



Selvskadende adfærd og medfølelsesfokuseret terapi

Hanne Marring Lamøy 20092463

10. semester, Psykologi, Kandidatspeciale
Vejleder: Bo Møhl

Abstract

The present thesis about nonsuicidal self-injury (NSSI) and compassion has three purposes:

1. To understand what nonsuicidal self-injury is
2. To see how nonsuicidal self-injury can be understood from a compassion theory point of view.
3. To theoretically research how Compassion Focused Therapy can help people who engage in nonsuicidal self-injury.

The group of people that engage in NSSI is diverse and complex. They are deeply vexed and known to be treatment resistant. Compassion on the other hand is a new phenomenon to the cognitive therapy group and is shortly defined as *a sensitivity to suffering in self and others, with a commitment to try to alleviate and prevent it* (Gilbert, 2014, p. 19).

Sections 4. *Nonsuicidal self-injury*, and 5. *The functions of NSSI*, in the thesis, describes what NSSI is and introduces the many different definitions that currently exist, the age onset, the prevalence and the differentiation from suicidal intent. Furthermore chapter 2 describes the different functions nonsuicidal self-injury has for different people.

Part 6. *Causes behind the development of NSSI*, describes the current way of understanding the causes behind the development of nonsuicidal self-injury, known as the attachment theory and the theory of mentalization. Additionally in this section the ways of understanding the causes behind the development of NSSI is looked at through compassion theory lenses.

In section 7. *Treatment*, the two current evidence-based treatments in the field of NSSI are presented (Dialectical behaviour therapy (DBT) and Mentalization-based therapy (MBT)). Subsequently the Compassion focused therapy (CFT) is presented and applied to a case with nonsuicidal self-injurious behaviour.

The thesis presents a discussion about the three purposes in chapter 8. *Discussion*. In section 9. *Conclusion*, it can be concluded, that it is useful to see nonsuicidal self-injurious behaviour through compassionate glasses. It does not make sense to use CFT as a fully developed treatment for people that engage in NSSI, whereas it would be a better option to use it as a supplement to another fully developed treatment.

For further research it would be interesting to explore how CFT can work as a supplement to the two already existing treatments for NSSI – DBT and MBT.

Indholdsfortegnelse

1. INDLEDNING	2
2. PROBLEMFOMULERING	5
2.1. AFGRÆNSNING	5
3. SPECIALETS DISPOSITION	6
4. FÆNOMENET SELVSKADE	8
4.1. HVAD ER SELVSKADE.....	9
4.2. FORMER FOR SELVSKADE	10
4.3. PRÆVALENS	11
4.4. KØNSFORSKELLE.....	13
4.5. SELVSKADE OG SELVMORD.....	14
5. MOTIVERNE BAG DEN SELVSKADENDE ADFÆRD	15
5.1. OVERBLIK AF KAREN L. SUYEMOTO.....	16
5.2. FOUR-FUNCTION MODEL	18
5.3. THE EXPERIENTIAL AVOIDANCE MODEL.....	19
5.4. SELVSKADENS ONDE CIRKEL.....	20
6. BAGGRUNDEN FOR DEN SELVSKADENDE ADFÆRD	22
6.1. TILKNYTNINGSTEORIEN	24
6.1.1. Tre typer af tilknytning	25
6.1.2. Den usikre tilknytning.....	25
6.2. MENTALISERING	26
6.2.1. Den sociale biofeedbackmodel.....	27
6.2.2. Den utilstrækkelige affektspejling.....	27
6.2.3. Mentaliseringsevnen.....	30
6.3. MEDFØLELSE	33
6.3.1. Sociale motivationssystemer.....	33
6.3.2. Det emotionelle system.....	34
6.3.3. Komponenter i medfølelse.....	36
6.3.4. Paul Gilberts "tricky brain"	38
6.4. DELDISKUSSION: SELVSKADENDE ADFÆRD I ET MEDFØLELSESTEORETISK PERSPEKTIV	39
7. BEHANDLING	44
7.1. DIALEKTISK ADFÆRDSTERAPI (DAT)	45
7.1.1. Organiseringen af DAT.....	46
7.2. MENTALISERINGSBASERET PSYKOTERAPI (MBT).....	50
7.3. MEDFØLELSESFOKUSERET TERAPI (MFT).....	55
7.4. DELDISKUSSION: HVORDAN KAN MEDFØLELSESFOKUSERET TERAPI (MFT) ANVENDES SOM BEHANDLINGSREDSKAB TIL PERSONER, DER SKADER SIG SELV?.....	60
8. DISKUSSION	66
9. KONKLUSION	69
10. REFERENCELISTE	71
10.1. INTERNETSIDER.....	78
11. BILAG	79
11.1. BILAG 1	79
11.2. BILAG 2	81

1. Indledning.

I Danmark er vi blevet udnævnt som verdens lykkeligste land og samtidig har vi en høj levestandard, hvilket umiddelbart burde give færre mennesker der mistrives og skader sig selv eller forsøger at begå selvmord. Sådant forholdet det sig desværre ikke. Ifølge en rapport fra Vidensråd for Forebyggelse (Due et al., 2014, p. 15) er unges mentale helbred i negativ udvikling og flere unge mennesker klager over mistrivsel, døjer med søvnproblemer og der rapporteres højere forekomst af psykiske lidelser. Siden 2001 har Center for Selvmordsforebyggelse (Zøllner, 2014) løbende lavet spørgeskemaundersøgelser omhandlende selvskadende adfærd, selvmordsforsøg og trivsel blandt unge mennesker i Danmark. Rapporten viser blandt andet en stigning i selvmordsforsøg blandt kvinder i alderen 20-29 (Zøllner, 2014, p. 21) og en generel stigning blandt unge selvskadende, dog med en større hyppighed blandt pigerne (Zøllner, 2014, p. 23). Det er vigtigt at være opmærksom på denne gruppe unge, da mistrivsel i ungdomsårene kan have alvorlige udviklingsmæssige konsekvenser og påvirker både skolegangen og familieforholdene. Derudover ses en øget risiko for selvmord ved selvskadende personer, hvilket underbygger vigtigheden af at have fokus på unges trivsel og selvskadende adfærd (Madsen, Agerbo, Mortensen & Nordentoft, 2013, p. 1483f). Nogle undersøgelser viser, at selvskadende unge lever i dårligere familiære forhold, hvor en eller begge forældre er psykisk sårbare, kommunikationen er dårlig, og at de hyppigere har været udsat for seksuelt eller fysisk misbrug (Martin, Bureau, Cloutier & Lafontaine, 2011, p. 1483; Morgan et al., 2013, p. 6). Dette sammenlagt med at unge selvskadende er i større risiko for selvmord, gør at det er vigtigt, at have fokus på fænomenet selvskade og hvordan vi bedst kan hjælpe og behandle disse unge mennesker.

Min interesse for selvskade bunder i uddannelsens praktikperiode, hvor jeg havde samtaler med en ung selvskadende (fremadrettet nævnt ved pseudonymet Rikke). Jeg fik et tydeligt indtryk af den følelsesmæssige smerte, Rikke var fanget i. Oplevelsen skærpede min interesse på området og gav mig lysten til at undersøge fænomenet dybere. Jeg ønskede at vide mere om hvordan den fysiske smerte påvirkede Rikke, når hun var i sine følelsers vold. I Armando R. Favazza og Karen Conterios undersøgelse fra 1988 (p. 25f), er der beretninger fra personer der skader sig selv og som tydeligt er i en vanskelig og pinefuld situation. Beretningerne skitserer mennesker

der er dybt plaget af deres uimodståelig trang til at skade sig selv (Favazza & Conterio, 1988, p. 25f). Der berettes også om frustration hos sundhedspersonalet, som skal hjælpe denne gruppe mennesker, og terapiforløbene bliver ofte lange og vanskelige (Favazza & Conterio, 1988, p. 24). Mange selvskadende patienter har tunge psykiatriske diagnoser som borderline og skizofreni eller svære traumer bag sig, hvilket gør arbejdet med patientgruppen meget udfordrende (Favazza & Conterio, 1988, p. 24).

Selvskadende personer er dog ikke kun tunge psykiatriske patienter, men også unge mennesker der udadtil ser ud til at have det godt. De klarer sig ofte godt i skolen, passer et job og kommer fra velfungerende familier (Luthar & Becker, 2002, p. 1603) – som det også gjorde sig gældende for Rikke. Disse ”privilegerede” unge er ofte under et stort pres, når det gælder deres præstationsevner. Samtidig oplever de en manglende voksenkontakt, som resulterer i en maladaptiv perfektionisme, dårlig trivsel og øget risiko for depression og angst (Luthar & Becker, 2002, p. 1603). Derudover viser undersøgelser at en hård opdragelsesstil og kritik fra forældrene er medvirkende til, at unge privilegerede begynder at skade sig selv (Yates, Tracey & Luthar, 2008, p. 55). Især hvis de unge føler sig fremmedgjorte, bliver kritikken fra forældrene en tydelig forudsigelse for fremtidig selvskadende adfærd (Yates et al., 2008, p. 56). Blandt denne gruppe findes de såkaldte ”nye cuttere”, som har vanskeligt ved at finde ro og konstant søger en perfektionisme i sit liv (Møhl, 2007, p. 45). De er ofte meget optaget af alle omkring sig og glemmer at tage vare på sig selv, eller i mange tilfælde får de kun taget vare på sig selv gennem ”cutting” (Møhl, 2007, p. 45). En dansk undersøgelse viser vigtigheden af, at unge oplever social støtte, og at social støtte har en positivt medierende effekt mellem omsorgssvigt og selvskadende adfærd (Christoffersen, Møhl, DePanfilis & Vammen, 2014, p. 7f). Dette kan tyde på, at mange unges selvskadende adfærd kan mindskes ved at sikre den nødvendige støtte fra signifikante voksne i den til tider vanskelige udvikling de gennemgår i teenageårene. Teenageårene er den periode hvor de fleste selvskadende episoder har sin begyndelse (Heath, Schaub, Holly & Nixon, 2009, p. 22).

Motiverne for at skade sig varierer i høj grad. Nogle personer skader sig selv for at få opmærksomhed eller for at søge spænding, mens andre gør det fordi de vil straffe sig selv eller for at regulere følelser (Klonsky, 2007, p. 229f). Allerede i 1998 lavede

Karen L. Suyemoto (1998) en oversigt over de forskellige motiver, hvilket uddybes i opgaven.

Der er endnu ikke udviklet en behandlingsform specifikt til personer der skader sig selv (Washburn et al., 2012, p. 2). De to behandlingsformer der har vist god evidens for behandlingen af selvskadende adfærd, er Dialektisk Adfærdsterapi (DAT) og Mentaliseringsbaseret psykoterapi (MBT). Disse er oprindeligt udviklet til personer med en borderline personlighedsforstyrrelse (Washburn et al., 2012, p. 3f; Daubney & Bateman, 2015, p. 132).

Da de eksisterende behandlingsformer primært tilgodeser den tungere psykiatriske patient introducer denne opgave en alternativ indgangsvinkel.

Fænomenet compassion (fremover omtalt *medfølelse*) og Compassion Focused Therapy (fremover omtalt *Medfølelsesfokuseret terapi* (MFT)) er en del af tredje generations bølge af kognitive terapiformer, som har vist gode resultater for behandlingen af personer med høj grad af skam- og skyldfølelser (Gilbert, 2010, p. 99). Personer der skader sig selv har ofte disse følelser (Gilbert & Irons, 2005, p. 313). Derfor ønsker jeg at diskutere om medfølelsesfokuseret terapi kan være en hensigtsmæssig indgangsvinkel og behandlingsredskab til denne gruppe mennesker.

2. Problemformulering

Omdrejningspunktet for opgaven lyder som følger:

Hvad er selvskade, og hvordan kan den selvskadende adfærd forstås ud fra teorien om medfølelse?

Hvordan kan Medfølelsesfokuseret terapi (MFT) anvendes som behandlingsredskab til personer, der skader sig selv?

2.1. Afgrænsning

Begrebet selvskade bliver defineret og afgrænset i afsnit 4 – 4.6.

Begrebet medfølelse bliver defineret og afgrænset i afsnit 6.3.

Begrebet *behandlingsredskab* skal i denne opgave læses som et hjælpemiddel og ikke som en færdigudviklet behandlingsform. Differentieringen vil indgå i diskussionen i afsnit 8.

Specialet vil primært have fokus på aldersgruppen 16-22 år. Denne aldersgruppe omtales som *ung* fremadrettet i opgaven. Andre aldersgrupper inddrages hvor det er relevant.

Udgangspunktet for opgaven er ikke de tunge psykiatriske patienter, men disse vil blive inddraget hvor det findes relevant. Målgruppen er primært den gruppe unge der skader sig selv, men hvor årsagen ikke nødvendigvis kan tilskrives, at de har oplevet omsorgssvigt eller alvorligt traume i barndommen.

Ved begrebet *borderline* eller *borderline personlighedsforstyrrelse* refereres der her i opgaven til diagnosen *emotionelt ustabil personlighedsforstyrrelse, borderline type F60.31* (WHO ICD-10, 2001, p. 138f).

3. Specialets disposition

Specialet er opdelt i fire primære emner, en diskussion og en konklusion.

Det første emne, afsnit **4. fænomenet**, belyser definitionen af selvskade, hvilke former for selvskade der findes, prævalensen for fænomenet, kønsforskelle og differentieringen mellem selvskade og selvmord.

Andet emne, afsnit **5. motiverne bag selvskaden**, belyser de forskellige motiver for at skade sig selv, som de fremstilles i forskellige undersøgelser. Der er udarbejdet forskellige modeller til at forklare motiverne for selvskade. Et overblik heraf vil blive præsenteret med udgangspunkt i Karen L. Suyemotos (1998) review. Dernæst vil Four-Function modellen blive præsenteret. Denne samler motiverne i to dikotome dimensioner: forstærkning af adfærden som værende positiv eller negativ, og konsekvenser af adfærden som værende automatiske (intrapersonelle) eller sociale (interpersonelle) (Lloyd-Richardson, Nock & Prinstein, 2009, p. 33). Chapman, Gratz og Browns (2006) model inddrages, da affektreguleringen er det oftest rapporterede motiv for selvskaden. De opstiller en model der belyser den effekt selvskaden har på affektreguleringsevnen. Slutteligt beskrives selvskadens onde cirkel, præsenteret af Bo Møhl (2007, p. 77), som giver et overordnet indblik i de processer der indgår i den selvskadende adfærd.

I tredje emne, afsnit **6. baggrunden**, vil tilknytningsteorien og mentaliseringsteorien blive beskrevet, da de anses for at være de to aktuelle forståelsesrammer, for hvordan nogle mennesker udvikler behovet for at skade sig selv. Derudover vil teorien om medfølelse blive præsenteret, for at danne grundlag for behandlingsredskabet medfølelsesfokuseret terapi (MFT). Hermed skabes muligheden for, at se fænomenet selvskade i et andet perspektiv end de to føromtalte aktuelle teorier. Afsnittet afsluttes med en deldiskussion.

I fjerde emne, afsnit **7. behandling**, præsenteres de to nuværende evidensbaserede terapiformer for selvskadende adfærd, Dialektisk Adfærdsterapi (DAT) og Mentaliseringsbaseret Psykoterapi (MBT). Derudover vil behandlingsredskabet Medfølelsesfokuseret terapi (MFT) blive præsenteret og inddraget i en deldiskussion, hvor MFT anvendes på en case og behandlingsformerne diskuteres.

Deldiskussionerne i afsnit 6. baggrunden og afsnit 7. behandling er med udgangspunkt i problemformuleringen. I afsnit **8. diskussion**, samles trådene fra deldiskussionerne og der diskuteres endvidere fordele og ulemper ved behandlingsformen MFT til personer der skader sig selv.

Specialet afsluttes med en konklusion, afsnit **9. konklusion**, hvor en opsummering af hele specialet finder sted og mulige overvejelser om fremtidig forskning præsenteres.

I følgende afsnit redegøres der for hvad fænomenet selvskade er, hvilke former for selvskade der rapporteres om i litteraturen, prævalensen for selvskade, hvilke kønsforskelle der er og slutteligt differentieres selvskade og selvmord.

4. Fænomenet selvskade

Selvskade bliver et mere og mere kendt fænomen. En søgning i databasen PsycINFO har vist følgende stigning i artikler om selvskade over de seneste år.

Årstal	Antal artikler
2011-2015	554
2006-2010	331
2001-2005	228
1996-2000	167
1991-1995	118
1986-1990	98
1981-1985	32
-1980	35

Figur 1

Følgende søgestreng blev brugt: NSSI (nonsuicidal self-injury) or DSH (deliberate self-harm) or self-mutilate or self-cutting or parasuicide. Disse ord blev valgt fordi de ifølge litteraturen er de mest anvendte ord for selvskade (Nock & Favazza, 2009, p. 13).

Derudover oprettes og udvides organisationer, videnscentre og fora rettet mod selvskadende adfærd. Her er der mulighed for, at selvskadende personer kan tale med andre selvskadende og hurtigt få mere viden om fænomenet. Nogle hjemmesider er informative. Andre er steder, hvor selvskadende kan tale med hinanden og dele erfaringer med måder at skade sig selv på (se referencelisten for eksempler på hjemmesider). Fænomenet blev især kendt, da berømtheder som Johnny Depp og prinsesse Diana fortalte om deres selvskadende adfærd i offentlighedens lys (Favazza, 2009, p. 33).

En søgning på databasen Google afslører følgende resultater:

- DSH: ca. 731.000
- NSSI: ca. 109.000
- Selvskade: ca. 76.800
- Cutting: ca. 501.000.000

At søgeresultatet for cutting er så højt kan sandsynligvis føres tilbage til den store mediedækning fænomenet efterhånden har fået, via de førnævnte berømtheder, talk-

shows, nyhedsartikler, osv. (Favazza, 2009, p. 33f). Mediedækningen og det faktum at selvskade kan ”smitte”, kan være en yderligere årsag til det høje søgeresultat (Favazza, 2009, p. 33). På gymnasierne ses flere grupper af piger der samles omkring selvskaden, sammenligner måder at gøre det på og giver hinanden råd og vejledning (Møhl, 2007, pp. 6, 47). Selvskade er dog stadig en skjult lidelse, da de fleste prøver at skjule deres selvskadende adfærd og netop går med langærmede trøjer en varm sommerdag (Møhl, 2007, p. 47).

Ovenfor nævnte understreger vigtigheden af at have fokus på selvskade.

4.1. Hvad er selvskade

I litteraturen bruges der forskellige begreber for selvskade. Disse er bl.a. *nonsuicidal self-injury (NSSI)*, *deliberate self-harm (DSH)*, *self-mutilation*, *parasuicide* (Nock, 2010, p. 341). De referer alle til en form for selvskade, men definerer ikke fænomenet på samme måde. For eksempel anvender forskere begrebet DSH både med og uden suicidal intention, hvorimod NSSI ikke inddrager suicidal intention (Nock & Favazza, 2009, p. 10). DSH anvendes primært i europæiske lande og i Australien, hvorimod NSSI primært bliver brugt i USA og Canada (Muehlenkamp, Claes, Havertape & Plener, 2012, p. 2).

En udbredt definition af selvskade, der stammer fra organisationen *International Society for the Study of Self-Injury* (www.itriples.org), er ”den direkte og bevidste beskadigelse af kropsvæv, uden suicidal intention”. Definitionen uddybes yderligere med følgende kerneaspekter (Suyemoto, 1998, p. 532):

- Selvskade er direkte og socialt uacceptabelt, i modsætning til indirekte selvskade som for eksempel rygning eller for meget alkohol, som med tiden beskadiger kroppens indre væv. Derudover står det i modsætning til den socialt acceptable selvskade som piercing og tatovering kan opfattes som.
- Selvskade er repetitiv og resulterer i mindre til moderat beskadigelse af kroppen, i modsætning til den selvskade der typisk ses i psykotiske øjeblikke, hvor vedkommende bliver alvorligt lemlæstet. Disse situationer ses oftest enkeltvis og er ikke repetitive.

- Selvskade er ikke relateret til kognitiv svækkelse, da den differentierer sig fra den selvskadende stereotype adfærd, der ses ved mentalt retarderede eller ved børn med autisme.
- Endeligt indebærer selvskade ikke en suicidal intention. Selvom den selvskadende handling kan have en mangfoldig funktion, er den ikke af suicidal karakter (Suyemoto, 1998, p. 532). Dog skal det nævnes, at nogle episoder med selvskadende handlinger ender i selvmord og på grund af den selvskadende adfærd, øges risikoen for ufrivilligt selvmord (Andover, Morris, Wren & Bruzzese, 2012, p. 3).

Definitionen af selvskade kan omfatte et bredt spektrum af mennesker, og i litteraturen ses selvskadende adfærd især på de psykiatriske afdelinger, men også i folkeskoler og i velfungerende familier (Klonsky & Muehlenkamp, 2007, p. 1048; Luthar & Becker, 2002, p. 1595; Klonsky, Oltmanns & Turkheimer, 2003, p. 1502f). Den højeste procentdel af selvskadende adfærd finder imidlertid sted blandt psykiatriske patienter (Klonsky & Muehlenkamp, 2007, p. 1046).

4.2. Former for selvskade

Ifølge Klonsky og Muehlenkamps (2007, p. 1046) review er cutting (at skære sig selv) den mest brugte form for selvskade i klinisk regi. Andre undersøgelser viser, at det at kradske sig selv eller nive sig, er den hyppigst brugte metode for selvskade blandt en ikke behandlingskrævende gruppe (Whitlock, Eckenrode & Silverman, 2006, p. 1943; Hamza & Willoughby, 2014, p. 677). Allerede i 1988 påpegede Favazza og Conterio (1988, p. 25) i en undersøgelse, at 72% af deres deltagere gjorde brug af cutting som den mest anvendte form for selvskade. Undersøgelsen inddrog både kliniske og ikke behandlingskrævende personer (Favazza & Conterio, 1988, p. 25). Dette viser en kontinuitet i tiden, og at formen for selvskade ikke nødvendigvis er betinget af kulturen eller hvilket århundrede undersøgelsen laves i. I samme undersøgelse påpeges det, at det at brænde sig og slå sig selv følger efter med hhv. 35 og 30 procent (Favazza & Conterio, 1988, p. 25).

I en nyere undersøgelse af Whitlock et al. (2006, p. 1943) ser procentfordelingen således ud: 12,9% havde brændt sig selv, og 37,6% havde slået sig selv med et objekt, indtil huden var begyndt at bløde. Derudover påpeges i begge artikler, at de

fleste gør brug af flere metoder og ikke kun én (Favazza & Conterio, 1988, p. 25; Whitlock et al., 2006, p. 1943).

En Dansk undersøgelse rapporterer lignende tal. Møhl, la Cour og Skandsen (2014, p. 13) spurgte i alt 2864 gymnasieelever, hvor 21,5% af dem var selvskadende. Blandt disse 21,5% var det cutting og det at slå sig selv, der var de mest anvendte metoder. Der fandtes en klar kønsforskel i metoden for selvskaden. Cutting var pigernes foretrukne metode, og det at slå sig selv var drengenes (Møhl et al., 2014, p. 13f). Samme resultater fandt Whitlock et al. (2006, p. 1943) i deres undersøgelse, hvor piger kradsede sig selv 2,3 gange så meget og anvendte cutting 2,4 gange så meget mere som drengene. Drengene slog sig selv 2,8 gange så meget som pigerne (Whitlock et al., 2006, p. 1943).

4.3. Prævalens

Med hensyn til hyppigheden af den selvskadende adfærd er der stor variation i den indsamlede data, blandt andet fordi forskere ikke er kommet til enighed om definitionen af fænomenet selvskade (Rodham & Hawton, 2009, p. 37f). Dette gør at prævalensen f.eks. varierer fra cirka 12% til 45% blandt en ungdoms population (Klonsky & Muehlenkamp, 2007, p. 1046). Nock og Favazzas (2009, p. 15) review giver følgende overblik: cirka 7,7% for pre-teenagere, mellem 13,9% og 21,4% for unge og 4% for voksne. Den store variation opstår bl.a. fordi, data både tages fra små befolkningsgrupper (non-kliniske) og kliniske undersøgelser, hvor hyppigheden typisk er højere (Nock, 2010, p. 345). Der er forskellige faktorer der kan indvirke på resultaterne og gøre procentdelen større:

- procentdelen af unge selvskadende stiger, hvis der bruges et bredere begreb omkring selvskade end et mere specifikt. I nogle undersøgelser inddrages eksempelvis indirekte selvskade, som for eksempel ikke indgår i den førnævnte definition.
 - Procentdelen stiger også hvis der bruges skalaer i stedet for interviews.
 - Den bliver samtidig højere hvis den repræsentative gruppe i undersøgelsen eksempelvis er psykologistuderende, sammenlignet med hvis undersøgelsen blev gennemført med den almindelige befolkning som repræsentanter.
- (Nock, 2010, p. 345).

En anden grund til at tallene varierer med så mange procent, skyldes at forskere i forskellige lande gør brug af forskellige assessment metoder, som for eksempel forskellige spørgeskemaer, tidsrammer eller muligheden for anonymitet (Muehlenkamp et al. 2012, p. 1f). En dansk undersøgelse af en non-klinisk population viser en livstids prævalens på 21,5%, hvor tallene falder til 16,2% hvis det kun er indenfor det sidste år, den selvskadende adfærd har været udøvet (Møhl & Skandsen, 2012, p. 148). Swannell, Martin, Page, Hasking og St John (2014, p. 296) påpeger, i deres systematiske review, omhandlende prævalensen af selvskade ved unge non-kliniske deltagere, vigtigheden af en ensrettet definition og samme udgangspunkt for undersøgelser vedrørende selvskade. På denne måde kan undersøgelserne sammenlignes på tværs af populationer, lande og tid (Swannell et al., 2014, p. 296).

En undersøgelse fra 1988 viser, at selvskadende adfærd begynder i 10-14 års alderen, toppe i de sene teenageår for efterfølgende at falde i antal i voksenalderen (Favazza & Conterio, 1988, p. 28). Lignende resultater ses i en undersøgelse fra 2008, foretaget af Hilt, Nock, Lloyd-Richardson & Prinstein (2008, p. 465) hvor selvskadende adfærd stadig lader til at begynde i den tidlige ungdom, toppe i de senere ungdomsår, for derefter at aftage i voksenlivet, hvad angår hyppigheden. Der er dog store variationer i undersøgelserne, hvor Hawton og Harriss (2006, p. 575) advarer mod at glemme de ældre, da ¾ af de ældre selvskadende i undersøgelsen var i risikogruppen for selvmord.

Selvom de fleste undersøgelser er lavet på almindelige skoler og universiteter (Heath et al., 2009, pp. 14-21), ses den højeste prævalens af selvskadende i den kliniske population (Klonsky & Muehlenkamp, 2007, p. 1046; Heath et al., 2009, p. 13). Her er der endnu større udsving i hyppigheden. Blandt de voksne psykiatriske patienter ligger prævalensen for selvskade omkring 20%, hvortil den svinger mellem 40 og 80 procent for unge psykiatriske patienter (Klonsky & Muehlenkamp, 2007, p. 1046). Blandt den psykiatriske gruppe er borderline patienter den mest dominerende gruppe når det gælder selvskadende adfærd (Rodham & Hawton, 2009, p. 40). Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich & Silk (2005, p. 514) fandt at 81% af borderline patienterne i deres undersøgelse rapporterede selvskadende adfærd. I borderline-diagnosen indgår selvskadende adfærd som en del af symptom billedet ifølge ICD-10 diagnose-systemet (F60.31, WHO, ICD-10, 2011, p. 139).

4.4. Kønsforskelle

I Favazza og Conterios (1988, p. 25) undersøgelse i 1988, var det 96% kvinder der svarede. Deltagerne blev rekrutteret via en TV-udsendelse, hvor en af forskerne fortalte om hendes egen selvskadende adfærd. Mange henvendte sig efter udsendelsen. Ved henvendelse fik deltagerne udleveret et spørgeskema og yderligere information om undersøgelsen (Favazza & Conterio, 1988, p. 24f). Den gennemsnitlige alder var 28 år, men den gennemsnitlige alder for første selvskadende episode var 13,5 år (Favazza & Conterio, 1988, p. 25). Det faktum at annonceringen for undersøgelsen foregik via fjernsynet, kan have spillet en stor rolle i forhold til fordelingen af antallet af mandlige og kvindelige deltagere. I 2002 lavede Ross og Heath (2002, p. 73) en undersøgelse på to forskellige skoler, hvor de selvskadende elever blev udvalgt via et spørgeskema efterfulgt af et semistruktureret interview. Undersøgelsen viste, at 64% var piger og 36% var drenge (Ross & Heath, 2002, p. 73). Gennemsnitsalderen for den ene skole var 14 år og for den anden skole 15 år, hvilket er en del yngre end Favazza og Conterios undersøgelse fra 1988, men dog ikke hvis vi ser på gennemsnitsalderen for første selvskadende episode. Nyere undersøgelser viser, at der stadig er flest piger der skader sig selv. For eksempel lavede Sornberger, Heath, Toste og McLouth (2012, p. 271) en undersøgelse på flere forskellige skoler i Kansas City området i USA. Resultaterne viser, ud fra det totale deltagertal 7.126 unge, havde 32,1% piger og 16,6% drenge skadet sig selv (Sornberger, Heath, Toste & McLouth, 2012, p. 271).

Samtidig viser anden litteratur, at der ikke længere er store forskelle mellem piger og drenge, og nogle undersøgelser viser, at der er flere drenge der udøver selvskade end piger. I et review fra 2007 viser Klonsky og Muehlenkamp (2007, p. 1047), at der ifølge flere undersøgelser ikke er forskelle mellem antallet af mænd og kvinder, der udøver selvskade, men at forskellen ligger i metoden. Her pointeres det, at mænd typisk brænder sig eller slår sig selv, hvorimod kvinder er mest tilbøjelig til at skære sig selv (Klonsky & Muehlenkamp, 2007, p. 1047), som det også fremgår i afsnit 4.2 *former for selvskade*. En dansk undersøgelse lavet af Møhl og Skandsen (2012, p. 148f) viser, at der stadig er flest piger der udøver selvskade når tidsrammen er livstidsprævalens. Når tidsrammen ændres til ”indenfor det sidste år”, så stiger procentdelen for mænd og falder for kvinder, med et slutresultat på henholdsvis 16,6% og 15,9% (Møhl & Skandsen, 2012, p. 148f).

De varierende resultater kan være udtryk for brugen af forskellige tidsrammer, hvor mange gange vedkommende har prøvet at skade sig selv, assessment metoder og som Sornberger et al. (2012, p. 269) påpeger det, kan kønsforskelle afhænge af aldersgruppen der undersøges. Ifølge deres undersøgelser er der en større hyppighed af piger, der skader sig selv i ungdomsårene, men samtidig konkluderer de, at dette bør undersøges yderligere (Sornberger et al., 2012, p. 269). Dog viser den danske undersøgelse af Møhl og Skandsen (2012, p. 148f), at procentdelen af drenge der skader sig selv bliver større end pigernes, når tidsrammen er ”indenfor det sidste år” (piger 15,9%, drenge 16,6%). Der kan, ifølge Sornberger et al. (2012, p. 273) antydes, at drenge/mænd i mindre grad rapporterer om deres selvskadende adfærd, også selvom det er i et anonymt selvrapporterings spørgeskema.

4.5. Selvskade og selvmord

Forholdet mellem selvskade og selvmord beskrives her i et separat afsnit, da det kan være et kompliceret forhold. Fokus i denne opgave er selvskade uden selvmordstanke, selvmordsønsker eller selvmordsforsøg, som forklaret i definitionen af fænomenet.

Ifølge nogle forskere er selvskadende i en større risiko for selvmord, fordi de, med deres selvskadende adfærd, øger risikoen for at tage sit eget liv ved jævnligt at vænne sig til smerten og frygten (Hamza & Willoughby, 2013, p. 1). Dette gør, at de personer der skader sig selv jævnligt, over længere tid og anvender forskellige former for selvskade er i størst risiko for selvmord (ibid.). Når personen der skader sig selv vænner sig til smerten og frygten er der risiko for, at den selvskadende adfærd eskalerer, fordi større skade er nødvendig, for at opnå den ønskede effekt (ibid.). Denne højrisiko gruppe befinder sig i en dårligere psykosocial situation, hvor de depressive symptomer er værre, selvværdet er lavere, de har vanskeligheder med affektregulering, forholdet og tilknytningen til forældrene er dårlige og kvaliteten i venskaberne er ringe (ibid., p. 4f). I behandlingssammenhæng er denne information vigtig. Det er ikke kun den selvskadende adfærd der bør være i fokus, men typisk flere andre psykosociale aspekter i vedkommendes liv. Tidligere forskning har konkluderet, at tidligere selvmordsforsøg er en stor risikofaktor og forudsigelse for et nyt selvmordsforsøg (Andover et al., 2012, p. 5). Dog konkluderer Andover et al. (2012,

p. 5f) i deres review, at selvom selvskade udføres uden intention om selvmord, så er det påvist som en meget stærk risikofaktor for et fremtidigt selvmordsforsøg.

Selvskade er, som vist igennem afsnittet, et bredt begreb, hvor vigtigheden af en fælles definition er tydelig for at opnå sammenlignelige resultater i forskningen omkring fænomenet. I næste afsnit bliver der redegjort for hvilke motiver der ligger til grund for den selvskadende adfærd.

5. Motiverne bag den selvskadende adfærd

I dette afsnit redegøres for hvilken funktion den selvskadende adfærd har, for de personer der udfører den. Hvordan den selvskadende adfærd kan lette et følelsesmæssigt pres, eller hvordan selvskaden kan fungere som afstraffelse, vil blive forklaret.

I en nylig dansk undersøgelse blandt unge voksne fremgår det, at de fleste skader sig selv, fordi de vil slippe fri for uudholdelige følelser (76%) (Christoffersen et al., 2014, p. 6f). Andre begrundelser er: for at straffe sig selv (45%), for at få opmærksomhed (45%), for at vide om nogen holdt af dem (34%), for at give nogen en forskrækkelse (30%), for at hævne sig for noget de har været udsat for (17%) (Christoffersen et al., 2014, p. 6f). Det er et bredt spektrum af funktioner den selvskadende adfærd kan have.

Allerede i et review fra 1998 påpeger Suyemoto (1998, p. 533f), at de fleste rapporterer om en stor følelsesmæssig spænding, som ophører når de udfører en selvskadende handling. Suyemoto (1998, p. 534) rapporterer også, at mange oplever følelsen af skam eller skyld efter den selvskadende episode, men lettelsen fra den følelsesmæssige spænding er mest almindelig. I samme årstal har Briere og Gil (1998, p. 615) lavet en undersøgelse, hvor igen lettelsen fra den følelsesmæssige spænding rapporteres som den mest almindelige årsag. 80% af deltagerne skadede sig selv for at distrahere sig fra smertefulde følelser, 77% gjorde det for at håndtere stress, 77% gjorde det for at frigøre indestængte følelser, 75% gjorde det for at reducerer spænding (Briere & Gil, 1998, p. 615). De ovenfor nævnte svarmuligheder kan samles i fællesnev-

neren *affektregulering*, som også viser sig at være den primære årsag i Suyemotos (1998) review og Christoffersen et al.s (2014) undersøgelse. Der bliver dog fremhævet flere motiver til at skade sig selv i Briere og Gils (1998, p. 615) undersøgelse, eksempelvis for at få opmærksomhed eller blive distraheret fra minder. I Briere og Gils (1998, p. 615) undersøgelse var der 83% af deltagerne der skadede sig selv for at straffe sig selv. Denne høje procentdel kan have en sammenhæng med, at de fleste af deltagerne havde oplevet mishandling i barndommen, hvor vedkommende ofte oplever skyld og anvender selvafstraffelse (van der Kolk, Perry & Herman, 1991, p. 1667f; Yates, 2009, p. 118).

Tidligere opfattelser af selvskadens funktion har været, at vedkommende ville manipulere andre til at elske dem eller give dem opmærksomhed (Gratz, 2001, p. 200). Ifølge nogle forskere er dette ikke sandsynligt, da selvskade oftest er udført alene og efterfølgende skjult fra andre (ibid.). Derudover oplever individer der skader sig selv ofte reaktioner fra omgivelserne som afsky, frygt og fjendtlighed, i sammenligning med dem der forsøger at begå selvmord, som ofte bliver mødt med omsorg, medfølelse og bekymring (Andover et al., 2012, p. 2). Dette rejser spørgsmålet, om årsagen til at over en tredjedel alligevel begrundes deres selvskade som: 'for at få opmærksomhed', 'vide om nogen holder af dem' eller 'for at give nogen en forskrækkelse' (med hhv. 45%, 34% og 30%) kan være, at der i den danske undersøgelse deltager en del af dem, der tidligere i opgaven er omtalt "de nye cuttere"? Nogle af "de nye cuttere" skader sig selv sammen med andre og fordi et forbillede gør det, dog er der også mange af "de nye cuttere" som gør det alene og skjuler det, men stadig anvender det som en måde at kommunikere på – som et råb om hjælp (Møhl, 2007, p. 70f).

5.1. Overblik af Karen L. Suyemoto

Allerede i 1998 fremlagde Suyemoto (1998, pp. 536-548) flere modeller for selvskadens funktion. Et eksempel på disse modeller er den psykoanalytiske drift model, hvor selvskaden fungerer som en erstatning for selvmord og agerer som et kompromis mellem livs- og dødsdrifterne (Suyemoto, 1998, p. 541). Selvskaden ses som et micro-selv mord, hvor vedkommende får en følelse af kontrol over døden (ibid.). Under driftsmodellen ses også den seksuelle model, hvor selvskaden udføres for at opleve seksuel tilfredsstillelse, som straf for at undgå seksuelle følelser eller som et

forsøg på at kontrollere den seksuelle modningsproces (Suyemoto, 1998, p. 541). Som Nock og Cha (2009, p. 67), inddrager Suyemoto (1998, p. 543) også en affektregulerings model, hvor selvskaden anvendes for at fjerne eller flygte fra ubehagelige følelser. Under denne model specificerer Suyemoto (1998, p. 545) affektreguleringsprocessen med dissocieringsmodellen, da mange anvender forsvarsmekanismen dissociation ved selvskade. Forsvarsmekanismen dissociation optræder ofte ved traumatiserede personer, især for seksuelt misbrugte, og nyere forskning viser en direkte sammenhæng mellem dissociation og selvskadende adfærd (Rubæk, 2009, p. 129). Den selvskadende handling anvendes enten som afslutning på dissociationen eller som igangsættende for dissociationen (ibid., pp. 129-131). Dette værende en simpel opsætning af en meget kompliceret mekanisme, som ikke uddybes yderligere i opgaven.

Suyemoto (1998) nævner endvidere miljømodellen (p. 538) og den interpersonelle model med behovet for at fastslå selvets grænser (p. 546). I et review fra 2007 skitserer Klonsky (2007, p. 229) flere modeller for selvskade, hvor nogle af de førnævnte modeller er delt i andre modeller, for at konkretisere selvskadens funktion. Igen indgår affektregulerings modellen som en central model for selvskadens funktion, og den funktion de fleste angiver som motivet for at skade sig selv (Klonsky, 2007, p. 230f). Udover de førnævnte i Suyemotos (1998) artikel, udvider Klonsky (2007, p. 229) listen med modellerne selv-afstraffelse, hvor selvskaden forstås som en vrede mod en selv (da de er vænnet til det fra omgivelsernes syn på dem), og sensationsøgende hvor vedkommende søger spænding, nært sammenlignet med den spænding man får ved ekstrem sport.

5.2. Four-function model

Nock og Cha (2009, p. 67) har udarbejdet en model, hvor de samler selvskadens funktioner under fire overordnede funktioner. Modellen ser ud som følgende:

	Positive Reinforcement (PR)	Negative Reinforcement (NR)
Automatic (A)	APR	ANR
Social (S)	SPR	SNR

Figur 2 (Figure 4.1. Four-function model. (Nock & Cha, 2009, p. 67))

APR (automatisk positiv forstærkning): selvskaden udføres med det mål, at føle noget, hvor vedkommende ofte oplever en passivitet eller følelsesløshed i sit indre.

ANR (automatisk negativ forstrækning): selvskaden udføres for at fjerne eller flygte fra ubehagelige aversive emotionelle eller kognitive stadier.

SPR (social positiv forstærkning): selvskaden udføres for at få opmærksomhed eller adgang til en form for ressource i omgivelserne, som for eksempel hjælp.

SNR (social negativ forstærkning): selvskaden udføres for at fjerne krav fra omverdenen (Nock & Cha, 2009, p. 67).

ANR funktionen, hvor selvskaden udføres for at fjerne ubehagelige følelser, er den funktion der hyppigst bliver rapporteret (Nock & Cha, 2009, p. 67). Denne funktion blev også anvendt af Rikke jeg havde samtaler med i praktikken. Rikke forklarede, at hun skar sig næsten dagligt, fordi hun ikke vidste, hvad andet hun skulle gøre for at holde de ubehagelige følelser på afstand. Det var en måde hvorpå hun fik hverdagen til at fungere. Det var ikke pga. selvskaden, Rikke søgte hjælp, men fordi hun følte sig så depressiv og uden lyst i hverdagen – hun havde brug for en forandring. Hun så ikke selvskaden som et stort problem, da hun ved hjælp af selvskaden kunne flytte

fokus over på såret, som hun var meget omhyggelig med at pleje. Hun havde alle rekvisitterne til sårbehandling derhjemme og havde også en del viden om det.

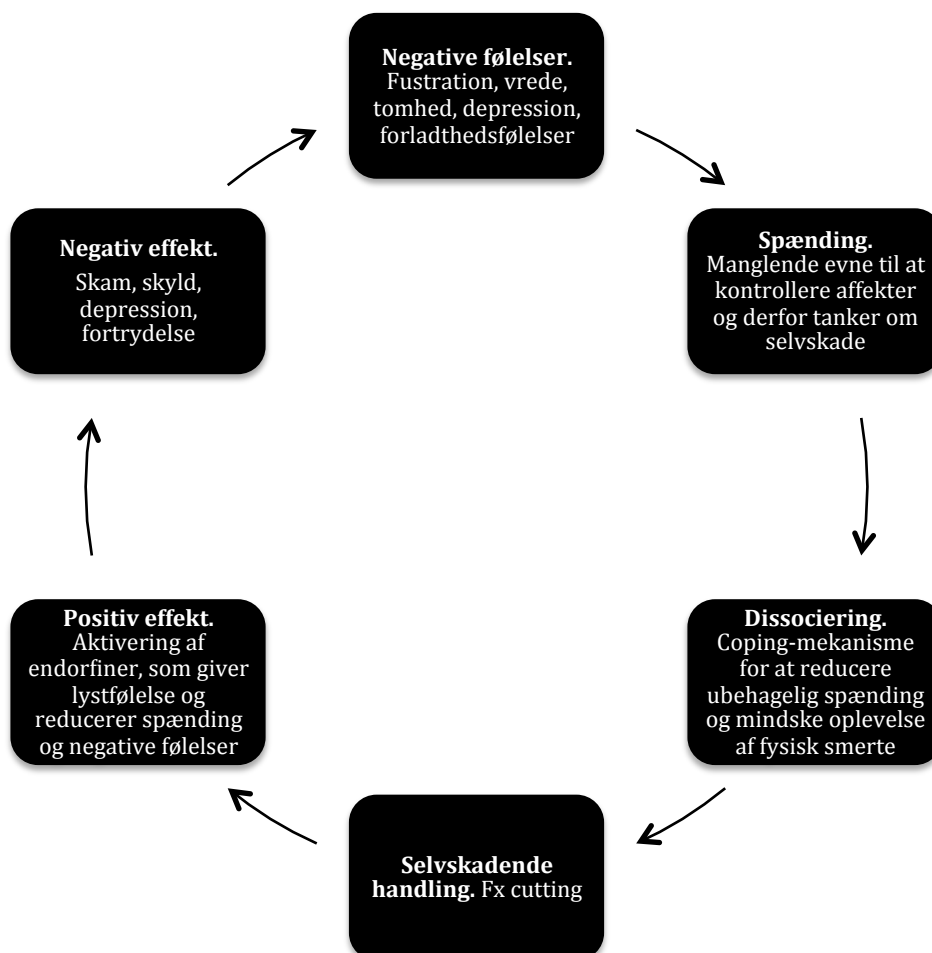
5.3. The experiential avoidance model

Affektreguleringen er prominent blandt flere undersøgelser, og flere udarbejder modeller for bedre at forstå selvskadens funktion. For eksempel har Chapman, Gratz og Brown (2006) lavet en model, som kan indgå i affektreguleringsmodellen, men i følge dem, er mere specifik ift. den erfaring selvskaden medfører, når selvskaden anvendes til at undgå smertefulde følelser. Fokus i modellen er de erfaringer, vedkommende har gjort sig ved gang på gang at undgå ubehagelige tanker, følelser, kropslige fornemmelser eller andre interne oplevelser ved at gøre brug af en selvskadende adfærd (Chapman et al., 2006, p. 374). De foreslår at selvskaden primært udføres for at undgå et følelsesmæssig ubehag, og at den selvskadende adfærd fastholdes og styrkes af dens funktion som flugtmekanisme (ibid.) – den selvskadende adfærd bliver selvforstærkende. Andre undersøgelser viser, at selvskadende personer generelt oplever en stærkere og hurtigere fysiologisk arousal, har en lav tolerancetærskel for stresspåvirkninger og er dårligere til problemløsning (Prinstein et al., 2009, p. 83ff; Nock & Mendes, 2008, p. 33). Dette kan skyldes, at de mister nogle erfaringer, når de igen og igen undgår de ubehagelige følelser ved at skade sig selv.

Rikke undgik også de vanskelige følelser, der gjorde hende angst for eksamen. Det var vanskeligt for hende, at tale om hvilke følelser og tanker der var forbundet med eksamen, udover følelsen af angst. Hun havde en forhåbning om, at terapien hurtigt kunne fjerne hendes angst symptomer, så hun kunne gå til eksamen uden ubehaget.

5.4. Selvskadens onde cirkel

Bo Møhl (2007, p. 77) præsenterer selvskadens onde cirkel, som inddrager mange af de førnævnte aspekter ved den selvskadende adfærd, på et mere overordnet plan.



Figur 3. (Figur 7. Selvskadens onde cirkel. Møhl, 2007, p. 77)

Negative følelser: som beskrevet i afsnit 4. *Fænomenet selvskade* og dette afsnit, er det typisk en hændelse, den unge oplever som negativ, afvisende eller smertefuld, som fører til en negativ følelse, som igen bliver startskuddet for behovet for selvskade (Møhl, 2007, p. 78). Fere undersøgelser rapporterer også denne negative følelse, som værende central i forhold til selvskadens funktion (Lloyd-Richardson et al., 2009, p. 36).

Spænding: der ophobes en spænding, som den unge har vanskeligt ved at håndtere. Herefter agerer vedkommende enten impulsivt på spændingen og skader sig selv, eller venter og forbereder med sted, tidspunkt og plastre, mens spændingen ophobes

endnu mere, og den unge får et kick af den selvskadende handling (Møhl, 2007, p. 78). En undersøgelse af Nock og Mendes (2008, p. 33f) viser, at selvskadende personer både oplever en højere fysiologisk arousal, og er dårligere til at udholde ubehag (negativ spænding) og fortsætte med en given opgave.

Dissociering: en tilstand der kan opstå som direkte konsekvens af de førnævnte ubehagelige følelser og spændinger. Det er en forsvarsmekanisme, som gør at vedkommende undgår at ”gå i opløsning”, når de udsættes for voldsomme følelser og smerte (Møhl, 2007, p. 78). Dissociation opfattes som en psykisk flugtmekanisme, når vedkommende er i en faresituation og fysisk flugt er umuligt – f.eks. ved overgreb. I mens overgrebet finder sted, sker en ubevidst opløsning af selvet, så vedkommende kan afbryde forbindelsen mellem den psykiske og fysiske virkelighed (Rubæk, 2009, p. 115). Dette trin sker typisk for personer, der har været udsat for gentagne traumatiske oplevelser (ibid.).

Selvskadens handling: selve handlingen befrier den unge fra de negative følelser og den ubehagelige spænding (Møhl, 2007, p. 78) og udgør den maladaptive affektregulering, som vedkommende havde brug for. Nogle personer rapporterer endda en oplevelse af eufori, da den selvskadende handling rent biologisk kan opfattes som et morfin kick, ved frigørelsen af kroppens egne endorfiner (ibid.).

Positiv effekt: den førnævnte befrielse resulterer ofte i en tilstand af positive emotioner, da den unge ofte oplever en stor lettelse efter den selvskadende handling, hvor de ubehagelige følelser er ændret til noget konkret og håndterbart for vedkommende (Møhl, 2007, p. 78f). Flere biologiske undersøgelser rapporterer samme positive effekt, dog rapporterer de også, at den er kortvarig (Sher & Stanley, 2009, 102f). Nogle selvskadende personer bliver i dette trin, hvor de vedvarer en følelse af lettelse og fred (Klonsky, 2007, p. 233).

Negativ effekt: for andre tiltræder den negative effekt kort tid efter den positive, hvor følelser som skam og skyld kan overvælde den unge (Møhl, 2007, p. 79). Ifølge Whitlock et al. (2006, p. 1942) er der meget få selvskadende personer, der søger hjælp til deres selvskade, hvilket tyder på en høj grad af skam følelse over egen selvskadende adfærd. Hermed kan den onde cirkel begynde forfra igen.

Af dette afsnit fremgår det, at motiverne for at skade sig selv kan variere i høj grad. Affektreguleringsmekanismen er den hyppigst rapporterede funktion for den selvskadende adfærd, og sammenhængen mellem (manglende) evnen til at affektregulere og det at skade sig selv er tydelig. Forklaringen på hvordan nogle mennesker udvikler en dårlig evne til at affektregulere redegøres der for i næste afsnit, hvor baggrunden for den selvskadende adfærd bliver belyst. Derudover vil teorien om medfølelse inddrages som et nyt syn på selvskade.

6. Baggrunden for den selvskadende adfærd

Med ovenstående er der nu redegjort for forståelsen af selvskade, og at motivet med selvskaden kan være meget forskellig, heriblandt affektregulering og kommunikation. I følgende afsnit vil baggrunden for, at nogle mennesker begynder at skade sig selv blive belyst. Det er tankevækkende, at selvskadende adfærd både ses blandt mennesker med tunge psykiatriske diagnoser, og mennesker der er i stand til passe et studie eller arbejde og fungere ”normalt” i hverdagen. Den store spredning giver en indikation af, at baggrunden for selvskaden sandsynligvis er kompleks. Der vil i dette afsnit ikke være en komplet gennemgang af de bagvedliggende teorier, men mulige forklaringer på hvilke udviklingsmæssige faktorer, der spiller ind på udviklingen af en selvskadende adfærd introduceres. Fokus vil især være på affektregulering og mentalisering da disse af litteraturen fremgår som centrale faktorer (Nock, 2010, p. 348). I slutningen af afsnittet vil teorien om medfølelse blive forklaret, da dette aspekt kan blive relevant at inddrage, som alternativ forklaringsmodel for baggrunden til selvskade.

Undersøgelser viser, at dårlige opvækstvilkår tidligt i livet kan medføre, at personer udvikler dårlige interpersonelle og affektregulerende evner, som igen fører til maladaptive coping strategier – eksempelvis selvskade (Klonsky & Glenn, 2009, p. 47). Personer der skader sig selv rapporterer oftere om en opvækst, hvor de tidligt er blevet separeret fra forældrene, har haft familiekonflikter, har oplevet dårlige forhold mellem forældrene og i grovere tilfælde oplevet omsorgssvigt (ibid.).

En undersøgelse fra 1991, omhandlende deltagerne der havde været udsat for overgreb, viste at 87% af dem skadede sig selv (van der Kolk et al., 1991, p. 1667). Undersøgelsen viste også, at jo tidligere vedkommende havde været udsat for traume, jo værre var selvskaden (ibid.). Derudover viste undersøgelsen en signifikant association mellem både omsorgssvigt og kaotiske familieforhold og selvskade – især cutting (ibid.). I samme undersøgelse viste seksuelt misbrug at være signifikant associeret med selvmord (ibid.).

I en nyere undersøgelse fra 2010 fremgik samme resultat, hvor omsorgssvigt er tæt knyttet til senere selvskadende adfærd (Shenk, Noll & Cassarly, 2010, p. 338). Udover dette viste undersøgelsen også, at omsorgssvigt var forbundet med symptomer for posttraumatisk stress, depression og dysregulering af følelser, som igen var associeret med selvskade (ibid., p. 338f). Især symptomer på posttraumatisk stress viste sig at være en stærk medierende variabel mellem omsorgssvigt og selvskade (ibid., p. 339). Dette betyder, at de personer der har været omsorgssvigtede og oplever symptomer på posttraumatisk stress, med følgesymptomer som eksempelvis ”flashbacks”, psykisk overfølsomhed eller alarmberedskab, hypervigilantitet (WHO ICD-10, 2011, p. 108f), er i endnu større risiko for selvskade (ibid., p. 340). Disse advarselssignaler er vigtige tegn, som behandlere skal være opmærksomme på i mødet med den unge.

Christoffersen et al. (2014, p. 8) konkluderer i deres undersøgelse, at støtte fra omgivelserne kan fungere som beskyttende faktor for udviklingen af selvskadende adfærd. Derudover viser undersøgelsen at PTSD (posttraumatisk stress syndrom) og lavt selvværd korrelerer med selvskade (Christoffersen et al., 2014, p. 6), hvilket støtter resultaterne fra Shenk et al. (2010, p. 338f) studie. Resultaterne viste, at baggrunden for den selvskadende adfærd kan være mangfoldig. Dette fordi det tyder på, at mange aspekter i barndommen og de mennesker der omgiver vedkommende har stor indflydelse på, om vedkommende i teenageårene begynder at skade sig selv. Derudover fremgår det, at symptomer på stress, depression og angst øger risikoen for selvskade, hvis personen har været udsat for omsorgssvigt (Shenk et al., 2010, p. 338).

I to longitudinelle undersøgelser på en non-klinisk population, vises at social støtte er stærkt associeret med selvskade (Tatnell, Kelada, Hasking & Martin, 2014, p. 892; Hankin & Abela, 2011, p. 68). Rikke manglede i høj grad den sociale støtte, da hun

var flyttet hjemmefra til en by, hvor hun ikke kendte nogen i forvejen. Tatnell et al. (2014, p. 892) specificerer, at ringe tilknytning er relateret til lavt selvværd, lav self-efficacy og dårlig kognitiv vurdering. Dette er igen relateret til en større sandsynlighed for at starte en selvskadende adfærd. Derudover bekræfter deres undersøgelse, at dårlig tilknytning giver dårlig emotionel regulering og ringe følelse af selvværd (Tatnell et al., 2014, p. 893). Schore (2001, p. 16f) har tidligere påvist dette forhold, ved at undersøge udviklingen i hjernens strukturer i forhold til den tilknytning barnet har fået. En mindre undersøgelse fra 2011 viser en sammenhæng mellem moderens kliniske depression og den unges begyndende selvskadende adfærd (Hankin & Abela, 2011, p. 68). Dette påviser igen hvordan tilknytningen har betydning for, om unge mennesker begynder at skade sig selv, da en moder med en klinisk depression typisk er fraværende og mangler overskud til at tage sig ordentlig af barnets behov (Burke, 2003, p. 244). Gældende for unge i starten af teenageårene, foreslår Muehlenkamp, Brausch, Quigley & Whitlock (2013, p. 77), at det kan være vigtigt at inddrage familien i behandlingen af personen der skader sig selv, da familien stadig har stor indflydelse på vedkommende, og fortsat i teenageårene er en stor del af den unges liv.

6.1. Tilknytningsteorien

Allerede i 1969 viste Bowlby (1994, p. 134) vigtigheden af den gode tilknytning for senere sund psykisk udvikling. Derudover påpeger Bowlby (1994, p. 137), at nære emotionelle bånd og tilknytningen til forældrene forankrer sig i barnets bevidsthed, og bliver centrale træk i personlighedens fungeren livet igennem. Dette fremgår af forrige afsnit, hvor det blev præsenteret, at unge mennesker der skader sig selv er dårligere til at håndtere stressede situationer, og ofte har vanskeligheder med at løse problemer og kommunikere konstruktivt med familie og venner. Samtidig bliver de tilknytningsmønstre der er forankret i barnet typisk overført til andre betydningsfulde relationer, vedkommende har, som for eksempel i et parforhold eller til terapeuten (ibid., p. 141).

Bowlby (1994, pp. 9, 17) forklarer videre, at der er meget, der står på spil når forældreskabet begynder, og at det kræver følsomhed at indgå i det sociale samspil, som barnet er forudprogrammeret til. Når det lykkes, får barnet den sikre base, som er nødvendig for at udvikle sig, udforske omverdenen og på en sund måde blive tanket

op følelsesmæssigt eller trøstet, når livet bliver vanskeligt (Bowlby, 1994, p. 19f). Det er ikke kun spædbørn, der har brug for en sikker base, da unge og voksne senere i livet kommer ud for pressede situationer, og har brug for ekstra omsorg og at vende tilbage til den sikre base for at tanke op (ibid., p. 11f). Hvis unge eller voksne ikke har haft den sikre base som barn, kan selvskaden fungere som (maladaptiv) sikker base, hvor en regulering af presserende/ubehagelige følelser kan finde sted. Kvaliteten i de følelsesmæssige nære bånd og den evne vedkommende har til at finde en sikker base i sit voksne liv, afhænger i høj grad af den tilknytning, der har fundet sted i barndommen (ibid., p. 134). Der er tydelige forskelle på om vedkommende har erfaret den *sikre tilknytning*, den *ængstelige, klæbende tilknytning* (også kaldet ambivalent tilknytning) eller den *ængstelige, undvigende tilknytning* (ibid., p. 138).

6.1.1. Tre typer af tilknytning

Ved den *sikre tilknytning* har barnet fuld tillid til forældrene og er sikker på, at de vil trøste og hjælpe ved modgang. Her har barnet overskud til frit at udforske verden, fordi der er en tillid til, at han/hun altid kan vende tilbage til den sikre base, hvis nødvendigt (Bowlby, 1994, p. 138). Denne fornemmelse af sikkerhed varer ved livet igennem, hvor den voksne også vil søge hjælp og trøst (ibid., p. 139f), sandsynligvis før problemet bliver for stort.

Ved den *ængstelige, klæbende tilknytning* har barnet ikke fuld tillid til forældrene, og der hersker en usikkerhed og adskillelsesangst. Barnet opfører sig klyngende og er bange for at udforske verden, fordi det er usikkert, om der er en base at vende tilbage til (Bowlby, 1994, p. 138).

Ved den *ængstelige, undvigende tilknytning* har barnet ingen tro på, at forældrene vil hjælpe, støtte eller trøste, og barnet forventer at blive afvist ved søgen af omsorg (Bowlby, 1994, p. 138f). De sidste to kan fælles benævnes usikker tilknytning.

6.1.2. Den usikre tilknytning

Der kan være mange grunde til, at barnet erfarer en usikker tilknytning. En årsag kan være, at moderen har en svær depression. Her viser undersøgelser, at barnet bliver usikkert tilknyttet og bliver mere disponeret for både fysisk og psykisk sygdom (Burke, 2003, p. 245f). Samme undersøgelse viste, at børn af depressive mødre var dårligere til at affektregulere og havde en lavere stresstærskel i sociale interaktioner

(Burke, 2003, p. 246). En anden grund kan være, at moderen selv har erfaret en usikker tilknytning. Tilknytningsmønstre er tilbøjelige til at være ved, og kan derfor overføres til sit eget barn (ibid., p. 148ff). Uanset hvilken tilknytning barnet erfarer, internaliseres det og bliver til arbejdsmodeller af barnets selv, omverdenen og den sociale interaktion med andre (ibid., p. 145). Dog er det vigtigt at huske på, at det ikke er alle børn der oplever en usikker tilknytning, der får en personlighedsforstyrrelse eller anden lidelse. Aspekter som intelligens, temperament, resiliens, følsomhed og evt. andre betydningsfulde mennesker i periferien, har stor indflydelse på, hvordan den usikre tilknytning påvirker det ene menneske fremfor det andet (Burke, 2003, p. 247).

6.2. Mentalisering

Bowlby påpeger vigtigheden af en sikker tilknytning for en sund udvikling af affektreguleringen (Bowlby, 1994, p. 145). Fonagy, Gergely, Jurist & Target (2004, p. 63, 64, 68, 74, 78)¹ behandler begrebet mere i dybden og inddrager viden fra filosofien, udviklingspsykologien, neurologien, psykoanalysen og tilknytningsteorien, hvorefter de belyser begrebet mentalisering, som værende det næste skridt i barnets udvikling mod selvstændig aktør. Affektregulering er ikke kun en regulering af følelser, men også en regulering af selvet og en måde hvorpå barnet går fra en dyadisk regulering i samspil med moderen, til selv at kunne regulere indre spændinger (Fonagy et al., 2004, p. 62f). Fonagy et al. (2004, 85) deler affektreguleringsprocessen i to niveauer. Det første og laveste niveau for affektregulering foregår mere eller mindre automatisk, stort set udenfor bevidsthed og kan sidestilles med homeostase (Fonagy et al., 2004, p. 85). Dette ses i ekstreme situationer hvor vedkommende kan være i fare og skal reagere prompte. På andet niveau foregår affektregulering i forbindelse med vores relation til andre mennesker og omverdenen, hvorpå reguleringen hjælper os med at finde meningen med følelserne og kommunikere dem til andre, i modsætning til at agere på følelserne, som set i det første niveau (ibid.).

¹ Fonagy et al. 2004 er en e-bog, hvilket kan betyde en lille forskydning i henvisning af siderne. Siderne er angivet efter medium størrelse bogstaver.

² Oversættelse af begge begreber krediteres Rubæk, 2009, p. 59f.

6.2.1. Den sociale biofeedbackmodel

Fonagy et al. (2004, p. 135) tager udgangspunkt i den social biofeedbackmodel for at forklare, hvordan barnet bliver et selvregulerende individ ved hjælp af spejlingsinteraktionen med omsorgspersonen. Den proces der gør, at barnet går fra automatisk ubevidst affektregulering til næste niveau, hvor det er bevidst om følelserne og regulerer disse i forhold til andre, involverer i høj grad omsorgspersonen. Barnet er fra fødslen særligt sensitiv overfor ydre stimuli, og dets perceptuelle system er rettet mod at udforske omverdenen, hvorigennem det former repræsentationer baseret på disse eksterne stimuli (Fonagy et al., 2004, p. 131). De eksterne stimuli bliver i høj grad leveret af omsorgspersonen, ved at spejle (reagere på) barnets automatiske stimuli (ibid., p. 135). Denne eksterne repræsentation af barnets emotionelle udtryk fungerer som læring for barnet, som gradvist resulterer i barnets identifikation af det indre stimuli. Dette opdager barnet med tiden stemmer overens med det emotionelle udtryk, barnet befinder sig i (ibid.). Omsorgspersonen markerer typisk spejlingen med en overdrivelse, dog med en graduering i forhold til barnets udtryk. En sensitiv mor græder ikke endnu mere når barnet græder, men viser et bekymret og lettere trist ansigt, som igen er lettere overdrevet end når hun selv er trist. På denne måde ved barnet, hvilke emotioner det skal attribuere sig selv, og hvilke der er moderens (ibid., p. 145f).

6.2.2. Den utilstrækkelige affektspejling

Der kan også foregå en utilstrækkelig affektspejling, som kan få afgørende konsekvenser for barnets udvikling (Rubæk, 2009, p. 59). Fonagy et al. (2004, p. 157) nævner to: *lack of markedness* (manglende markering²) og *lack of category congruence* (mangel på kategorimæssig kongruens). Ved *manglende markering* stemmer spejlingen overens med barnets emotionelle udtryk, men omsorgspersonen mangler den tydelige markering, som hjælper barnet med at skelne egne og omsorgspersonens følelser (Fonagy et al., 2004, p. 157). Omsorgspersonen, grundet egne uløste intrapsykiske konflikter, spejler barnet ved at vise nøjagtig samme emotionelle udtryk som barnet, uden at markere det for barnet (ibid.). Ifølge Fonagy et al. (2004, p. 157), får det følgende konsekvenser:

² Oversættelse af begge begreber krediteres Rubæk, 2009, p. 59f.

- Når spejlingen ikke er markeret, bliver følelsen ikke frakoblet moderen, og barnet attribuerer følelsen som værende moderens reelle følelse.
- Dette gør at følelsen ikke bliver forankret i barnet, hvilket igen fører til en mangelfuld opfattelse af eget selv og egen kontrol af følelserne.
- Når barnet attribuerer følelsen til moderen, vil barnet opleve følelsen som værende udenfor barnet, i stedet for internaliseret som en del af barnet.
- I stedet for en graduering af barnets følelsetilstand, sker typisk en eskalering, som kan føre til traumatisering.

(Fonagy et al., 2004, p. 157).

Barnet oplever her, at den følelsesmæssige tilstand findes i omgivelserne, i stedet for inde i barnet, og at barnet ”smitter” omgivelserne med sine følelsesimpulser (Rubæk, 2009, p. 73). Dette kan gøre, at barnet undgår eksternaliseringen af følelserne og prøver i høj grad selv at regulere sine følelser, uden af anvende omsorgspersonen (ibid.). Dette manglende samspil mellem omsorgsperson og barn gør, at barnet mister vigtig læring, som senere kan resultere i en manglende affektiv impuls kontrol (ibid., p. 74). Denne manglende affektive impuls kontrol resulterer i at vedkommende kan føle sig tvunget til at handle på impulserne (ibid.), som set i det første, laveste niveau af affektregulering, hvor reguleringen foregår automatisk. Selvskaden kan komme til at fungere som et redskab til at regulere følelserne og er ofte et resultat af en følelsesmæssig impuls (ibid.). Disse problematikker ses især ved personer med en borderline personlighedsforstyrrelse (Fonagy et al., 2004, p. 157; WHO ICD-10, 2011, p. 138).

Ved *mangel på kategorimæssig kongruens* er spejlingen markeret, men inkongruent og kategorisk forvrænget (Fonagy et al., 2004, p. 157). Denne type fremgår typisk ved forældre, der er overkontrollerende eller udviser en defensiv forvrænget opfattelse af forælderrollen (ibid.). Omsorgspersonen vil være i stand til på passende vis at markere barnets følelser, men det vil typisk være en forkert følelse der bliver markeret (Rubæk, 2009, p. 59). Denne misforståelse, i hvilken følelse barnet udviser, sker fordi barnets affektudbrud starter en reaktion i omsorgspersonen, der er præget af emotionelt forsvar (ibid.).

Denne type spejling kan have følgende konsekvenser for barnets udvikling:

- Grundet markering i spejlingen bliver følelsen frakoblet omsorgspersonen.
- Selvom det er den forkerte følelse, så vil barnet attribuere følelsen til sig selv, fordi spejlingen er markeret.
- Da den følelse der er spejlet, er den forkerte følelse og ikke er kongruent med den følelse barnet egentlig oplever, etablerer barnet en forvrænget repræsentation af sine følelser.

(Fonagy et al., 2004, p. 159).

Som et resultat vil barnet attribuere information om sig selv, som er inkongruent med den information barnet egentlig oplever, hvilket i sidste ende fører til en forvrænget oplevelse af selvet (Fonagy et al., 2004, p. 159). Da barnet er afhængig af moderens korrekte spejling for at opnå et kongruent selv, ender barnet med at internalisere moderens følelsesmæssige reaktioner, som resulterer i dannelsen af det ”fremmed selv” (Rubæk, 2009, p. 68). Dette bliver en del af barnets personlighed, hvilket kan virke truende (ibid.). I situationer som for eksempel ved overgreb virker dette ”fremmed selv” især truende for barnet, hvorpå barnet eksternaliserer følelserne ved hjælp af forsvarsmekanismen *projektiv identifikation*³ (Fonagy et al., 2004, p. 285f). Ved brug af forsvarsmekanismen *projektiv identifikation* får vedkommende konstant brug for at indgå i relationer for derigennem at eksternalisere ”fremmedselvet” (Rubæk, 2009, p. 71). Så længe vedkommende har mulighed for at eksternalisere de fremmede følelser over på den anden, kan vedkommende få en midlertidig fornemmelse af kontrol og en følelse af tryghed (Fonagy et al., 2004, p. 285). Prisen for denne mekanisme er desværre høj, da personen er meget afhængig af andre mennesker og deres ”containment” af følelserne, hvilket gør personen ekstremt sårbar overfor afvisning, tab eller svigt (Rubæk, 2009, p. 71). Når personen er alene, er vedkommende også alene med det ”fremmede selv”, hvilket kan fremprovokere følelser af usikkerhed og ekstrem sårbarhed. I denne situation er det ofte, at personen oplever en fornemmelse

³ [simplificeret] Projektiv identifikation er ifølge den klassiske psykoanalyse en forsvarsmekanisme, hvor personen bevidst projicerer egenskaber, tanker eller følelser over på en anden (f.eks. terapeuten), der presses til at mærke de projicerede egenskaber, tanker eller følelser (Rubæk, 2009, p. 69f). Dette gør, at terapeuten f.eks. kan mærke vrede eller frustration, som ikke er terapeutens egne følelser, men klientens. For klienten får terapeuten en ”containerfunktion”, hvorpå konflikten indeni klienten lettes (ibid., p. 70).

af opløsning (Fonagy et al., 2004, p. 287), og ved den manglende mulighed for *projektiv identifikation*, forsøger vedkommende at destruere det ”fremmede selv” på anden vis (Rubæk, 2009, p. 71). Selvskaden kan være en symbolsk måde hvorpå vedkommende kan destruere det ”fremmede selv” (ibid.).

Fonagy et al. (2004, p. 85) påpeger, at inddragelsen af mentalisering i affektreguleringen gør, at personer med en veludviklet mentaliseringsevne kan affektregulere, velvidende hvilken følelse de regulerer, samtidig med at de er i en følelsesmæssig påvirket situation. Denne udforskning af følelserne sker typisk også i psykoterapi, hvor vedkommende i samspil med terapeuten udforsker de ofte blandede følelser, en person kan have omkring en hændelse (ibid.). Et sundt tilknyttet menneske kan udforske følelserne uden nødvendigvis at agere på dem, og udholde at være i en situation hvor følelserne måske er modsatrettet, hvilket de ofte kan være. Denne håndtering af følelserne kan selvskadende mennesker have vanskeligt ved, da mange ikke har lært det via tilknytningen til omsorgspersonen. Herved er de efterfølgende blevet forvænnet til at undgå denne udforskning ved at udføre den selvskadende handling hver gang følelserne bliver uhåndterbare (jf. afsnit 5.3. *The experiential avoidance model*).

6.2.3. Mentaliseringsevnen

På samme måde som affektregulering udvikles i samspillet med omsorgspersonen, gør mentalisering det også (Fonagy et al., 2004, pp. 108, 212). Mentalisering er ikke en evne barnet pludseligt tilegner sig, men en evne som udvikles løbende med den interaktion barnet har med omsorgspersonerne, udviklingen af affektreguleringen og den samtidige udvikling der foregår i barnets hjerne (ibid., p. 214). Undersøgelser viser, at barnets tilknytning og mødres evne til at mentalisere har stor indflydelse på barnets udvikling af mentaliseringsevnen (ibid., p. 41, 44, 51ff). Mentalisering er kort sagt *psykologisk tænkning både i relation til sig selv og andre* (Møhl, 2007, p. 83). Mentalisering udvikles gennem tre stadier, hvorigennem barnets opfattelse af forholdet mellem virkeligheden og menneskets forskellige mentale tilstande, ændrer sig fra 1) *teleologisk-modus* til 2) *ækvivalens-modus* til 3) *pretend-modus*.

1) Teleologisk-modus

Ifølge Fonagy et al. (2004, p. 134) viser spædbørn en medfødt tilbøjelighed til at udtrykke deres følelser automatisk. De er sensitive overfor den tilfældige ansigt-til-ansigt kommunikation med omsorgsgiveren, de kan skelne mellem meget diskrete ansigtsudtryk, de er afhængige af deres omsorgspersons affektregulerende interaktion for senere selv-regulering, og slutteligt er de påvirket af kvaliteten i den førnævnte affektregulering (ibid.). I forhold til den mentale tilstand er barnet i denne periode i det såkaldte teleologisk-modus, hvor kommunikationen foregår igennem kropslige fornemmelser og konkret adfærd (ibid.). Barnet erfarer verden gennem kroppen og omsorgspersonens konkrete adfærd i forhold til det. Barnets mentale forståelse af verden er konkret og målorienteret ved at etablere en relation mellem handling og mål (ibid., p. 182). Der er endnu ikke et følelsesmæssig aspekt knyttet til relationen mellem handling og mål, men det udvikles i de næste to stadier.

2) Ækvivalens-modus

Omkring 2-3 års alderen forstår barnet stadig ikke, at tanker fungerer som en repræsentation af virkeligheden, men barnet begynder at få en psykisk virkelighedsfornemmelse af egne og andres følelser (Fonagy et al., 2004, p. 207). Barnet forventer, at den indre verden, der eksisterer i dets bevidsthed, er i overensstemmelse med den ydre verden og virkelighed (Rubæk, 2009, p. 55). Fonagy et al. (2004, p. 207) beskriver det således: "It seems that, if the young child believes something, it must be so; if it is so, then someone else will see it in the same way; if it was so before, he must have seen it that way before" (Fonagy et al., 2004, p. 207). I dette stadie er barnets hjerne påvirkeligt af virkeligheden, og den subjektive oplevelse vil ofte blive forvrænget og tilpasset informationer udefra, så virkeligheden og den subjektive oplevelse stemmer overens (ibid., p. 208).

3) Pretend-modus

Pretend-modus (også kaldet som-om-modus) er det sidste stadie og kan forstås som kontrasten til ækvivalens-modus (Rubæk, 2009, p. 55; Fonagy et al., 2004, p. 208). Pretend-modus er tæt knyttet til barnets leg og her er barnet klar over, at der er forskel på indre og ydre virkelighed (Rubæk, 2009, p. 55). Selvom barnet adskiller de to virkeligheder i dets tankegang, kan det emotionelle aspekt sommetider infiltrere legen med små stykker fra virkelighedens følelsesliv (Fonagy et al., 2004, p. 208).

Mange børn i dette stadie bruger tid og ressourcer på at fastlægge regler og rammer for legen, så de er sikre på, at legen og virkeligheden ikke smelter sammen, fordi virkeligheden sommetider kan føles som et overgreb på barnets tanker (Fonagy et al., 2004, p. 210).

Mentalisering udvikles i nært samarbejde med omsorgspersonen og bliver endeligt en egenskab, hvorigennem barnet tilskriver sig generaliserede intentionelle egenskaber, i et forsøg på at rationalisere omsorgspersonens – og senere andre menneskers – adfærd (Fonagy et al., 2004, p. 194). Barnet udvikler her en objektiv og vedvarende oplevelse af selvet som egen aktør, hvorigennem evnen til at forstå andres mentale tilstande begynder og efterfølgende finpudses (ibid.). Her er det igen vigtigt med en følsom omsorgsperson, som kan spejle, guide og hjælpe barnets udvikling. Finder dette ikke sted, kan barnet opleve et fragmenteret og desorganiseret selv (ibid., p. 200). Et vigtigt aspekt i denne (evt. maladaptive) udvikling er barnets medfødte sårbarhed (ibid., p. 201), som gør barnet mere eller mindre resilient overfor en mindre følsom omsorgsgiver. Dette kan medføre, som nævnt tidligere, at det ikke er alle børn med en usikker tilknytning, der udvikler en psykisk lidelse eller klarer sig mindre godt i livet, trods en hård begyndelse i barndommen. Evnen til at mentalisere giver oplevelsen af kontinuitet i selvet og vedkommende muligheden for at forstå andres adfærd som meningsfuld (ibid., p. 210). Mentaliseringsevnen gør også, at barnet kan differentiere mellem indre og ydre sandheder, hvor vedkommende rationelt kan forstå, at det andre eller én selv gør, ikke er den eneste sandhed (ibid.). Udover at kommunikationen med andre bedres, hvis vi er i stand til at forestille os andres mentale tilstande, så kan mentalisering hjælpe vedkommende med at nå et højere niveau af intersubjektivitet og opleve livet som mere meningsfyldt (ibid., p. 212). Hermed kan mennesket bedre forstå og relatere sig til hinanden, samtidig med at vi med denne evne får et mere nuanceret følelsesliv.

Risikoen for selvskade opstår når vedkommende oplever mentaliseringssvigt (Fonagy et al., 2004, pp. 287, 299f).

6.3. Medfølelse

Teorien om medfølelse vil blive præsenteret her, for senere at indgå i diskussionen. Vigtigheden af en god relation mellem barn og omsorgsgiver for at udvikle evnen til at affektregulere og blive et socialt velfungerende væsen, kommer også til udtryk af begrebet medfølelse (Wang, 2005, p. 92). Medfølelse har sit udgangspunkt i den evolutionære model om sociale mentaliteter (Gilbert, 2005, p. 15) og forskellige sociale motivationssystemer og funktionelle emotionelle systemer (Gilbert, 2014, p. 7).

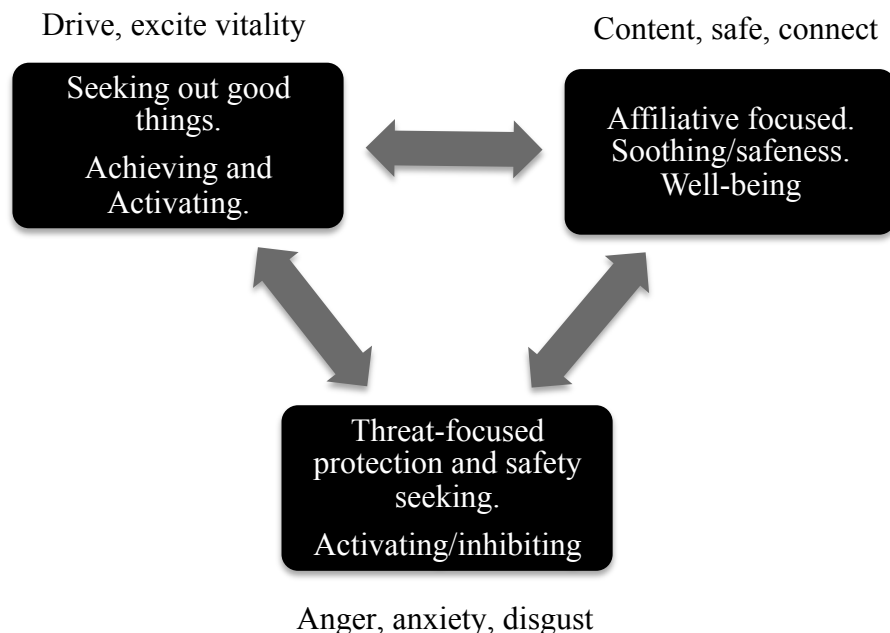
6.3.1. Sociale motivationssystemer

Gilbert (2005, p. 15) benævner sociale mentaliteter som værende interaktionen mellem motiver, emotioner, og informationsbearbejdende rutiner og adfærd. Denne interaktion fremkalder forskellige interne mønstre af neurofysiologisk aktivitet (Gilbert, 2005, p. 15). Gilbert (2014, p. 11) dannede termen sociale mentaliteter for at indfange ideen om, at mennesket er i stand til at ændre og tilpasse indre stimuli fra øjeblik til øjeblik i sociale interaktioner og kontekster. Sociale mentaliteter hjælper os med at etablere sociale roller (f.eks. omsorgsgivende, seksuelle, dominerende og underordnede), som igen løser sociale udfordringer, til gavn for vores overlevelse (Gilbert, 2005, p. 15f). Den omsorgsgivende rolle indebærer eksempelvis det at indgå i et parforhold og finde motivationen for at investere tid og energi i forholdet for derved at øge chancerne for overlevelse, udvikling og reproduktion. Denne sociale rolle løser faren ved trusler og inkluderer følsomhed overfor lidelse, evnen til at tage sig af andre, empati og sympati (ibid., p. 16). De forskellige roller vi indgår i, stimuleres via sociale signaler, som igen aktiverer kognitive, fysiologiske og emotionelle systemer (ibid., p. 15f). De sociale roller vi indgår i afhænger, ifølge Gilbert (2005, p. 16), af hvordan andre relaterer sig til én selv, hvordan vedkommende tolker sociale signaler og vedkommendes egne ønsker og motiver for at indgå i en relation med andre. Medfølelse har dybe rødder i det evolutionære sociale motivations system, hvorpå systemet ses udviklet i reelle sociale interaktioner (Gilbert, 2014, p. 13). Denne proces er i tråd med den læring og udvikling der også fremgår af afsnittene 6.1. *Tilknytningsteorien* og 6.2. *Mentalisering*, hvor processen finder sted i den nære relation mellem omsorgsgiver og spædbarn.

6.3.2. Det emotionelle system

Det andet system hvori medfølelse har sine dybe rødder, er det emotionelle system (Gilbert, 2014, p. 14). Følelserne kan, evolutionært, siges at være en mekanisme, der giver vedkommende konstant feedback, når vedkommende interagerer med omverdenen og hjælper med at styre motivationen og den endelige ageren (ibid.). Følelsernes påvirkning kan være ubevidst og modsatrettede. Flere forskere er enige om, at det netop er det at undgå følelser (experiential avoidance; se evt. afsnit 5.3.), der bærer en stor del af oprindelsen til mange menneskers psykiske problemer (ibid.). Det er almindeligt kendt, at den terapeutiske relation er vigtig for patientens mulighed for forandring, men ifølge medfølelsesfokuseret terapi er det mere evnen til at facilitere og hjælpe patienten med at opleve følelser relateret til tilknytningen, der er vigtige for forandring (ibid.). Dette fordi følelser relateret til tilknytningen er roden til de frygtede og smertefulde følelser, patienten bærer på (ibid.).

Det emotionelle system kan deles op i tre overordnede emotionelle funktioner (Gilbert, 2014, p. 14):



Figur 4. (Figure 1. Three types of affect regulation system. (Gilbert, 2014, p. 15))

The *threat-focused protection and safety seeking system* (trussels- og beskyttelses-systemet, egen oversættelse): systemet består af negative følelser, som registrerer og reagerer på truende situationer (Gilbert, 2014, p. 14). Dette er det mest dominerende system, hvilket, rent evolutionært, har været nødvendigt for vores overlevelse (ibid.). I en tilknytningsrelation aktiveres dette også i et usikkert tilknyttet barn, der løbende søger tryghed og tilknytning (ibid.). Derudover kan vedkommende føle sig truet af sin egen emotionelle tilstand, som f.eks. især sker ved angsttilstande, hvor vedkommende forestiller sig diverse farlige situationer, som kan opstå, men rent faktisk ikke er opståede (ibid., p. 15). Den adfærd der er resultatet af en truende eller beskyttende følelse, er enten i en kamp-flugt, hvor systemet bliver aktiveret, eller i en håbløs/hjælpeløs situation, hvor systemet bliver deaktiveret (ibid.). De fleste går i terapi på grund af et overaktiveret trusselssystem, hvor de fleste terapiformer fokuserer på de negative følelser. Ifølge Gilbert (2014, p. 15) er der dog to måder at afhjælpe psykisk lidelse. Den ene er, som før nævnt, ved at arbejde med de negative følelser og deres betydning. Den anden ved at arbejde med de positive følelser som også kan nedregulere et overaktivt trusselssystem (Gilbert, 2014, p. 15).

Nedenfor beskrives de to andre positive systemer, som også kan inddrages i terapien. De positive systemer deles op i to, da de, ifølge Gilbert (2014, p. 15), har nærmest diametralt modsatte funktioner.

The *positive affects of seeking and acquiring* (motivationssystemet, egen oversættelse): dette system indebærer følelser som glæde, morskab, spænding og nydelse (Gilbert, 2014, p. 15). Evolutionært er det knyttet til vores færdigheds- og belønningssystem, som bidrager til velstand og trivsel (ibid.). Systemet er forbundet med det sympatiske nervesystem, som gør at vi kan reagere hurtigt og målrettet, ved f.eks. en faresituation eller en situation fyldt med spænding som kræver koncentration og fokus (ibid.). Følelserne er afhængige af resultatet af vedkommendes færdighed og egen opfattelse af belønningen (ibid.). Det er ikke det samme at vinde en million for en allerede velhavende person, som det er for en person der er fattig. Derudover kan det for nogle mennesker være skræmmende at forholde sig til disse positive følelser, da de f.eks. i barndommen er blevet straffet i en situation, der var fyldt med glæde og morskab (ibid., p. 15f). I sidstnævnte eksempel kan fornemmelsen af positive følelser vække en frygt for snarligt kommende negative følelser.

The *positive affects affiliation, soothing and well-being* (beroligelses- og tilknytningssystemet, egen oversættelse): dette system er modsat de to andre systemer ikke aktiverende, men beroligende og ikke kun resultatet af fraværet af trussel (Gilbert, 2014, p. 16). Når dette system er aktiveret, er personen i et stadie af tilfredshed, hvor det ikke er under nogen form for trussel og ikke behov for aktiv søgen, hvorpå de to sidstnævnte systemer er i bero (ibid.). Systemet er forbundet med det parasympatiske nervesystem, og kan opfattes som et specialiseret affektreguleringssystem med egen adfærds regulering, fysiologiske samspil og en vifte af påvirkninger af andre funktioner, som f.eks. opmærksomheden og tænkningen (mentalisering, egen tilføjelse) (ibid., p. 17). Det kan ikke sidestilles med ren afslapning, men mere som en tilstand hvor vedkommende ”bare er” (ibid., p. 16). Denne tilstand er ofte forbundet med det at være ”mindful”, hvor vedkommende prøver at være til stede, uden at dømme, forklare eller finde meningen med noget (ibid.). Det er også en tilstand hvor vedkommende acceptere situationen som den er, uden at have brug for at finde meningen i situationen (ibid.). Denne tilstand af ”bare at være” kan virke truende på mange mennesker, især mennesker der i sin barndom har oplevet traume, omsorgssvigt eller overgreb, hvor en beroligende situation hurtigt har kunne ændre sig til en truende situation (ibid., p. 16f).

6.3.3. Komponenter i medfølelse

Medfølelse er overordnet knyttet til vedkommendes motiverende, emotionelle og adfærdsmæssige evner til at drage omsorg for andre og derigennem sikre egen overlevelse (Gilbert, 2005, p. 52). Gilbert (2014, p. 19) beskriver kort medfølelse, som: *a sensitivity to suffering in self and others, with a commitment to try to alleviate and prevent it* (en følsomhed overfor lidelse i en selv og andre, med forpligtigelse til at forsøge at lindre og forebygge lidelsen, egen oversættelse). Mere detaljeret indbefatter medfølelse særlige egenskaber ved personen:

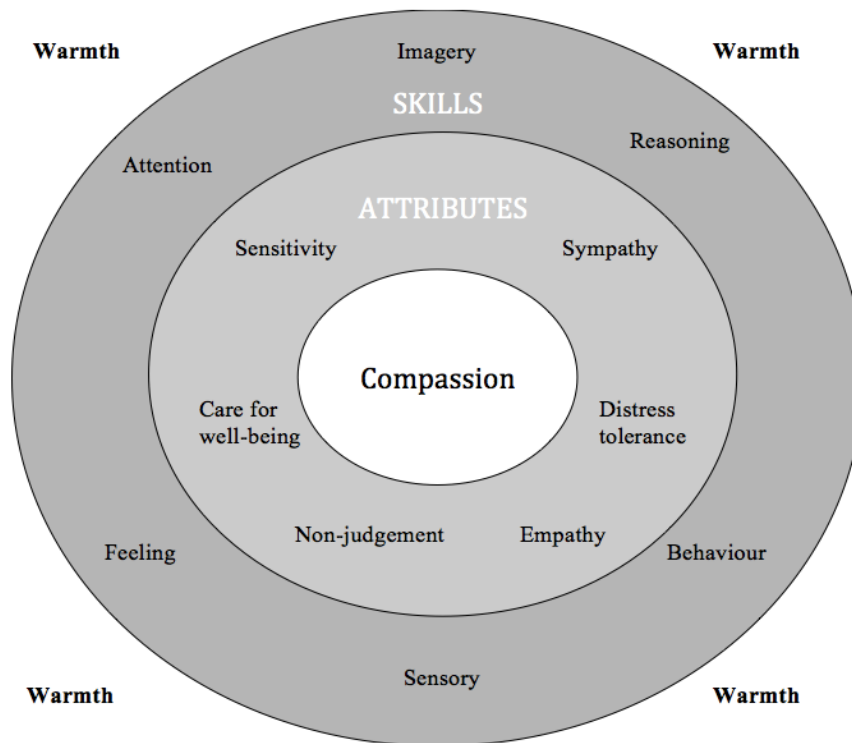
- ønsket om *at drage omsorg* for andre (Gilbert, 2005, p. 39f),
- *empati* relateret til mentaliseringen af baggrunden for lidelse og hvad der kan afhjælpe (ibid., p. 41f),
- *sympati* relateret til evnen til at blive bevæget af lidelse (ibid., p. 42f),
- *tolerance for lidelse*, relateret til evnen til at være i følelserne uden at blive revet med at dem, uanset om det er ens egen lidelse eller andres (ibid., p. 45),

- *følsomhed/erkendelse for lidelse*, handler om evnen til at opdage og bearbejde lidelse i stedet for at ignorere det (ibid., p. 47f),
- *ikke-dømmende*, hvor vedkommende er åben og ukritisk overfor andres lidelse (ibid., p. 49).

Derudover indbefatter medfølelse særlige færdigheder, hvor vedkommende bliver i stand til at opdage lidelse, og har en intention om at lindre og forebygge lidelsen. Medfølelse inkluderer færdigheder som *opmærksomhed* på lidelse, *fornuft* i forhold til at kunne ræsonnere sig frem til hvad der kan hjælpe, *hjælpende adfærd*, udvise passende *følelser*, kunne *visualisere* for at stimulere forskellige systemer (f.eks. beroligende eller styrkende) og til sidst være i kontakt med *sansesystemet* (Gilbert, 2014, p. 28). Sidstnævnte for at kunne stimulere forskellige sanser der kan skabe forskellige fysiske tilstande, som igen kan virke beroligende (ibid.).

Alle aspekter i medfølelse kræver endvidere en overordnet følelse af varme (hjerterlighed) (Gilbert, 2005, p. 27f). De førnævnte aspekter indgår også i en tilknytningsrelation, hvoraf de to fænomener er nært forbundet. Dog er der forskelle. Det er for eksempel muligt at føle medfølelse for fremmede mennesker, hvilket ikke har noget med tilknytning at gøre (Wang, 2005, p. 99). Medfølelse er ofte tilstede i en terapi-session, hvor terapeuten forsøger at forstå, leve sig ind i og mærke klientens liv og smerte. Det er evnen til at have forståelse og fornemmelse for det følelsesmæssige, en klar fornemmelse for eget selv og andre, evnen til at mentalisere og have en følelse af at være social aktør i livet og den intersubjektivitet det indebærer, der gør, at vi kan have medfølelse (ibid., p. 100). I tråd med dette er det nemmere at være medfølelende, hvis vedkommende selv har oplevet medfølelse (Gilbert, 2005, p. 15). Omvendt hvis omsorgspersonerne ikke har været medfølelende, følsomme eller givet den nødvendige tryghed, kan der opstå en understimulering af positive følelser og varme, og barnets forsvarssystem kan blive overaktiveret (Gilbert, 2005, p. 32). Et overaktivt forsvarssystem kan med tiden formes til permanente ændringer i hjernens struktur (ibid.). Derudover kan en opvækst i et usundt miljø gøre, at barnet vender denne maladaptive kommunikation mod sig selv, bliver meget selvkritisk og får ønsker om at ødelægge dele af sig selv (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles & Irons, 2004, p. 34) – som det bl.a. kommer til udtryk når personer påfører skade på sig selv. Billedligt ødelægger personen en del af selvet, ved at ødelægge et stykke hud med en skarp genstand.

Medfølelse kan opsummeres i følgende figur, med ”de to psykologier”. Vedkommendes *egenskaber* i den inderste cirkel og *færdighederne* for at udøve medfølelse i den yderste cirkel. Varme står udenfor cirklerne, som værende den førnævnte overordnede og nødvendige komponent i medfølelse:



Figur 5. *De to psykologier* (Figure 2. The two psychologies of compassion: attributes/engagement and skills/alleviation/prevention. (Gilbert, 2014, p. 27)).

6.3.4. Paul Gilberts ”tricky brain”

Gilberts (2014, p. 17) tanke om ”tricky brain”⁴ inddrages her, da denne forståelse er central for en del af grunden til, at vi udvikler psykopatologier. Måden hvorpå hjernen er udviklet gennem tiden har resulteret i et indviklet system, som både består af den ”gamle” urhjerne (også kendt som reptilhjernen) og den ”nyere” mere sofistikerede hjerne (ibid.). Med den gamle urhjerne forstås de oprindelige emotioner og motiver for overlevelse, som f.eks. kamp-flugt funktionen eller instinkterne (ibid.). Med den nyere hjerne forstås de systemer, der gør, at vi kan forestille os, forudsige, ruminere og have en objektiv fornemmelse af selvet (ibid.). Den nyere hjerne kan påvirke

⁴ Indviklet eller drilsk hjerne, egen oversættelse. Fremover i teksten vil det engelske udtryk blive brugt.

urhjernen og viceversa. Samtidig kan den nyere hjerne gøre situationer mere indviklede for os (Gilbert, 2014, p. 17). Gilbert (2014, p. 17) fremviser et billedligt eksempel, hvor en zebra der bliver jagtet af en løve, vil falde helt til ro hvis den slipper væk og kommer i sikkerhed. Var der tale om et menneske der slap væk og kom i sikkerhed, ville mennesket højst sandsynligt tænke over den fare vedkommende lige har været i, og at en mulig fare nemt kan genopstå – der kan endvidere være to løver næste gang. Vigtigheden af denne refleksive (mentaliserende) evne er forklaret i det tidligere afsnit om mentalisering (jf. afsnit 6.2). Gilbert (2014, p. 17) påpeger, at denne evne kan være roden til psykisk lidelse, skam og selvskade, og at den stimulerer trussels- og beskyttelsessystemet, ofte uden grund (ibid.).

6.4. Deldiskussion: Selvskadende adfærd i et medfølelseteoretisk perspektiv

Som nævnt tidligere i opgaven er det ikke kun psykiatriske patienter der skader sig selv, men også velfungerende unge mennesker, som lever i velhavende familier. De mest anvendte teorier der forklarer hvordan et menneske udvikler behovet for at skade sig selv, tager primært udgangspunkt i en traumatisk baggrund med omsorgssvigt, usikker tilknytning og manglende udvikling af mentaliseringsevnen. Dog er det ikke alle som skader sig selv, der har oplevet omsorgssvigt eller traume. Disse har muligvis oplevet mindre alvorlige men negative hændelser, som sammen med deres sårbar biologiske disponering (jf. afsnit 6.2.3 *Mentaliseringsevnen*) gør, at de udvikler behovet for at skade sig selv. Det er denne gruppes selvskadende adfærd der forsøges forstået ud fra et medfølelseteoretisk perspektiv.

Selvom fokus er på teorien om medfølelse, afvises teorierne om tilknytning og mentalisering ikke. Det er min overbevisning, at teorierne supplerer hinanden godt. Dette underbygges bl.a. af, at teorien om medfølelse både inddrager tilknytningsteorien og ”theory of mind”⁵ samt anerkender vigtigheden af evnen til mentalisering (Gilbert, 2005, pp. 24, 35; Gilbert, 2014, p. 9). Tilgangen og målet for behandlingen, må til enhver tid tage udgangspunkt i patientens baggrund og motiv for selvskade, således

⁵ Dette er også udgangspunktet for mentaliseringsteorien og indebærer evnen til at forstå andre mennesker og deres sindstilstande (Gilbert, 2005, p. 35; Fonagy et al., 2004, p. 126).

at det ikke er patienten, der skal tilpasses behandlingsformen. Dette bør være en generel opfattelse, og noget psykologer løbende bør være opmærksomme på.

Ifølge Gilbert (2014, p. 13) har medfølelse bl.a. sine rødder i det evolutionære sociale motivationssystem, som udvikles i reelle sociale interaktioner. Dette er set lignende i både tilknytningsteorien (jf. afsnit 6.1.) og mentaliseringsteorien (jf. afsnit 6.2.), hvor barnet udvikler de kognitive og emotionelle strukturer ved hjælp af interaktionen med omsorgspersonen. Gilbert (2014, p. 9) er enig i vigtigheden af både en god tilknytning og udviklingen af evnen til at mentalisere. Dette for at udvikle sunde følelser for sig selv og udvikle en fornemmelse af, at vedkommende betyder noget for andre. Samtidig er denne relation vigtig for at udvikle evnen til både at give og modtage omsorg og hjælp, hvilket kan berolige og give tryghed (Gilbert, 2014, p. 9f). Dette viser vigtige fællesnævner mellem teorien om medfølelse, tilknytningsteorien og mentaliseringsteorien, hvilket giver anledning til en antagelse om, at teorien om medfølelse kan integreres i de to øvrige. Samtidig tydeliggør disse fællesnævner, at det kan være relevant at se på selvskade ud fra et medfølelseteoretisk perspektiv.

Gilbert (2014, p. 8f) inddrager to andre sociale systemer som værende vigtige medvirkende faktorer for udviklingen af mentale problemer, herunder selvskade⁶. De to systemer kan blive centrale for personen der skader sig selv, når vedkommende bliver ældre og selvstændighedsprocessen begynder.

- 1) Det første sociale system indebærer det konkurrerende og socialt rangerende system (Gilbert, 2014, p. 8). Her er en naturlig ranglistefordeling i forhold til barn/forældre, skoleelev/lærer, arbejder/chef, som er vigtige at lære for at begå sig i et samfund. Dog er disse forhold tæt knyttet til en følelse af at være superior / at være inferior og følelser af skam, selvhævdelse og selvkritik (ibid.). Disse følelser opstår f.eks. når en af parterne i det naturlige forhold føler sig truet, hvor en forælder forgriber sig på barnet eller kritiserer barnet unødigt.
- 2) Et andet system er et samarbejdende/delende system, hvor ønsket om at være en del af en større helhed kommer til udtryk (Gilbert, 2014, p. 8f). Dette ses

⁶ Gilbert inddrager kun i få tilfælde selvskade, men anvender i stedet det overordnede begreb mentale lidelser, hvilket i de relevante tilfælde inddrages i forhold til selvskade.

tydeligt i det at forme venskaber, hvilket kan være særligt skrøbeligt i en ung alder, hvor udviklingen af personen er i højsædet og mange ændringer foregår. Dette system er centralt for personer der skader sig selv, da de ofte rapporterer om en isolation fra omverdenen og ikke længere mærker de sociale signaler som er vigtige for at indgå i sociale relationer.

Med de to sidstnævnte systemer inddrager medfølelseteorien trin i udviklingen, som ikke nødvendigvis er knyttet til omsorgspersonen. De bidrager derfor med en anden mulig årsag til udviklingen af den selvskadende adfærd. De to systemer kan være en del af forklaringen på, hvordan personer med en god tilknytning alligevel kan udvikle behovet for selvskade, da de muligvis kan have vanskeligt ved at skabe nære venskaber eller nemt føler sig underlegen i relation til andre. Dette stiller spørgsmålstejn ved, om det er tilstrækkeligt kun at kigge på barndommen når årsagen til den selvskadende adfærd skal forklares.

Kombinationen af kritiske forældre (eller kun en af dem) kan sætte selvkritiske spor, som kan udløse den selvskadende adfærd ved eksempelvis et studiejob med en særlig kritisk chef. Undersøgelser viser at kritik fra forældrene er knyttet til øget selvskadende adfærd (Yates et al., 2008), hvilket giver endnu en indikation af, at det ikke kun er traume eller omsorgssvigt der kan være årsagen til den selvskadende adfærd. Med de to førnævnte sociale systemer mener jeg, at medfølelseteorien kan supplere de to andre teorier, da både tilknytningsteorien og mentaliseringsteorien har deres fokus på barndommen og relationen til omsorgspersonerne. Det er vigtigt at inddrage den udviklingsmæssige proces personen går igennem i teenageårene, da undersøgelser viser, at nogle unge bliver overladt til sig selv (Luthar & Becker, 2002). Med udgangspunkt i teorien om medfølelse kan man forestille sig, at mange misforståelser og usikkerheder bliver til maladaptive tankemønstre og dermed kan ende i selvskade.

Medfølelseteorien anerkender også vigtigheden af udviklingen og differentieringen af følelserne. Her opdeles følelserne i tre emotionelle systemer, jf. figur 4 i afsnit 6.1.1. For at forstå udviklingen af den selvskadende adfærd kan man argumentere for, at det primære fokus bør være på balancen mellem trussels- og selvbeskyttelsessystemet og tilknytnings- og beroligelsessystemet, da et overaktivt trusselssystem er tæt knyttet til mentale lidelser. Samtidig kan en manglende kontakt med tilknytnings- og beroligelsessystemet have vedvarende negative konsekvenser, da individet ikke

formår at berolige sig selv på en konstruktiv måde. Jeg mener, at selvskaden på samme måde kan forstås som et beroligelsessystem, dog med ødelæggende og pinefulde konsekvenser. Da der ifølge Gilbert (2014, p. 14) er evolutionære grunde til, at vi er mere opmærksomme på trusselssystemet, og mange psykoterapier har fokus på de negative følelser, kan et øget fokus på det positive tilknytnings- og beroligelsessystem bidrage med en ny vinkel på, hvordan den selvskadende adfærd kan forstås og efterfølgende behandles.

Den manglende evne til selvberoligelse hos personer der skader sig selv, fordi de har oplevet svære omsorgssvigt, giver umiddelbart god mening, da de både ud fra tilknytningsteorien og mentaliseringsteorien har svære udviklingsmæssige mangler. Dette forklarer imidlertid ikke årsagen til den manglende evne til selvberoligelse hos personer, der ikke har oplevet svære omsorgssvigt. Forklaringerne kan være mange, f.eks. kan tilknytningen være forbundet med en præstation. Det vil sige, at personen der skader sig selv, ikke oplever de to positive systemer (motivationssystemet og tilknytningssystemet) som værende adskilte fra hinanden. Personen kunne derfor have et konstant behov for at præstere og derigennem få omsorg, for at føle sig beroliget og knyttet til andre. Dette kan især komme til udtryk i teenageårene, hvor en selvstændighedsproces begynder og andre sociale relationer får betydning. Med udgangspunkt i Gilberts (2014, p. 17) ”tricky brain”, kan små negative hændelser i barndommen udvikle sig til rumination og selvkritiske tanker i teenageårene, hvor den reelle trussel ender med at være i vedkommendes eget indre. Når eksempelvis undersøgelser viser, at unge i velhavende familier bliver overladt til sig selv (Luthar & Becker, 2002), kan selv små fejltiltribueringer udvikle sig til maladaptive copingstrategier, da de unges udvikling ikke bliver justeret eller guidet af en omsorgsperson. En fejltiltribuering sker når vedkommende tillægger en situation en forvrænget betydning (Barrocas, Giletta, Hankin, Prinstein & Abela, 2015, p. 371). Teorien om tiltribueringsstil er en del af ”hopelessness theory of depression”, og er en subtype til den kognitive teori om udviklingen af depression (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989). Det er den negative tiltribueringsstil, det er relevant at være opmærksom på. Individet med en negativ tiltribueringsstil har en udpræget tendens til at tillægge negative hændelser pessimistiske konsekvenser (Barrocas et al., 2015, p. 371). Barrocas et al.s (2015, p. 375) undersøgelse viste en sammenhæng mellem en negativ tiltribueringsstil og selvskadende adfærd. Undersøgelsen viser ikke om den negative

attribueringstil skyldes en dårlig barndom, en forælders negative attribueringstil eller hvordan den unges negative attribueringstil er udviklet (Barrocas et al., 2015). Dette betyder, at selvom unge har haft en barndom uden traume og omsorgssvigt, kan der fortsat være risiko for en selvskadende adfærd, når de kommer i teenageårene. Ved en negativ attribueringstil kan den unge fortolke hændelser på en unuanceret måde, som med tiden – og ved at være overladt til sig selv – internaliseres i selvet, hvormed risikoen for anvendelse af maladaptive copingstrategier øges.

Figur 5. *De to psykologier*, skitserer hvad medfølelse indebærer og kræver. Figuren kan være med til at give et overblik over de egenskaber og færdigheder, vedkommende besidder eller ikke har udviklet tilstrækkeligt. Dette kan give en indikation af, hvordan familieforholdene har været, samt hvilke egenskaber og færdigheder der er blevet påskønnet, og hvilke der er blevet negligeret. Mange familier er velfungerende, selvom der ikke nødvendigvis er fokus på *følelser* eller eksisterer en særlig *sensitivitet* i forhold til lidelse. Dette kan medføre, at medfølelse ikke bliver tilstrækkeligt implementeret i vedkommende. Dette betyder ikke nødvendigvis, at omsorgssvigt finder sted, men med udgangspunkt i medfølelseteorien kan dette resultere i, at vedkommende, i pressede situationer, anvender selvskade som copingstrategi i stedet for medfølelse. I tilfælde hvor nogle af komponenterne ikke er internaliseret og kun overfladisk integreret i familien, på trods af, at alle komponenter har været tilstede i mere eller mindre grad, kan disse komponenter altså blive vanskelige at anvende i pressede situationer. Et eksempel kan være, at omsorg har fundet sted ved de mere ekstreme situationer som f.eks. dødsfald i familien, men er i hverdagen blevet negligeret – med en holdning om, at ”man skal tage sig sammen”. Herved oplever barnet at omsorg eksisterer, men på et usikkert grundlag.

Både Bowlbys teori om tilknytning (jf. afsnit 6.1), Fonagy et als. begreb om mentalisering (jf. afsnit 6.2) og Gilberts medfølelseteorien (jf. afsnit 6.3), inddrager vigtigheden af en sund barndom, som værende betydningsfuld for om vedkommende er i risiko for en mental lidelse, eller begynder at skade sig selv i teenageårene.

Medfølelseteorien fremhæver imidlertid også, at fokus ikke kun bør være på barndommen for at forstå årsagen til mental lidelse. Gennem hele livet er vi under konstant påvirkning fra omgivelserne, og de relationer vi indgår i. Omsorgssvigt og tid-

ligt oplevet traume er ifølge medfølelseteorien ikke eneste årsag til risikoen for udviklingen af den selvskadende adfærd.

I næste afsnit redegøres der for, hvordan den selvskadende adfærd kan behandles.

7. Behandling

Som beskrevet i begyndelsen af opgaven (jf. afsnit 4. *Fænomenet* og 5. *Motiverne*) er behandlingen af personer der skader sig selv vanskelig. Behandlere beretter om følelsen af magtesløshed, vrede og måske skyld fordi de ikke formår at give vedkommende tilstrækkeligt med omsorg, så han/hun stopper med at skade sig selv (Møhl, 2007, p. 103f). Der er som nævnt ikke udarbejdet en decideret behandlingsmetode til selvskadende adfærd, men to behandlingsmetoder, der er rettet mod behandlingen af borderline personlighedsforstyrrelse, har vist gode resultater mht. selvskade (Washburn et al., 2012, p. 3f). Der er tale om behandlingsmetoderne Dialektisk Adfærdsterapi (DAT) og Mentaliseringsbaseret psykoterapi (MBT). I sidste del af dette afsnit præsenteres en alternativ mulighed for behandling af selvskade, benævnt Medfølelsesfokuseret terapi (MFT). Afsnittene om DAT og DBT vil ikke være af udtømmende art, da fokus er hvordan medfølelsesfokuseret terapi kan bidrage med ny viden til behandlingen af personer der skader sig selv.

Det er kritisk, at de behandlingsformer der inddrager selvskade, er rettet mod borderline personlighedsforstyrrelse, da personer der skader sig selv ikke nødvendigvis har en personlighedsforstyrrelse. Ofte blander undersøgelser selvskade sammen med selvmordsforsøg, hvilket, som nævnt, ikke er det samme fænomen. Herved bliver det vanskeligt, at samle konkret information om, hvad der kan hjælpe i behandlingen, af personen der skader sig selv (Washburn et al., 2012, p. 5f). Både DBT og MBT er udarbejdet til personer der har en borderline personlighedsforstyrrelse, hvor selvskaden ofte er et stort problem (Lynch, Trost, Salsman & Linehan, 2007, p. 182; Daubney & Bateman, 2015, p. 132). Der er dog ingen evidens for, at behandlingerne giver gode resultater i forhold til den selvskadende adfærd, ved personer der *ikke* har en borderline personlighedsforstyrrelse (Washburn et al., 2012, p. 6).

7.1. Dialektisk Adfærdsterapi (DAT)

Dialektisk Adfærdsterapi (DAT) blev udviklet af Marsha Linehan omkring 1993 til behandling af selvmordstruede personer og efterfølgende til borderline patienter (Rizvi & Linehan, 2001, p. 64). Undersøgelser viser, at DAT har god effekt i forhold til sædvanlig behandling ("treatment as usual"). DAT har ikke kun effekt for selvmordstruede og borderline patienter, men også andre lidelser, hvor en emotionel dysregulering er central (Koerner & Dimeff, 2000, p. 110; Lynch & Cozza, 2009, p. 230), hvilket også gælder for personer, der skader sig selv. DAT kombinerer elementer fra kognitiv adfærdsterapi med elementer fra Zen Buddhistisk læring og praksis (især mindfulness) (Koerner & Dimeff, 2000, p. 64). På den ene side lærer patienten at acceptere og validere sig selv, og på den anden side følger et stærkt fokus på adfærdsændringer i forhold til det problem, vedkommende har (ibid.). Det kan være udfordrende for patienten at balancere i mellem ændring og accept (Lynch & Cozza, 2009, p. 230).

Mindfulness er en bevidst måde at være i nuet på. Det indebærer at rette sin opmærksomhed på det nuværende øjeblik og være opmærksom på en bevidst og ikke-dømmende måde. Denne evne kan udvikles via meditationsøvelser, som overordnet defineres som en intentionel selv-regulering af opmærksomheden. Øvelserne kan udføres ved bevidst at rette sin opmærksomhed indad eller udad, men altid med en ikke-dømmende og accepterende holdning. Via øvelserne kan personen blive opmærksom på følelser eller input udefra, lære at være i den aktuelle stimulus og acceptere den i sin oprindelige form, uden at ændre på den.

(Baer, 2003, p. 125)

DAT har en biosocial baggrund, hvor psykisk lidelse anses som systemiske dysfunktioner, som igen resulterer i emotionel dysregulering (Nixon, Aulakh, Townsend & Atherton, 2009, p. 228). Her bliver patientens emotionelle og adfærdsmæssige dysregulering udløst og forstærket af forholdet mellem en opvækst i et invaliderende miljø og en biologisk disponering for emotionel sårbarhed (Lynch et al., 2007, p. 183). Det betyder, at DAT terapeuten ser klientens adfærd som værende en naturlig reaktion på invaliderende omgivelser (ibid.). Derfor forstår terapeuten, at en adfærd

både kan være funktionel og dysfunktionel for patienten (Lynch & Cozza, 2009, p. 231). For eksempel forstår terapeuten, at selvskaden er funktionel for patienten, da selvskaden hjælper med at regulere ubehagelige følelser og spænding, men er samtidig klar over, at selvskaden på længere sigt er dysfunktionel, da den fastholder patienten i en maladaptiv copingstrategi, som har forskellige konsekvenser for vedkommendes daglige funktionen (ibid.).

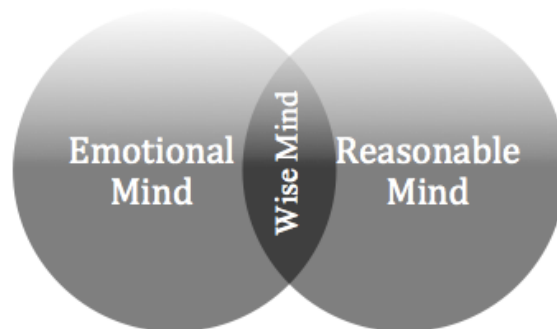
7.1.1. Organiseringen af DAT

Komponenter i den Dialektiske Adfærdsterapi:

- **Færdighedstræning i gruppeterapi.** Fokus er på at forbedre patientens evner ved hjælp af færdighedstræning. Terapeuten anviser de færdigheder der skal læres og øves. Derudover indgår hjemmeopgaver, hvor færdighederne øves i patientens ”normale” omgivelser (Nixon et al., 2009, p. 229).
- **Individuel terapi.** Fokus er på at højne patientens motivation og støtte patienten i færdighedstræningen. Her arbejdes der samtidig med problemstillinger som er opstået i gruppeterapien (Nixon et al., 2009, p. 229).
- **Muligheden for telefonisk kontakt.** Fokus er på at give patienten muligheden for vejledning i nu-og-her situationer, hvor patienten øver færdighederne i reelle omgivelser (Lynch et al., 2007, p. 185).
- **Terapeutens konsultationsteam.** Terapeuten har fortløbende et team til rådighed, da disse patienter kan være nedslidende og vanskelige. Teamet hjælper terapeuten med at undgå udbrændthed, leverer supervision, styrker terapeutens empati for patienten og assisterer terapeuten når der er særlige problemstillinger mht. patientens behandlingsforløb (Lynch et al., 2007, p. 185).

Færdigheder der bliver øvet i DAT:

- **Mindfulness.** Her lærer patienten at være i nuet og differentiere mellem den emotionelle, fornuftige og vise-mentale tilstand (jf. figur 6. Emotional, Reasonable and Wise mind). Der arbejdes med, at patienten ikke skal dømme egne tanker og følelser, men lære at observere dem, være i dem, og efterfølgende handle velovervejede og i forhold til hvad der virker eller fungerer mest hensigtsmæssigt for vedkommende (Nixon et al., 2009, p. 230).



Figur 6. (Emotional, Reasonable & Wise mind (Linehan, 2004))

- **Tolerance for lidelse.** Her lærer patienten ”hold-ud-færdigheder”, som netop øger tolerancen for lidelse og gør vedkommende bedre i stand til at håndtere vanskelige, smertefulde og frustrerende oplevelser (i stedet for at anvende selvskaden) og overleve kriselignende situationer (Lynch et al., 2007, p. 185). Metoderne kan være distraktionsteknikker, selvberoligende teknikker ved brug af sanserne, anvende billeder som beroliger eller distraherer klienten via terapien og fordele/ulemper skema ved at holde frustrationen ud (Nixon et al., 2009, p. 230). Her er det især vigtigt, at arbejde med accept af de situationer eller aspekter der ikke kan ændres (Lynch et al., 2007, p. 185).
- **Affektregulering.** Patienten lærer mindfult at identificere, beskrive, sætte ord på og være i følelserne, for efterfølgende at kunne modulere den følelsesmæssige spænding (Lynch et al., 2007, p. 185). Derudover arbejdes der med at øge oplevelsen af positive følelser og mindske sårbarheden overfor negative følelser (Nixon et al., 2009, p. 230).
- **Relationsfærdigheder.** Her arbejdes der med redskaber til at bedre patientens kommunikation med andre mennesker, så vedkommende bedre kan indgå i og bevare disse relationer, samtidig med at egne værdier og selvrespekt bliver bevaret (Nixon et al., 2009, p. 230; Lynch et al., 2007, p. 185).

I DAT prioriteres behandlingsmål på følgende vis:

1. Livstruende adfærd. Der arbejdes på at eliminere livstruende adfærd, som selvmordsforsøg eller selvskadende adfærd.
2. Terapiforstyrrende adfærd. Dette inkluderer al adfærd der forstyrrer muligheden for at patienten får en effektiv behandling. Disse adfærdsmønstre kan både være på patienten og terapeutens side, som f.eks. at komme for sent til aftalerne, aflyse timer eller ikke være samarbejdsvillig.
3. Kvaliteten i patientens livsomstændigheder. F.eks. mentale lidelser, relationelle problemer eller finansielle problemer.
4. Færdighedstilegnelse. Dette indebærer nødvendigheden af at patienten bør erstatte ineffektive adfærdsmønstre med nye mere konstruktive adfærdsmønstre og samtidig hjælpe patienten med at nå sine mål.
(Lynch et al., 2007, p. 184).

Stadier i DAT behandlingen:

- I første stadie er mange patienter miserable og deres adfærd er ofte ude af kontrol. Fokus er at få adfærden under kontrol og eliminere den alvorligst ødelæggende og farligste adfærd, som eksempelvis selvskaden (Lynch et al., 2007, p. 185).
- I andet stadie er patientens adfærd under kontrol, men de lider og er stadig fortvivlede. Ofte er årsagen til lidelse et traume eller invaliderende omsorgsmiljø, hvilket søges behandlet i dette stadie. Fokus er derudover at hjælpe patienten udforske følelserne forbundet med tidligere traumer (Nixon et al., 2009, p. 229).
- I tredje stadie er udfordringer kort sagt at ”lære at leve”. Det vil sige at mål skal defineres, selv respekt skal udvikles samt ro og glæde skal findes (Nixon et al., 2009, p. 229).
- I fjerde og sidste stadie udforskes en dybere mening med livet og følelsen af tilknytning til et større hele. Fokus kan være på at reducere følelsen af tomhed og hjælpe patienten finde meningen med livet (Lynch et al., 2007, p. 185).

Fokus for disse undersøgelser er borderline patienter, hvor selvskaden behandles som et af denne lidelses symptomer. Der er dog begrænset viden om effekten af behandlingen af unge menneskers (især teenagers) selvskade, selvom DBT også har vist få, men gode resultater på denne gruppe (Miller, Muehlenkamp & Jacobsen, 2009, p. 251). Når der anvendes DAT i forhold til unge foretages få ændringer i behandlingen, i forhold til når behandlingen anvendes til voksne (Miller et al., 2009, p. 256f). Forskellene kan f.eks. ligge i den gensidige forpligtende kontrakt patient og klient aftaler, da unge mennesker kan føle en hjælpeløshed i forhold til deres omgivelser, og ikke føler sig i stand til at påvirke omgivelserne (ibid., p. 260f). Her må terapeuten yde en ekstra indsats, så den unge forstår vigtigheden af forpligtigelsen og selv tager medansvar (ibid., p. 261).

Det er samtidig vigtigt at være opmærksom på smittefaren, da DAT inddrager gruppeterapi, og unge mennesker er mere sårbare overfor påvirkningen fra andre (Miller et al., 2009, p. 266). Her har regler der skal begrænse, at deltagerne snakker sammen om detaljer for selvskaden vist gode resultater. Patienterne får samtidig besked på, at dette kan være et emne i den individuelle terapi (ibid.).

Tredje forskel er, at ved behandling af unge inddrager DAT familien i terapien, da denne er en stor del af den unges dagligdag og kan være en vigtig ressource for den unge (Miller et al., 2009, p. 263). Dette kræver ekstra af terapeuten, da terapeuten naturligvis bør have en åben og ikke dømmende holdning overfor familien. Mange forældre har skyld- og skamfølelser, når deres børn skader sig selv (ibid.).

Sidste eksempel omhandler tavshedspligten, som kan blive sat på prøve når en tredje part er involveret – i dette tilfælde familien (Miller et al., 2009, p. 265). Her kan det blive udfordrende for terapeuten at evaluere risikable situationer, og træffe beslutning om hvorvidt familien bør underrettes eller ej (ibid.). Beslutningen kan være mere ligetil når der er risiko for selvmord. Den kan være vanskeligere når det gælder selvskade, da den selvskadende adfærd er uden intention om selvmord. Selvskaden kan være af alvorlig karakter, samtidig er der fundet øget risiko for *ikke* overlagt selvmord ved selvskade (ibid.). Det er vigtigt, at tale med både patient og familie i begyndelsen af forløbet og forklare tavshedspligtens grænser og problematikken, samtidig med terapeuten gør sit standpunkt tydeligt, så hverken patient eller familie føler sig bedraget, når en krisesituation opstår (ibid.).

Næste afsnit omhandler behandlingsmetoden mentaliseringsbaseret psykoterapi, som en anden evidensbaseret behandlingsmetode for selvskadende adfærd.

7.2. Mentaliseringsbaseret psykoterapi (MBT)

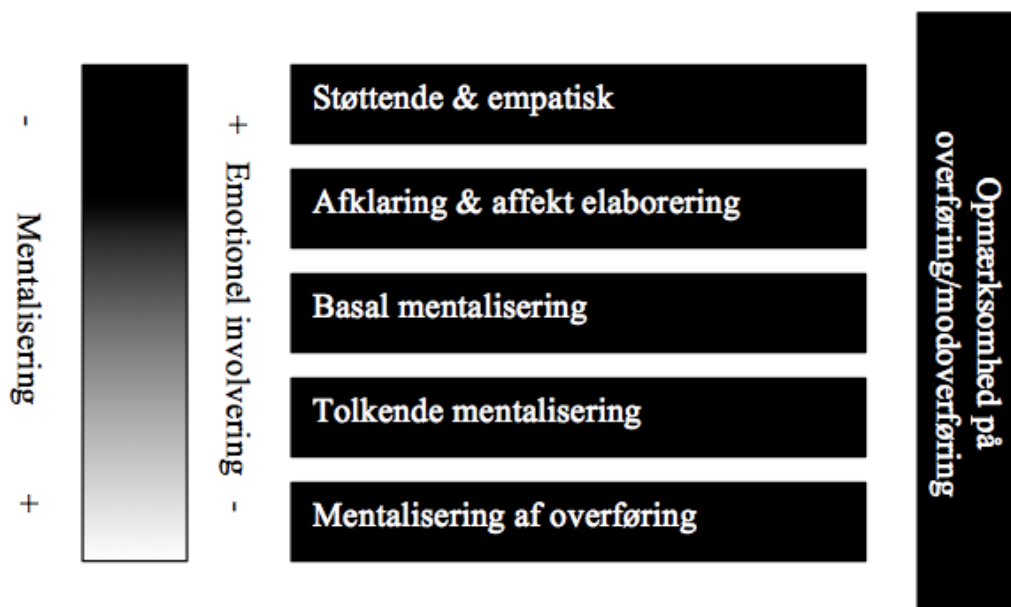
Mentaliseringsbaseret psykoterapi (MBT) er også udviklet til borderline patienter. Metoden ser den centrale problemstilling som værende en sårbarhed for tabet af mentaliseringsevnen og en langsomhed i at genvinde evnen i interpersonelle relationer (Daubney & Bateman, 2015, p. 132). Derudover er det ved mentaliseringsssvigt at risikoen for den selvskadende adfærd eller ønsket om selvmord finder sted, hvilket gør det særligt vigtigt at have fokus på i terapien (Fonagy et al., 2004, p. 299f). Denne manglende mentaliseringsevne gør borderline patienter sårbare overfor hurtigt skiftende emotionelle stadier og impulsivitet, hvori den selvskadende adfærd ofte opstår (Daubney & Bateman, 2015, p. 132). MBT er dog også relevant i behandlingen af depressioner, angsttilstande, PTSD, spiseforstyrrelser og lidelser relateret til rusmidler (Karterud & Bateman, 2011, p. 31). I en norsk undersøgelse af Kvarstein et al. (2015) har MBT vist bedre resultater i forhold til almindelige psykodynamiske behandlinger. De der blev behandlet efter MBT viste klar bedring i bl.a. det generelle funktionsniveau (målt ved GAF-score)(p. 79), bedring i interpersonel fungeren (p. 78) og bedring i symptombilledet (p. 78). Derudover viser undersøgelsen en bedring med hensyn til selvskadende adfærd og en effektiv forebyggende effekt gældende for kriselignende situationer (ibid., p. 82). Undersøgelsen rapporterer også en lav procentdel af *drop-out* for MBT deltagerne (ibid., p. 77), hvilket er særligt vigtigt, da dette tal kan være højt for borderline patienter (ibid., p. 81f). Uanset lidelse og behandling, er deltagelse en forudsætning for bedring.

MBT er en psykodynamisk behandlingsform, hvoraf det centrale "arbejdsredskab" er samspillet mellem terapeuten og klienten (Karterud & Bateman, 2011, p. 31). Terapeuten har en gennemgribende mentaliserende holdning, som gør at patienten kan udvikle mentaliseringsevnen (ibid., p. 48). Terapeutens mentaliserende holdning bør hele tiden være knyttet til en ikke-vidende position og en aktiv spørgen efter detaljer i patientens beskrivelser (ibid.). Hermed arbejder MBT målrettet med forbedring af denne evne, så andre aspekter som affektregulering og interpersonelle relationer også kan forbedres (ibid., p. 31). Terapien er udarbejdet til to typer af behandling: lang-

tidsbehandling i hospitalsregi eller intensiv ambulant behandling (Karterud & Bateman, 2011, p. 32). Umiddelbart er det ikke denne patientgruppe der er fokus på her i opgaven, da deres selvskade formodentlig er af meget svær grad, og de samtidig har en borderline personlighedsforstyrrelse. Da der ikke er udviklet en behandlingsform rettet primært mod selvskaden, er det stadig relevant at inddrage denne patientgruppe og belyse behandlingsformen, da den netop har vist gode resultater i forbindelse med den selvskadende adfærd.

MBT er oprindeligt set organiseret omkring et 18 måneders behandlingsforløb med både individuel og gruppeterapi, krise håndtering og integreret psykiatrisk behandling (Daubney & Bateman, 2015, p. 133). Det overordnede format ligner den førnævnte behandlingsform Dialektisk Adfærdsterapi, dog med den centrale forskel at MBT har sit primære fokus på mentaliseringsevnen, inden vedkommende når til en maladaptiv affektregulering (ibid.). Udover det, har MBT i lighed med DBT, fokus på den selvdestruktive adfærd og hvordan denne adfærd kan påvirke terapien negativt. Der er endvidere fokus på terapeutens aktive rolle i terapien; hvori MBT terapeuten bidrager med alternative perspektiver, og DBT terapeuten bidrager med gensidig kommunikation (dialektikken i kommunikationen) (ibid.). I MBT bruges relationen og kommunikationen mellem terapeuten og patienten til dialektisk at genetablere mentaliseringsevnen og studere patientens evne til at mentalisere i interpersonelle relationer (ibid.).

Kombinationen af individuel terapi og gruppeterapi gør, at patienten både kan udforske intrapsyriske problemstillinger (individuel terapi) og interpersonelle problemstillinger (gruppe terapi) i trygge rammer og sammen med terapeuten (Karterud & Bateman, 2011, p. 43). Terapeuten fungerer som en form for tilknytningsperson for patienten (ibid., p. 46). Arbejdet med mentaliseringsevnen bærer især frugt når terapeut og patient, i den individuelle terapi, gennemgår vanskelige situationer, som patienten har været udsat for i gruppeterapien – i relationen med andre patienter (ibid., p. 44). I gruppeterapien kan der ofte opstå misforståelser eller skænderier, som er vigtige at arbejde videre på i den individuelle terapisesession (ibid.). Her består behandlingen typisk af fire trin, som former det, der kaldes for ”interventions spektrum” (se figur 7) (Daubney & Bateman, 2015, p. 133):



Figur 7. Interventions spektrum (Daubney & Bateman, 2015, p. 133)

Støtte og empati. Terapeuten må være emotionelt engageret og interesseret i patientens liv, for derefter at kunne udforske patientens mentaliseringsproblemer og se disse problemer fra patientens ståsted (Karterud & Bateman, 2011, p. 46f). Fokus er på patientens mentale tilstande og ikke adfærd (Daubney & Bateman, 2015, p. 133). Derudover indtager terapeuten en ”ikke-vidende” holdning. Terapeuten tager sig tid til at identificere, legitimere og acceptere forskellige perspektiver og aktivt spørge ind til patientens oplevelse når noget er uklart (ibid., p. 134).

Klarificering, uddybning og udfordring. Med den aktive udspørgen er terapeuten med til at klarificere og uddybe patientens problemstillinger og vanskelige situationer (Karterud & Bateman, 2011, p. 47). Formålet med den aktive spørgen er, at sænke arousal og klarificere forvrængede antagelser for derpå bedst muligt at genoprette mentalisering (Daubney & Bateman, 2015, p. 134). At udfordre patienten bør minimeres, da mentaliseringsevnen let kan destabiliseres (ibid.), og derpå aktivere tilknytningssystemet, som fjerner patienten endnu mere fra mentaliseringen (Karterud & Bateman, 2011, p. 50). Dette er en grundlæggende holdning i den mentaliseringsbaseret psykoterapi der bør gennemsyre hele terapiforløbet (ibid., p. 82f). Terapeuten fungerer, som nævnt, som tilknytningsfigur (ibid., p. 79) og hjælper patienten med at regulere det følelsesmæssige spændingsniveau (ibid., p. 92). Spændingsniveauet må

ikke være for højt, da patienten løber risikoen for mentaliseringssvigt og tilknytningssystemet aktiveres i stedet for mentaliseringssystemet; ej hellere for lavt da terapien kan blive uinteressant (Karterud & Bateman, 2011, p. 92f).

Basal og tolkende mentalisering samt identificering af og fokus på emotioner.

Med tiden øger terapeuten fokus på relationen mellem terapeuten og patienten, så patienten kan bevare mentaliseringsevnen i en reel interpersonel relation (Daubney & Bateman, 2015, p. 134). Daubney og Bateman (2015, p. 133) fremhæver fire dimensioner i mentaliseringen: selv-andre, kognitive-emotionelle, eksternt-internt fokus og den eksplicite-implicitte balance i mentaliseringsprocessen. Patienten kan være fikseret i en af polerne, hvorpå terapeuten prøver at etablere en balance i mellem dimensionerne med en ”stop and rewind” (”stop og spol tilbage”) teknik (Daubney & Bateman, 2015, p. 133f; Karterud & Bateman, 2011, p. 115f). En anden måde at etablere balancen mellem polerne kan være, at identificere og fokusere på følelserne omkring den problemstilling der omtales (Daubney & Bateman, 2015, p. 134). Her bør terapeuten støtte patienten i en udforskning af følelserne og hjælpe patienten med at knytte følelser til (især nylige) hændelser. Her ”trænes” patienten i at forstå og håndtere det emotionelle intersubjektive samspil, som hele tiden foregår i den sociale interaktion (Karterud & Bateman, 2011, p. 113). I denne proces anvendes typisk den fornævnte ”stop og spol tilbage” teknik, for at hændelserne og de dertil knyttede følelser bliver så nuanceret som muligt (ibid., p. 113f).

Mentalisering i terapirelationen. Det fornævnte fokus på følelserne gør, at terapeuten hjælper patienten med at mentalisere i terapisessionen (Daubney & Bateman, 2015, p. 134). Her kan det være nyttigt, for terapeuten, at italesætte en vanskelig situation (vanskelig både for patienten og terapeuten), da implicit og usagte antagelser kan føre til misforståelser og igen destabilisere mentaliseringen. Ved italesættelsen bevarer terapeuten fokus på følelsen i situationen, så patienten kan mærke følelsen og mentalisere omkring den vanskelige situation (ibid.). Terapeuten bør dog, ifølge Karterud og Bateman (2011, p. 50), kun bevare fokus på følelsen lige indtil patienten er ved at miste mentaliseringsevnen. Dette bevirker, at terapeuten stimulerer mentaliseringsevnen og ikke patientens tilknytningssystem, som, især ved borderline patienter, kan være hypersensitivt (ibid.). I denne del af terapien arbejdes der med overfø-

ring⁷ og det terapeutiske forhold indgår som en vigtig del af udforskningen af hvad der foregår mellem ”to sind” (Karterud & Bateman, 2011, p. 119f). I MBT er nutiden central i overføringen og det er ikke vigtigt at patienten får indsigt i fortidige hændelser, men at de kan mentalisere den nuværende hændelse i samspil med terapeuten. Overføringen håndteres som de tidligere nævnte forvrængede antagelser (i punkt 2) og håndteres som et fænomen der kræver både terapeutens og patientens opmærksomhed (ibid., p. 120f). Derudover inddrages modoverføring⁸, hvor terapeuten så vidt muligt inddrager egne følelsesmæssige reaktioner, for at fungere som patientens rollemodel (ibid., p. 124f).

I gennem forløbet er det overordnede fokus på at sænke det følelsesmæssige arousal og højne mentaliseringsevnen, som bjælken i venstre side af figur 7. viser. Derudover er terapeuten opmærksom på overføring og modoverføring igennem alle terapi-sessioner, for at udnytte muligheden for at anvende den terapeutiske relation som arbejdsredskab.

Det er tidligere nævnt, at der ikke er udarbejdet en behandlingsform decideret til selvskadende adfærd. Rossouw og Fonagy (2012) har dog undersøgt anvendelsen af MBT (mentalization-based treatment for adolescents, MBT-A) på unges selvskadende adfærd og fået positive resultater. De sammenlignede MBT-A behandlingen i forhold til sædvanlig behandling (”treatment as usual”), hvor de unge der fik MBT-A behandlingen havde en bedring på 44% sammenlignet med sædvanlig behandling med en bedring på 17% (ibid., p. 1311). Ved selvskade oplevede begge grupper en bedring og reduktion i den selvskadende adfærd, dog signifikant større reduktion i gruppen der modtog MBT-A behandlingen (ibid., p. 1308). Samme forhold viste sig gældende for symptomer på depression og borderline (ibid., pp. 1308, 1310).

⁷ Overføring er et psykodynamisk begreb som involverer en overførsel af tidligere positive eller pinefulde objektrelationer med signifikante andre, til terapeuten (Sandler, Dare & Holder, 1994, p. 53; Karterud & Bateman, 20011, p. 119).

⁸ Modoverføring er ”terapeutens emotionelle reaktioner i forhold til patienten” (Karterud & Bateman, 2011, p. 120). Ud fra et MBT synspunkt er det ikke alle terapeutens emotionelle reaktioner der ”skyldes” patienten, men dagsform og terapeutens privatliv kan også indgå heri (Karterud & Bateman, 2011, p. 124).

Dette viser, at det er vigtigt at have fokus på selvskaden, da behandlingen af denne indirekte også behandler andre symptomer. Igen bør behandleren være opmærksom på, at ikke alle selvskadende har en depression eller borderline personlighedsforstyrrelse. Derfor er der brug for yderligere undersøgelser, der kan vurdere effekten af MBT på personer der skader sig selv uden at have en depression eller borderline personlighedsforstyrrelse. I tilfælde af manglende effekt bør der udarbejdes en behandlingsform rettet specifikt mod den selvskadende adfærd.

Både DAT og MBT er manualbaserede. Det har ikke været muligt gennem litteraturen, at finde en manual for MFT. Mailkorrespondance med professor Paul Gilbert (se bilag 1) og psykiater Bodil Andersen (se bilag 2) indikerer også, at der endnu ikke er udviklet en manual til MFT. Med accept om inddragelse i specialet fra både Paul Gilbert og Bodil Andersen.

I næste afsnit introduceres medfølelsesfokuseret terapi (MFT). Den selvskadende adfærd inddrages i delkonklusionen, med fokus på problemformuleringens spørgsmål: hvordan kan MFT bruges som behandlingsredskab til personer, der skader sig selv?

7.3. Medfølelsesfokuseret terapi (MFT)

Medfølelsesfokuseret terapi blev i sin oprindelse udviklet til personer med høj grad af skam og selvkritik, og som har vanskeligheder ved selvberoligelse og aktivering af tilfredsheds- og tilknytningssystemet (jf. afsnit 6.3. *Medfølelse* og Figur 4. *Tre emotionelle systemer*) (Gilbert, 2010, p. 99). I tankegangen bag MFT fremhæves, på samme måde som for DAT og MBT, vigtigheden af validering af patientens tanker og følelser (Leahy, 2005, p. 195). De definerer begrebet som *finding the truth in what we feel and think* (at finde sandheden i det vi føler og tænker, egen oversættelse), og som værende omdrejningspunktet mellem empati og medfølelse (ibid.). Derudover påpeger de, at validering, som andre følelser, er nært knyttet til opvækst (ibid., p. 198). God tilknytning hjælper vedkommende til et positivt syn på validering – og viceversa ved usikker tilknytning (ibid.). Det vil sige, at ved et positivt syn på validering, har vedkommende den opfattelse, at andre mennesker vil have forståelse for følelserne og give vedkommende støtte (ibid.).

Ifølge fænomenet medfølelse, forstås følelser ud fra emotionelle skemaer, hvor problematiske følelsesmæssige udfald opstår, når personen oplever følelserne som uforståelige, som kun tilhørende personen, som givende tab af kontrol, som havende en lang varighed og som værende skamfulde (Leahy, 2005, p. 200). En undersøgelse viste, at personer der troede deres følelser ville blive valideret, troede også, at deres følelser var forståelige. De følte sig mindre skamfulde, de havde en dybere forståelse for følelseslivet, de følte sig mere i kontrol over følelserne, de troede på, at deres følelser ikke ville have en lang varighed, de troede, at andre ville acceptere deres følelser, og at andre kunne have samme følelser. Slutteligt var de mere tilbøjelige til at acceptere deres varierede og til tider modsatrettede følelser (ibid., p. 202). En anden undersøgelse viste, at diagnosen har indvirkning på hvor meget vedkommende selv tror, at egne følelser vil blive valideret. Det er altså forskel, afhængigt af om vedkommende har borderline, dependent eller ængstelig (evasiv) personlighedsforstyrrelse eller narcissistisk eller histrionisk personlighedsforstyrrelse (ibid., p. 203). Personer med borderline, dependent eller ængstelig (evasiv) personlighedsforstyrrelse var mere tilbøjelige til *ikke* at tro deres følelser ville blive valideret. Narcissistisk og histrionisk personlighedsforstyrrede, troede i højere grad, at deres følelser netop ville blive valideret, og de havde samtidig et mere positivt syn på deres følelser (ibid.).

Barndommen har en klar indflydelse på, om der er en tro på, at følelserne bliver valideret. Hos voksne viser denne manglende tro sig som forskellige patologiske udfald, eksempelvis: rumination, katastrofetænkning, distancering, splitting (Leahy, 2005, p. 204f). Samtidig viser denne manglende tro sig i forskellige leveregler og maladaptive tankemønstre (ibid., p. 206f).

I terapien anbefales det at have fokus på følelserne og validere disse overfor patienten (Leahy, 2005, p. 208f). Undersøgelser viser, at patienter ofte forstår logikken bag kognitive terapier, men føler sig stadig ikke beroligede (Lee, 2005, p. 327). Derudover anbefales det, at hjælpe patienten med at beskrive sammenhængen mellem følelserne og behov, ønsker og synsvinkler. Der opfodres også til at udtrykke følelser, for derigennem at finde meningen med følelserne, så skam, skyld og forvirring kan mindskes (Leahy, 2005, p. 210f). For at gøre følelserne mere forståelige kan terapeu-

ten evaluere, i samarbejde med patienten, om hvordan følelserne er knyttet til specifikke tanker eller formodninger (Leahy, 2005, p. 212).

Samtidig er det vigtigt at hjælpe patienten med at udvikle en tolerance for følelsesmæssig spænding, så vedkommende ikke bliver overvældet eller distancerer sig helt fra følelsen (Leahy, 2005, p. 214). Som nævnt tidligere er mange bange for at blive overvældet af en følelse og derigennem miste kontrollen over sig selv. Her er det især nyttigt at udforske følelserne i en terapeutisk situation, hvor terapeuten kan guide, hjælpe og afklare hvilke følelser der er på spil og hvad vedkommende skal gøre i situationen (ibid.). Mindfulness har vist sig som et godt redskab til at lære at være i følelsen, betragte følelsen uden at blive revet med af den og oparbejde en tolerance så vedkommende *ikke* bliver overvældet af følelsen (ibid., p. 214f). Samtidig anvender mindfulness en *ikke* dømmende holdning, som lærer patienten ikke at dømme de følelser vedkommende har, men acceptere dem og, ved hjælp af terapien, finde brugbare og hensigtsmæssige løsninger til, hvordan vedkommende kan forholde sig til følelsen nu og i fremtiden (ibid.). På denne måde kan patienten tilegne sig en tro på, at egne følelser kan blive valideret af andre (ibid., p. 214).

Overordnet er der fem faser som danner skellet for MFT. Faserne er ikke nødvendigvis lineære (Gilbert, 2014, p. 30).

Første fase indebærer psykoedukation af vores ”tricky brain” (jf. afsnit 6.3.4), de tre emotionelle systemer (jf. afsnit 6.3.2) og ræsonnementet om, at vi ikke er skyld i, den måde hjernen er udviklet på (Gilbert, 2014, p. 30). Derudover er fokus på skam og skyldfølelser, for at vedkommende bedre kan udvikle nye og mere hensigtsmæssige fokusområder (ibid.).

Anden fase udgør en formuleringsproces, hvor patienten får forståelse for, at de tre emotionelle systemer har sit udgangspunkt i opvæksten og tilknytningen til omsorgspersonerne, og at de aktuelle copingstrategier, vedkommende anvender i dag, er påvirket af udviklingen af de tre emotionelle systemer (Gilbert, 2014, p. 31). I samtalerne vil minder komme til udtryk og formulere den fornemmelse af selvet, som vedkommende har, samt formulere de emotionelle oplevelser der er smeltet sammen med denne fornemmelse af selvet (ibid.).

I **tredje fase** lærer og øver patienten medfølende egenskaber, via Compassionate Mind Training (CMT) som er specifikke øvelser og træning for at øge medfølelse. I denne fase arbejdes der med positive følelser fra beroligelses- og tilknytningssystemet (jf. afsnit 6.3.2) og med at aktivere det parasympatiske nervesystem (Gilbert, 2014, p. 31). Sidstnævnte læres f.eks. ved visualisering og åndedrætsøvelser (ibid.).

Fjerde fase styrker den medfølende identitetsfølelse (det medfølende jeg) gennem øvelser rettet mod adfærden (indgår også i CMT) (Gilbert, 2014, p. 31). Patienten lærer hvordan vedkommende kan få øje på medfølende perspektiver, og hvordan patienten kan være med til at bestemme retning og indhold i terapien, for senere at anvende dette på eget liv (ibid.).

I **femte og sidste fase** kan der arbejdes specifikt med lidelsen, på en medfølende måde (Gilbert, 2014, p. 31). Her anerkender Gilbert (2014, p. 31), at der er plads til at inddrage andre terapiformer eller delementer fra andre terapiformer, f.eks. adfærdseksperimenterne fra kognitiv adfærdsterapi, hvor vedkommende lærer at blive medfølende gennem adfærdseksperimenter (ibid.).

Eksempler på Compassionate Mind Training (CMT) øvelser:

Visualisering. En central del af CMT øvelserne (Gilbert & Irons, 2005, p. 301).

Mindfulness. Kan gøres på mange forskellige måder og anvendes især til at finde følelsen af tryghed (Gilbert & Irons, 2005, p. 300f). Det er vigtigt at finde den form der passer til klienten (Baer, 2003).

F.eks.: mediter med et *halvt smil*, da dette via neurofysiologiske processer kan producere varme (Gilbert & Irons, 2005, p. 301f).

Tre stole teknikken. I lighed med to stole teknikken, introduceres en tredje stol, som inddrager den medfølelse del af personen (Gilbert & Irons, 2005, p. 304ff). [To stole teknikken er med udgangspunkt i gestaltterapien, med det formål at lette dialogen med sig selv eller signifikante andre (Gilbert & Irons, 2005, p. 278)]

Medfølelse brev. Patienten skriver et medfølelse brev til sig selv, om den hårde periode vedkommende er i (Gilbert & Irons, 2005, p. 306).

Medfølelse perspektiv-tagning. At tage en anden persons perspektiv er tæt knyttet til empati og mentalisering, hvilket kan løsne den fastlåshed nogle mennesker kan have når de lider (Gilbert & Irons, 2005, p. 310f).

Træningen (heri også visualisering) i at blive mere medfølelse kan orienteres på fire forskellige måder, hvor terapeut og patient sammen finder udgangspunktet der passer bedst til patienten (Gilbert, 2010, p. 107). Disse går ud på:

- at udvikle et medfølelse selv, med fokus på eget selv
- at være medfølelse overfor andre
- lære at modtage andres medfølelse handlinger, hvor sind og tanker åbnes, så de er mere modtagelige overfor medfølelse andre
- medfølelse mod dig selv, ved at udvikle følelse, tanker og oplevelser som giver medfølelse

(Gilbert, 2010, p. 107).

Ud fra dette kan patienten i eksempelvis truende eller ubehagelige situationer anvende visualisering og forestille sig et medfølende væsen, for så at finde ro. Eller når patienten bliver fanget i ruminerende og angstfyldte tanker, kan vedkommende igen visualisere den medfølende gestus, en ven gjorde forleden dag for derigennem at stoppe rumineringen (Gilbert, 2010, 107).

Træningen kan kræve meget af nogle patienter, da positive følelser og medfølelse kan virke skræmmende og være tæt knyttet til aversive minder (Gilbert et al., 2012, p. 375). En undersøgelse lavet af Gilbert et al. (2012, p. 384f), viste at frygt for medfølelse og glæde var tæt knyttet til selvkritik, depression, angst og stress. Derudover var der forskel på at give andre medfølelse og at modtage medfølelse fra andre, hvor resultaterne viste, at sidstnævnte var stærkere knyttet til depression, angst og stress (ibid., p. 385). Dette kan betyde, at de mennesker der er bange for medfølelse og positive affekter, kan være vokset op i et miljø, hvor disse følelser f.eks. ikke har været tilladte, eller en form for overgreb er fundet sted i en positiv situation. Derfor kan vedkommende forbinde positive følelser og situationer, med noget der er flygtigt, og som hurtigt kan ændres til noget smertefuldt.

7.4. Deldiskussion: Hvordan kan Medfølelsesfokuseret terapi (MFT) anvendes som behandlingsredskab til personer, der skader sig selv?

Som nævnt i begyndelsen af dette afsnit, er MFT udviklet til personer med høj grad af skam og selvkritik (Gilbert, 2010, p. 99). Skam og selvkritik indgår i mange psykiske lidelser, men forekommer også ved personer der ikke nødvendigvis har en psykisk lidelse (Gilbert & Procter, 2006, p. 354). Selvkritik er fundet som medierende faktor mellem omsorgssvigt i barndommen og selvskade (Glassman, Weierich, Hoo-ley, Deliberto & Nock, 2007, p. 2487). Af denne grund kan det være interessant, at diskutere hvordan MFT kan anvendes, som behandlingsredskab til personer der skader sig selv. Der er endnu ikke lavet undersøgelser, der tester virkningen af MFT på selvskadende adfærd, men Van Vliet og Kalnins (2011) har på et teoretisk niveau anvendt MFT på selvskadende adfærd. Denne artikel fungerer som inspirationskilde og inddrages når relevant.

For at konkretisere hvordan et behandlingsforløb kunne se ud, er der udarbejdet en case, som er baseret på en blanding af virkelige og fiktive hændelser. Casen er lavet med udgangspunkt i Rikke, som jeg havde samtaler med i praktikperioden.

Case Rikke

I casen inddrages Rikkens egne forklaringer og ordvalg.

Aktuelle situation

Rikke var en 20 årig pige, der lige var flyttet hjemmefra – til en by hvor hun ikke kendte andre mennesker.

Hun var flyttet for at uddanne sig til ergoterapeut. Kort tid inde i studiet begyndte hun at føle sig modløs, ked af det og ensom. Hun havde ikke længere lyst til de ting hun tidligere holdt af. Rikke havde altid været aktiv i form af badminton, løb og som lille gik hun til dans. Nu isolerede hun sig mere og mere i sin lejlighed. Hun havde jævnlig kontakt med familien, men havde svært ved at fortælle sin mor, hvordan hun i virkeligheden havde det.

I forbindelse med Rikkens første eksamener havde hun svært ved at være i sine følelser. Hun blev overvældet af følelser af angst ved tanken om eksamen, og i den forbindelse skar hun i sig selv. Hun fortalte, at hun efterfølgende oplevede en følelse af ro.

Rikke henvendte sig og bad om hjælp i forbindelse med sin eksamensangst.

Forhistorie/opvækst

Rikke fortæller, at hun har haft en god barndom, men at hendes mor havde vanskeligt ved følelser. Rikke har altid følt, at det ikke var acceptabelt at være åben omkring sine følelser og at tale om behov. Hun har altid klaret sig godt i skolen og har oplevet forældrenes stolthed omkring hendes selvstændighed.

Forældrene blev skilt da hun var 12 år. Sammen med sin mor og søster flyttede de efterfølgende til en anden by. Rikke mistede kontakten med sin far, hvilket hun var meget ked af. Hun fortalte, at hun altid havde været ”fars pige”.

I modsætning til DAT og MBT, er MFT, som nævnt tidligere, endnu ikke manualbaseret. Strukturen vil derfor følge opstillingen i teoriafsnittet 7.3. Medfølelsesfokuseret terapi.

MFT anerkender vigtigheden af, at udforske hvad problemstillingen er, hvilke tanker, følelser og adfærd der er forbundet med problemet, samt den afklarende proces der er i, at skrive problemstillingerne ned, for derefter at vælge den problemstilling der første skal arbejdes med. Derudover anvender MFT også guidet udforskning og sokratiske spørgsmål, som også har sit udgangspunkt i den kognitive terapi (Gilbert & Irons, 2005, p. 274).

Eksempel på hvordan MFT kan hjælpe en person (Rikke) der skader sig selv:

I den indledende udforskning af problemstillingerne, kom det frem, at Rikke skar i sig selv. Dette var hun meget skamfuld over og negligerede adfærden, da der blev spurgt ind til det. Derudover fortalte Rikke, at årsagen til, at hun havde vanskeligt ved, at fortælle sin mor hvordan hun havde det, var fordi hun ikke ville skuffe hende. Samtidig havde Rikke tidligere oplevet, at hendes mor blev vred, da Rikke, mens hun boede hjemme, havde skåret i sig. Rikke frygtede moderens reaktion og skuffende blik.

Første fase.

Psykoedukation kan være essentiel for mange patientgrupper og er en stor del af mange psykoterapier. Mht. personer der skader sig selv, kan psykoedukation blive udfordrende, da det er en overdetermineret adfærd og et non-specifikt symptom, som gør fænomenet særligt komplekst. Her kan det være vigtigt, at klarlægge hvilken funktion den selvskadende handling har for vedkommende, for herved at rette psykoedukationen mere specifikt mod patientens situation. I forhold til casen foregik psykoedukationen på et overordnet plan i forhold til selvskaden, samtidig med at selvskaden blev sat ind i en medfølelsteoretisk kontekst. Intentionen var, at gøre selvskaden mindre skamfuld og mere forståelig. Samtidig var målet, at give Rikke en forståelsesramme for, hvorfor nogle mennesker ender i en lignende situation som hende selv. Ifølge medfølelsteorien er det især vigtigt, at mindske følelsen af skam i denne fase, da denne følelse kan blokere for forståelsen af egen adfærd og udviklingen af nye copingstrategier. Derudover blev de tre emotionelle systemer (jf. figur

4. og afsnit 6.3.2) og menneskets ”tricky brain” (jf. afsnit 6.3.4) forklaret, så Rikke fik forståelse for, at selvskaden har været hendes måde at håndtere en vanskelig situation på. På denne måde blev Rikke mere *opmærksom* (jf. figur 5. *de to psykologier*) på sin selvskadende adfærd og *følelserne* (jf. figur 5.) forbundet med adfærden i forhold til de tre emotionelle systemer (jf. figur 4.). Denne begyndende opmærksomhed og forståelse kan vække følelsen af *empati* i vedkommende, så lysten til forandring kan opstå, og medfølelse for egen situation kan udvikles. Disse aspekter kan minde om elementerne i både DAT og MBT, men inddrager det nye aspekt med ”tricky brain”, hvor patienten uden at involvere andre personer, kan fraskrive sig lidt af byrden og skamfølelsen.

Følelsen af skam var tydelig ved Rikke, da hun som nævnt i casen søgte hjælp i forhold til eksamensangsten, og negligerede sin selvskade. Her er det vigtigt, på en medfølelse måde, at give plads til den selvskadende adfærd, og vise Rikke at det er et emne der kan tales om.

Anden fase.

Denne fase inddrager patientens baggrund og opvækst, for derefter at koble dette sammen med udviklingen af de tre emotionelle systemer. Her får patienten forståelse for, hvordan tidligere oplevelser giver sig til udtryk i trusselsbaserede strategier (reagerer med angst eller selvkritik), motivationsbaserede strategier (mål, ønsker) og beroligelses- og tilknytningsstrategier (selvskadende adfærd). Her var det tydeligt for Rikke, at trusselssystemet især kom til udtryk i forhold til studiet og det at præstere, da forældrene altid havde givet udtryk for vigtigheden af at yde sit maksimale og præstere godt. Samtidig havde tidligere dårlige oplevelser mht. mindre gode karakterer og forældrenes negative reaktion sat sine spor. I disse situationer havde Rikke ikke fundet en hensigtsmæssig måde at berolige sig selv på og havde derfor skåret sig selv – frustrationen over forældrenes skuffelse havde været ubærlig for hende. I hendes nuværende situation kunne hun genkende samme følelse af frustration. Rikke havde dog nogle mål i livet og besad motivationsbaserede strategier. Hun havde et inderligt ønske om at blive ergoterapeut og hjælpe andre mennesker. Hun ville gerne få sig et arbejde, etablere egen familie og hun havde et lille ønske om at gennemføre et maraton. Disse mål fungerede for Rikke som både motiverende og noget der holdt hende i gang, men den sidste tid havde de også fungeret som et ekstra pres og en negativ påmindelse om de ting hun ikke fik gjort. Hun ikke fik løbet de ture hun bur-

de, hun fik ikke læst den faglitteratur hun burde og hendes isolerende adfærd øgede ikke ligefrem hendes mulighed for at stifte familie. Her var det tydeligt, at Rikkens forældre havde haft fokus på at fremme motivationssystemet. De havde ikke vist Rikke tilstrækkeligt, hvordan hun skulle aktivere beroligelses- og tilknytningssystemet i forbindelse med negative hændelser. Hun vidste ikke hvordan hun skulle berolige sig selv, når hun havde det dårligt. Tidligere havde en løbetur hjulpet, men det gjorde det ikke længere.

Tredje fase.

I denne fase er der særligt fokus på træningen i at blive mere medfølelse. Her lærte og øvede Rikke mindfulness-øvelser og arbejdede samtidig med at visualisere sin bedstefar, som nu var død, men som tidligere havde givet hende ro og tryghed. Visualiseringen af bedstefaren kan med tiden komme til at fungere som et alternativ til selvskaden, da visualiseringen i nogle tilfælde kan give samme effekt som selvskaden (Van Vliet & Kalnins, 2011, p. 303). Dette blev der arbejdet med over flere sessioner, da det var fremmed for Rikke, at arbejde med denne slags øvelser samt have så stort et fokus på sine følelser. Mindfulness er kendt for at være en effektiv måde at regulere sine følelser på. Herved bliver personen der skader sig selv mere opmærksom på interne og eksterne stimuli, der provokerer behovet for selvskade (Van Vliet & Kalnins, 2011, p. 302). Derfor blev der arbejdet på, at Rikke blev mere fortrolig med sine følelser af angst, så hun med tiden kunne inddrage den medfølelse opmærksomhed (via mindfulness øvelser), når hun blev overvældet af negative følelser. Målet er med tiden at erstatte den selvskadende adfærd med mindfulness.

Fjerde fase.

I den fjerde fase arbejdes der videre med de medfølelse øvelser, for herigennem at integrere dem mere og mere i patientens identitetsfølelse. Det medfølelse jeg blev i Rikkens tilfælde udviklet ved at inddrage hendes ønske om at hjælpe andre og fokusere på de situationer, hvor hun var medfølelse overfor andre. Dette gjorde hende opmærksom på, at hun allerede på nuværende tidspunkt var i stand til at være medfølelse, og at denne egenskab ikke var en svaghed. Ved at observere sin medfølelse adfærd overfor andre blev hun mere og mere tryk ved, at være medfølelse overfor sig selv. Derudover blev der udarbejdet en liste, i samspil med Rikke, over beroligende aktiviteter, som kunne indgå i den medfølelse adfærd. Begrundelsen for udar-

bejdelsen af listen, er at give personer der skader sig selv en fornemmelse af bedre kontrol, øget self-efficacy og bedre overordnet trivsel (Van Vliet & Kalnins, 2011, p. 306). Listen blev revideret og ændret nogle gange, da den første antagelse af beroligende aktiviteter resulterede i modsatte og negative effekt.

Femte fase.

I den sidste fase arbejdes der specifikt med lidelsen på en medfølende måde. Her blev tre-stole teknikken anvendt for at tydeliggøre den medfølende rolle, Rikke også kunne indgå i. Dette er en udvidelse af to stole teknikken, hvori den tredje stol udgør den medfølende rolle (Gilbert & Irons, 2005, p. 304ff). Denne øvelse gjorde det medfølende væsen mere konkret for Rikke, da hun både skulle argumentere for at være medfølende og samtidig mærke den medfølende interaktion med den tredje stol. Derudover inddrog Rikke nogle af hendes ar og talte (medfølende) direkte til dem, hvilket kan have en positiv effekt for nogle. (ibid., p. 313f).

Efter nogle sessioner, hvor Rikke havde arbejdet medfølende med hendes selvskadende adfærd og angst for eksamen, opstod en stærk følelse af sorg. Savnet af hendes far og mindet om hendes bedstefar gjorde hende ulykkelig i nogle af sessionerne. Disse følelser af sorg kan opstå, når vedkommende begynder at mærke varme, omsorg og medfølelse – følelser vedkommende har savnet fra eventuelle omsorgspersoner (Gilbert & Irons, 2005, p. 314f).

Flere andre metoder har vist gode resultater for behandlingen af selvskadende adfærd, dog mangler der stadig klar evidens. Alternativer som Kim Gratzs (2007) *Acceptance-based emotion regulation group therapy*, familiebaseret terapi eller almindelig fysisk motion kan også nævnes som mulige behandlinger for selvskadende adfærd (Washburn et al., 2012, p. 3f). MFT er, som nævnt, udarbejdet til personer med høj grad af skam og selvkritik og ikke anvendt på personer, der skader sig selv. MFT er imidlertid set i kombination med kognitiv adfærdsterapi i behandlingen af depression (Allen & Knight, 2005, pp. 239-262), PTSD (Lee, 2005, pp. 326-351) og angst (Hackmann, 2005, pp. 352-368). Samme overvejelser kunne være relevante i forbindelse med behandling af personer der skader sig selv. MFT kunne på denne måde fungere som en tilføjelse til en anden terapi (add-on terapi), eksempelvis til kognitiv adfærdsterapi – fremfor en selvstændig behandlingsform. Denne overvejelse vil indgå i afsnit. 8. *Diskussion*.

8. Diskussion

Opgavens omdrejningspunkt har været følgende problemformulering:

Hvad er selvskade, og hvordan kan den selvskadende adfærd forstås ud fra teorien om medfølelse?

Hvordan kan Medfølelsesfokuseret terapi (MFT) anvendes som behandlingsredskab til personer, der skader sig selv?

I afsnittene 4. og 5. blev der redegjort for hvad fænomenet selvskade indebærer. I 6. afsnit blev tilknytningsteorien og mentaliseringsteorien gennemgået, da disse er de to mest anvendte syn på årsagen til selvskade. Derudover blev medfølelseteorien præsenteret, som en ny måde at anskue selvskade på. Hermed blev anden del af det første spørgsmål i problemformuleringen besvaret (*hvordan kan den selvskadende adfærd forstås ud fra teorien om medfølelse?*). Problemformuleringens andet spørgsmål, om *hvordan kan Medfølelsesfokuseret terapi (MFT) anvendes som behandlingsredskab til personer, der skader sig selv?* blev besvaret i afsnit 7., hvor også en præsentation af de to nuværende evidensbaseret behandlingsformer for selvskade fandt sted.

Det centrale i denne diskussion vil være fordele og ulemper ved at anvende MFT som behandlingsredskab til personer der skader sig selv.

Først diskuteres det faktum, at MFT ikke er udviklet til personer der skader sig selv, hvilket kan være uhensigtsmæssigt, da behandlingsformen ikke specifikt retter sig mod de forskellige problemstillinger den selvskadende adfærd indebærer (se afsnit 4, 5 og 6). Som det fremgår af afsnit 7.4 *Deldiskussion* bør MFT derfor i højere grad anskues som *add-on* terapi i stedet for en færdigudviklet behandlingsform. Den anvendes i dag typisk i samspil med en kognitiv terapiform, som supplement. I forbindelse med besvarelsen af problemformuleringens spørgsmål: *Hvordan kan Medfølelsesfokuseret terapi (MFT) anvendes som behandlingsredskab til personer, der skader sig selv?*, bør forskeren, i MFT's nuværende udgave, altså ikke tænke på ordet *behandlingsredskab* som en færdigudviklet behandlingsform, i lighed med kognitiv terapi eller DAT. Det giver derimod bedre mening at forstå ordet *behandlingsredskab*, som et hjælpemiddel (*add-on* terapi) til en anden behandlingsform, da MFT

kan supplere almindelig kognitiv terapi eller kognitiv adfærdsterapi med en højere grad af fokus på følelser og nye vinkler at anskue psykisk lidelse på.

Jeg mener, at det er relevant at udarbejde nye behandlingsformer til personer der skader sig selv. Årsagen til den manglende udvikling af specifikke behandlingsformer rettet mod denne gruppe mennesker kan skyldes, at fænomenet defineres som værende både en overdetermineret adfærd og et non-specifikt symptom. Dette gør det vanskeligt at udarbejde en behandlingsform, der skal være rettet mod en lidelse, som bliver aktiveret af mange forskellige faktorer, og hvor den selvskadende adfærd forbindes med mange forskellige lidelser. Det vil sige, at behandlingsformen bør bl.a. kunne differentiere mellem de personer der skader sig selv for at regulere sine følelser, for at få opmærksomhed eller for at straffe sig selv. Samtidig bør den bl.a. differentiere mellem de personer der har en komorbid personlighedsforstyrrelse, depression eller angstlidelse og de personer, der ikke har en komorbid lidelse – og hermed også personer både med og uden traumatisk baggrund. Det skal understreges, at selvskade ikke er en diagnose *endnu*, men at flere forskere pointerer vigtigheden af, at den burde komme i DSM-V som et syndrom, især for fremtidig forskning (Plemer & Fegert, 2012; Muehlenkamp, 2005).

Behandlingsformen bør sandsynligvis vælges ud fra motivet for selvskaden. Da MFT er udviklet til personer med høj grad af skam og selvkritik, bør dette behandlingsredskab måske inddrages i behandlingen af personer, der skader sig selv, når motivet er selvafstraffelse. Begrundelsen herfor er, at der i selvafstraffelsen typisk indgår en selvkritisk holdning til eget selv (Klonsky, 2007, p. 229f).

Hvilke følelser der ligger til grund for motivet bør indgå i overvejelserne for, om MFT er et relevant behandlingsredskab for patienten. Følelserne kan evt. fungere som pejlemærker for hvilken behandlingsform der er relevant for patienten. Uanset motivet kan behandleren have CMT-øvelserne med i overvejelserne, når personen der skader sig selv får selvkritiske følelser og følelse af skam.

MFT og den medfølelseteoretiske tankegang bidrager med et nyt syn på selvskade. Patientens nuværende sociale relationer inddrages, og der er endvidere fokus på, hvordan vedkommende evner at indgå i konkurrerende og samarbejdende relationer. Dette kan gøre behandlingen mere håndgribelig, da fokus ikke nødvendigvis kun bør

være på barndomsoplevelser, men også kan inddrage nuværende relationer og patientens oplevelse af disse. Derudover kan behandlingsredskabet blive relevant for ældre, der skader sig selv (jf. Hawton & Harriss, 2006, artiklen i afsnit 4.3), da baggrunden for ældre der skader sig selv, kan være ganske anderledes end for unge. Ved ældre personer der skader sig selv, vil det derfor ikke umiddelbart være relevant at anvende de allerede eksisterende terapiformer DAT og MBT, da deres fokus jo netop er opvæksten og omsorgspersonerne.

Slutteligt er det relevant at nævne, at MFT er en nytilkommen behandlingsform indenfor kognitiv terapi, hvilket gør, at der endnu ikke er lavet effektundersøgelser. Sådanne undersøgelser kan imidlertid blive udfordrende, da MFT ikke er manualbaseret, hvilket kan give anledning til mange bias og ukendte parametre (Zachariae, 2007).

9. Konklusion

Opgavens omdrejningspunkt har været følgende problemformulering:

Hvad er selvskade, og hvordan kan den selvskadende adfærd forstås ud fra teorien om medfølelse?

Hvordan kan Medfølelsesfokuseret terapi (MFT) anvendes som behandlingsredskab til personer, der skader sig selv?

I afsnittene 4 og 5 er der redegjort for, hvad selvskade er. Begrebet favner bredt og bliver defineret på mange måder. Af hensyn til fremtidige forskning er det vigtigt at nå til enighed om en endelig definition.

I denne opgave er der taget udgangspunkt i den udbredte definition, der stammer fra organisationen *International Society for the Study of Self-Injury* (www.itriples.org): ”den direkte og bevidste beskadigelse af kropsvæv, uden suicidal intention”.

Definitionen er uddybet yderligere fra afsnit 4.1 til afsnit 5.

Det kan konkluderes, at det kan give mening at se på selvskade med medfølelseteoretiske briller. Der kan samtidig argumenteres for, at MFT kan anvendes som supplerende behandlingsredskab til en anden relevant behandlingsform. Under brugen af MFT er det vigtigt, at være opmærksom på, at behandlingsredskabet ikke er udarbejdet specifikt til selvskade. Dette kan give behandlingsredskabet nogle mangler. På trods af dette, er der gennem opgaven argumenteret teoretisk for, at MFT kan være relevant for personer, der skader sig selv, når den selvskadende adfærd ikke skyldes situationer, der er relateret til omsorgssvigt eller traumatiske oplevelser i barndommen. MFT kommer specielt til sin ret, fordi de to eksisterende behandlingsformer DAT og MBT er udviklet til personer med en borderline personlighedsforstyrrelse, hvor patienten i mange tilfælde har oplevet omsorgssvigt og evt. traume i barndommen. MFT kan imidlertid også være relevant for patienter, der har oplevet omsorgssvigt eller traume i barndommen. CMT-øvelsernes mål er netop at berolige, hvilket er relevant for alle personer der skader sig selv.

Der er endvidere argumenteret for, at det kan være relevant at inddrage MFT i behandlingen af personer der skader sig selv, når motivet er afstraffelse, da behandlingen er udarbejdet til personer med høj grad af skam og selvkritik. Skam og selvkritik er centrale følelser i forbindelse med selvafstraffelse. Det er vigtigt at pointere, at

argumenterne er fremvist på et teoretisk plan, og at det ikke er undersøgt, om MFT virker i praksis – i denne sammenhæng.

Derudover er der argumenteret for, at DAT og MBT kan have mangler i forbindelse med behandlingen af ældre personer, der skader sig selv, hvor omsorgssvigt eller traume i barndommen ikke viser sig relevant. I denne sammenhæng kunne det være interessant at undersøge i praksis, hvordan MFT evt. kan supplere DAT og MBT. Herved kunne DAT og MBT måske anvendes på en større målgruppe. Det er ikke muligt, på baggrund af denne opgave, at konkludere noget om hvordan hverken DAT eller MBT fungerer for den ældre målgruppe. Argumenterne omhandlende mangler i forbindelse med DAT og MBT er udelukkende på et teoretisk grundlag, og kræver yderligere praktisk undersøgelse.

Opsummerende kan det konkluderes, at der teoretisk kan argumenteres for, at MFT kan anvendes som add-on terapi til en anden færdigudviklet terapiform, og muligvis som supplement til de to allerede eksisterende terapiformer DAT og MBT. Dette vil dog kræve videre undersøgelse.

10. Referenceliste

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. *Psychological Review* 96(2), 358-372
- Allen, N. B. & Knight, W. E. J. (2005). Mindfulness, compassion for self, and compassion for others. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion. Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. (pp. 239-262). Hove, East Sussex: Routledge.
- Andover, M. S., Morris, B. W., Wren, A. & Bruzzese, M. E. (2012). The co-occurrence of nonsuicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child and Adolescent Psychiatry & Mental Health* 6(11), 1-7.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 10 N2, 125-143.
- Barrocas, A. L., Giletta, M., Hankin, B. L., Prinstein, M. J. & Abela, J. R. Z. (2015). Nonsuicidal self-injury in adolescence: longitudinal course, trajectories, and intrapersonal predictors. *Journal of Abnormal Child Psychology* 43, 369-380.
- Bowlby, J. (1994). *En sikker base. Tilknytningsteoriens kliniske anvendelser*. (pp. 9-27; 133-152). Frederiksberg: DET lille FORLAG.
- Briere, J. & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates and functions. *American Journal of Orthopsychiatry* 68(4), 609-620.
- Burke, L. (2003). The impact of maternal depression on familial relationships. *International Review of Psychiatry* 15, 243-255.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L. & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: the experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy* 44, 371-394.
- Christoffersen, M. N., Møhl, B., DePanfilis, D. & Vammen, K. S. (2014). Nonsuicidal self-injury – Does social support make a difference? An epidemiological investigation of a national Danish sample. *Child Abuse & Neglect* (In Press).
- Daubney, M. & Bateman, A. (2015). Mentalization-based therapy (MBT): an overview. *Australasian Psychiatry* 23(2), 132-135.
- Due, P., Diderichsen, F., Meilstrup, C., Nordentoft, M., Obel, C. & Sandbæk, A. (2014). Børn og unges mentale helbred. Forekomst af psykiske symptomer og

- lidelser og mulige forebyggelsesindsatser. København: Vidensråd for Forebyggelse. 1-184.
- Favazza, A. R. (2009). A cultural understanding of nonsuicidal self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury. Origins, Assessment, and Treatment* (pp. 19-36). Washington: American Psychological Association.
- Favazza, A. R. & Conterio, K. (1988). The Plight of Chronic Self-Mutilators. *Community Mental Health Journal* 24(1), 22-30.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2004). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. London: KARNAC. E-bog.
- Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy* 3(2), 97-112.
- Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: a biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion. Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. (pp. 9-74). Hove, East Sussex: Routledge.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology* 53, 6-41.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J.N.V. & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: an exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology* 43, 31-50.
- Gilbert, P. & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion. Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. (pp. 263-325). Hove, East Sussex: Routledge.
- Gilbert, P., McEwan, K., Gibbons, L., Chotai, S., Duarte, J. & Matos, M. (2012). Fears of compassion and happiness in relation to alexithymia, mindfulness and self-criticism. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 85, 374-390.
- Gilbert, P. & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 13, 353-379.
- Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L. & Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, nonsuicidal self-injury and the mediating role of self-criticism. *Behaviour Research and Therapy* 45, 2483-2490.

- Gratz, K. L. (2001). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: an empirical and conceptual review. *American Psychological Association D12*, 192-205.
- Gratz, K. L. (2007). Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. *Journal of Clinical Psychology: IN SESSION* 63(11), 1091-1103.
- Hackmann, A. (2005). Compassionate imagery in the treatment of early memories in Axis I anxiety disorders. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion. Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. (pp. 352-368). Hove, East Sussex: Routledge.
- Hamza, C. A. & Willoughby, T. (2013). A longitudinal person-centered examination of nonsuicidal self-injury among university students. *Journal of Youth and Adolescence* 43, 671-685.
- Hankin, B. L. & Abela, J. R. Z. (2011). Nonsuicidal self-injury in adolescence: prospective rates and risk factors in a 2 ½ year longitudinal study. *Psychiatry Research* 186, 65-70.
- Hawton, K. & Harriss, L. (2006). Deliberate self-harm in people aged 60 years and over: characteristics and outcome of a 20-year cohort. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 21, 572-581.
- Heath, N. L., Schaub, K., Holly, S. & Nixon, M. K. (2009). Self-injury today. Review of population and clinical studies in adolescents. In M. K. Nixon & N. L. Heath (Eds.), *Self-injury in youth. The essential guide to assessment and intervention* (pp. 9-27). New York: Routledge.
- Hilt, L. M., Nock, M. K., Lloyd-Richardson, E. E. & Prinstein, M. J. (2008). Longitudinal study of nonsuicidal self-injury among young adolescents. Rates, Correlates, and preliminary test of an interpersonal model. *Journal of Early Adolescence* 28(3), 455-469.
- Karterud, S. & Bateman, A. (2011). Mentaliseringsbaseret terapi. Manual og vurderingsskala. (Individuel version) pp. 31-54. København: Hans Reitzels Forlag.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review* 27, 226-239.
- Klonsky, E. D. & Glenn, C. R. (2009). Psychosocial risk and protective factors. In M. K. Nixon & N. L. Heath (Eds.), *Self-injury in youth. The essential guide to assessment and intervention* (pp. 45-58). New York: Routledge.
- Klonsky, E. D. & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: a research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology: In Session* 63(11), 1045-1056.

- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F. & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *The American Journal of Psychiatry* 160(8), 1501-1508.
- Koerner, K. & Dimeff, L. A. (2000). Further data on Dialectical Behavior Therapy. (Commentaries on Scheel). *Clinical Psychology: Science and Practice* 7(1), 104-112.
- Kvarstein, E. H., Pedersen, G., Urnes, Ø., Hummelen, B., Wilberg, T. & Karterud, S. (2015). Changing from a traditional psychodynamic treatment programme to mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder – Does it make a difference? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 88, 71-86.
- Leahy, R. L. (2005). A social-cognitive model of validation. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion. Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. (pp. 195-217). Hove, East Sussex: Routledge.
- Lee, D. A. (2005). The perfect nurturer. A model to develop a compassionate mind within the context of cognitive therapy. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion. Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. (pp. 326-351). Hove, East Sussex: Routledge.
- Linehan, M. (2004). *Manual til Dialektisk Adfærdsterapi: færdighedstræning*. Virum: Dansk Psykologisk Forlag.
- Lloyd-Richardson, E. E., Nock, M. K. & Prinstein, M. J. (2009). Functions of adolescents nonsuicidal self-injury. In M. K. Nixon & N. L. Heath (Eds.), *Self-injury in youth. The essential guide to assessment and intervention* (pp. 29-42). New York: Routledge.
- Luthar, S. S. & Becker, B. E. (2002). Privileged but pressured? A study of affluent youth. *Child Development* 73(5), 1593-1610.
- Lynch, T. R. & Cozza, C. (2009). Behavior therapy for nonsuicidal self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury. Origins, Assessment, and Treatment* (pp. 221-250). Washington: American Psychological Association.
- Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N. & Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *The Annual Review of Clinical Psychology* 3, 181-205.

- Madsen, T., Agerbo, E., Mortensen, P. B. & Nordentoft, M. (2013). Deliberate self-harm before psychiatric admission and risk of suicide: survival of Danish national cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 48, 1481-1489.
- Martin, J., Bureau, J-F., Cloutier, P. & Lafontaine, M-F. (2011). A comparison of invalidating family environment characteristics between university students engaging in self-injurious thoughts & actions and non-self-injuring university students. *Journal of Youth and Adolescence* 40, 1477-1488.
- Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J. & Jacobsen, C. M. (2009). Special issues in treating adolescents nonsuicidal self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury. Origins, Assessment, and Treatment* (pp. 251-270). Washington: American Psychological Association.
- Morgan, S., Rickard, E., Noone, M., Boylan, C., Carthy, A., Crowley, S., Butler, J., Guerin, S. & Fitzpatrick, C. (2013). Parents of young people with self-harm or suicidal behaviour who seek help – a psychosocial profile. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 7(13), 1-10.
- Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry* 75(2), 324-333.
- Muehlenkamp, J. J., Brausch, A., Quigley, K. & Whitlock, J. (2013). Interpersonal features and functions of nonsuicidal self-injury. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 43(1), 67-80.
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L. & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent nonsuicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health* 6(10), 1-9.
- Møhl, B. (2007). At skære smerten bort – en bog om cutting og anden selvskadende adfærd. Psykiatrifondens Forlag.
- Møhl, B., la Cour, P. og Skandsen, A. (2014). Nonsuicidal self-injury and indirect self-harm among Danish high school students. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology* 2(1), 11-18.
- Møhl, B. & Skandsen, A. (2012). The prevalence and distribution of self-harm among Danish high school students. *Personality and Mental Health* 6, 147-155.
- Nixon, M. K., Aulakh, H., Townsend L. & Atherton, M. (2009). Psychosocial interventions for adolescents. In M. K. Nixon & N. L. Heath (Eds.), *Self-injury in youth. The essential guide to assessment and intervention* (pp. 217-236). New York: Routledge.

- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *The Annual Review of Clinical Psychology* 6, 339-363.
- Nock, M. K. & Cha, C. B. (2009). Psychological models of nonsuicidal self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury. Origins, Assessment, and Treatment* (pp. 65-78). Washington: American Psychological Association.
- Nock, M. K. & Favazza, A. R. (2009). Nonsuicidal self-injury: definition and classification. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury. Origins, Assessment, and Treatment* (pp. 9-18). Washington: American Psychological Association.
- Nock, M. K. & Mendes, W. B. (2008). Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76(1), 28-38.
- Plener, P. L. & Fegert, J. M. (2012). Nonsuicidal self-injury: state of the art perspective of a proposed new syndrom for DSM-V (Editorial). *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 6(9), 1-2.
- Prinstein, M. J., Guerry, J. D., Browne, C. B. & Rancourt, D. (2009). Interpersonal models of nonsuicidal self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury. Origins, Assessment, and Treatment* (pp. 79-98). Washington: American Psychological Association.
- Rizvi, S. L. & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for personality disorders. *Current Psychiatry Reports* 3, 64-69.
- Rodham, K. & Hawton, K. (2009). Epidemiology and phenomenology of nonsuicidal self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury. Origins, Assessment, and Treatment* (pp. 37-62). Washington: American Psychological Association.
- Ross, S. & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence* 31(1), 67-77.
- Rossouw, T. I. & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 51(12), 1304-1313.
- Rubæk, L. (2009). *Selvskadens psykologi*. Dansk Psykologisk Forlag, 129-138.
- Sandler, J., Dare, C. & Holder, A. (1994). *Patienten og analytikerens Psykoanalytiske kliniske struktur*. København: Hans Reitzels Forlag.

- Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal* 22(1-2), 7-66.
- Shenk, C. E., Noll, J. G. & Cassarly, J. A. (2010). A multiple mediational test of the relationship between childhood maltreatment and nonsuicidal self-injury. *Journal of Youth and Adolescence* 39, 335-342.
- Sher, L. & Stanley, B. (2009). Biological models of nonsuicidal self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury. Origins, Assessment, and Treatment* (pp. 99-116). Washington: American Psychological Association.
- Sornberger, M. J., Heath, N. L., Toste, J. R. & McLouth, R. (2012). Nonsuicidal self-injury and gender: Patterns, prevalence, methods, and locations among adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 42(3), 266-278.
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review* 18(5), 531-554.
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P. & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis & meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 44(3), 273-303.
- Tatnell, R., Kelada, L., Hasking, P. & Martin, G. (2014). Longitudinal analysis of adolescent NSSI: the role of intrapersonal and interpersonal factors. *Journal of Abnormal Child Psychology* 42, 885-896.
- van der Kolk, B. A., Perry, C. & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *The American Journal of Psychiatry* 148(12), 1665-1671.
- Van Vliet, K. J. & Kalnins, G. R. C. (2011). A compassion focused approach to non-suicidal self-injury. *Journal of Mental Health Counseling* 33(4), 295-311.
- Wang, S. (2005). A conceptual framework for integrating research related to the physiology of compassion and the wisdom of Buddhist teachings. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion. Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. (pp. 75-120). Hove, East Sussex: Routledge.
- Washburn, J. J., Richardt, S. L., Styer, D. M., Gebhardt, M., Juzwin, K. R., Yourek, A. & Aldridge, D. (2012). Psychotherapeutic approaches to non-suicidal self-injury in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 6(14), 1-8.

- Whitlock, J., Eckenrode, J. & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics* 117(6), 1939-1948.
- World Health Organization ICD-10 (2011). *Psyriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier.* (pp. 97-123). København: Munksgaard Danmark.
- Yates, T. M., Tracy, A. J. & Luthar, S. S. (2008). Nonsuicidal self-injury among "privileged" youths: longitudinal and cross-sectional approaches to developmental process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76(1), 52-62.
- Zachariae, B. (2007). Evidensbaseret psykologisk praksis. *PsykologNyt* 12, 16-25.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, B. & Silk, K. R. (2005). The McLean study of adult development (MSAD): overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *Journal of Personality Disorders* 19(5), 505-523.
- Zøllner, L. (2014). Unges selvskadende adfærd 2001-2011. Odense: Center for Selvmordsforskning

10.1. Internetsider

www.girltalk.dk

www.viunge.dk

www.lmsspiseforstyrrelser.dk eller www.lmsnyt.dk

www.vioss.dk

<http://itriples.org/>

www.thesite.org

<http://butterfly-project.tumblr.com/>

11. Bilag

11.1. Bilag 1

RE: thesis about self-injury

<https://mail.aau.dk/owa/?ae=Item&t=IPM.Note&id=RgAAAAB...>

RE: thesis about self-injury

Paul Gilbert [P.Gilbert@derby.ac.uk] **Sendt:**4. maj 2015 19:06 **Til:** Hanne Marring Lamøy **Cc:** Bodil Andersen [bodil.andersen@dadlnet.dk]

Hi Hanne

forgive me for not answering all your questions in detail but obviously it would take a lot of time.

Maybe you could talk to DR Bodil Andersen who is a psychiatrist in Denmark and run some CFT training

Compassionate focused therapy is the whole therapy including the model. The assessment ,the formulation, structure of the therapeutic relationship etc etc and the compassionate mind training exercises you do

Compassion mind training is focused on the specific exercises such as soothing rhythm breathing, safe place imagery, compassionate self development etc – as the title implies it's the actual specific exercises and you could do those without necessarily doing them within a particular psychotherapy -- indeed many people do

Professor Paul Gilbert, PhD., FBPsS, OBE
Derbyshire Healthcare NHS Foundation Trust
Mental Health Research Unit

Kingsway Hospital

Derby. DE22 3LZ

United Kingdom

Phone: 01332 623579

Fax: 01332 623576

Email: p.gilbert@derby.ac.uk

<http://www.derby.ac.uk/schools/fehs/research/mhru/>

www.compassionatemind.co.uk

The Compassionate Mind Foundation's 4th International Conference, The Relational

Contexts of Compassion Focused Therapy, takes place on 21st–23rd October 2015 in

Manchester.

For full programme details and how to book visit

www.compassionatemind.co.uk

From: Hanne Marring Lamøy [hlamoy09@student.aau.dk]

Sent: 04 May 2015 17:52

To: Paul Gilbert

Subject: thesis about self-injury

Dear Paul Gilbert.

I'm studying psychology in Aalborg, Denmark and writing my final thesis about nonsuicidal self-injury and how compassion focused therapy can treat people that self-injure.

First. Do you have any thoughts about how compassion focused therapy could help these people? I have read Van Vliet & Kalnins (2011) Compassion focused approach to nonsuicidal self-injury. It makes very good sense to me that the focus should be on the feelings and that the therapist should help them be better at soothing themselves. Exactly the self-soothing system I think is very central for many self-injurers.

Another question is whether you follow a guide when you approach clients? I'm thinking something close to what they use in ordinary cognitive therapy.

Lastly I'm wondering what the difference between compassion mind training and compassion focused therapy really is? I have tried to figured it out, but can't find a clear difference.

I imagine you are a very busy man, so I'm very grateful just that you have read this mail and hoping for your answer.

Best and kind regards,
Hanne Marring Lamøy

The University of Derby has a published policy regarding email and reserves the right to monitor email traffic. If you believe this was sent to you in error, please select unsubscribe.

Unsubscribe and Security information contact: infosec@derby.ac.uk

For all FOI requests please contact: foi@derby.ac.uk

All other Contacts are at

<http://www.derby.ac.uk/its/contacts/>

2 af 2 26/05/15 14.12

11.2. Bilag 2

Re: Medfølelse og selvskade

<https://mail.aau.dk/owa/?ac=Item&t=IPM.Note&id=RgAAAAB...>

Re: Medfølelse og selvskade

Bodil Andersen [bodil.andersen@dadlnet.dk] **Sendt:**10. maj 2015 16:11 **Til:** Hanne Marring Lamøy

Kære Hanne Lamøy

Mange tak for din henvendelse. Paul har nævnt, at du måske ville henvende dig.

Peter Rasmussen, som er klinisk psykolog, og jeg har i nogle år arbejdet med at udvikle en gruppeterapeutisk model til behandling af mennesker med megen selvkritik og skam. Gruppen er transdiagnostisk. Vi er ved at i gøre resultaterne op, nu hvor ca 100 ptt har været inkluderet i behandlingen. 75 har ind til videre gennemført. Det ser umiddelbart godt ud målt på de instrumenter vi har, BDI, BAI og Rosenbergs selvagtelsesskala.

Indeholdt i gruppeforløb er mindfulness elementer:- beroligende åndedræt o.a. visualiseringer: Trygt sted, medfølelse jeg, medfølelse figur. Herudover øvelse i medfølelse mindset v.hj.a medfølelse brevskrivning og medfølelse tankeomstruktureringer, samt sagsformulering.

Hvis du vil vide mere om gruppen og iøvrigt er interesseret i at høre om outcome, er du naturligvis mere end velkommen til at henvende dig. Måske kan det interessere dig at vide, at vi udbyder en CFT uddannelse, der starter her til juni. Det er også muligt at tilmelde sig de enkelte workshops og her vil jeg tro, at Deborah Lees workshop i november vil være specielt relevant for dig. Du kan læse mere om uddannelsen på vores hjemmeside, som er www.kognitivcenterfyn.dk.

Mange hilsner

Bodil Andersen

Sendt fra min iPadn

Den 10/05/2015 kl. 12.15 skrev Hanne Marring Lamøy

<hlamoy09@student.aau.dk>:

> Kære Bodil Andersen.

>

> Jeg har skrevet til Paul Gilbert og han foreslog jeg skulle henvende mig til dig med mit spørgsmål.

>

> Jeg læser psykologi på Aalborg Universitet og skriver lige nu mit speciale. Jeg skriver om selvskade og forsøger at præsentere Compassion Focused Therapy som en mulig behandlingsmetode for denne gruppe mennesker. I den

forbindelse tænker jeg især at arbejdet med at udvikle en selvberoligende evne kan være central og sænke trusselssystemet, som jeg formoder er højt ved de fleste personer der skader sig selv.

>

> I den forbindelse vil jeg høre dig om du bruge en form for manual, når du tager udgangspunkt i CFT behandlingen? Jeg kan ud fra diverse artikler omhandlende CFT forstå at der nogle stadier eller processer der gøres igennem, men jeg har desværre ikke kunne en decideret manual.

>

> Tak for din opmærksomhed og rigtig god dag!

>

> De bedste hilsner,
> Hanne Marring Lamøy

>

>

>

1 af 1 26/05/15 14.10