en afgørende faktor i udviklingen af selvskade, hvor overgrebet eksempelvis kan bevirke skyldfølelse hos offeret, som føler sig nødsaget til at straffe sig selv, eller bevirker, at barnet tidligt lærer at dissociere i svære situationer. Selvskaden kan således være en måde at bearbejde trauma. Seksuelt misbrugte personer kan ligeledes ty til fysisk smerte i voksenlivet, da det for dem er en velkendt form for omsorg samtidigt med, at nogle har tendens til at opfatte sig selv ud fra samme fjendtlighed, som de oplever, forældrene ser vedkommende. Det forekommer dog væsentligt at pointere, at det ikke er alle selvskadere, som har været udsat for seksuelt misbrug, anden form for trauma eller kvalitativt samspil i barndommen, ikke alle cuttere kommer fra dysfunktionelle familier. Videre forekommer det ikke sandsynligt, at alle, der har været udsat for ovenstående, bliver cuttere, og der er dermed ikke en konsistent kausalitet mellem svigt i barndom og selvskade.

Den terapeutiske relation spiller en væsentlig rolle i psykodynamisk terapi, idet relationen mellem terapeut og patient vægtes og anses som kurativ. Videre er der fokus på behandlingsalliancen, som i en model deles op ud fra henholdsvis terapeutens- og patientens samt fælles bidrag hertil. For terapeuten vægtes egenskaber såsom varme, empati og accept som desuden anses at være non-specifikke faktorer, idet disse egenskaber er umulige at måle. For at få optimalt udbytte af behandlingsalliancen, som desuden anses som værende af afgørende betydning for effekten af terapien, skal patienten eksempelvis bidrage med tillid, imødekommenhed og modtagelighed for empati. Disse egenskaber synes at udfordre behandlingsalliancen med en cutter, idet denne type patient ofte optræder med mistillid og forventning om at blive afvist. Trods det faktum, at alle mennesker er forskellige, hvilket også gælder selvskadende patienter,

synes der at kunne generaliseres i forhold til de følelser, der typisk fremkommer i terapi med en cutter. Gensidig tillid synes essentiel i terapi, hvilket kan være vanskeligt at opbygge med en selvskadende patient, idet vedkommende ofte er blevet svigtet gennem sit liv og derfor har en forventning om også at blive det i terapi. Varme, omsorg og forståelse synes at være nogle af de tiltag terapeuten kan gøre sig i forhold til at opbygge tillidsforholdet, hvor tid desuden betragtes essentiel, idet patienten skal opleve ikke at blive svigtet over tid. Skam er en velkendt følelse for det selvskadende individ, som ofte ikke selv bryder sig om sin måde at håndtere vanskelige situationer og følelser. Igen synes det at kræve noget særligt af terapeuten, idet terapeuten skal forsøge ikke at forstærke skammen, hvilket kan gøres ved at udvise accept og forståelse. Videre kan begge parter føle sig magtesløse, patienten over sin situation og terapeuten over ikke at føle sig tilstrækkelig og ikke at kunne hjælpe patienten. Denne magtesløshed kan endvidere føre til vrede og foragt hos terapeuten, hvilket gør det endnu vanskeligere at arbejde med patienten og opbygge en robust behandlingsalliance. Som nævnt tidligere vægtes terapeutens personlige egenskaber, hvor empati og accept er i højsæde. Ligeledes er der fokus på terapeutens autenticitet og neutralitet i terapien, hvor det må være op til den enkelte terapeut også at finde sin egen stil og dermed være autentisk. Den implicite viden, som terapeuten kan sidde med, forstås desuden at indeholde begreberne indføling og indlevelse, hvilke tillige er non-specifikke faktorer og anvendelige i terapien til blandt andet at udvise forståelse for patientens problematikker.

Ovenstående udmunder i en diskussion omkring, hvordan det er at være terapeut for en cutter, hvor særligt modoverføringsreaktionerne vægtes og anvendes i forståelsen heraf. Der synes ikke at foreligge en stor mængde litteratur på området, hvilket blandt andet menes at skyldes de negative følelser, der synes at kunne præge terapien og særligt terapeuten. De følelser, der særligt synes at kunne vækkes i terapeuten, er som tidligere nævnt afmagt, vrede og foragt, hvilke er følelser, som ikke umiddelbart er behagelige at have overfor et menneske, og særligt et menneske, der er kommet for at få hjælp. Det synes dog essentielt, at terapeuter tør stå ved og tale om disse følelser, dels fordi det kan blive for hårdt at være terapeut, hvis vedkommende kommer til at gå med disse følelser selv, og dels fordi det betragtes væsentligt for terapiens effekt. Patienten vil formentlig kunne mærke foragten eller vreden fra terapeuten, hvilket ikke anses som gavnligt for relationen og dermed hæmmende for terapiens effekt. Følelser af omsorg betragtes dog

ligeledes sandsynlige at kunne opstå i terapi med en selvskadende patient, men stadig med fokus på, at denne omsorg meget nemt kan vendes til had og afmagt, hvis cutteren ikke kan eller vil tage imod omsorgen eller eksempelvis begynder at skære sig igen. Ud fra ovenstående betragtes det vanskeligt at være terapeut for en cutter, men langt fra umuligt. Egenterapi samt supervision anses i den forbindelse som værende af central betydning. Videre synes det centralt at fremhæve, hvorvidt en selvstændig diagnose for cutting kunne være fremmende for behandlingen af denne patientgruppe. Borderline personlighedsforstyrrelsesdiagnosen synes ofte anvendt i forhold til selvskade, hvorfor det betragtes væsentligt at se nærmere på diagnosen og diskutere, hvorvidt en selvstændig diagnose for cutting kunne være behjælpelig for både terapeuter, sygehuspersonale og ikke mindst for de selvskadende individer. Dette ud fra betragtningen om at cuttere ofte synes at diagnosticeres som borderline personlighedsforstyrrede, og tillige fordi de ofte bliver modtaget på sygehuset som selvmordskandidater.

6. PERSPEKTIVERING

Som terapeut for en selvskadende patient synes der at kunne opstå et dilemma omkring, hvilket fokus, der skal rettes i starten af behandlingen. Skal der fokuseres på at fjerne selvskaden først eller skal der tages udgangspunkt i de bagvedliggende sammenhænge, som så forventes at hæmme den selvskadende adfærd og helst fjerne den selvskadende adfærd helt på sigt. Ud fra den læste litteratur synes nogle teoretikere (D'onofrio, 2007; Linehan, 1993) at foretrække at fokusere på at fjerne den selvskadende adfærd først og dernæst arbejde med de bagvedliggende sammenhænge. Som jeg har forsøgt at skitsere gennem hele specialerapporten, betragter jeg relationen i terapien væsentlig, og dynamikken i terapi synes endvidere væsentlig i forhold til at hjælpe den selvskadende unge med at løse og forstå sine problemer, herunder selvskaden. Idet der ikke foreligger så store mængder litteratur omkring arbejdet med selvskadende individer ud fra et psykodynamisk perspektiv, vækker det en undren i forhold til, hvad jeg kan forvente at møde som kliniker og tilmed som uerfaren terapeut. Som Hougaard (2004) påpeger, foreligger der ikke psykodynamisk effektforskning rettet mod selvskade, men at det er noget, der kan komme. I den forbindelse synes det væsentligt at overveje, hvad denne eventuelle effektforskning ville gøre i forhold til det kliniske arbejde, idet teori betragtes væsentligt og nødvendigt, men når terapeuten sidder over for en patient, må det vigtigste være at finde ud af, hvad netop denne patient har brug, at møde vedkommende der, hvor han/hun er, og så forekommer det ikke at være af helt så stor betydning om, der handles ud fra udtalte psykodynamiske principper, eller om der arbejdes ud fra en psykodynamisk grundholdning, men eklektisk således, at der trækkes på den viden terapeuten ellers har og vurderer, der kunne være kurativt for netop denne patient. Derfor synes der at skulle flere overvejelser til i forbindelse med at vurdere, hvorvidt terapeuten generelt skal starte med det ene eller det andet, og hvorvidt der kan siges noget generelt.

7. REFERENCELISTE

- Balch, H. (2006). Selvskadende adfærd er selvbevarende adfærd. *Sygeplejersken*, 20 (pp. 44-47).
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseringsbaseret behandling af borderlinepersonlighedsforstyrrelse – En praktisk guide*. København: Akademisk forlag. (pp. 5-43).
- Binder, P. E., Holgersen, H., og Nielsen, G. H. (2001). Relasjonsorientert psykodynamisk praksis er støttet av evidens. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 38, (pp.1-12).
- Bjørneset, L. W. (2003). Funksjonelle aspekter ved selvskading. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 40, (pp.857-865).
- Bowlby, J. (2001). *En sikker base – tilknytningsteoriens kliniske anvendelser*. Danmark: DET lille FORLAG. (pp. 7-200).
- Braaten, L.J. (1971). *Klient-sentret rådgivning og terapi*. Universitetsforlaget. (pp.19-25)
- Briere, J. & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), (pp. 609-620).
- Brun, B. & Knudsen, P. (2006). *Psykologisk undersøgelsesmetodik – en basisbog*. Danmark: Psykologisk Forlag A/S. (pp. 55-82).
- Cramer, B. (2000). Helping children through treatment of parenting: the model of mother/infant psychotherapy. In Tsiantis, J. et al., *Work With Parents* (pp. 135-159). London: Karnac Books.
- Dewald, P. A. (1969). *Psychotherapy a dynamic approach*. Great Britain: Blackwell Scientific Publications. (pp. 97-112).

Doctors, S. (1981). The symptom of delicate self-cutting. *American Society for Adolescent Psychiatry, New York, 9*, (pp. 443-460).

D'onofrio, A. A. (2007). *Adolescent Self-Injury*. New York: Springer Publishing Company, LLC. (pp. 1-225).

Favazza, A. R. (1996). *Bodies under Siege – Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*. Baltimore and London: The John Hopkins University Press. (pp. 191-215; 288-323).

Favazza, A. R. (1998). Self-Mutilation. In Jacobs, D. G. (Edt.). *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*, (pp.125-146). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Favazza, A. R., DeRosear, L. & Conterio, K. (1989). Self-Mutilation and Eating Disorders. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 19*(4), (pp. 352-361).

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., & Target, M. (2002). *Affektregulering, mentalisering og selvets udvikling*. København: Akademisk Forlag. (pp.13-31).

Føllesdal, D., Walløe, L. & Elster J. (2005). *Politikens bog om moderne videnskabsteori*. Copenhagen: Politikens Forlag A/S. (pp. 85-107).

Gabbard, G. O. (2000). *Psychodynamic Psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc. (pp. 89-119).

Gabbard, G. O. & Wilkinson, S. M. (1996). *Borderline behandling og modoverføring*. København: Hans Reitzels Forlag A/S. (pp. 7-36).

Gullestad S. E. & Killingmo, B. (2007). *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis*. Akademisk Forlag. (pp. 29-57, 127-189).

Heimann, P. (1949). On counter-transference. Paper read at the 16th International Psycho-Analytical Congress, Zürich. (pp. 81-84).

- Hopkins, J. (1999). Research in child and adolescent psychotherapy – an overview. In Lanyado & Horne, *Child & Adolescent Psychotherapy* (pp. 81-87). London: Routledge.
- Hougaard, E. (2007). Evidens: Noget for psykologer? *Psykolog Nyt*, 20, (pp. 14-21).
- Hougaard, E. (2004). *Psykoterapi – teori og forskning*. Dansk psykologisk Forlag. (pp. 81-121, 157-189, 197-226, 273-318).
- Jacobsen, H. C., & Kjølbye, M. ('in press'). *Det teoretiske grundlag for den relationelle psykiatri*. (pp. 1-33).
- Jacobsen, H. C., & Kjølbye, M. ('in press'). *Den relationelle psykiatri: psykopatologi og behandling*. (pp. 34-52).
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. USA: Harvard University Press. (pp. 46-93).
- Kernberg, O. F., Koenigberg, H. W., Selzer, M. A., Appelbaum, A. H. & Carr, A. C. (2000). *Borderline og psykodynamisk psykoterapi*. København: Hans Reitzels Forlag A/S. (pp. 13-94, 126-187).
- Kimball, J. S. & Diddams, M. (2007). Affect Regulation as a Mediator of Attachment and Deliberate Self-Harm. *Journal of College Counseling*, 10, (pp. 44-53).
- Levenkron, S. (1999). *Cutting - Understanding and Overcoming Self-Mutilation*. US: Norton. (pp. 1-275).
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Mallinckrodt, B., Gantt, D. L. & Coble, H. M. (1995). Attachment Patterns in the Psychotherapy Relationship: Development of the Client Attachment to Therapist Scale. *Journal of Counseling Psychology* 42(3), (pp. 307-317).
- Magde, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E., J., Corconan, P., Fekete, S., van Heeringen, K., De Leo, D., & Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an

international community sample of young people: comparative findings from child & adolescent self-harm in Europe (CASE) study, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(6), (pp. 667-677).

Moe, A. & Ribe K. (2007). *Selvskadningens dynamikk*. Oslo: Universitetsforlaget. (pp. 3-179).

Murray, C. D. & Fox, J. (2006). Do Internet self-harm discussion groups alleviate or exacerbate self-harming behaviour? *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health* 5(3). (pp. 1-9).

Møhl, B. (2006). *At skære smerten bort – en bog om cutting og selvskadende adfærd*. København: PsykiatriFondens Forlag. (pp. 5-138).

Nielsen, G. H. & Von der Lippe, A. L. (red.) (1996). *Psykotterapi med voksne. Fem synsvinkler på teori og praksis*. Hans Reitzels Forlag. (pp. 21-46).

Pedersen, K. M. (2007). *Cutting – om unge og selvskadende adfærd*. Odense: Forlaget Ungdoms Tema. (pp. 10-18, 126-131).

Petersen, J. (2008). Unge med selvskadende adfærd – hvad gør vi? *Pædagogisk psykologisk tidsskrift* 45(3), (pp. 209-222).

Rogers, C. R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), (pp. 95-103).

Rosen P. M. & Walsh, B. W. (1989). Patterns of Contagion in Self-Mutilation Epidemics. *The American Journal of Psychiatry* 146(5), (pp. 656-658).

Sandler, J., Dare, C & Holder, A. (1994). *Patienten og Analytikerens. Psykoanalysens kliniske struktur*. København, Danmark: Hans Reitzels forlag. (pp. 36-119).

Schaffer, C. B., Carroli, J. & Abramowitz, S. I. (1982). Self-Mutilation and the Borderline Personality. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 179(8), (pp. 468-473).

- Skytte, B. (2007). *Cutting og anden selvskadende adfærd – ligheder, forskelle og funktioner*. Aarhus universitet: Psykologisk institut. (pp. 36-39).
- Skårderud, F. (2005). Essay: Når mennesker skader sig selv. *Politikken*, 2. sektion, side 2. artikel-id: e033b1ce, (pp. 1-2).
- Smedslund, J. (2008). Har du sluttet å slå din kone? Ja/Nei. Kan psykologisk praksis være evidensbasert? Ja/Nei. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, (pp. 1-8).
- Steinan, M. K. (2005). *Selvskading blant ungdom: review og pilotstudie*. Universitas Bergensis: Det Psykologiske Fakultet. (pp. 1-65).
- Suyemoto, K. L. (1998). The Functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18 (5), (pp.531-554).
- Søndergaard, P. (2009). Kritik af evidenskravet i psykoterapi. *Psykolognyt* (63), (pp. 20-23).
- Søndergaard, P. S. (2007). *Når livet gør ondt – om selvskadende adfærd blandt unge*. Vejle: Kroghs Forlag A/S. (pp. 3-171).
- Sørensen, K. K. (2008). Når smerten vender indad. *Psykolognyt* (15), (pp. 12-18).
- Sørensen, K. K. (15.4.2009). Personlig kommunikation.
- Taiminen, T. J., Kallio-Soukainen, K., Nokso-Koivisto, H., Kaljonen, A. & Helenius. H. (1998). Contagion of Deliberate Self-Harm Among Adolescent Inpatients. *The American Acad. Journal of Child Adolescent Psychiatry* 37(2), (pp. 211-217).
- Theophilakis, M. (1999). Individuel psykoterapi. In Lier, L. et al., *Børne- og ungdomspsykiatri*, (pp. 425-438). København: Hans Reitzels Forlag A/S.
- Van der Kolk, B. A., Perry, C. & Herman, J. H. (1991). Childhood Origins of Self-Destructive Behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 148(12), (pp. 1665-1671).
- Veague, H. B. (2008). *Cutting and Self-Harm*. New York: Chelsea House. (pp. 1-110).

- Walsh, B. W. & Rosen, P. M. (1988). *Self-Mutilation Theory, Research, and Treatment*. New York: The Guilford Press (pp. 3-113, 178-197).
- Walsh, B. W. (2006). *Treating Self-Injury A Practical Guide*. New York: The Guilford Press. (pp. 3-80, 221-244).
- WHO ICD-10 (2003). *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser*. Danmark: Munksgaard. (pp. 135-139, 146-147).
- Winnicott, D. W. (1997). *Spædbørn og deres mødre*. København: Hans Reitzels Forlag A/S. (pp. 4-127).
- Winnicott, D. W. (2003). *Leg og virkelighed*. København: Hans Reitzels Forlag A/S. (pp. 25-58).
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F. & Kernberg, O. F. (2002). *A Primer of Transference-Focused Psychotherapy for the Borderline Patient*. United States: Jason Aronson Inc. (pp. 12-18).
- Zlotnick, C., Mattia, J. I. & Zimmerman, M. (1999). Clinical Correlates of Self-Mutilation in a sample of General Psychiatric Patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(5), (pp. 296-301).
- Zøllner, L. (2002a). Signaler forud for selvskadende handlinger, *Vera*, 21, (pp.16-21).
- Zøllner, L. (2002b). *Unge livsstil*. Lemvig Ungdomsgård. (pp.7-50).
- Zøllner, L. (2002c). *Definitioner på selvmordsadfærd og selvskade*. Odense: Center for Selvmordsforskning. (pp.7-20).
- Zøllner, L. (2003). Lyt til det, der ikke bliver sagt. In Nyborg, A., & Vilhemsen, A., *Hvor svært kan det være?* Ungdomspædagogisk Forsknings- og Udviklingscenter (pp. 39-48). Fyn: CVU.
- Øverland, S. (2006). *Selvskadning – en praktisk tilnærming*. Bergen: Fagbogforlaget. (pp. 13-266).

Øvreide, H. (2002). *Fagetikk i psykologisk arbeid*. Kristiansand: Høyskoleforlaget. (pp.13-31).

Åkerman, Sofia (15.4.2009). Foredrag. Århus: Frivillig Huset.

7.1 Anvendt litteratur:

3204 sider.

VEJLEDER GODKENDELSE

Vejleder godkender, at minimum 1800 sider af den anvendte litteratur er ikke tidligere anvendt litteratur.

Vejleder: Anne Birgitte Døssing

8. BILAG

8.1 Procesbeskrivelse

I begyndelsen af specialeprocessen, som egentlig startede med overvejelser på niende semester, begyndte jeg at overveje, hvad jeg gerne ville skrive om. Jeg overvejede at undersøge, hvorvidt der kunne findes sammenhænge mellem spiseforstyrrede unge piger og deres barndom. Da jeg har beskæftiget mig med anoreksi i et tidligere projekt, valgte jeg i stedet et emne, som jeg finder interessant, og som måske ikke er så fjern fra spiseforstyrrelser endda. I samfundet i dag synes der at være stigende fokus på unge, der har det svært, eksempelvis tager piller eller er spiseforstyrrede. Det forekom derfor interessant at se nærmere på cutting, som tillige synes at blive nævnt i litteraturen i stigende grad, men det forekom mig, at der stadig eksisterer en vis undren og uvidenhed omkring fænomenet. Emnet synes således interessant, og jeg lagde mig fast herpå. Yderligere synes det for mig interessant at have en psykodynamisk vinkel på, og da jeg snart selv skal ud at arbejde som psykolog, ville jeg gerne vægte terapeutens rolle i forhold til arbejdet med selvskadende patienter. Dette gav mig muligheden for at undersøge fænomenet og forsøge at forstå det, særligt med inddragelse af tidligere relationer og oplevelser i barndommen, hvilket jeg finder spændende.

Jeg overvejede at gennemføre et interview med en psykolog, der har kendskab til arbejdet med cuttere, med det formål at kunne spørge direkte omkring, hvordan det er at være terapeut for en cutter, samt hvilke specifikke oplevelser og følelser denne psykolog kunne sidde med i terapien og eventuelt bagefter, når vedkommende havde en selvskadende patient. Jeg fravalgte dog denne tilgang, dels fordi jeg umiddelbart fandt det svært at finde en psykolog, der kunne have lyst til at deltage efter at have snakket med et par stykker, og dels fordi jeg fandt det uoverskueligt at skulle lave en empirisk specialerapport alene. Ydermere have jeg overvejelser omkring, hvorvidt jeg kunne nå frem til nogle konklusioner på baggrund af et litteraturstudie, hvilket jeg fandt muligt og tilstrækkeligt.

Mine overvejelser omkring opbygningen af specialet byggede på en psykodynamisk vinkel, men jeg ville gerne se pragmatisk på forståelsen således, at jeg ikke tog

udgangspunkt i én teori eller teoretiker. I starten forestillede jeg mig, at specialerapporten skulle deles op i to dele, en forståelsesdel og en behandlingsdel, hvilket jeg gennemførte, dog med en sidste del omhandlende diskussion omkring, hvordan det er at være terapeut for en cutter samt en kort diskussion omkring borderline personlighedsforstyrrelsen og selvskade. I forbindelse med behandlingsdelen havde jeg overvejelser omkring at tage udgangspunkt i dialektisk adfærdsterapi, idet den ofte står nævnt i litteraturen omkring selvskade. Dog holdt jeg fast i min oprindelige interesse omkring den terapeutiske relation og overføring/modoverføringsforholdet, hvor sidstnævnte dog ikke er alt overskyggende i besvarelsen.