

Titelblad

Titel: En indre smerte – Selvskadende adfærd og behandling

Forfatter: Kristina Eskesen

Vejlederens navn: Gry Kjærdsdam Telléus

Afleverings dato: 29. maj, 2009

Uddannelsessted: Aalborg Universitet, Institut for Kommunikation

Studieretning og semester: Psykologi, 10. semester KA

Antal tegn med mellemrum i opgaven: 191.922

Antal normalsider á 2400 tegn: 79,97

Kristina Eskesen

Studienummer: 20031726

Abstract

The aim of this study is to investigate and gain a further insight into the phenomenon of self-mutilation, which seems to be a pervasive problem in society. This is a broad and complex subject and self-mutilation can be approached from many different perspectives. In this study self-mutilation is defined as: minor to moderate repetitive self-inflicted physical injury without apparent suicidal intent. Furthermore self-mutilation is socially unacceptable even within subcultures. Because the distinction between normality and pathology is socially dependent this study must be understood within a cultural context.

The methods of self-mutilation seem to vary as well as the function and severity of the behaviour. Existing research on self-mutilation seems to fall into different categories. Therefore a model is proposed that includes four categories: One main category: *The physiology of pain* and three subcategories *Mutilation as a ritual phenomenon*, *Self-mutilation as an unfortunate way of coping* and *Pathological self-mutilation*. Patients belonging to the last subcategory are assumed to be in need of treatment. The main category *The physiology of pain* highlights the universal physiological response triggered by pain inducing stimuli to the body while the three subcategories involves different groups of mutilation ranging from social acceptable behaviour to pathological behaviour. The subcategory *Mutilation as a ritual phenomenon* includes socially acceptable body modifications as tattoos, body piercing etc. Moreover there seems to be a significant number of adolescents who engage in mildly harmful behaviour for a period of time to deal with overwhelming life issues. The subcategory including this group of adolescents is called *Self-mutilation as an unfortunate way of coping* and the individuals within this category are viewed as higher functioning individual compared to the subcategory of *Pathological Self-mutilation*. Pathological self-mutilation can be diagnosed according to ICD-10 and DSM-IV-TR who view self-mutilation as a symptom for severer pathology as for example borderline personality disorder. However these systems of classification seem unable to catch the complete range of the pathological

self-mutilation and correlated symptoms. Therefore an alternative typology, the typology of Favazza, is sought as it offers a broader frame of understanding different forms of self-mutilation. However the distinction between the three subcategories is not straight forward do to the diversity of norms in society. In the proposed model only the subcategory of *Patological self-mutilation* was thought to be associated with psychological treatment. However in further exploration of the phenomenon of self-mutilation the categories *Mutilation as a ritual phenomenon* and *Self-mutilation as an unfortunate way of coping* in some instances correlate with mild clinical symptoms. Therefore the proposed model has to include the possibility that more groups are in a need of treatment than first assumed.

The clinical focus on therapeutic interventions in this study is exemplified by the evidence based treatment programme *dialectical behaviour therapy* developed to treat chronically parasuicidal individuals who meet the criteria for borderline personality disorder. Dialectical behaviour therapy is a manual and principle based treatment with defined stages and target of behaviour. This treatment programme consists of individual treatment, training of skills in groups, telephone consultation and supervision on a weekly basis. The individual therapy provides the relationship and context in which the patient uses new skills to gain control over self-mutilation. Under normal circumstances the treatment is a one year outpatient treatment. Theoretically and technically the treatment draws on dialectical philosophy, zenbuddhistic practice, biosocial theory of pathology, behavioural and cognitive theory. In this study focus is primarily on individual treatment but it is suggested that the different groups of self-mutilation can profit from modified dialectical behaviour therapy programmes for example group therapy including only adolescents with mild self-mutilation and no other or mild co morbid pathological symptoms.

”Hun ville ønske, at man havde hørt hende mere, end man havde set hende. At man havde lyttet til hendes ord i stedet for at kigge på hendes sår - for det var jo ikke dem, det handlede om.” (Ahlberg, 2008, p. 1).

Indholdsfortegnelse

Indledning	7
Problemformulering	9
Angrebsvinkel, litteraturvalg og afgrænsning	10
Design	12
Begrebsafklaring.....	13
Deskriptiv definition af selvskadende adfærd	14
DEL I – Model over selvskadende adfærd	15
Smertens fysiologi	15
Selvskadende adfærd og neurologisk respons	18
Refleksion.....	20
Mutilering som et rituellet fænomen	21
Refleksion.....	23
Selvskadende adfærd som en uhensigtsmæssig copingstrategi.....	23
Selvskadende adfærd i normalpopulation.....	24
Selvskadende adfærd og coping	25
Refleksion.....	27
Patologisk Selvskadende adfærd	28
Præsentation af Case: Sofia	29
Definition af patologi	29
Definition af patologi	30
Klassifikation: selvskadende adfærd	30
Caseanalyse: Sygdomsbillede og klassifikation.....	32
Favazzas typologi	33
Caseanalyse: Diagnose	34
Differentialdiagnostik.....	36
Selvskadende adfærd og selvmordsadfærd	37
Komorbiditet.....	39
Akse I og II psykopatologi	39
Barndomstraume, omsorgssvigt og dissociation	40
Selvskadens funktion.....	41
Caseanalyse: Selvskadens funktion.....	45
Caseanalyse: Selvskadens funktion.....	45
Refleksion.....	46
DEL I Opsamling	48
DEL II - Behandling	50
Dialektisk adfærdsterapi	52
Teoretisk udgangspunkt i dialektisk adfærdsterapi	53
Dialektisk og zenbuddhistisk filosofi	54
Indlæringsteori.....	55
Et invaliderende miljø	55
Kognitiv teori.....	57
Refleksion over dialektisk adfærdsterapis teoretiske fundering.....	58
Caseanalyse: Udvikling og vedligeholdelse af selvskadende adfærd	60

Teoriernes metodiske forankring i dialektisk adfærdsterapi	65
Orientering og kontrakt	67
Caseanalyse: Relationsdannelse	67
Caseanalyse: Indgåelse af kontrakt	68
Mål i første fase: stabilitet/sikkerhed i nuet.....	69
Caseanalyse: Kædeanalyse af selvskadende adfærd	70
Øvrige aktuelle interventionstiltag	73
Mål i anden fase: at bearbejde livshændelser	73
Forlænget eksponering	74
Caseanalyse: Eksponering og mulige erindringer	76
Refleksion over dialektisk adfærdsterapi i praksis	79
DEL II Opsamling	81
DEL III - Diskussion.....	82
Grænselandet mellem normalitet og patologi.....	82
Selvskadende adfærd som en uhensigtsmæssig copingstrategi – et patologisk islæt?87	
Klassifikationsovervejelser.....	89
Behandlingsbehov	89
Behandlingssetting	91
Dialektisk adfærdsterapi og svær selvskadende adfærd.....	92
Dialektisk adfærdsterapi og mild selvskadende adfærd	94
DEL III Opsamling.....	95
Konklusion	97
Referenceliste	100

Bilag 1 - Undersøgelsesresultater

Bilag 2 - Dagbogsark

Bilag 3 - Ugeskema

Procesbeskrivelse

Indledning

”Jeg må skære mig, jeg må skære mig...”, siger kvinden. Jeg har vagt på en psykiatrisk afdeling som ufaglært i begyndelsen af mit psykologistudie. Min opgave består i at skærme en ung kvinde mod at skade sig selv. Jeg søger febrilsk at hindre kvinden i at nå ud i køkkenet efter et glas at skære sig med ved at holde døren spærret for hende. Inden længe er der et virvar af personale omkring kvinden og hurtigt bliver hun bæltefikseret. Chokeret over forløbet observerer jeg, hvordan kvinden ”glider” ind i en tilsyneladende urolig søvn. Efterfølgende erindrer hun intet om forløbet.

Dengang forstod jeg ikke, hvad der foregik, og jeg undrer mig stadig over episoden. Hvorfor ville kvinden skade sig selv? Min nysgerrighed og utilstrækkelige viden om de psykologiske mekanismer, der ligger bag selvskadende adfærd (i det følgende forkortet SA), er den drivende kraft for dette speciale. Først må jeg imidlertid spørge; hvad dækker begrebet SA over? Og er det et nyt fænomen? I henhold til Suyemoto (1998, p. 532) kan SA defineres som social uacceptabel adfærd, der gentages og forårsager fysiske skader af mindre til moderate grader. Et tilbageblik i tiden på tværs af kulturer viser, at kulturelt sanktioneret mutilerende adfærd i form af ritualer, traditioner og praksisser har forekommet i århundreder (Favazza, 1989a). Alle mennesker kender til at ”skade sig selv” i mere eller mindre grad ved at foretage handlinger, der ikke er helbredsmæssigt sundt. Eksempler herpå er alkoholindtag, overspisning og rygning. Men at skade sin krop direkte med intention herom virker umiddelbart uforståeligt. Med henvisning til Møhl (2005; 2007) er der knyttet en særlig status til den sunde og hele krop. Det er således socialt acceptabelt at dyrke kroppen, og omvendt er det uacceptabelt at skade sin krop, hvilket leder til en opfattelse af SA som sygelig. Men hvordan fastsættes grænsen mellem ”normal” og ”patologisk”, når alle mennesker foretager destruktive handlinger? Hvilken kategori tilhører kropsmodifikationer som fx piercinger og tatoveringer, der tilmed er forbundet med en vis mængde smerte? SA kan forårsages på mange måder som eksempelvis at skære sig i huden (cutting), brænde sig (burning), forstyrre sår i at hele, kastrering af kønsorganer (Favazza, 1992) eller indtagelse af kemikalier (Klonsky & Olino, 2008). Cutting er den hyppigst anvendte metode til at skade sig

selv (Favazza, 1992; Ross & Heath, 2002). Desuden anvendes ofte multiple metoder. Men hvorfor skade sig selv? Min umiddelbare forestilling er, at en indre ubeskrivelig smerte transformeres til en mere håndgribelig fysisk smerte. Dette hænger imidlertid ikke sammen med, at mange med SA ifølge Suyemoto (1998) ikke føler smerten under handlingen. Dette må jeg undersøge nærmere. Der er altså tale om mennesker, der forvolder skade på deres krop. Skader, der ikke harmonerer med de gældende normer. Spørgsmålet er da, hvor udbredt dette fænomen er? Inden for kliniske populationer er forekomsten høj med prævalenssatser strækkende fra 21 % til 44 % (Briere & Gil, 1998; Nijman, Dautzenberg, Merchelbach, Jung & Wessel, 1999; Zlotnick, Mattia & Zimmerman, 1999). Undersøgelser af et bredt udsnit af normalpopulationen finder en prævalens på 4 % (Briere og Gil, 1998; Klonsky, Oltmanns & Turkheimer, 2003). Prævalensen stiger markant ved undersøgelser udført på en yngre normalpopulation (Croyle & Waltz, 2007; Ross & Heath, 2002; Favazza, DeRosear & Conterio, 1989). Ifølge Møhl (2007; 2005) er der gennemsnitligt to piger i hver gymnasieklasse, som skærer sig engang imellem. Møhl (2007) antager, at SA i form af cutting i populationen er underdiagnosticeret, idet SA kan være vanskelig at identificere og let at skjule. Dette understøttes af, at mange kroniske ”selvskadere” aldrig har søgt professionel hjælp (Favazza & Conterio, 1988). Desuden dækker nogle patienter med SA sig ind under selvmordsforsøg i skadestuesammenhæng, da de derved opnår en mere positiv behandling af personalet (Favazza, 1989b, p. 137). Dette kan fostre et invalide billede af problemets omfang. Favazza forudser ydermere en stigning i antallet af behandlingssøgende med SA i takt med en voksende åbenhed og kendskab om fænomenet blandt offentligheden (Favazza, 1996; 1998). Dette gør viden om emnet yderligere relevant for mit kommende erhverv som psykolog, da det tyder på, at jeg - uanset jobtype - kan møde et menneske med SA.

Ætiologisk set undrer jeg mig over, hvorfor et individ udvikler SA. Forskning (fx Van der Kolk, Perry & Herman, 1991; Weinrich & Nock, 2008) påpeger en sammenhæng mellem traumatiske barndomsoplevelser og SA. Hvis denne forklaring holder stik, er det da ensbetydende med, at to piger i hver gymnasieklasse har været

udsat for traumatiske barndomsoplevelser? Tilsyneladende debuterer mange med selvskade omkring teenageralderen (Favazza, 1992, p. 61). I så fald opstår spekulationer om, hvorfor adfærden ikke frembryder parallelt med, at fx seksuelle overgreb finder sted og ikke først i ungdomsårene? Der rejser sig desuden spørgsmål om, hvilken behandlingsform der er velegnet til denne patienttype? Og om al SA mon er behandlingskrævende? Behandlingsresultaterne er kort sagt nedslående ud fra et patientperspektiv (Favazza & Conterio, 1988). Ifølge Favazza (1992) er behandlingen oftest yderst langvarig involverende mange terapeutiskift. Hvordan imødekommes dette behandlingsmæssigt? Nyere forskning ifølge Lynch, Chapman, Rosenhal, Kue og Linehan (2006, p. 460) peger på såkaldt *dialektisk adfærdsterapi*. Der er tale om en terapiform, der ifølge Jørgensen¹ (telefonsamtale, den 28.4.2009) i større grad har vundet indpas på psykiatriske afdelinger i Danmark. SA betragtes i denne optik som manglende evner til problemløsning og emotionelregulering (Ivanoff, Linehan & Brown, 2001), hvilket forklares ud fra en biosocial model. I takt med min fordybelse i SA, opstår der mange spørgsmål, der står overfor en nærmere undersøgelse.

Det er disse tanker og uafklarede spørgsmål, der leder til følgende problemformulering.

Problemformulering

Hvordan kan man med udgangspunkt i en opstillet model forstå selvskadende adfærd, og hvilke grupper med selvskadende adfærd har behov for behandling? Hvilke principper kan behandling af selvskadende adfærd endvidere bygge på med udgangspunkt i dialektisk adfærdsterapi?

¹ Psykolog på psykiatrisk afdeling, Sygehus Fyn.

Angrebsvinkel, litteraturvalg og afgrænsning

Besvarelsen af problemformuleringen tager udgangspunkt i almenpsykologiens metodekriterier, der indebærer antagelser om, at ”...*det psykiske...er ét sammenhængende fænomen i verden, og at det psykiske...hænger sammen med resten af verden...*” (Bertelsen, 2000, p. 26). Hensigten med en almenpsykologisk metode er at integrere specifikke teoretiske discipliner og tilstødende videnskabelige traditioner med henblik på (i det følgende forkortet mhp.) at skabe en sammenhængende viden om et fænomen. Idealer om ”sammenhæng” og ”helhed” sikrer således i dette speciale en vis bredde og nuancering i beskrivelsen og forståelsen af SA samt behandlingen heraf. En almenpsykologisk undersøgelse tager afsæt i tre metodiske kriterier: 1. Det interdisciplinære, dvs. inddragelse af viden om det psykiske fra psykologiens forskellige discipliner. 2. Det tværvidenskabelige, dvs. inddragelse af viden om et fænomens samspil med dets omgivelser, rammebetingelser mv. ud fra videnskaber, der grænser op til psykologien. 3. Det metodepluralistiske, dvs. en bredtfavnende anvendelse af empiriske metoder og forklaringsformer, som de nu benyttes inden for de forskellige discipliner og videnskaber, der trækkes på i forklaringen af et fænomen (Bertelsen, 2000, p. 52). Det interdisciplinære kriterium forsøges opfyldt i dette speciale ved bl.a. at inddrage perspektiver fra neuropsykologi, udviklingspsykologi, klinisk psykologi og kognitionspsykologi. Endvidere forholder specialet sig til det tværvidenskabelige kriterium ved at inddrage aspekter fra bl.a. biologi, fysiologi og filosofi. Det metodepluralistiske kriterium opfyldes naturligt som følge af, at de forskellige perspektiver og forklaringer baserer sig på forskellige teoretiske traditioner og empiriske metoder. Denne mangfoldige brug af teori og empiri kan fra et metateoretisk perspektiv skabe spændinger mellem divergerende ontologiske og epistemologiske positioner. Med begrundelse i almenpsykologiens mål om at skabe vidensakkumulation mellem forskellige discipliner og traditioner betragtes det imidlertid ikke som et problem.

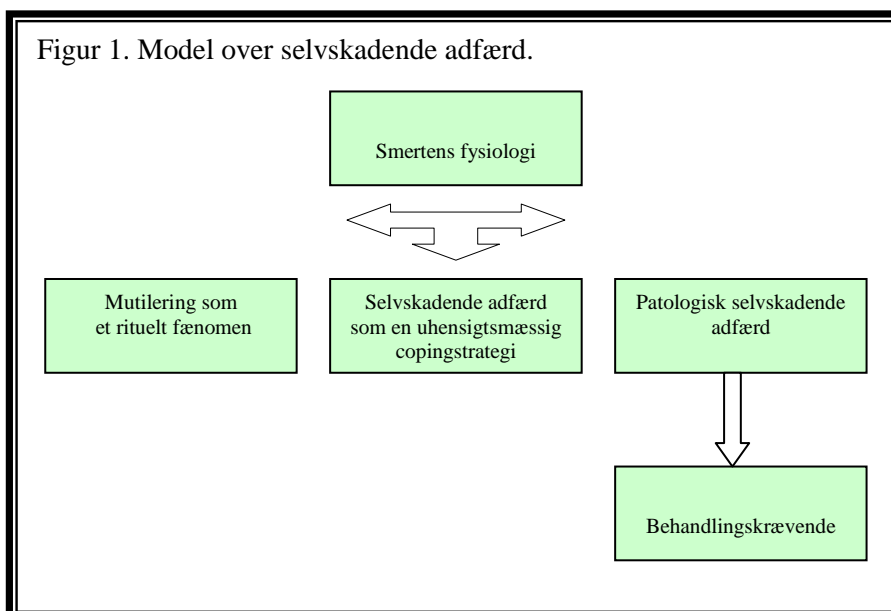
Det teoretiske og empiriske materiale, der er indeholdt i dette speciale, er valgt på baggrund af en overvejelse om materialets anvendelighed i besvarelsen af specialets problemformulering. Dette velvidende om, at andre teorier og perspektiver vil byde på en brugbar viden om SA og psykoterapeutisk behandling heraf.

Der er valgt en dialektisk adfærdsterapeutisk (i det følgende forkortet DAT) tilgang til behandling i specialet, fordi den er evidensbaseret, benyttes i praksis i Danmark i behandling af SA, og fordi det holistiske menneskesyn, som terapiformen bygger på, går i spænd med mine overbevisninger. DAT er en omfattende terapiform, hvorfor der i specialet vælges enkelte dele ud til nærmere belysning, der betragtes som særligt velegnede til at give et indblik i behandling af SA.

Der inddrages løbende forskningsresultater primært til at understøtte pointer i specialet. Eftersom forskningen benyttes på denne måde, er det fravalgt at gå dybere ind i metodekritik. Generelt må resultaterne dog forstås med visse forbehold: 1) Definitionerne på SA varierer (fx inklusion/eksklusion af suicidaladfærd), hvilket vanskeliggør sammenligning af undersøgelser og endvidere i et vist omfang afspejles i divergerende prævalenssatser. 2) Der kan endvidere forekomme bias omkring selektion af undersøgelsesdeltagere (fx diagnostisk homogen patientgruppe eller subkulturel gruppe med særlige præferencer), der kan have betydning for resultatets generaliserbarhed. 3) Den metodiske tilgang til undersøgelsesfeltet er ofte forskellig afhængigt af, hvad der ønskes undersøgt (fx prævalens, type og omfang af SA, korrelerende kliniske symptomer mv.), hvilket vanskeliggør sammenligningsgrundlag på tværs af undersøgelser. 4) Der benyttes oftest retrospektive undersøgelsesmetoder, der kan være forbundet med hukommelsesbias. 5) Yderligere er generaliserbarheden ofte begrænset pga. undersøgelsens størrelse. I bilag 1 uddybes de undersøgelser, der understøtter ”bærende” pointer i specialet.

Design

Specialet indledes med en begrebsafklaring af SA indeholdende begrebets udvikling, hvilket fører til specialets definition af SA. Ved granskning af litteratur på området kan udledes, at SA dækker over et bredt spektrum af adfærdstyper, der varierer i alvorlighedsgrad, som antydnet i indledningen. Adfærdstyperne synes at placere sig i forskellige kategorier, hvilket har inspireret til opstilling af en model over forståelsen af SA, se figur 1. Med modellen foreslås en overkategori i form af *Smertens fysiologi*, der danner fundament for den videre undersøgelse af SA, da det antages, med afsæt i Jensen, Dahl, Arendt-Nielsen og Bach (2003, p. 23), at forskellige former for smertefremkaldende interferens med kropsvæv har en tilsvarende neurologisk respons. Denne kategori vedrører således menneskets biologiske rammebetingelser. Desuden indeholder modellen tre subkategorier, der belyser SA på et højere niveau; *Mutilering som et rituelt fænomen*, *Selvskadende adfærd som en uhensigtsmæssig copingstrategi* samt *Patologisk selvskadende adfærd*. Disse kategorier implicerer forståelsen af SA på et mere kulturelt og livshistorisk niveau. Niveauerne i modellen er, som allerede antydnet med modellens overkategori, vævet ind i hinanden. Endvidere betragtes - som det fremgår af modellen - kategorien *Patologisk selvskadende adfærd* som behandlingskrævende adfærd. Denne model danner en metodisk ramme for specialets progression og byder desuden på en forståelsesramme for SA.



Specialet består af tre overordnede dele. I DEL I søges en forståelse af SA ud fra hver af ovenstående models kategorier. Hvert afsnit afrundes med nogle opsamlende refleksioner. Første del af specialet udmunder i en opsamling over forståelsen af SA ud fra den opstillede model. I første del af specialet præsenteres en case, der løbende i specialet benyttes til at eksemplificere SA med. Del II omhandler modellens behandlingskomponent. Behandlingen tager udgangspunkt i DAT og indeholder afsnit om terapiformens teoretiske fundering og den tekniske tilgang til patienten. Antagelser om SA i DAT sætter patologisk SA ind i en teoretisk ramme. Afsnittene heri afsluttes ligeså med nogle opsamlende refleksioner. Behandlingsdelen afrundes med en opsamling. I DEL III samles trådene fra første og anden del af specialet i en metodekritisk diskussion over den opstillede model, hvilket leder til yderligere refleksioner over behandlingsbehov og behandlingsudformning. Der samles afslutningsvist op på diskussionsdelen i en opsamling. Specialet afrundes med en konklusion, der indeholder en besvarelse af problemformuleringen.

Begrebsafklaring

Menninger (1938) var den første til at adressere fænomenet ”at skade sig selv” med begreberne ”partial suicide” og ”focal suicide”. Menninger er allerede på daværende tidspunkt inde på et væsentligt aspekt af forståelsen af SA i dag: nemlig sondringen mellem SA og selvmordsforsøg. Det er imidlertid først i 1960/70’erne, at de fleste forskere og teoretikere anerkender selvmordsforsøg og SA som uafhængige af hinanden (Møhl, 2005). Der er produceret en mængde empirisk materiale, der placerer selvutilerling primært blandt kvindelige psykiatriske patienter. Eksempelvis beskrives cutting i håndleddene som ”the wrist-cutting syndrome” (Graff & Mallin, 1967). Der differentieres på det tidspunkt mellem *svær* og *overfladisk* cutting (Pao, 1969, p. 195). Disse forståelser indebærer, at individet føler lettelse efter akten og ikke har intention om selvmord. Videre opstår en forståelse af SA som en måde at komme ud af en tilstand af depersonalisering på (Simpson, 1975), en forståelse som mange forskere (fx van der Kolk et al., 1991) sidenhen har adopteret. Endnu en sondring mellem SA foretages: *direkte* (akut opstået skade) og *indirekte* (fx forårsaget af alkoholmisbrug, overspisning) (Ross og McKay, 1979). Sidenhen argumenteres for, at SA skal klassificeres som en selvstændig diagnose (fx

Pattison & Kahan, 1983; Favazza, 1998). Denne korte gennemgang vidner om, at fænomenet ”at skade sig selv” har utallige benævnelser, og at definitionerne i tidens løb har varieret, hvilket også gør sig gældende i nyere forskning.

Deskriptiv definition af selvskadende adfærd

Suyemoto (1998, p. 532) har ud fra et omfattende litteraturreview sammenfattet en definition på SA, som passer på størstedelen af den empiri, der er foretaget. Det er ligeledes denne definition *Center for selvmordsforskning* anvender, hvorfra den danske oversættelse er hentet:

”Selvmutilering er en direkte, social uacceptabel adfærd, som gentages igen og igen, og som forårsager mindre til moderat fysisk skade; selvskadende adfærd er ikke et forsøg på at suicidere og adskiller sig fra den stereotype selvmutilerende adfærd, som ses hos mentalt retarderede eller autister.”

(Zøllner, 2006, p. 14).

Direkte referer til, at skaden optræder med det samme (favazza & Simoen, 2001). Den *fysiske skade* er enten ydre (fx skære sig i huden) eller indre (fx indtagelse af skarpe objekter). Adfærden er ikke accepteret socialt, heller ikke i subkulturer (Suyemoto, 1998). *Ikke et forsøg på at suicidere* henviser til, at SA ikke er udført med intentionen om at dø. Det har imidlertid vist sig at være en kompleks opgave at differentiere mellem SA og selvmordsforsøg, hvorfor dette punkt uddybes i afsnittet *Selvskadende adfærd og selvmordsadfærd*.

I dette speciale samles forskellige måder at skade sig selv på under betegnelsen *selvskadende adfærd* (som nævnt forkortet SA) eller *selvbeskadigelse*. I visse (kulturelle) sammenhænge benyttes betegnelsen (*selv*)*mutilation*, velvidende at det ifølge Møhl (2007, p. 15) refererer til selv-lemlæstelse, hvilket typisk ikke er patientens agenda med de selvskadende handlinger.

DEL I – MODEL OVER SELVSKADENDE ADFÆRD

I denne del af specialet belyses den opstillede model over SA illustreret i figur 1. Modellen må imidlertid sættes ind i en kulturel kontekst, fordi det netop er *kulturen*² og dertilhørende *normer*³, der indvirker på opfattelsen af sundhed og patologi og er derved afgørende for, hvorvidt givne adfærdsformer betragtes som socialt acceptable eller betragtes som afvigende. Det der anses som sundhed i dansk kultur svarer endvidere ikke nødvendigvis til sundhedsopfattelse i en anden kulturel kontekst (Zachariae, 1988) eller i en anden epoke (Frank & Frank, 1991). Også inden for samme samfund kan der eksistere normforskelle. Samfundet er ifølge Giddens (2000) karakteriseret af *aftraditionaliseringen*⁴, hvilket bl.a. betyder, at der sameksisterer en mangfoldighed af tilværelsesformer med forskelligartede normer og værdier. Når nu forståelsen af SA er normbaseret, vil kulturen have en betydning for forståelsen af de forskellige kategorier i modellen, hvorfor kulturelle aspekter berøres i de enkelte afsnit omhandlende modellens kategorier. I det følgende tages overkategorien *Smertens fysiologi* op.

Smertens fysiologi

Et spørgsmål, der rejser sig ved granskning af SA, er; hvilken rolle spiller smerten? Dette fordrer en nærmere undersøgelse af de neurologiske mekanismer ved smertefremkaldende vævsbeskadigelse. Smertens funktion er at advare om vævsskade og mobilisere en adfærd, der skal undgå eller begrænse vævsbeskadigelse (Jensen, Dahl, Arendt-Nielsen & Bach, 2003, p. 23). Smerte kan defineres som en ”[u]behagelig sensorisk og emotionel oplevelse forbundet med aktuel eller potentiel vævsskade...” (Jensen, Dahl, Arendt-Nielsen & Bach, 2003, p. 24). I nærværende afsnit er fokus på den sensoriske del af smerteoplevelsen, fordi den som nævnt kan

² Kultur kan defineres som ”et system af meningssammenhænge, som er båret af sociale praksisser, med alt hvad det indebærer af materielle, teknologiske, institutionelle og samfundsmæssige relationer” (Brinkmann, 2004 i Sæther, 2006, p. 90).

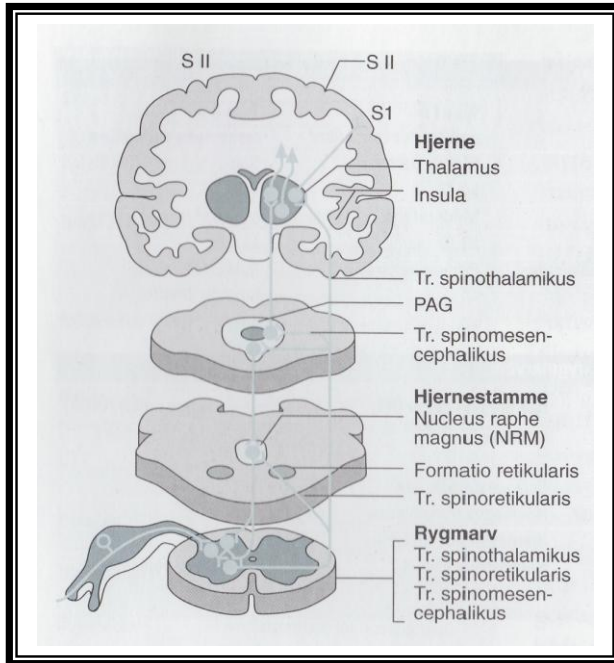
³ Normer kan opfattes som fælles overbevisninger om, hvad passende adfærd er og udstyrer individet med et sæt retningslinier for, hvilken adfærd, der er acceptabel i en bestemt kontekst. Normerne er derved retningsgivende for individet i valget af adfærd (Hogg og Vaughan, 2002, pp. 294- 296).

⁴ Der er ingen overordnede traditioner, trosretninger, familiemønstre mm. mennesket skal bekende sig til (Giddens, 2000).

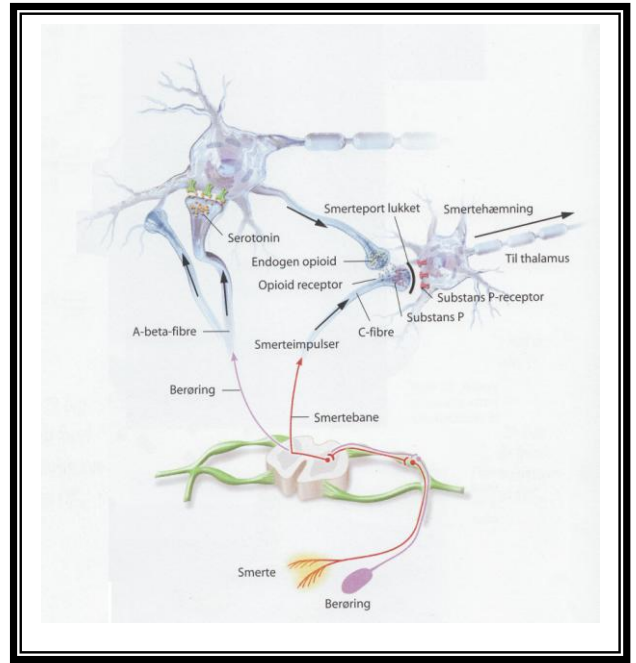
betragtes som en almenmenneskelig reaktion på smerte, hvorimod emotionelle aspekter i smerteperceptionen ifølge Jones og Zachariae (2003, pp. 134-135) er af individuel karakter. Men hvad sker der i kroppen ved vævsskade? I bl.a. menneskets væv og muskler findes der såkaldte nociceptorer⁵ bestående af nervefibre, C-fibre og A-delta-fibre, som videregiver information om forskellige typer af vævsskadelig stimuli med forskellige hastigheder og forårsager forskellige smertetyper og intensitet. Ved en akut, skarp og præcis smerte antages A-delta-fibre at forårsage den indledende ”stikkende” smerte, mens C-fibre kan tilskrives den efterfølgende ”brændende” smerte (Jensen, Dahl, Arendt-Nielsen & Bach, 2003, p. 25). Smerteimpulser transmitteres til hjernen gennem mange systemer og involverer multiple hjerneområder (ibid., p. 26) og reguleres i hjernen og rygmarven (Thompson, Symons, Delaney & England, 1995, p. 138). C- og A-delta-fibre videregiver den nociceptive information til det centrale nociceptive system. Transmission sker primært til forskellige lag (lamina) i rygmarvens baghorn, der videregiver information til hjernestammen, hypothalamus, thalamus samt sensoriske og dybereliggende dele af hjernen (Jensen, Dahl, Arendt-Nielsen & Bach, 2003, p. 25). Dette er illustreret i figur 2. Områder i hjernestammen regulerer respiration, der ved akut smerte bevirker, at åndedræt, blodtryk og puls øges. Forbindelsen mellem hjernestammen og rygmarv betyder, at den nociceptive aktivitet kan reguleres og kontrolleres. Kroppen har sit eget opiumlignende system, som består af opioide peptider⁶. Peptiderne findes i centralnervesystemet og i rygmarvens baghorn (ibid., pp. 27, 31). En smerteregulerende bane forløber fra hjernestammens periaqueductale grå substans (PAG) - der gennem raphe-kernens nucleus raphe magnus sender den nociceptive information - til rygmarvens baghorn. Dette viser figur 2 tillige.

⁵ Receptor, der aktiveres ved vævsskade (ibid., p. 24).

⁶ Samlet betegnelse for endogene peptider som eksempelvis endorfin, endomorfin og dynorfiner.



Figur 2. Schematisk illustration af smertetransmission og smerteregulation (Jensen, Dahl, Arendt-Nielsen & Bach, 2003, p. 26).



Figur 3. Smertehæmmende mekanisme i rygmarven (Bidstrup, Mortensen, Nielsen & Rasmussen, 2006, p. 35).

Cellerne i raphekernerne virker bl.a. hæmmende på smerteimpulser og inhiberer således smertefølelsen⁷. Denne endogene hæmmende virkning på vævsskade kan sammenlignes med morfininjektioners virkning. Kerner i hjernestammen har endvidere en indflydelse på den videre bearbejdning af smerteopfattelsen i andre hjerneområder og kan enten blokere smerteimpulsen via opioider eller aktivere storhjerne, der er forbundet med fx thalamus og forskellige områder i cortex⁸ (ibid., p. 29). Thalamus bevidstgør smertesansningen (Bidstrup, Mortensen, Nielsen & Rasmussen, 2006, p. 34), mens hypothalamus (sammen med amygdala og cingulate cortex) kobler emotionelle aspekter til smerteoplevelsen (Kalat, 2003, p. 204). Der sker ligeledes en neurokemisk smerteregulering, som bl.a. kan aktiveres direkte af A-delta-fibre og C-fibre eller af descenderende baner fra hjerne og hjernestamme (Jensen, Dahl, Arendt-Nielsen & Bach, 2003, p. 30). I figur 3 illustreres, hvorledes smerteimpulser i rygmarven kan hæmmes af de endogene opioider. Frigivelse af substans P⁹ hæmmes ved, at endogen opioid binder sig til C-fibrenes endeterminaler i

⁷ Dette kaldes for den descenderende smerteregulering.

⁸ Dette kaldes den ascenderende smerteregulation.

⁹ Ved stærk smerte frigives transmitter stoffet substans P (Kalat, 2003, p. 201).

rygmarven. Således hæmmes den videre transmission af smerteimpulsen til thalamus (Bidstrup, Mortensen, Nielsen & Rasmussen, 2006, p. 35).

Selvskadende adfærd og neurologisk respons

Peptider antages at udgøre et centralt aspekt ved SA (Møhl, 2005; Winchel & Standley, 1991; Thompson, Symons, Delaney & England, 1995). Undersøgelser, som Møhl (2005) samt Winchel og Standley (1991, p. 310) henviser til, viser fx et forhøjet enkephalinniveau hos en række patienter med SA. Den øgede mængde enkephalin kan være med til at forklare analgesi¹⁰ ved SA (Winchel & Standley, 1991, p. 310; Møhl, 2005; Haines, Williams, Brain & Wilson, 1995, p. 472; Grossman & Siever, 2001, p. 117). Det forhøjede opiatniveau kan lede til bl.a. dissociation, og den SA kan være med til at bryde denne tilstand (Grossman & Siever, 2001, p. 117) og reducere psykiske spændinger (Møhl, 2005), hvilket støttes af udsagn fra mange med SA (fx Graff & Malin, 1967; Ross & McKay, 1979; Haines, Williams, Brain & Wilson, 1995, pp. 472, 481). Winchel og Standley (1991, pp. 309-310) fremsætter endvidere, at patienter med forskellige lidelser komorbidity med SA oplever en reduktion i deres SA som følge af behandling med medikamenter, som hæmmer den endogene opiate reaktion¹¹. Dette er imidlertid ikke ensbetydende med, at det er gældende for samtlige mennesker med SA. Ikke desto mindre ligger resultater som disse til grund for en teori om autoaddiction, som Møhl (2005) beskæftiger sig med, der indebærer en forståelse af, at den følelsesmæssige tilstand bliver reguleret neurokemisk. Frigivelse af smertehæmmende og lystfremkaldende endogene stoffer forårsager et ”kick”, der reducerer de ubehagelige følelser (ibid.). Når der atter opstår ubehagelige følelsesmæssige spændinger, søges den lystbetonede virkning på ny. Denne spiral kan udmunde i et misbrugsmønster, hvor afholdenhed fra SA kan forårsage abstinenssymptomer (Møhl, 2005, p. 114; Thompson, Symons, Delaney og England, 1995, p. 141; Grossman & Siever, 2001, p. 117). Strukturer i den limbiske system og dopamin i basal ganglie menes at være involveret i denne selvforstærkende neurokemiske respons (Thompson, Symons, Delaney & England, 1995, pp. 141-142). Thompson, Symons, Delaney & England

¹⁰ Analgesi dækker over smerteløshed (Nyt Psykologisk Leksikon, 2001, p. 35).

¹¹ Lignende resultater er opnået ved dyreforsøg (Thompson, Symons, Delaney & England, 1995, p. 138).

(1995, p. 141) sammenligner kroppens reaktion på hhv. endogene opioider og indtagelse af morfin og kokain. De påpeger, at stofferne på forskellig vis stimulerer frigivelse og optagelse af dopamin, hvilket i sidste ende kan virke selvforstærkende og vedligeholde misbrugsadfærden. Dopamin er forstadiet til noradrenalin og har en lignende effekt (Holm-Nielsen, 1999, pp. 244-245). Haines og Williams (1997, p. 1103) forklarer, at SA er en effektiv copingstrategi i reguleringen af spændinger, som forstærkes af den afslappende respons på adfærden og øger sandsynligheden for gentagelse af adfærden ved lignende følelsesmæssige tilstande. Haines, Williams, Brain og Wilson (1995)¹² har i en undersøgelse afdækket forbindelsen mellem psykofysiologisk arousal og forestillingen om SA. Her konkluderes, at der forekommer en øget psykofysiologisk arousal op til den selvskadende handling, som reduceres, når beslutningen om at udføre den selvskadende handling er truffet, og den faktisk udføres (ibid.). Dvs., at der - med Haines og Williams formulering (1997, p. 1103) - sker en øjeblikkelig og signifikant reducere af den psykofysiologiske arousal som følge af den selvskadende handling, hvilket andre forskere på området har påpeget ud fra fænomenologiske og kliniske undersøgelser af SA (fx Favazza & Conterio, 1989). Denne proces menes at være en forstærkende faktor ved SA (ibid.). Belyses dopaminniveauet alene, tyder det på, at patienter med Lesch-Nyhan syndrom¹³ har et lavt dopaminniveau, hvilket antages at have en sammenhæng med SA (Winchel & Standley, 1991, pp. 310-311), som er et karakteristikum ved syndromet (Thompson, Symons, Delaney & England, 1995, p. 138). Denne antagelse støttes af forskning med rotter, der har SA (bider sig selv), når der manipuleres kemisk med deres dopaminoptagelse (Winchel & Standley, 1991, pp. 310-311), eller har fået ødelagt deres dopamin neuroner i et segment af hjernen (Thompson, Symons, Delaney & England, 1995, p. 138). En anden undersøgelse baseret på mus indikerer ligeledes, at en kraftig forøgelse i dopaminfrigivelse er relateret til SA (Kita et al., 2000, p. 527). Et nedsat serotoniniveau antages ligeledes at have en sammenhæng med SA (Stein & Simeon, 2001, p. 71). Serotonin er et transmitterstof (Kalat, 2003), der bl.a. findes i raphe nucleus, der er forbundet med øvrige segmenter i hjernen, fx hypothalamus der antageligt er involveret i regulering af impulsivitet og vrede. Et nedsat serotoniniveau relateres til en række impulsive forstyrrelser med

¹² For uddybning, se bilag 1, punkt 4.

¹³ "...a rare inborn error of purine metabolism that affects only males..." (Favazza, 1999, p. 131).

både indadvendt og udadvendt impulsiv aggressiv adfærd (Møhl, 2005, p. 114; Grossman & Siever, 2001, p. 121-123). En undersøgelse af Herpertz, Sass og Favazza (1997) støtter denne antagelse.

Det skal afrundende bemærkes, at den ovenstående fremstilling er forenklet, og når neurokemien kompleksitet tages i betragtning, er det sandsynligt, at flere neurotransmitter er indblandet i SA (Winchel & Standley, 1991, p. 314; Thompson, Symons, Delaney & England, 1995 p. 137), og det er derudover plausibelt, at forskellige neurotransmittere gør sig gældende ved forskellige former for SA.

Refleksion

Bearbejdning af smertefremkaldende stimuli forårsaget af SA involverer multiple hjerneområder og neurokemiske reaktioner. Forstyrrelser i serotonin- og dopaminniveau er mulige implicerede mekanismer i udløsning af SA. SA kan som anført også forbindes med ”velvære” på neurotransmitterniveau. På dette niveau findes imidlertid ikke svar på, hvad de følelsesmæssige spændinger består af og karakteriseres ved. Hvis SA udelukkende forstås på dette plan, vil der med Bertelsens (2000, p. 37) terminologi foretages en ontologisk reduktion.

Som nævnt i indledningen anskues SA i samfundet som værende patologisk. Det forholder sig imidlertid således, at socialt acceptable praksisser som maratonløb eller andre former for ekstrem sport antageligt fremkalder lignende kropslige reaktioner. Det tyder fx på, at de samme hjernestrukturer er involveret i bearbejdningen af stimuli fra muskler og hud (Niddam, 2001, p. 33)¹⁴. Et maratonløb vil belaste musklerne, og ifølge Bidstrup, Mortensen, Nielsen og Rasmussen (2006, p. 34) vil det udløse smerte, når muskler udsættes for stor belastning og bliver udmattede. Kroppens endorfiner udløses således også ved sportslige udfoldelser (ibid.). Det betyder, at mennesket kan presse sin krop i sportslige aktiviteter på en måde, der er lige så belastende for kroppen som fx cutting, og det paradoksale er, at det accepteres og ligefrem hyldes (De Olympiske Lege er et eksempel herpå). Denne accept skal

¹⁴ For uddybning, se bilag 1, punkt 9.

formentlig forstås i sammenhæng med den vestlige kulturs ideal om en veltrænet og intakt krop. Pointen er, at så længe en given adfærd udføres inden for grænserne af det kulturelt acceptable, betragtes adfærden som normal og sund. Den fysiologiske del af smerteoplevelsen kan således betragtes som en fællesnævner ved forskellige former for smertefremkaldende stimulering af kroppen, hvilket er essentielt at have in mente, når de følgende afsnit læses. Hvor grænsen mellem normalitet og patologi går, fordrer en videre udforskning af forskellige former for mutilering. Derfor omhandler de følgende afsnit mutilering inden for de tre foreslåede kategorier i den opstillede model, figur 1; *Mutilering som et rituel fænomen*, *Selvskadende adfærd som en uhensigtsmæssig copingstrategi* samt *Patologisk selvskadende adfærd*.

Mutilering som et rituel fænomen

Som nævnt i indledningen er forskellige former for smertepåførelse eller mutilering ikke et nyopstået fænomen, men har forekommet på tværs af kulturer og epoker; det kan således betragtes som en universel menneskelig tradition (Babiker & Arnold, 1997). Favazza (1989a; 1989b) mener, at socialt sanktioneret SA og patologisk SA har lignende formål – at stabilisere en given tilstand, hvorfor det er nødvendigt at forstå kulturelt sanktionerede praksisser for at opnå en mere nuanceret forståelse af patologisk SA. Derfor afdækkes den historiske dimension i selv-mutilering i dette afsnit, hvilket sættes i relation til praksisser i samtiden. Mutilering har i mange kulturer en dyb og symbolsk betydning, som udtrykkes gennem rituelle handlinger, der bl.a. afspejler kulturens mangeårige traditioner og overbevisninger (Favazza, 1998). Mutilative praksisser kan være selvpåførte og socialt acceptable eller påført af andre fra samfundet.

”In some instances individuals voluntarily undergo mutilation. In other cases, parents consent to the mutilation of their children, while in some instances representatives of the community as a whole authorize the infliction of physical injury on certain individuals.” (Babiker & Arnold, 1997, p. 20).

Disse praksisser kan have et helende, socialt eller religiøst formål (Favazza & Rosenthal, 1990; Favazza, 1998), hvis overordnede funktion er at reducere trusler mod samfundets eller individets stabilitet. I Europa frem til 1920'erne er

blodtapning, fx skære en blodåre over, blevet praktiseret i helbredelsens tegn (Babiker & Arnold, 1997), og Favazza (1996) nævner fjernelse af fingerspidserne med samme formål. Måder, hvorpå heling opnås i dag er fx operationer, hvor bl.a. dele af kroppen fjernes kirurgisk samt medicinsk behandling af psykisk lidelse, hvor idéen er, at ”...we must rely on immediate physical interventions to deal with emotional pain.” (Babiker & Arnold, 1997, p. 23). Socialt set kan mutilering skabe identitet og status. Fx markeres overgangen til en ny social rolle og status hos aboriginerne ved, at den unge mands penis bliver skåret op på langs med urinrøret for at vise den unges indre styrke (Favazza, 1999). Eksempler på symbolisering af socialt tilhørsforhold er omskæring af jødiske drenge (Favazza, 1989a); udformning af ansigtsfacon, som indianere i Nordamerika har praktiseret (Favazza & Rosenthal, 1990); samt ”scarification”¹⁵, hvor de sidstnævnte både tjener et æstetisk formål samt illustrerer gruppetilhør (Favazza, 1989a). Forskellige markører for gruppetilhør eksisterer også i samtiden. I den danske pigebande, ”Ghetto Bitches” gennemgår nye medlemmer eksempelvis et cuttingritual; bandenavnet skal snittes i huden på underarmen med et barberblad (Klingsey, 2005). En bestemt tatovering kan endvidere i en fængselskultur indikere et bestemt gruppetilhør (Favazza, 1996), mens piercede brystvorter hos kærestepar kan symbolisere tilknytning (Favazza & Rosenthal, 1990). Ud fra et æstetisk perspektiv eksisterer der ligeledes fællestræk mellem fortidig og nutidig mutilative praksisser. Udformning af ansigtsfacon, scarification, kinesiske kvinder der får bundet og derved forkrøblet deres fødder for at hindre, at de vokser, er alle eksempler på mutilering udført i æstetikens navn, hvorved mennesket opnår skønhed og fremstår attraktiv (Babiker & Arnold, 1997) inden for en given kulturs forståelse af skønhed. Dette kan relateres til kosmetiske operationer som fx brystoperationer og andre kropsmodifikationer som piercinger og tatoveringer. Piercinger og tatoveringer er i samtiden at betragte som sociale modefænomener (Babiker & Arnold, 1997; Walsh, 2006; Favazza, 1998; Stirn & Hinz, 2008)¹⁶. Disse praksisser kan virke voldsomme, når de kropslige skader tages i betragtning. Ikke desto mindre kan de næppe betragtes som patologiske, fordi de,

¹⁵ Fænomenet dækker over udsmykning med arvæv. Den engelske term bibeholdes, da der ikke på dansk eksisterer et tilsvarende ord.

¹⁶ Ifølge analyseinstituttet TNS Gallup havde hver tiende dansker i 2007 eksempelvis en tatovering (Behrendtzen, 2008).

med henvisning til gældende normer i det overordnede samfund eller i subkulturen, er acceptable adfærdsformer.

Refleksion

I henhold til ovenstående efterlader (selv)mutilering nogle permanente markører på kroppen, som formidler noget om individet (Favazza, 1996, p. 148). Gennem tiderne har tatoveringer og scarifikation ændret betydning. Tidligere har tatoveringer markeret social rank (fx ansigtstatoveringer) eller er blevet benyttet til at udskille et menneske negativ (ibid.). I samtiden må tatoveringer (i et vist omfang) anses som en æstetisk kropsmodifikation. Tidligere har scarifikation i afrikanske lande haft æstetiske og sociale formål, men med udgangspunkt i vestens dyrkelse af den sunde og hele krop, vil scarifikation i samtiden antageligt betragtes som et patologisk foretagende, selvom der ikke nødvendigvis ligger en patologi bag, som illustreret i ovenstående afsnit. *"Self-injury is often seen by others as shocking, frightening, incomprehensible and repulsive. [And] ...is often viewed as something bad or wrong, provoking... disgust and horror..."* (Babiker & Arnold, 1997, p. 20). Med eksemplerne fra foregående afsnit in mente er det muligt, at et fænomen som cutting ikke vil betragtes som patologisk, hvis vi befandt os i en anden tid eller en anden kultur. Cutting ville måske ligefrem betragtes på lige fod med maratonløb! Pointerne er, at forskellige mutilerende handlinger er socialt acceptable på tværs af kultur og epoker, og at lignende mutilerende handlinger kan have forskellige betydninger fra individ til individ. Spørgsmål, der rejser sig i den forbindelse, er, om (selv)mutilering grænser mod det patologiske spektrum? Og om mennesket kan være helt "raskt", når det af forskellige årsager påfører sig smertefremkaldende vævsskader? Spørgsmål som disse adresseres i diskussionen. Nu rettes fokus mod den næste kategori i forståelsen af SA; *Selvskadende adfærd som en uhensigtsmæssig copingstrategi*.

Selvskadende adfærd som en uhensigtsmæssig copingstrategi

Forståelse af SA som en uhensigtsmæssig copingstrategi beror på forskning af normal population. Herudfra kan det konstateres - som det fremgår følgende i

afsnittet - at forskellige grader af SA forekommer hos tilsyneladende velfungerende mennesker. Hvordan SA kan fungere som en uhensigtsmæssig copingstrategi, er omdrejningspunktet for dette afsnit. Først belyses forskningen, og dernæst undersøges coping i relation til SA.

Selvskadende adfærd i normalpopulation

Croyle og Waltz (2007)¹⁷ har udført en undersøgelse med 280 psykologistuderende med en gennemsnitsalder på omkring 20 år, hvor forskerne opererer med to grader af SA: mild (fx at bide negle, kradse sig, forstyrre sår i at hele) og moderat (fx at slå sig selv, ridse ord/symboler i huden, skærer sig i håndleddene, sluge skadelige objekter) (ibid., pp. 334-335). Af undersøgelsesdeltagerne har 87 deltagere indenfor seneste tre år en historie med mild SA, og 55 har en historie med moderat SA (ibid., p. 333). 68 % af 280 undersøgelsesdeltagerne svarer ja til, at de i løbet af deres liv har haft en mild form for SA (ibid., p. 339), hvilket er en høj forekomst. Er resultatet ensbetydende med, at en relativ stor del af ungdommen udviser patologi? Med reference til en anden undersøgelse af Ross og Heath (2002)¹⁸ reduceres forekomsten signifikant; adfærden forekommer hos 13,9 % af undersøgelsesdeltagerne (Ross & Heath, 2002, pp. 74, 76). Resultatet bygger på 440 high school elever i alderen 14 til 15 år og stemmer overens med Favazza, DeRosear og Conterios (1989) undersøgelse af universitetsstuderende. Forskellene i Ross og Heath samt Croyle og Waltzs undersøgelsesresultaterne findes muligvis i inklusionskriterierne for SA. Croyle og Waltz (2007, p. 334) opererer eksempelvis med inklusionskriterier som fx at stikke sig selv med nåle, trække hår ud og bide negle, mens Ross og Heath (2002, pp. 74, 76) inkluderer adfærd som fx ”at skade sig selv mentalt” eller ”risikofyldt adfærd”. Når sammenligningsgrundlaget divergerer i denne grad, synes undersøgelsesresultaterne inkompatible. Derimod kan undersøgelserne sige noget om prævalensen indenfor hver af deres undersøgelsesfelt. Samlet set tyder det dog på, at der eksisterer en relativ stor gruppe unge mennesker, der skader sig selv, men som i øvrigt må betegnes som velfungerende. Møhl (2007, pp. 49-52) og Walsh (2006, pp. 36-41) beskriver disse ”selvskadere” som en ny gruppe, der har en del tilgængelige

¹⁷ For uddybning, se bilag 1, punkt 2.

¹⁸ For uddybning, se bilag 1, punkt 13.

ressourcer i form af familie, venner og gode faglige evner. De har tilsyneladende ingen forhistorie med seksuelle eller fysiske overgreb i barndommen, hvilket understøttes af Croyle og Waltzs (2007) forskning. Fælles er dog, at de finder det vanskeligt at administrere og udtrykke deres følelsesliv; selvskaden bliver en måde at cope på, hvilket uddybes i næste afsnit (Møhl, 2007; Walsh, 2006).

Selvskadende adfærd og coping

Nogle mennesker med SA stifter et begrænset kendskab til fænomenet. I henhold til Ross og Heaths (2002) undersøgelse rapporterer 18 % af de elever, der skader sig selv, at de kun har skadet sig selv *en* gang, og 64 % af eleverne med SA er stoppet med adfærd. Som forskerne (ibid.) påpeger, kan det tyde på, at SA for nogle af eleverne er begrænset til en periode. Klonsky og Olino (2008)¹⁹ identificerer ligeledes en gruppe unge indenfor normalområdet, der eksperimenterer med SA et begrænset antal gange. En forklaring på dette kan være, at nogle af undersøgelsesdeltagerne eksperimenterer med SA til at håndtere specifikke situationer i livet, og når disse situationer er løst, er der ikke længere et behov for at ty til SA (Ross & Heath, 2002, p. 75). SA får her karakter af en midlertidig, om end uhensigtsmæssig copingstrategi. Som bekendt beskrives denne gruppe af ”selvskadere” som delvist ressourcestærke, men mangler hensigtsmæssige copingstrategier til at håndtere emotionel stress. Inden for en kontekstuel og procesorienteret ramme dækker coping over menneskets måde at håndtere situationer, der fremprovokerer psykologisk stress (Lazarus, 2006, pp. 129, 139) og defineres som ”...constant changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person.” (Lazarus & Folkman, 1984, p. 141). Det betyder altså, at mennesket vurderer²⁰ en given situation og herudfra vælger en tilgængelig copingstrategi. Et eksempel: Anes kæreste har lige gjort deres forhold forbi i

¹⁹ For uddybning, se bilag 1, punkt 6.

²⁰ Processen involverer en primær vurdering, sekundærvurdering og revurdering. I den primære vurdering kategoriseres situationen ud fra, om den har betydning for menneskets velbefindende (Lazarus & Folkman, 1984). Udgør situationen fx en trussel for mennesket, fordrer det coping. I den sekundære vurdering evalueres hvilke copingmuligheder, mennesket har til rådighed (ibid.) og udgør en form for kognitiv grundlag for coping (Lazarus, 2006). I revurderingen tages der igen højde for situationen og copingstrategierne, hvorefter den primære og sekundære vurdering om nødvendigt modificeres (Lazarus & Folkman, 1984).

telefonen, og Ane er meget oprevet. Pludselig står hun med saksen i hånden og ridser sig i armen med den²¹. I eksemplet udsættes Ane for en trussel i form af tab af sin kæreste, hvilket udfordrer den subjektive trivsel. Det vækker en følelsesmæssig tilstand, hvilket fremgår af, at Ane bliver oprevet. Hvordan et menneske copes med en given situation afhænger af menneskets tilgængelige ressourcer (fx evner, tidligere erfaringer og socialt netværk) (Lazarus & Folkmann, 1984, p. 158). Coping har to funktioner: 1) at håndtere eller ændre en situation, kaldt *problemfokuseret coping* og/eller 2) at regulere en emotionel respons i forhold til situationen, kaldt *emotionsfokuseret coping*. Problemfokuseret coping rettes mod håndtering eller ændring af kilden til ”problemet”, som både kan findes i det omgivende miljø eller individet selv (Lazarus & Folkman, 1984, pp. 150-151; Lazarus, 2006, p. 145). Denne strategi benyttes, når individet vurderer en mulighed for at kontrollere situationen (Lazarus, 2006). Emotionsfokuseret coping optræder, når et individ vurderer, at der ikke er sådanne løsninger på en given situation og er en måde at regulere sin emotionelle respons på ”problemet” (Lazarus & Folkman, 1984, p. 152). Hvorvidt den valgte copingstrategi er frugtbar i den givne situation afhænger af, om den er adækvat i forhold til løsning af situationen (ibid., pp. 186, 189). Ane forsøger at cope med truslen (tabet af kæresten) ved at ridse sig i armen; Ane benytter med andre ord en emotionsfokuseret copingstrategi, idet hun forsøger at regulere sin følelsesmæssige tilstand ved at ridse sig. At ridse i sig selv er som bekendt rent neurokemisk en effektiv emotionel regulator. Copingstrategien er ikke desto mindre uhensigtsmæssig i henhold til Lazarus og Folkmann (1984), fordi den ikke rettes mod kernen i situationen og er helbredsskadende (vævsskade). På sigt kan adfærdens desuden medføre autoaddiction jævnfør afsnittet om *Smertens fysiologi*. Ane kunne fx i stedet have valgt en mere social acceptabel og helbredsmæssig hensigtsmæssig copingstrategi som fx at tale med sine forældre eller sin veninde om det. I Ross og Heaths (2002, p. 76) undersøgelse forsøges det kortlagt, hvordan undersøgelsesdeltagerne håndterer en stressfuld situation eller et problem, hvilket viser, at pigerne signifikant oftere skader sig selv end drengene. En interessant kønsforskel, som kan tyde på, at der benyttes forskellige copingstrategier i

²¹ Dette eksempel bygger på oplysninger fra hjemmesiden www.girltalk.dk, hvor brugerne fortæller om årsagen til første gang, de har skåret sig; et gennemgående tema er et oplevet svigt fra relationer (familie, venner, kæreste).

stresshåndtering kønnene imellem. Kønsforskelle behandles imidlertid ikke nærmere i dette speciale.

Når det her hævdes, at SA kan betragtes som en midlertidig og uhensigtsmæssig copingstrategi, fordrer det en nærmere undersøgelse af sammenhængen, hvori den SA foregår. Hypotesen byder dog på en forståelsesramme for den tilsyneladende store del af unge mennesker, der har SA af ikke-patologisk karakter.

Refleksion

SA forekommer hos en stor del af normalpopulationen i aldersgruppen 14 til 15 år og omkring 20 års alderen. Med begrundelse i, at det er en forholdsvis stor gruppe - tilsyneladende velfungerende - unge mennesker, kan deres adfærd ikke betragtes som patologisk og dermed heller ikke behandlingskrævende. Derfor foreslås det, at den SA indenfor denne gruppe skal forstås som en midlertidig, om end uhensigtsmæssig copingstrategi, som begrænser sig til en bestemt situation eller livsperiode. Adfærden aftager således af sig selv. Hvis ikke denne gruppes SA er begrænset til en tidsbegrænset periode, antages det, at prævalensen i alle aldersgrupper i normalbefolkningen vil være højere. Det er imidlertid ikke tilfældet, da Briere og Gil (1998, p. 616-617)²² har fundet, at 4 % af et bredt udsnit af normalbefolkningen med en gennemsnitsalder på 46 år har SA, og mindre end 1 % ofte har episoder med SA. Til sammenligning med undersøgelserne af Ross og Heath (2002) og Croyle og Waltz (2007) er det en noget mindre procentsats, hvilket ikke kan tilskrives inklusionskriterierne for SA alene. Briere og Gil (1998, p. 611) har fx kriterier med som at kradse, skære og brænde sig selv, hvilket synes at være i overensstemmelse med nogle af de kriterier, som Croyle og Waltz opererer med i deres milde og moderate kategori af SA. På baggrund af dette er det nærliggende at overveje aldersaspektet i den SA. En anden mulighed er selvfølgelig, at prævalensen hos den unge gruppe vil øges i takt med, at den unge gruppe bliver ældre. Et andet aspekt, der vækker undren er, som Lund-Hansen (2004, p. 396) også er inde på, hvorfor det

²² For uddybning, se bilag 1, punkt 1.

netop er denne copingadfærd, der vælges frem for en mere socialt acceptabel? Dette spørgsmål vendes tilbage til i diskussionsafsnittet *Selvskadende adfærd som en uhensigtsmæssig copingstrategi – et patologisk islæt*. I det følgende undersøges subkategorien *Patologisk selvskadende adfærd* i den opstillede model over SA jf. figur 1.

Patologisk Selvskadende adfærd

I dette afsnit, der omhandler kategorien *patologisk Selvskadende adfærd* præsenteres indledningsvist en case - se følgende side - der løbende vil refereres til i dette afsnit og behandlingsdelen af specialet. Casen benyttes til at eksemplificere og problematisere dels forståelsen af SA og dels temaer indenfor behandlingen af SA. Casen udbygges med citater, hvor det er aktuelt. Dernæst rettes fokus mod definitionen af patologisk adfærd. Dette leder til overvejelser over differentialdiagnostik og komorbiditet.

Præsentation af Case: Sofia

Familie/barndom: Sofias forældre bliver skilt, da Sofia er spæd. Sofia bor de første tre år af sit liv hos sin moder, der har et job, som betyder, at hun ofte er væk hjemmefra. Imens er Sofia i døgnpleje hos en familie. Sofia har mistanke om, at hun i 4 års alderen hos døgnplejefamilien er blevet udsat for seksuelle overgreb, men har kun glimtvis erindringer herom, som hun ikke ved om er fantasi eller virkelighed. Sofias forældre bliver senere gift igen, og Sofia får en lillebroder. Begge forældre arbejder meget. I en tidlig alder påtager Sofia sig ansvaret for broderen, mens de er i døgnpleje, fordi familien forfordeler Sofia og lillebroderen ift. deres biologiske børn. Sofia er et alvorligt barn, der ikke kræver de voksnes opmærksomhed. Sofia har en god relation til sin lillebroder og hendes forældre elsker hende. Relationen er imidlertid blevet belastet af, at faderen i en periode er mistænkt for at have udøvet incest mod Sofia. Denne mistanke kommer af en søgen efter årsagen til Sofias lidelse i terapeutisk sammenhæng, hvilket i en periode resulterer i, at personale og øvrige patienter på den psykiatriske afdeling får omsorgsfunktioner for hende. Forældrene udviser bekymring for Sofias tilstand og bakker hende op gennem det mangeårige sygeforløb. Moderen ledsager fx Sofia til behandling og lader hende i teenagealderen sove sammen med hende om natten i en periode. Moderen og faderen reagerer tillige på Sofias anoreksi ved fx at overvåge, hvor meget mad Sofia spiser, og efter aftensmaden forsøger de at afholde Sofia fra at kaste maden op ved at vogte over toiletterne.

Skolegang/relationer: Sofia skifter folkeskole på et tidspunkt. Hun klarer sig godt fagligt i folkeskolen frem til første halvår af 8. klasse, hvor hun første gang bliver indlagt på børnepsykiatrisk afdeling. Socialt fungerer Sofia tilsyneladende godt. Hun mister imidlertid venner i forbindelse med sin indlæggelse. I behandlingsregi får Sofia nogle nye veninder. Sofia begynder gentagne gange i gymnasiet, men ender med atter at blive indlagt grundet SA. Da Sofia opstarter gymnasiet på ny, klarer hun sig godt fagligt, men føler sig ikke som de andre klassekammerater, da Sofia ikke går op i fester, tøj, fyre og biograffilm. Sofia får ingen egentlige relationer i gymnasiet, selvom hun ihærdigt forsøger at blive en del af gruppen. Under gymnasietiden begynder Sofia i en teatergruppe, hvor hun knytter nogle betydningsfulde venskaber.

Sygdomsforløb: Sofia har ofte ondt i maven som barn, hvor det aftager, hvis hun fx holder sin lærer i hånden. Siden 13 års alderen har Sofia haft anoreksi og debuterer med SA som 14-årig. SA har gennem årene bestået i bl.a. pilleoverdosis, forsøg på at hænge sig selv, indtagelse af ”hvidt pulver”, skære i sig selv forskellige steder på kroppen, primært armene og forstyrre sår i at hele. Sofia bliver gentagne gange indlagt på børnepsykiatrisk afdeling, og da afdelingen lukker, bliver hun overført til en voksenpsykiatrisk afdeling trods sin unge alder. I henhold til Sofias beretning er der blandt psykiaterne uenighed om diagnosen. De, der behandler Sofias anoreksi, mener, at hun lider af en borderline personlighedsforstyrrelse og omvendt.

Kilder: Åkerman, S. (2006). *Zebra-pigen*. Ullerslev: Forlaget Moskito; Åkerman, S., foredrag, den 15.04.2009, Frivillig Huset, Århus; samt Ahlberg, R. C. (2008). *Zebra-pigen og Orkidébarnet*. Nedtaget den 27.05.2009 fra <http://www.selvskade.dk/script/site/page.asp?artid=64>

Definition af patologi

I modsætning til den indledningsvist præsenterede models øvrige kategorier (se evt. figur 1) betragtes SA i den aktuelle kategori som patologisk. Det bliver derfor centralt at definere, hvad der karakteriserer patologisk adfærd. En måde at definere patologi på er med udgangspunkt i menneskets evne til at fungere i samfundet og menneskets subjektive oplevelse af sin livskvalitet (Reisby, 2002, p. 31). Det betyder, at den SA kan betragtes som patologisk i det omfang, at mennesket med SA ikke fungerer i samfundet, og hvis mennesket oplever, at adfærden nedsætter livskvaliteten. Dette overskrider den gældende definition for SA (se evt. afsnittet *Deskriptiv definition af selvskadende adfærd*) i dette speciale, hvor det ”springende” punkt er den kulturelle kontekst. Ikke desto mindre betragtes denne patologiforståelse her som et supplement til definitionen, der anvendes i specialet. Inden for det psykiatriske område afgøres tilstedeværelsen af psykopatologi ud fra kategoriale psykiatriske klassifikationssystemer som *International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)* og *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV Text review (DSM-IV-TR)*²³. Opfylder mennesket kriterierne for en lidelse, kan adfærden klassificeres som patologisk. En refleksion i den forbindelse er, hvorvidt klassifikationssystemerne er kulturneutrale. Ifølge Elsass (2003) kan diagnoser ikke uden videre overføres fra kultur til kultur, netop fordi det varierer, hvad der opfattes som normalt. Fx kan en række symptomer, som i Vesten opfattes som indikator på psykopatologi, i andre kulturer anses som et religiøst anliggende (ibid.): En pointe, der tidligere er anført i indledningen til specialets *DEL I – model over selvskadende adfærd*. Følgende afsnit omhandler klassifikation af SA.

Klassifikation: selvskadende adfærd

ICD-10 og DSM-IV-TR beror på en ateoretisk og deskriptiv tilgang til psykopatologi, hvilket betyder, at klassifikationen kan benyttes på tværs af teoretisk ståsted samt kultur (DSM-IV-TR, 2004, pp. 1-2). Kategorierne adskiller sig ved kvalitative forskelle (Mortensen, 2006). I ICD-10 og DSM-IV-TR eksisterer der ikke

²³ Begge klassifikationssystemer inddrages, fordi ICD-10 benyttes i Danmark, og fordi DSM danner referenceramme for verdensomspændende forskning (Mortensen, 2001, p. 355).

en selvstændig diagnose for SA, men ifølge Simeon og Favazza (2001, p. 3) kan nogle former for SA klassificeres som *trikotillomani*, *impulskontrol forstyrrelse*, *uspecificeret* samt *borderline personlighedsforstyrrelse*. *Trikotillomani* er placeret under gruppen DF vane- og impulshandlinger i ICD-10 (WHO, 2003, p. 146) og akse I impulskontrol forstyrrelse i DSM-IV-TR (2004, p. 1203). Ved denne forstyrrelse kan individet ikke modstå trangen til at trække sine hår ud. Der opstår en øget spænding, som forløses, når håret rækkes ud (ibid.). *Impulskontrol forstyrrelse, uspecificeret* er tillige placeret under gruppen DF vane- og impulshandlinger i ICD-10 (WHO, 2003 p. 147). Diagnosen indeholder ikke et kriterium for SA, men SA har fællestræk med mangel på kontrol over handlingsimpulser (Simeon & Favazza, 2001, p. 3). SA er gennem tiden blevet betragtet som et symptom på borderline personlighedsforstyrrelse (Klonsky, Oltmanns & Turkheimer, 2003; Favazza, 1992, pp. 60-61; Favazza & Rosenthal, 1990, p. 80; Favazza, DeRosear og Conterio, 1989). En personlighedsforstyrrelse er kendetegnet ved en gennemgribende og vedvarende adfærd, der kommer til udtryk ved unuancerede reaktioner på personlige og sociale forhold. Adfærden afviger fra det kulturelt acceptable og er uhensigtsmæssig for individets fungeren (DSM-IV-TR, 2004, p. 1230; WHO, 2003, p. 135). I DSM-IV-TR er et af de otte kriterier for akse II *D301.83 Borderline personlighedsforstyrrelse* er ” *recurrent suicidal behavior, gestures, or threats, or self-mutilating behavior* ” (DSM-IV-TR, 2004, p. 1251). Begrebet SA benyttes ikke eksplicit i ICD-10, men i *DF60.31 Emotionelt ustabil personlighedsstruktur, borderline type* (herefter kaldt borderline personlighedsforstyrrelse) er et af inklusionskriterierne ”tendens til selvdestruktivitet” (WHO, 2003, p. 139), hvilket jeg sidestiller med forskellige former for SA.

ICD-10 og DSM-IV-TR synes at have en begrænset kapacitet til at indfange SA i sin mangfoldighed, fordi SA ofte optræder udover de nævnte psykopatologier (fx Brown, Houck, Grossman, Lescano & Frenkel, 2008; Nock et al., 2006; Klonsky, Oltmanns & Turkheimer, 2003; Zlotnick, Zimmerman & Mattia, 1999). Derfor bliver det også problematisk at forstå og klassificere SA som en del af en personlighedsforstyrrelse, hvilket uddybes i afsnittet *Komorbiditet*. For at

imødekomme denne klassifikationsbegrænsning har Favazza og kollegaer (Simeon & Favazza, 2001; Favazza, 1999; Favazza, 1998; Favazza, 1992; Favazza & Rosenthal, 1993; Favazza & Rosenthal, 1990; Favazza, DeRosear & Conterio, 1989) foreslået, at SA skal have en selvstændig diagnose, ”repetitive self-mutilation syndrome”, fordi adfærden opfylder kriterierne for en impulsforstyrrelse karakteriseret ved en trang til at udføre uimodståelige handlinger, der ofte er skadelige for individet selv eller andre (DSM-IV-TR, 2004, pp. 1176-1177; WHO, 2003, p. 146).

Caseanalyse: Sygdomsbillede og klassifikation

I henhold til casen om Sofia er det sandsynligt, at hun opfylder DSM-IV-TR kriterierne for borderline personlighedsforstyrrelse. I casen oplyses, at der i psykiatrien har været uenighed om Sofias diagnose (anorexia nervosa eller borderline personlighedsforstyrrelse), hvilket kan være et udtryk for, at ICD-10 og DSM-IV-TR ikke indfanger karakteren af SA tilstrækkeligt. Med Sofias debutalder (14 år jf. casen) in mente er det imidlertid problematisk at forstå hendes symptomatologi som borderline personlighedsforstyrrelse, da børn og unge *ikke* diagnosticeres med personlighedsforstyrrelser (WHO, 2003, p. 136). Sofia benytter videre multiple selvskadende metoder som pilleoverdosis, forsøg på at hænge sig selv, indtagelse af ”hvidt pulver”, cutting og forstyrre sårheling. Hyppighedsmæssigt sker SA dagligt og fokus er kontinuerligt på anvendelige instrumenter. I et tilbageblik fortæller Sofia, at hun gentagne gange gjorde udfald mod kaffevognen på hospitalet for at bruge porselænskopper til at skade sig med (Åkerman, 2006, p. 238). Sofia og en medpatient har på et tidspunkt fået udgangstilladelse fra psykiatrisk afdeling: ” - *Se dér, Linna, sagde jeg, sikke et perfekt glasskår! Sådan nogle er ikke til at få fat i inde på afdelingen.* ” (Åkerman, 2006, p. 102). Det vides ikke med sikkerhed, hvor mange patienter med borderline personlighedsforstyrrelse, der reelt har SA (Nock et al., 2006, p. 66), så særegne mønstre af selvskade ved denne patientgruppe er ikke identificeret. Den omfattende karakter, den SA tilsyneladende har i Sofias tilfælde, fører til overvejelser om, Sofias SA snarere skal forstås som en impulsforstyrrelse frem for indenfor borderline spektret. Dette uddybes med Favazzas typologi af SA.

Favazzas typologi

Favazzas typologi²⁴ er ligesom de ovennævnte klassifikationssystemer ateoretisk, deskriptiv og inddrager ikke ætiologiske faktorer. Sondringen mellem kategorierne er fænomenologisk funderet, og der eksisterer forskning, som understøtter visse af kategorierne (Simeon & Favazza, 2001). Der er tre kategorier af SA opdelt efter sværhedsgrad af selvskaden og adfærdsmønstret; ”svær”, ”stereotypisk” og ”moderat/overfladisk” (ibid.). Som det fremgår af den skematiske fremstilling, figur 4, implicerer kategorien ”svær” en alvorlig til livstruende grad af vævsskade som eksempelvis amputation af lemmer. Kategorien ”stereotypisk” implicerer en mild til alvorlige grader af vævsskade (til tider livstruende) som eksempelvis ”head banging”. Kategorien ”moderat/overfladisk” implicerer alt fra milde til moderate vævsskader. Denne kategori er yderligere inddelt i tre subkategorier; ”kompulsiv”, ”episodisk” og ”repetitiv”. Subkategorien ”kompulsiv” implicerer adfærd, der er præget af kompulsioner som trikotillomani, mens subkategorierne ”episodisk” og ”repetitiv” implicerer impulsstyret adfærd som cutting og burning. *Episodisk SA* optræder en gang i mellem og har som regel en symbolsk betydning. SA bevirker ifølge Favazza (1999, p. 133) en hurtig forløsning fra ubehagelige følelser og tanker. Virkningens varighed strækker sig fra timer til dage (i få tilfælde uger). *Episodisk SA* kan glide over i en *repetitiv SA*, der er kendetegnet ved at være en altoverskyggende beskæftigelse (ibid., p. 136). Den *repetitive SA* beskrives således:

”In the repetitive type, self-injury may become an organizing and predominant preoccupation, with a seemingly addictive quality, that is incorporated into the individual’s sense of identity. The self-injury may become almost an automatic response to various disturbing internal and external stimuli, typically beginning in adolescence and persisting for decades.” (Simeon & Favazza, 2001, p. 15).

Der kan videre forekomme abstinenssymptomer, når individet afholder sig fra SA (Favazza, 1999). Adfærden aftager som regel efter 15 år (ibid.). *Episodisk SA* kan ifølge Favazza (1998) bedst betragtes som et symptom på fx borderline personlighedsforstyrrelse, mens *repetitiv SA* kan forstås som en impuls kontrol

²⁴ Favazzas typologi benyttes på Ungdomscentret i Århus, der behandler unge med SA i alderen 13 til 18 år (Sørensen, 2008, p. 12; Katrine Keller Sørensen, personlig kommunikation, 15.04.2009).

forstyrrelse, den såkaldte forslåede Akse I diagnose, ”repetitive self-mutilation syndrome”.

Caseanalyse: Diagnose

Sofias synes at kunne placeres inden for ”repetitive self-mutilation syndrome”, idet selvskaden har en omfattende karakter baseret på frekvensen af SA og den tilbagevendende opmærksomhed på brugbare instrumenter til at skade sig med. Som det vil blive påpeget senere i specialet (se evt. afsnittet *Caseanalyse: Udvikling og vedligeholdelse af selvskadende adfærd*), udvikler Sofias SA sig til en identitet, der er med til at fastholde hende i lidelsen. Sofias adfærd passer imidlertid ikke fuldt ud på denne diagnose, når episoden med hængning tages i betragtning. ”Repetitiv self-mutilation syndrom” er kendetegnet ved ikke-livstruende adfærd. Det kan være et udtryk for, at virkeligheden er mere kompleks end en klassifikationsmodel kan skildre, og at kategorierne overlapper hinanden. Walsh (2006) forholder sig fx kritisk til Favazza og kollegaers opdeling mellem kompulsiv og impulsiv, herunder repetitiv og episodisk SA, idet mange patienter benytter multiple selvskadende metoder, der går ind i begge kategorier. Favazzas typologi synes således at ”løbe” ind i afgrænsningsproblemer. Alligevel synes Sofias adfærdsmønster hovedsageligt at falde inden for kategorien ”repetitive self-mutilation syndrom”.

Figur 4. Figuren er inspireret af McDonald (2006, p. 195) udlægning af Favazzas klassifikation samt af Simeon og Favazzas (2001, p. 5) skematiske fremstilling af klassifikation af SA.

Kategori:	Subgrupper:	Symptomer:	Mønstre:	Associeret med:
Svær		Kastration Amputering af lemmer Fjerne øje	Impulsiv Planlagt Symbolsk ▽ Ofte isoleret tilfælde	Psykotiske tilstande, fx ifm. skizofreni Stofpåvirkede tilstande
Stereotypisk		Headbanging Slå sig selv Tygge sig i hånden Tygge sig i læben Kradse huden Bide sig selv Trække hår ud	Fikseret Indholdsløs Tvangspræget ▽ Adfærd gentages	Mental retardering Autisme Lesch-Nyhan syndrom
Moderat/Overfladisk	Kompulsiv	Trække hår ud Kradse huden Bide negle	Kompulsiv (kan have impulsive træk) Ritualiseret (Symbolsk) ▽ Adfærd gentages	Trikotillomani Stereotypisk bevægelseslidelse
	Episodisk	Cutting Burning Stikke sig med nåle Brække knogler Forstyrre sårheling	Impulsiv (kan have kompulsive træk) Ritualiseret Symbolsk ▽	Borderline PF Antisocial PF Misbrug Trauma Dissociation Posttraumatisk stressyndrom Spiseforstyrrelser
	Repetitiv "repetitive self-mutilation syndrome"		Isoleret tilfælde Vanepreget	

Differentialdiagnostik

Når psykopatologi skal diagnosticeres, må klinikerens forholde sig til differentialdiagnostik. Det fordrer et overblik over det psykopatologiske spektrum. For at sikre at klinikerens registrerer samtlige relevante psykopatologiske symptomer, vil klinikerens ofte tage udgangspunkt i et diagnostisk instrument som fx *Present State Examination*, der afgør tilstedeværelsen af symptomer, der opfylder diagnosekriterier i ICD-10 (Present State Examination, 2007). Det følgende afsnit omhandler differentialdiagnostiske overvejelser med fokus på SA og selvmord.

Sofia beskriver en episode, hvor hun skærer sig i armen; "...jeg [gik] ind på skoletoiletet og skar tre snit i armen..." (Åkerman, 2006, p. 67). Hvordan skal det forstås diagnostisk, hvis Sofia søger skadestuehjælp i denne forbindelse? Klinikerens må her overveje, i hvilken sammenhæng "at skære sig i armen" kan forekomme. Er det et forsøg på at suicidere, et selvstændigt symptom, et symptom på en psykopatologi eller noget helt fjerde? Ved SA bør differentialdiagnostiske overvejelser mellem SA og suicidaladfærd²⁵ altid indgå. SA og suicidaladfærd ligner til forveksling hinanden, idet adfærdens er rettet mod individet selv og indebærer en fysisk skade (Walsh & Rosen, 1988, p. 51), hvilket øger risikoen for fejl-diagnosticering i skadestuesammenhæng (Walsh, 2006, p. 5; Dieter, 1998, p. 236). Ifølge Møhl (2007, pp. 16-17) er der uenighed om, hvorvidt fænomenerne skal forstås som adskilte størrelser, hvilket også afspejles i divergerende inklusionskriterier for SA, som anført tidligere. I tråd med fx Walsh (2006), Suyemoto (1998), Suyemoto og MacDonald (1995), Favazza (1989b) opfattes SA og forsøg på at suicidere i specialet som to distinkte fænomener. Hvordan differentiering foretages i praksis, omhandler det følgende afsnit.

²⁵ Ved selvmordsforsøg forstås ifølge WHO: "En handling uden dødelig udgang, hvor en person med vilje indtager en overdosis medicin eller lignende, eller udviser anden ikke-vanemæssig adfærd, der vil være skadevoldende, hvis andre ikke griber ind, og hvor hensigten har været at fremme vedkommendes ønskede forandringer via handlingens forventede konsekvenser." (Zöllner, 2002b, p. 10).

Selvskadende adfærd og selvmordsadfærd

I nogle tilfælde står differentieringen mellem SA og suicidal adfærd klar ud fra omfanget, typen og lokationen af skaden samt patientens udsagn (Walsh, 2006, pp. 5-6, 85-94). I andre tilfælde er det vanskeligt at trække en tydelig grænse mellem SA og suicidal adfærd. Mange med SA har fx forsøgt at sucidere. Ifølge Stanley, Gameroff, Michalsen og Mann (2001, p. 427) har omkring 55-85 % af patienter med SA forsøgt at begå selvmord mindst en gang. Antallet bygger på forskningsresultater af fx Dulit et al. (1994)²⁶. Komorbiditeten mellem bl.a. selvmordstanker/handlinger og borderline personlighedsforstyrrelse med og uden SA er her blevet undersøgt blandt 124 indlagte psykiatriske patienter. Der ses en signifikant sammenhæng mellem hyppig selvskade og selvmordstanker/adfærd (ibid.). Selvmordsforsøg rapporteres også indenfor andre områder. 70 % af 89 patienter, der har en akse I og/eller II lidelse, har forsøgt at sucidere en gang, mens 55 % har forsøgt flere gange (Nock et al., 2006)²⁷. Selvskadende handlinger kan således ikke udelukke suicidalrisiko - og omvendt (Briere og Gil, 1998, p. 609; Favazza, 1987, p. 138). I overensstemmelse med Joiner (2005) finder Nock et al. (2008), at SA kan forstås som en optakt (opbygning af mod) til selvmord, idet antal selvmordsforsøg er forbundet med flere episoder med SA, benyttelse af multiple metoder og analgesi. En anden mulighed er imidlertid, at kroppen tilvænnenes smerten (Nock et al., 2006, p. 70), hvorfor livstruende SA, fx at skære sig for dybt, kan tilskrives uheld eller en undervurdering af farligheden. Sidstnævnte påpeger Stanley, Gameroff, Michalsen og Mann (2001). Risikoen for selvmord stiger ifølge Walsh (2006, p. 28), hvis adfærdens funktion aftager, fx hvis den emotionelle reguleringseffekt ikke længere er til stede. Amerikansk statistisk data viser, at selvmord som regel begås ved andre metoder end at skære sig selv. Statistisk set suiciderer 1,4 % ved cutting (Walsh, 2006, p. 8), der er den mest fortrukne selvskadende metode (Favazza & Rosenthal, 1900, p. 77). Selvmordsforsøg implicerer ofte mere dødbringende metoder end typisk SA (Møhl, 2001, p. 18). En hyppig forekommende selvmordsmetode – uanset patienttype – er, som det fremgår af Stanley, Gameroff, Michalsen og Mann's (2001, p. 430) undersøgelse, en overdosis. Den næstfortrukne metode ved gruppen med SA

²⁶ For uddybning, se bilag 1, punkt 3.

²⁷ For uddybning, se bilag 1, punkt 12.

er at skære sig i håndled og strube (ibid.), hvilket igen kan tilsløre differentieringen mellem SA og selvmord. Dette leder til spørgsmålet om, hvordan der rent faktisk i praksis differentieres mellem fænomenerne, når det ene ikke udelukker det andet? Walsh (2006) foreslår ni punkter, der kan være behjælpelig i distinktionen. Disse fremgår af figur 5 og dækker over: *intention med handlingen, grad af fysisk skade, mønster med gentagne skader, multiple metoder, grad af psykologisk smerte, kognition, følelse af håbløshed, tilstand efter handlingen samt kerneproblematik* (Walsh, 2006, pp. 5-20).

Figur 5: Differentiating suicide attempts from self-injurious behavior

Assessment focus	Suicide attempt (Shneidman, 1985)	Self-injury (Walsh & Rosen, 1988)
1. What was the expressed and unexpressed intent of the act?	To escape pain; terminate consciousness	Relief from unpleasant affect (tension, anger, emptiness, deadness)
2. What was the level of physical damage and potential lethality?	Serious physical damage; lethal means of self-harm	Little physical damage; nonlethal means used
3. Is there a chronic, repetitive pattern of self-injurious acts?	Rarely a chronic repetition; some overdose repeatedly	Frequently a chronic, high-rate pattern
4. Have multiple methods of self-injury been used over time?	Usually one method	Usually more than one method
5. What is the level of psychological pain?	Unendurable, persistent	Uncomfortable, intermittent
6. Is there constriction of cognition?	Extreme constriction; suicide as only way out, tunnel vision, seeking a final solution	Little or no constriction; choices available; seeking a temporary solution
7. Are there feelings of hopelessness and helplessness?	Hopelessness and helplessness are central	Periods of optimism and some sense of control
8. Was there a decrease in discomfort following the act?	No immediate improvement; treatment required for improvement	Rapid improvement; rapid return to usual cognition and affect; successful "alteration of consciousness"
9. What is the core problem?	Depression, rage about inescapable, unendurable pain	Body alienation; exceptionally poor body image in clinical populations Min tilføjelse: intens stress, uhensigtsmæssige evner til at lindre smerte (copingstrategier) og imitation (Walsh, p. 16-17).

Kilde: Walsh, 2006, p.6

I henhold til specialets definition af SA (se evt. afsnittet *Deskriptiv definition af selvskadende adfærd*) skal adfærden gentages. Terapeuten må imidlertid omkring andre afgørende parametre og altid være forbeholden overfor, at ekstreme tilfælde af SA kan være suicidalforsøg, trods klientens forhistorie med SA. Et andet aspekt er patientens evne til at vurdere alvorligheden af sin selvskade. Det må derfor være essentielt, at terapeuten tilser fx patientens ar efter en episode. Ud over differentialdiagnostiske overvejelser, er det endvidere centralt at være opmærksom på komorbiditet. I praksis må der tages stilling til hvilket symptom eller hvilken lidelse, der er mest presserende behandlingsmæssigt, så interventionerne kan målrettes herimod. I det følgende afsnit fremsættes forskningsresultater omkring SA og komorbide psykopatologier.

Komorbiditet

Akse I og II psykopatologi

Flere undersøgelser viser kliniske korrelationer mellem SA og akse I og II (indenfor forskellige aldersgrupper) (fx Brown et al., 2008; Klonsky, Oltmanns & Turkheimer, 2003; Nock et al., 2006; Zlotnick, Zimmerman & Mattia, 1999). Nock et al. (2006, p. 68)²⁸ har fx fundet, at 67,3 % af 66 indlagte piger i alderen 12 til 17 år med SA indenfor de seneste 12 måneder opfylder kriterierne for en personlighedsforstyrrelse. De hyppigst diagnosticerede personlighedsforstyrrelser er borderline (51,7 %), avoidant (31 %) og paranoid (20,7 %) personlighedsforstyrrelse²⁹. Videre finder Nock et al. (2006), at 87,6 % af 89 indlagte patienter i alderen 12 til 17 år opfylder kriterierne for en akse I lidelse; *major depressive disorder* (41,6 %), *PTSD* (23,6 %), *generaliseret angst* (15,7 %), *conduct disorder* (49,4 %), *oppositional defiant disorder* (44,9 %) og tillige nogle *stofmisbrugslidelser* (ibid. p. 68). Fx finder Favazza og Rosenthal (1990, p. 83) og Favazza, DeRosear og Conterio (1989, p. 357), at mange patienter med SA udviser symptomer på, men ikke opfylder kriterierne for, borderline personlighedsforstyrrelse til fulde efter ophørt SA. Adfærden kan derfor ikke betegnes som vedvarende, hvilket karakteriserer

²⁸ For uddybning, se bilag 1, punkt 12.

²⁹ Igen skal det påpeges, at børn og unge ikke diagnosticeres med personlighedsforstyrrelser i henhold til ICD-10 (WHO, 2003).

personlighedsforstyrrelser. Samlet set kan konstateres en utilstrækkelighed ved at forstå SA udelukkende inden for borderline spektret.

Der er endvidere indikationer på komorbiditet mellem spiseforstyrrelser og SA (Favazza, DeRosear & Conterio, 1989, pp. 354-355; Zlotnick, Zimmerman & Mattia, 1999; Walsh, 2006), selvom ikke alle undersøgelser finder denne sammenhæng (Fx Van der Kolk, Perry & Herman, 1991). Favazza, DeRosear & Conterio (1989) finder, at 50 % af 225 undersøgelsesdeltagere har eller har haft en spiseforstyrrelse (15 % anoreksi, 22 % bulimi, 13 % anoreksi og bulimi). En anden undersøgelse af Favazza og Conterio (1989), der undersøger 240 kvinder med SA, viser, at 61 % af disse har eller har haft en spiseforstyrrelse. Mange andre adfærdsformer med indirekte selvskadende effekt optræder endvidere komorbidity med SA, fx alkoholisme og forskellige former for risikoadfærd (Walsh, 2006, p. 23-27; Brown et al., 2008; 2005).

Barndomstraume, omsorgssvigt og dissociation

Van der Kolk, Perry og Herman (1991)³⁰ har udført en longitudinal undersøgelse af 74 patienter med borderline personlighedsforstyrrelse, antisocial personlighedsforstyrrelse, skizotypal personlighedsforstyrrelse eller bipolar II forstyrrelse. 79 % af 28 undersøgelsesdeltagere med SA (cutting) har oplevet barndomstrauma (fysiske overgreb, seksuelle overgreb eller vidne til vold i hjemmet), og 89 % har oplevet en svær grad af omsorgssvigt (fysisk forsømmelse, emotionel forsømmelse, kaos i familien og separation fra omsorgspersoner). Seksuelle overgreb korrelerer med forskellige former for selvdestruktivitet, især cutting (Van der Kolk, Perry & Herman, 1991, p. 1667). Tilsvarende finder Weierich og Nock (2008, p. 42)³¹ i deres undersøgelse af 86 undersøgelsesdeltagere, at seksuelle overgreb i barndommen øger risikoen for udvikling af SA i puberteten. Flere undersøgelser støtter betydningen af barndomstraumer, omsorgssvigt i barndommen og dissociation i udviklingen af SA (Gratz, Conrad & Roemer, 2002;

³⁰ For uddybning, se bilag 1, punkt 15.

³¹ For uddybning, se bilag 1, punkt 16.

Van der Kolk, Perry & Herman, 1991, pp. 1667, 1669; Nijman et al., 1999), mens andre ikke finder disse korrelationer³². En dissociativ tilstand kan forårsage en fornemmelse af adskilthed fra sin krop eller ”dødhed”. Dissociering forstås videre som en forsvarsmekanisme, der beskytter individet mod overvældende og ubehagelige følelser (Møhl, 2007; Van der Kolk, Perry & Herman, 1991). Briere og Gil (1998) foreslår, at dissociation udgør forbindelsesleddet mellem trauma og selvskade. Denne formodning løber imidlertid ind i manglende evidens for de temporale relationer. Det er muligt, at dissociation forårsager SA eller omvendt. Et alternativ er, at en tredje ukendt variabel er indblandet, der fører til både dissociation og SA (Gratz, Conrad & Roemer, 2002, p. 138). Symptomer på posttraumatisk stress (følelsesløshed, undgåelsessymptomer og hyperarvågenhed) kan tillige tænkes at danne relationen mellem seksuelle overgreb i barndommen og en senere udvikling af SA (Weierich og Nock, 2008, pp. 42-43). Igen gør den temporale indvending sig gældende.

Selvskadens funktion

Løbende i specialet er påpeget, at den SA benyttes til at håndtere en følelsesmæssig tilstand eller psykologisk smerte (fx afsnittet *Smertens fysiologi og Selvskadende adfærd som en uhensigtsmæssig copingstrategi*). Men hvilke følelser er egentlig i spil i det patologiske spektrum, og hvilken funktion har den SA? Dette belyses med afsæt i statistisk data, som efterfølgende uddybes af konkrete eksempler fra casen om Sofia.

Inden for en klinisk population er der identificeret nogle følelsesmæssige tilstande op til og efter SA (Briere & Gil, 1998)³³. Som det fremgår af figur 6 på følgende side forekommer typisk en reduktion af vrede mod sig selv og andre, frygt, tomhed, sårede følelser, ensomhed, tristhed. Derimod tiltager følelsen af lettelse, skam og skyld. SA har ingen signifikant effekt på lystfølelse og ophidselse. Adfærden kan

³² Simeon og Favazza (2001, p. 20) henviser fx til to undersøgelser fra 1994 af Zweig-Frank og kollegaer.

³³ For uddybning, se bilag 1, punkt 1.

således have to modstridende virkninger - at reducere spænding eller at skabe liv (Briere & Gil, 1998; Møhl, 2007, p. 63).

Figur 6.
Følelsesmæssig tilstand før og efter selvskade.

Følelsesmæssig tilstand	Før	Efter
Vrede mod andre	56 %	2 %
Vrede mod sig selv	53 %	5 %
Frygt	38 %	11 %
Tomhed	40 %	9 %
Ophidselse	3 %	0 %
Skyld	15 %	29 %
Såret	42 %	5 %
Ensomhed	34 %	7 %
Lystfølelse	0 %	8 %
Lettelse	2 %	68 %
Tristhed	28 %	11 %
Skam	13 %	28 %

Kilde: Briere & Gil, 1998, p. 616

Undersøgelsesresultatet viser videre, at størstedelen af undersøgelsesdeltagerne oplever en reduktion af negativ affekt (Briere & Gil, 1998, pp. 616, 619), hvilket finder støtte i en undersøgelse af Favazza og Conterio (1989, p. 286). Det indikerer en funktion i form af affektregulering, som påpeget i forbindelse med den neurokemiske respons på SA, hvor den tilskrives en forstærkende virkning. Det interessante er imidlertid, at et mindre antal af undersøgelsesdeltagerne oplever en forøget negativ affekt efter SA – og nogle af disse fortsætter med SA (Briere & Gil, 1998, pp. 610, 619; Favazza & Conterio, 1989). Dette udfordrer den neurokemiske forklaringsmodel, og det må slutes, at den neurokemiske forstærkning ikke er gældende for alle med SA. Det åbner op for spørgsmålet om, hvad der så kan have en forstærkende effekt på adfærden? Nock og Prinstein (2004)³⁴ argumenterer for en typologi - ud fra et adfærdspsykologisk perspektiv - der beskriver adfærdens funktion indenfor fire overordnede *forstærknings*kategorier. Forstærkningsfænomenet kan forstås ud fra behavioristen Skinners begreb om *operant adfærd*: ”The term

³⁴ For uddybning, se bilag 1, punkt 10.

emphasizes the fact that the behavior operates upon the environment to generate consequences.” (Skinner, 1965, p. 65), hvilket betyder, at en given adfærd ”...bestemmes og styres af det, der sker bagefter...” (Kåver & Nilsson, 2004, p. 63). Operant adfærd kan forstærkes positivt eller negativt, og fælles for begge typer er, at sandsynligheden for, at adfærden gentages, forøges (Skinner, 1965, p. 73). Kategorierne er: *automatisk negativ forstærkning* (SA anvendes til at reducere spændinger eller at lindre ubehagelige følelser, som det påpeges i ovenstående), *automatisk positiv forstærkning* (SA anvendes til at opnå noget, fx at føle smerte eller føle sig straffet), *social negativ forstærkning* (anvendelse af SA til at undgå noget, fx krav), *social positiv forstærkning* (anvendelse af SA til at fx at få opmærksomhed eller som kommunikationsmiddel). Nock og Prinstein (2004) understreger, at SA kan have forskellige funktioner fra individ til individ, hvilket harmonerer med Briere og Gils førnævnte undersøgelse.

Funktioner jf. Briere og Gils (1998, p. 615) undersøgelse afbildedes i figur 7 på næste side, hvor det fremgår, at de hyppigste forekommende funktioner bl.a. er: at mindske dissociation (depersonalisering og følelsesløshed), reducere stress og spændinger, blokere ubehagelige erindringer og flashbacks, kommunikation om behov for hjælp, sikre sikkerhed og selvbeskyttelse og reducere vrede. Ud fra Favazza og Conterio (1989, p. 286) undersøgelse af 240 kvinder med SA kan endvidere tilføjes funktioner som kontrol over tanker, afslappethed, hævet stemningsleje, følelse af at eksistere og mindre ensomhed. Dette tegner et komplekst billede af, hvilke mekanismer, der kan være i spil, når det drejer sig om SA, og hvor individuelt funktionerne er.

Figur 7.**Årsager og frekvens af selvskadende adfærd.**

Årsag	Frekvens %
Virkelighedsfølelse	43
Reducere vrede	71
Stoppe skyldfølelse	38
Distraktion fra erindringer	58
Distraktion fra smertefulde følelser	80
Følelse af at være i kroppen	43
Markering af indre smerte	60
Stoppe flashbacks	39
Straffe sig selv	83
Beskytte sig	28
Føle sig i live	38
Føle selvkontrol	71
Føle kontrol over andre	16
Opmærksomhed, spørge om hjælp	40
Gøre kroppen uattraktiv	37
Forebygge disclosure	19
Håndtere stress	77
Tryghedsfølelse	26
Seksuel lystfølelse	12
Stoppe med at såre andre	29
Stoppe med at blive såret af andre	45
Ejerskab over kroppen	26
Facilitere eller hindre personlighedsskift	20
Spændingsreduktion	75
Opnå medicinsk opmærksomhed	9
Føle sig tættere på en, som sårer dig	10
Erindre misbrug	17
Føle noget	57
Udløse "pent-up" følelser	77
Opnå terapeutens opmærksomhed	16

Kilde: Briere & Gil, 1998, p. 615

Caseanalyse: Selvskadens funktion

Opmærksomheden henledes nu på casen om Sofia, der illustrerer funktionernes kompleksitet. Sofia beretter om en episode i skolen, hvor hun ikke lever op til egne standarder for guitaraspil. Dette ”vækker” Sofias selvhad, hvilket kommer til udtryk ved hendes devaluerende beskrivelse af sig selv: ” – *Dum, fed, sindssyg, grim, skør, ond, selvisk, idiotisk, dårlig, sær, fiasko ...*” (Åkerman, 2006, p. 64). Episoden med de manglende ”guitarevner” igangsætter et tankemylder hos Sofia, som udmunder i katestrofetanker:

”Tankerne drøede rundt i min hjerne. De så sig ikke for og stødte både ind i hinanden og i væggene. De var blottet for logik, intet bandt dem sammen, det var blot løsrevne ord som hamrede løs på alt inden for rækkevidde. Alle verdens ulykker hvilede nu på mine skuldre. Alt det som jeg var bange og urolig for, blev så stort at det føltes som om jordens undergang var nær.” (Åkerman, 2006, p. 65).

Det ”springende” punkt er, da Sofia i den efterfølgende matematiktime ikke kan fokusere på regningen. Det ender med, at Sofia skærer sig i armen på skolens toilet (Åkerman, 2006, p. 67), hvilket øjeblikkeligt bevirker en spændingsreduktion (adfærdens funktion): ”*I samme sekund som snittet delte sig, og de gule bobler blev synlige for øjet, faldt Lucifer i søvn. Jeg blev også helt blød i kroppen, som balsam i et nyvasket hår.*” (Åkerman, 2006, p. 67)³⁵. Sofia forklarer formentlig her effekten af de neurologiske virkninger, frigivelse af endorfiner jf. afsnittet *Smertens fysiologi*, der opstår ved SA. Sofia opnår endvidere kontrol (adfærdens funktion) over sine tanker, idet ”Lucifer”, som er symbolet på Sofias selvdestruktive side, er tilfredsstillet. Det vil med Nock og Prinsteins terminologi sige, at Sofia i eksemplet opnår en automatisk negativ forstærkning med begrundelse i spændingsreduktionen samtidigt med, at hun opnår en automatisk positiv forstærkning, idet hun opnår kontrol. En anden episode foregår under indlæggelse på en psykiatrisk afdeling:

”Forsøget på at hænge mig selv havde et eneste formål, og det var at de skulle forstå hvor bange og fortvivlet jeg var. Jeg ville have at nogen skulle tage mig

³⁵ ”Lucifer” symboliserer Sofia destruktive side. Løbende i selvbiografien fører Sofia indre dialoger med ”Lucifer”, der trækker hende mod forskellige former for indirekte og direkte SA.

op på skødet, og at de skulle kramme og vugge mig og sige at det nok skulle gå alt sammen. Måske havde jeg valgt den forkerte metode, men jeg var hunderød og vidste ikke, hvordan jeg ellers skulle få den kærlighed og opmærksomhed som jeg havde behov for...Jeg kunne kun vise mine følelser ved at gøre skade på mig selv.” (Åkerman, 2006, p. 51).

Funktionen af denne handling får en kommunikativ karakter, idet Sofia - via en radikal handling som at hænge sig selv – forsøger at udtrykke sin angst og fortvivlelse og ved samme lejlighed at gøre opmærksom på sine behov for omsorg. I dette tilfælde er det en social positiv forstærkning fra omgivelserne, der betinger adfærd. Disse to eksempler illustrerer, at SA hos det samme individ kan have forskellige og multiple funktioner inden for den enkelte episode samt på tværs af episoder. Identificering af adfærdens funktioner indeholder ”clues” til, hvorimod behandlingstiltag skal målrettes.

Refleksion

I ovenstående afsnit foreslås en udvidet definition af SA, som inkluderer menneskets evne til at fungere i samfundet, subjektiv vurdering af livskvaliteten og socialt sanktioneret adfærd. Selvom denne udvidelse nuancerer patologiforståelsen, støder den på visse problemer; Hvem afgør, hvorvidt mennesket fungerer i samfundet? Hvad nu, hvis den subjektive oplevelse af livskvaliteten afviger fra fx klinikerens vurdering? Hvem fastsætter grænsen mellem sundhed og patologi inden for et samfund? En præcis og holdbar definition er således vanskelig identificerbar.

Klassifikationssystemerne ICD-10 og DSM-IV-TR kan delvist indfange nogle typer af SA, men er ikke tilstrækkelig bredtfavnende med sine begrænsede klassifikationsmuligheder og upræcise diagnosekriterier. Dette betragtes som en central problemstilling, da det inden for psykiatrien, hvor denne patientgruppe ofte har sin gang, er kutyme at stille en diagnose fra disse systemer. Favazza og kollegaers typologi over SA kan med fordel anvendes som et supplement. Den dækker bredt over forskellige former for SA af forskellige sværhedsgrader og kobler disse sammen med hyppigt forekommende komorbide psykopatologier. Fx foreslås

det i denne typologi, at en bestemt type SA skal have en selvstændig diagnose under gruppen af impuls kontrol forstyrrelser i den næstkommende udgave af DSM. Udover at det befordrer, at en mere præcis diagnose kan stilles, vil et sådant tiltag tillige være fundament for en anerkendt definition af SA, som er brugbar i forskningssammenhæng. Derved sikres en større kompatibilitet mellem forskningsresultater.

Diagnostik indebærer differentialdiagnostiske overvejelser, og det er særligt vigtigt ved SA at afdække suicidaladfærd og tanker. Dette kan være vanskeligt, hvilket understreger betydningen af en grundig assessment. Endvidere forekommer SA ofte komorbidity med en række akse I og II psykopatologier samt traumatiske barndomsoplevelser. Dette leder tankerne hen på, hvorvidt det vil være anvendeligt i klassifikationssystemerne at indbefatte ætiologiske faktorer. Dette forholder hverken ICD-10 og DSM-IV-TR samt Favazzas typologi sig til. Det viser sig, at SA kan have multiple funktioner for det enkelte individ, som Nock og Prinstein (2004) har opstillet en typologi over. Med øje for selvskadens funktion rejses spekulationer om, hvorvidt klassifikation af SA skal baseres på en funktionel typologi frem for en syndrom-typologi, som er tilfældet ved Favazzas. Styrken ved Favazzas typologi synes at ligge i betoningen af komorbide psykopatologier/symptomer, som delvist tabes ved en funktionel tilgang. Denne kritik skal forstås i relation til, at den funktionelle typologi er relativt nyudviklet. Ikke desto mindre kan en funktionel tilgang knyttes direkte til retningslinier for behandling, hvilket ikke synes tilfældet ved Favazzas typologi. Hvis en patients SA forstærkes automatisk (positivt eller negativt) vil omdrejningspunktet i behandlingen antageligt være alternative måder at regulere emotionelle tilstande på (Nock & Prinstein, 2004, p. 889). Spørgsmålet bliver om en typologi, der bygger på symptomkonstellation eller symptomernes funktioner, behøver at udelukke hinanden? De kan snarere betragtes som et nuancerende supplement til hinanden.

DEL I Opsamling

Besvarelsen af, hvordan SA kan forstås i henhold til specialets problemformulering, er bygget op omkring en opstillet model, der forsøger at indkredse forskellige aspekter af SA rangerende fra socialt acceptable former for mutilative praksisser til patologisk SA. Modellen indeholder en overkategori, *Smertens fysiologi* samt tre subkategorier *Mutilering som et rituelt fænomen*, *Selvskadende adfærd som en uhensigtsmæssig copingstrategi* samt *Patologisk selvskadende adfærd*. På baggrund af overkategorien *Smertens fysiologi* illustreres fællesmenneskelige biologiske rammebetingelser, der gør sig gældende for såvel socialt sanktioneret som patologisk mutilering, idet bestemte hjerneområder og neurologiske processer er involveret i forskellige smertefremkaldende vævsskader. Det betyder, at der på et fysiologisk plan ikke kan sondres mellem normal og patologisk smertefremkaldende adfærd. Subkategorien *Mutilering som et rituelt fænomen* dækker over adfærdstyper, der er socialt acceptable, selvom de ud fra et fysiologisk perspektiv indebærer smertefremkaldende reaktioner. I afdækningen af denne kategori fremgår også, hvordan der løbende i kulturen sker holdningsændringer til forskellige kropsmodifikationer, der tidligere har været socialt uacceptable aktiviteter. På grund af den sociale accept af adfærden indeholdt i denne kategori, betragtes den ikke som behandlingskrævende. Subkategorien *Selvskadende adfærd som en uhensigtsmæssig copingstrategi* dækker over en gruppe tilsyneladende ressourcestærke unge mennesker, der benytter sig af SA til at cope med en situation eller periode i en tidsbegrænset del af deres liv. Adfærdens omfang sammenholdt med de betydelige tilgængelige ressourcer fører til en opfattelse af, at adfærden ikke er behandlingskrævende. Den sidste subkategori *Patologisk selvskadende adfærd* dækker over adfærd, der, udover at være socialt uacceptabel, griber ind i dels menneskets evne til at fungere i samfundet og dels menneskets livskvalitet. På baggrund heraf betragtes adfærden som behandlingskrævende. Adfærden kan i visse udformninger forstås ud fra DSM-IV-TR og ICD-10, men klassifikationssystemerne indfanger ikke alle typer SA, hvorfor disse kan suppleres med Favazzas typologi over SA. Afdækningen af patologisk SA fordrer en grundig assessment, hvor der altid indgår differentialdiagnostiske overvejelser over SA og suicidaladfærd/tanker.

Desuden må evt. komorbide psykopatologier/symptomer kortlægges, således behandling målrettes specifikt mod patientens problemområde. Ætiologisk set har traumatiske oplevelser og omsorgssvigt i barndommen en signifikant betydning for en senere udvikling af SA. Endvidere kan SA have forskellige og multiple funktioner for det enkelte menneske, der indeholder værdifulde informationer for terapeutiske interventioner.

DEL II - BEHANDLING

I denne del af specialet belyses, hvilke principper behandling af SA kan bygge på med udgangspunkt i DAT (i det følgende forkortet DAT). Behandlingsdelen indledes med nogle overordnede betragtninger over terapi, hvilket fører til afsnit omhandlende DAT.

Valg af behandlingsmetoder må - ligesom forståelsen af SA - forstås indenfor en kulturel ramme, da metoderne varierer blandt kulturer (Frank & Frank, 1991, p. 9). Ifølge Zachariae (1988, p. 114) kan sygdomsbegreber kulturer imellem tillige divergere i sådan en grad, at det bliver problematisk at skabe en terapeutisk proces. Patientens forventninger har en central betydning for terapiforløb og effekten heraf, og forventningerne kan have betydning for, hvilken mening en given terapi tillægges (Hougaard, 2004, pp. 213, 219). Når ritualer i første del af specialet fremhæves som havende en helende effekt, leder det tanken hen på, hvilke faktorer der egentlig er kurative i behandlingsøjemed. Rosenzweig (1939) samt Frank og Frank (1991) proklamerer, at terapiens kurative virkning forårsages af non-specifikke faktorer, der gør sig gældende på tværs af teoretiske ståsteder og terapeutiske teknikker. Det er således ”...ikke-officielle terapeutiske procedurer og processer, der sandsynligvis spiller en væsentlig rolle i alle former for psykoterapi.” (Hougaard, 2004, pp. 212-213). Dermed tillægges terapiform og metode ikke afgørende betydning for terapiens effekt. Som eksempel kan nævnes relationen mellem terapeut og klient (Frank & Frank, 1991, p. xv; Hougaard, 2004, pp. 214, 217), som Rogers (1957) betragter som en af de nødvendige og tilstrækkelige betingelser for terapeutisk forandring. Orlinky, Rønnestad og Willutzki (2004, p. 345) har analyseret 50 års research vedrørende forskellige relationsvariabler i psykoterapiprocesser og effekt og heraf kan udledes, at alliancen mellem terapeut og patient er forbundet med en positiv effekt. Det konkluderes imidlertid også, at ”[e]ffective psychotherapy is clearly more than a set of technical procedures, but it is also more than a warm, supportive relationship. Both the common factors of relationship and specific therapeutic interventions have an impact on outcome.” (Orlinky, Rønnestad & Willutzki, 2004, p. 363). Altså er

både relation og teknikker centrale. Frank og Frank (1991) peger på, at der eksisterer en række fællestræk mellem forskellige psykoterapimetoder, selvom de på overfladen tager sig forskellige ud. Fx giver metoderne patienten mulighed for konfrontation med sine adfærdsmåder og giver mulighed for at ændre på dem (Hougaard, 2004, p. 205). Dette udvander et givent terapivalg, men ikke desto mindre må terapeuten intervenere ud fra et teoretisk grundlag for at sikre en professionel tilgang til patientens problematikker. Murphy, Cooper, Hollon, Fairburn (2009, p. 1) kritiserer imidlertid forklaringen af terapieffekt ud fra non-specifikke virkningsmekanismer med begrundelse i, at mange studier faktisk identificerer behandlingsspecifikke effekter. Fx tegner familierapi lovende for unge patienter med anorexia nervosa (Fairburn, 2005, p. 329), og kognitiv adfærdsterapi viser god effekt ved angstlidelser (Hougaard, 2002, p. 298). Ud fra en etisk betragtning må behandlingsvalg falde på en evidensbaseret terapiform. Ifølge Øverland (2006, p. 187) er det imidlertid ikke muligt at pege på en bestemt effektiv behandlingsform af SA på baggrund af eksisterende data. Behandlingsforslag er ofte rettet mod voksne mennesker primært med borderline personlighedsforstyrrelse (ibid., pp. 187-188). I dette speciale er valget af behandlingsform faldet på DAT. DAT tager afsæt i kognitive adfærdsterapeutiske teorier og teknikker indlejret i en dialektisk ramme, hvor der indledende interveres mod SA og terapiødelæggende adfærd inden de bagvedliggende årsager til adfærden bearbejdes (Linehan, 1993). Dette terapivalg begrundes med, at DAT benyttes i praksis i Danmark³⁶ og på internationalt plan tegner terapiformen lovende. DAT har i 17 veludførte randomiserede kontrollerede forsøg³⁷ af fire uafhængige forskningsteams vist en god effekt i behandling af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse (Lynch et al., 2006, p. 460). Fx slutter Linehan og kollegaer (1991, pp. 1060-1061)³⁸ på baggrund af en sammenligning af DAT og ”almindelig terapi” med 44 patienter (22 i hver gruppe) med borderline personlighedsforstyrrelse og parasuicidal adfærd følgende:

³⁶ Bl.a. i voksenpsykiatrien ved Svendborg Sygehus, Haderslev, Odense, Vejle, Gentofte og på Rishospitalet jf. Jørgensen (telefonsamtale, den 28.04.2009).

³⁷ Denne fremgangsmåde kontrollerer ifølge Hougaard (2008, p. 103) interne validitetstrusler i behandlingsforskning og sikrer således, at resultaterne kan tilskrives behandlingen og ikke patientvariable.

³⁸ For uddykning, se bilag 1, punkt 7.

”...the subjects who recieved dialectical behavior therapy had fewer incidences of parasuicide and less medically severe parasuicides, were more likely to stay in individual therapy, and had fewer inpatient psychiatric days.” (Linehan et al., 1991, pp. 1060-1061).

På baggrund af disse undersøgelser er det imidlertid ikke muligt at identificere de virksomme mekanismer i DAT (Lynch et al., 2006, p. 460) og slutte om andre kliniske populationer vil opnå en lignende effekt. Ved at benytte en evidensbaseret terapiform sikres patienten dels en behandling med størst beviste effekt, og terapeuten dækker sig dels fagligt/etisk ind, hvis patienten fx suiciderer eller udsætter sig selv for alvorlig SA under et behandlingsforløb. Da kan terapeuten med henvisning til DAT-manualen og -principper løbende journalføre og derved dokumentere, hvad terapeuten har gjort, og hvordan det er gjort (Comtois et al., 2007, p. 61).

I det følgende afsnit præsenteres DATs teoretiske udgangspunkter.

Dialektisk adfærdsterapi

DAT er oprindeligt udviklet af Linehan og kollegaer (Linehan, 1993) med henblik på behandling af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse med tilstedeværende parasuicidal adfærd. Parasuicidal adfærd inkluderer både suicidal adfærd og SA uden intention om at dø (ibid., p. 14). SA betragtes i denne optik som manglende evne til problemløsning og emotionelregulering. Udvikling og vedligeholdelse af SA ved borderline personlighedsforstyrrelse forklares ud fra en biosocial tilgang, hvor individets biologiske dispositioner³⁹ og det omgivne miljø⁴⁰ betones (ibid.). På baggrund af forskningsresultaterne, der refereres til i afsnittet *Barndomstraume, omsorgssvigt og dissociation*, synes den biosociale forklaringsmodel aktuel uanset om, SA optræder som en del af en borderline personlighedsforstyrrelse, andre lidelser eller som et individuelt symptom.

³⁹ Genetik og ændringer i hjernen, fx som følge af traumer, som øger barnets sårbarhed for udvikling af SA (Nilsonne & Kåver, 2004, p. 53).

⁴⁰ Fx barnets familie.

DAT er en manual- og -principbaseret terapiform, som for patientens vedkommende består i individuel terapi⁴¹, gruppefærdighedstræning⁴² og telefonkonsultation. Terapiforløbet er tilrettelagt over et år med en ugentlig individuel session og en dobbeltsession med gruppefærdighedstræning. Derforuden er der mulighed for telefonkonsultation med den individuelle terapeut mellem sessionerne ved fx optrapning til en krise. Ansvarshavende for den individuelle terapi styrker patienten i sine tilegnede færdigheder i gruppetræningen under den individuelle terapi og telefonkonsultation. Tillige er det også denne terapeut, der er ansvarlig for reduktion af SA. Indbygget i DAT-programmet er kontinuerlig supervision af terapeuten, for at sikre at terapeuten arbejder indenfor rammerne af DAT og for at imødekomme ”burn out” hos terapeuten. Behandlingen er opdelt i forskellige moduler med hver deres klart definerede mål. Terapien er oprindeligt målrettet mod patienter i et ”out-patient” forløb. DAT er endvidere en integrativ terapiform med dens udgangspunkt i indlæringsteori, kognitiv teori, dialektisk og zenbuddhistisk filosofi (Linehan, 1993), hvilket samlet byder på en nuanceret forståelse af patientens problematikker og en bred vifte af behandlingsteknikker.

Teoretisk udgangspunkt i dialektisk adfærdsterapi

Som nævnt er DAT funderet i forskellige teoretiske ståsteder, som bidrager med forklaringer på forskellige adfærdsaspekter og byder på terapeutiske interventionsteknikker. Indledningsvist opridses de forskellige teoretiske positioner, hvilket danner fundamentet for en analyse af sygdomsudvikling og vedligeholdende faktorer i casen om Sofia (se evt. afsnittet *Præsentation af Case: Sofia*). Dette leder videre til en belysning af udvalgte interventionsteknikker i DAT, der forsøges eksemplificeret vha. casen om Sofia. Afsnittet afsluttes med nogle overordnede refleksioner om DAT.

⁴¹ Denne del af terapien er baseret på principper, hvor fokus i terapien bestemmes ud fra et målhierarki og patientens adfærd siden sidste session (Kåver & Nilsson, 2004).

⁴² Denne del af terapien er manualbaseret (Se evt. Linehan, 2004).

Dialektisk og zenbuddhistisk filosofi

DAT tager udgangspunkt i et dialektisk verdenssyn, der præger hele terapeutens behandlingstilgang (Linehan, 2004, p. 18). I et dialektisk verdenssyn betragtes dele og helheder som gensidigt forbundne, hvilket leder til en kontekstuel forståelse af adfærd (Lynch et al., 2006, pp. 461-462). Individets SA (del) må således analyseres i relation til miljøet (helheden), fordi dele og helheder ifølge Linehan (1993, p. 31) udvikler sig i kraft af deres gensidige forbundethed med hinanden. I tillæg hertil betragtes virkeligheden ikke som statisk, men som værende under konstant forandring. Dette er en følge af en kontinuerlig spænding mellem modsatrettede poler, *tese* og *antitese*, der leder til forandring, *syntese*, der på ny skaber en spændingstilstand (ibid., p. 33). En tankegang, der kan føres tilbage til filosofen Hegel (Lynch et al., 2006, p. 461). I dette spændingsfelt, hvor en ny erkendelse eller forandring fører til *syntese* ligger menneskets udviklingspotentiale. Eksempelvis er en dikotom tankegang et udtryk for, at patienten er fastlåst mellem modsætninger, som umuliggør en syntese (Linehan, 2004, p. 19). Modsætningerne kan opstå mellem mange ”systemer” som fx patient og terapeut, og terapeutens opgave er da, ”...at tydeliggøre modsætninger, både i terapien og i klientens liv, og at tilvejebringe forudsætningerne for en syntese.” (Kåver & Nilsonne, 2004, p. 113). Et af de centrale dialektiske spændingsfelter i terapien eksisterer mellem *accept* og *forandring* (Linehan, 2004, p. 19); patienten skal acceptere sig selv sideløbende med, at patienten har et behov om forandring (Kåver & Nilsonne, 2004, p. 113). Terapeuten hjælper patienten med at komme væk fra en ”enten-eller” holdning til en ”både-og” holdning ved at møde patienten med forståelse, men samtidigt stille krav om forandring (ibid., p. 114).

Endvidere bygger DAT på zenbuddhistiske antagelser, hvori kernen ifølge Nahn (2000, p. 66) er at styre sin opmærksomhed mhp. nærvær i nuet. I DAT er evnen til opmærksomhed central for at opnå bedring og er noget af det første patienten præsenteres for i sin gruppefærdighedstræning (Linehan, 2004, p. 136). Grundtanken er, at opmærksomhedsfærdigheder skal afhjælpe fastlåsthed i tanker om fortiden eller fremtiden, hvilket indskrænker menneskets handlemuligheder i nuet. Ved

opmærksom på ens følelsesmæssige tilstand i nuet, er det muligt at observere og beskrive den, hvilket kan facilitere håndtering af følelsen. Dette gøres ved at indtage en ikke-dømmende og –vurderende position over for sine følelser og omgivelser mhp. at undgå at dømme tankers følelsesmæssige respons (Kåver & Nilsonne, 2004, p. 75). Mindfulness synes derved at være en form for metakognition.

Indlæringsteori

Indlæring anses i henhold til Lundh's (Kåver & Nilsonne, 2004, p. 61) definition som forandringer i individets tanke-, føle- og handlemåder, der skabes på baggrund af nye erfaringer. Terapeutisk set bliver indlæring en måde til opnå forandringer i adfærd, tanker og følelser. Inden for DAT tillægges begreber fremført af Skinner en central plads i udvikling og vedligeholdelse af SA og i teknisk tilgang til patienten. Skinner er inspireret af den funktionalistiske skole repræsenteret ved bl.a. Watson (Christensen, 2002, pp. 63-65). Skinner opererer som tidligere nævnt i specialet med fænomener som operant adfærd, der kan forstærkes positivt eller negativt, hvilket øger sandsynligheden for, at adfærden gentages (for nærmere begrebsafklaring se afsnittet *Adfærdens funktion*). Adfærd kan videre udløses automatisk, såkaldt *respondent adfærd* (Kåver & Nilsonne, 2004, p. 66): "*A previous neutral stimulus acquires the power to elicit a response which was originally elicited by another stimulus. The change occurs when the neutral stimulus is followed or "reinforced" by the effective stimulus.*" (Skinner, 1965, p. 53). Skinner forklarer endvidere miljøets indvirkning på adfærd ud fra *forstærkningskontingenser*, hvilket referer til "...*sammenhængen mellem situation, adfærd og konsekvenser i et bestemt miljø...*" (Nilsonne & Kåver, 2004, p. 62). Familien, skolen, den terapeutiske relation eller indre fysiologiske reaktioner er eksempler på forstærkningskontingenser.

Et invaliderende miljø

Emotionel dysregulering ansues i DAT som et resultat af emotionel sårbarhed⁴³ og en manglende evne til regulering af følelser, hvilket tilskrives biologiske dispositioner, der fremmes af et såkaldt *invaliderende miljø*. Et invaliderende miljø

⁴³ Karakteriseret ved sensibilitet over for emotionelle stimuli (en reaktion udløses let), emotionel intensitet (ekstreme reaktioner) og en langsom genetablering af emotionel "baseline" (reaktionerne er langtidsvirkende, hvilket influerer menneskets kognition) (Linehan, 1993, pp. 43-44).

er kendetegnet ved, at barnets kommunikation af tanker og følelser straffes, ignoreres eller trivialiseres og derved ikke bliver valideret. Seksuelle, fysiske og emotionelle overgreb er ofte aktuelle i et sådant miljø (Linehan, 1993, p. 49), som udgør barnets indlæringsmiljø. I sin forklaring af de udviklingsmæssige konsekvenser af en opvækst i et invaliderende miljø, synes Linehan inspireret af den psykodynamiske teoretiker, Stern, uden at være eksplicit herom. På baggrund heraf inddrages Stern som et uddybende supplement til Linehans teori. Stern (2000) beskriver barnets selvudvikling gennem den interpersonelle relation med den primære omsorgsperson, hvor et centralt begreb er *affektiv afstemning*: ”...*afstemning er den dominerende måde, hvorpå man indgår eller tilkendegiver, at man deler indre tilstande... Afstemning gengiver følelse.*” (Stern, 2000, p. 190). Affektiv afstemning betegner således fornemmelsen af, at det, som mennesket føler, ligner det, et andet menneske føler. Menneskets oplevelse af at være i samhørighed med en anden består i oplevelsen af at være afstemt med en anden. Eksempelvis benytter barnet omsorgspersonen til at vurdere, hvilke følelser der skal lægges i en situation ved at registrere omsorgsgiverens signaler. Formår omsorgsgiveren ikke at afstemme barnet, ”...*kan den [fejlaftemning] skabe tvivl om barnets fornemmelse af og vurdering af sine egne eller den andens indre tilstande.*” (Stern, 2000, p. 264), hvilket vil få konsekvenser for barnets videre følelsesmæssige forståelse og udvikling af et stabilt selvbillede (Stern, 2000). Det betyder også, at barnet ikke lærer at sætte ord på sine følelser og at stole på sine vurderinger af indre og ydre begivenheder (Linehan, 1993, p. 51). På et neurobiologisk udviklingsplan spiller affektiv afstemning også en afgørende rolle for barnets senere evne til at håndtere stressfulde oplevelser: ”...[”*affect attunement*”] *play the critical role of psychoneurobiological regulators of the child’s affective states by enabling the child to develop the biological structures necessary to deal with future stressful experiences.*” (Van der Kolk, 2003, p. 295). Omsorgspersonens evne til affektiv afstemning får således en direkte indflydelse på barnets udvikling af det centrale nervesystem, hvilket er involveret i senere stresshåndtering (ibid.). Et eksempel på hyppigt forekommende invaliderende oplevelser hos den aktuelle patientgruppe jf. afsnittet *Barndomstraume, omsorgssvigt og dissociation* er seksuelle overgreb i barndommen, som kan få en lignende fysiologisk indflydelse på barnets udvikling

(Linehan, 1993, p. 53). Disse er et eksempler på, hvordan miljø og biologi kan være med til kontinuerligt at konstituere hinanden, hvilket betyder, at en ætiologisk forklaring inden for rammerne af miljø og biologi ikke kan tildeles hierarkisk værdi.

Kognitiv teori

Den kognitive teori fremtræder inden for DAT i dens anerkendelse af betydningen af mentale aktiviteter som "...iagttagelse, opmærksomhed, hukommelse, begrebsdannelse, ræsonnement og problemløsning, drømme, fantasier og mentale billeder..." (Kåver & Nilsonne, 2004, p. 69). Tanker betragtes i DAT som en medierende og vedligeholdende faktor for SA (ibid., pp. 72-73). De kognitive elementer i DAT er inspireret af begrebssæt og terapeutiske teknikker udkrystalliseret hos den kognitive teoretiker, Beck. Det teoretiske rationale forklares som følgende:

"... an individual's affect and behavior are largely determined by the way in which he structures the world... His cognitions (verbal or pictorial "events" in his stream of consciousness) are based on attitudes or assumptions (schemas), developed from previous experiences." (Beck et al., 1979, p. 3).

Menneskets erkendelse bestemmes således af disse såkaldte skemata: "...a schema constitutes the basis for screening out, differentiating, and coding the stimuli that confront the individual." (Beck et al., 1979, p. 13), som farver menneskets perception. Dette implicerer en moderat konstruktivistisk idé om, at menneskets erkendelse sker gennem "proaktiv kognition" (Mahoney, 1995, p. 44), hvorved "...[g]rænsen mellem objektive indtryk og personlig meningsdannelse udviskes." (Rosenberg & Mørch, 2005, p. 19). Terapiformen baseres yderligere på fænomenologiske idéer om verden (som beskrevet af Kant, Heidegger og Husserl) (Beck et al., 1979, p. 9), der positionerer sig ved, at en objektiv sandhed ligger udenfor menneskets rækkevidde, i og med at mennesket perception sker gennem menneskets sanser, og derved bliver en subjektiv størrelse (Kant, 2002, pp. 54-1; Rosenberg & Mørch, 2005, p. 20). Det betyder i kognitiv terapi, at menneskets oplevelse betragtes som sand (Rosenberg & Mørch, 2005, p. 20). Skemata har et indholdsmæssigt element i form af kerneantagelser. Ved patologi fortolkes

situationer, så de stemmer overens med de aktiverede dysfunktionelle skemata, hvilket oftest betyder, at tænkningen bliver rigid, forvrænget, fastlåst og vanskeliggør aktivering af mere hensigtsmæssige skemata (Beck et al., 1979). Skemata er stabile over tid og opleves som sandheder (Rosenberg & Mørch, 2005, p. 24). Skemata ligger til grund for dysfunktionelle antagelser (ibid., p. 50), der udmønter sig i automatisk tænkning. Automatiske tanker opstår spontant i en konkret situation og er handlingsanvisende (Beck et al., 1979, pp. 147-157). Et eksempel kan være: Jeg ikke er noget værd, og jeg er ikke elskværdig (skemata), så jeg kan ikke tillade mig at stille krav og fortjener ikke andres kærlighed. Jeg fortjener at skade mig selv (kerneantagelser). Med disse emotioner må jeg skære mig. Det giver en hurtig lindring (automatisk tanker) (Frit efter Walsh, 2006, pp. 152-160).

I overensstemmelse med Linehan (1993, p. 359) kan det betragtes som reduktionistisk at tilskrive en patients problemadfærd indre strukturer, idet tankerne alene sjældent forklarer patientens problemer. I DAT danner kognitiv teori rammen for undersøgelse af, hvordan menneskets kognition bidrager til SA og vedligeholdelsen af SA (Linehan, 1993, p. 359), men adskiller sig fra Becks et al.s terapimål (at ændre dysfunktionel kognition). Hovedvægten af intervention lægges derfor på validering frem for kognitiv modifikation, hvilket leder til næste afsnit omhandlende DATs afvigelser fra traditionel kognitiv og adfærdsterapi.

Refleksion over dialektisk adfærdsterapis teoretiske fundering

Som påpeget danner dialektikken den overordnede ramme for DAT, hvilket betyder, at DAT på flere områder adskiller sig fra den traditionel kognitiv og adfærdsterapi. I traditionel kognitiv adfærdsterapi er fokus på forandringsteknikker, mens *forandring* i DAT kombineres med *accept* af adfærd, som den fremstår i nuet, hvorved dialektikken træder frem. Derfor anses den terapeutiske relation som yderst vigtig for terapiens virke, hvilket ikke i samme grad er tilfældet i traditionel kognitiv adfærdsterapi. DAT har endvidere et betydeligt fokus på *terapiforstyrrende adfærd*, lignende den psykodynamiske betoning af ”overføring”, ”modoverføring” og

”modstand”⁴⁴, hvilket typisk ikke tages op i traditionel kognitiv adfærdsterapi (Linehan, 1993, pp. 20-21).

Metateoretisk betragtet synes de teorier og filosofier, DAT integrerer, ukompatible, da de bygger på divergerende menneskesyn. Mennesket er inden for (Linehans anvendelse af) dialektisk filosofi ikke et produkt af hverken sine omgivelser eller medfødte dispositioner, men er snarere et produkt af en gensidig vekselvirkning mellem det indre og ydre. Dette kommer til udtryk ved betoningen af den gensidige forbundethed og helhed. Skinner opfatter ifølge Christensen (2002, p. 65) mennesket som en *tabula rasa* og et produkt af sin indlæring, som bekendt sker ved stimuli-respons-modellen. Inden for kognitiv teori repræsenteret ved Beck synes mennesket betragtet som et produkt af sine kognitive processer, der udmønter sig i en bestemt måde at fortolke følelser og situationer på. Med inspiration fra Bertelsen (2000, p. 2000) synes der inden for hver position at blive foretaget forskellige reduktioner i forståelsen af mennesket, der ikke umiddelbart synes forenelige. Zenbuddhistiske praksisser synes endvidere at ligge uden for, hvad der traditionel set i Vesten betragtes som videnskabelig praksis med sine indlejrede ideologiske og religiøse konnotationer. Det ligger imidlertid ud over specialets rammer at forfølge denne diskussion. Ikke desto mindre synes samføringen af teori og filosofi at forsvares ved formålet med teoretisk integration, som er, ”...å redusere et mangfold av forklaringsmodeller til én modell som kan gripe alle de observerte fænomenene.” (Oddli & Kjøs, 2002, p. 404). De forskellige perspektiver fremstår således som et supplement til hinanden i tråd med almenpsykologiens undersøgelsesidealer.

⁴⁴ Linehan er ikke eksplicit om, hvilken forståelse hun lægger i disse begreber. Med reference til Gabbard (2000, pp.12-15) begreberne forstås som følgende. *Overføring*: patienten oplever terapeuten som en vigtig figur fra patientens fortid, hvorved fortiden gentager sig i nuet. *Modoverføring*: terapeutens reaktioner på patienten baserer sig på sin fortid og følelser fremkaldt af patientens adfærd. *Modstand*: en bevidst, førbevidst eller ubevidst modarbejdende kraft mod terapeutisk bedring, der kommer til udtryk gennem adfærd som fx at komme for sent til sessionen eller være stille under sessionen.

Med udgangspunkt i DATs teoretiske fundament følger der i næstkommende afsnit en eksemplificering af udvikling og vedligeholdelse med afsæt i casen om Sofia (se evt. afsnittet *Præsentation af case: Sofia*), hvilket danner optakten til, hvordan udvalgte teknikker i DAT benyttes i praksis.

Caseanalyse: Udvikling og vedligeholdelse af selvskadende adfærd

I casen fremgår det, at Sofia opvokser hos moderen de første tre år af sit liv, hvorefter faderen kommer ind i familien igen. Moderen og faderen arbejder meget, hvilket betyder, at Sofia overlades til en døgnplejefamilie, hvor Sofia muligvis har været udsat for seksuelle overgreb. Sofia er ikke klar over, om det er virkelighed eller drømme, men har glimtvis erindringer herom, hvilket kan indikere, at *noget* er hændt. Seksuelle overgreb er som beskrevet en yderst invaliderende oplevelse, der i øvrigt ofte forstærkes af, at krænkeren legaliserer overgrebene og samtidigt fremsætter trusler om konsekvenser, hvis overgrebene ikke hemmeligholdes (Linehan, 1993, p. 52). Disse formodede overgreb kan have bidraget til Sofias SA, pga. de psykologiske konsekvenser et traume kan have, og den emotionel sårbarhed et traume kan forårsage via fysiologiske ændringer i det centrale nervesystem. Endvidere oplever Sofia i en anden plejefamilie forskelsbehandling mellem hende og plejefamiliens biologiske børn (Åkerman, foredrag, den 15.04.2009, Frivillig Huset, Århus). Derved signaliseres, at Sofia er mindre værd end familiens egne børn. Situationer som disse kan lægge fundamentet for et skemata om ”Jeg er ikke noget værd”. Det er plausibelt, at sådan et skemata yderligere bestyrkes af forældrenes prioritering af job frem for Sofia, hvilket af Sofia kan opfattes som om, hun ikke er værd at være sammen med eller, at hun er uelskværdig. Noget tyder på baggrund heraf, at Sofia i et vist omfang er blevet mødt med forstærkningskontingenser som ”ligegyldighed”, hvilket ifølge Kåver og Nilsonne (2004, p. 62) kan lede til en systematisk tilegnelse af omgivelsernes ligegyldighed, manglende tiltro til sig selv, selvstraf for det mangelfulde menneske, som mennesket opfatter sig som. Den antagende begrænsede mængde tid Sofia tilbringer med forældrene sammen med de formodede miljømæssige træk kan så tvivl om, hvorvidt Sofias behov for interpersonel stimulering er imødekommet. Hvis Sofia kun i et begrænset omfang har haft sine forældre eller døgnplejefamilier til at afstemme sit følelsesliv med, kan det

forklare hendes vanskelighed med håndtering af sit følelsesliv. Det tyder endvidere på, at Sofias forældre betoner facaden udadtil, hvilket i henhold til Linehan (1993, p. 57) kan være et udtryk for at lykkes forbindes med præstation:

”Mine karakter efter det første halvår i ottende klasse havde siddet oven på alle huskesedlerne på køleskabsdøren. Der kunne alle se hvilken vellykket datter mine forældre havde, og jeg smilede stolt når nogen sagde at med de karakter kunne jeg blive hvad som helst. [...] Nu måtte mine stakkels forældre skamme sig over at deres ældste datter havde været indlagt på psykiatrisk afdeling i to år og ikke fået nogen karakter i al den tid.” (Åkerman, 2006, p. 38).

I dette udsagn ligger implicit en tilkendegivelse af, at Sofia (og forældrene) forbinder sin lidelse med skam, hvilket kan forklare, at Sofia ”kamouflerer” sin indre tilstand ved en sikker ydre fremtræden:

”Jeg viste altid en så tryk, sikker og stærk side udadtil at ingen nogensinde tog mig alvorligt når mit indre monster åd mig op indefra. [...] Og om natten, når ingen så mig, vovede jeg...at slippe taget, slippe min maske. Da kunne jeg græde i timer...” (Åkerman, 2006, p. 24).

Behovet for at skjule sine følelser kan også være et udtryk for, at familien ikke rummer negative følelser. Det isolerede følelsesliv kan i så fald forstås ud fra en kerneantagelse om, at følelsesliv, især negative følelser, er forbeholdt en privat sfære, hvilket kan lede til en automatisk tanke om ikke at udtrykke negative følelser. En anden mulighed er endvidere, som tidligere antydte, at forældrene ikke formår at ”spore” sig ind på Sofias følelser og derfor ikke er opmærksom på hendes opsplittede følelsesliv.

Linehan (1993, pp. 56-57) beskriver tre familietyper, *den kaotiske*, *den perfekte* og *den typiske familie*, som hver har forskellige karakteristika. Med den tilgængelige viden om Sofias opvækstmiljø kan hendes familie dog ikke udelukkende beskrives inden for rammerne af én familietype. Derimod genkendes aspekter fra familietyperne i Sofias tilfælde. Her trækkes kun relevante karakteristika ud fra de enkelte familietyper, som genkendes i Sofias tilfælde. *Den kaotiske familie* er bl.a.

kendetegnet ved, at forældrene ikke er hjemme, og at børnene i høj grad overlades til andre (ibid.), hvilket er aktuelt i i Sofias familie. Når forældrene er hjemme, imødekommes barnets behov ikke (ibid.). Hvorvidt, dette er tilfældet i Sofias familie, vides ikke med sikkerhed. Noget tyder nemlig på, at fremstillingen af Sofias forældre er for unuanceret, da forældrene udviser omsorg for og støtter Sofia i sin kamp mod sine lidelser jf. casen i afsnittet *Præsentation af case: Sofia. I den perfekte familie* kan negative emotioner ikke accepteres (ibid.), hvilket muligvis gør sig gældende i Sofias tilfælde. Endvidere synes Sofias familie som nævnt at have fokus på præstationer som kriterium for succes, hvilket er et kendetegn for *den typiske familie* ifølge Linehan (ibid.). At Sofias familie ikke umiddelbart lader sig entydigt placere kan være et udtryk for virkelighedens kompleksitet, der ikke let lader sig indfange i en teori. Ikke desto mindre kan familietyperne være med til at konceptuere de sociale dimensioner i Sofia livshistorie, der kan være impliceret i udviklingen og vedligeholdelsen af SA.

Øvrige forstærkningskontingenser, der synes aktuelle i forklaringen af SA, er relateret til Sofias skolegang. I sin barndom har Sofia ofte ondt i maven. Når Sofia beklager sig til læreren over maven, får Sofia lov at holde læreren i hånden. Denne omsorg hjælper på mavepinen (Åkerman, foredrag, 15.04.2009, Frivillig Huset, Århus), hvorved der tilsyneladende sker en betinget indlæring mellem fysiske symptomer og omsorg, der udmunder i operant adfærd. Der er således tale om en social positiv forstærkning. Sofia skifter sidenhen skole og begynder i en ”problemklasse”. På et tidspunkt udtrykker Sofia sin sorg og fortvivelse til sin lærer:

”Sofia skrev...på et tidspunkt et dystert, mørkt brev til sin lærer. Et brev, der udtrykte al den sorg og fortvivelse, Sofia følte. Et par dage senere hev læreren Sofia til side og sagde: ”Jamen Sofia, tænk dog på stakkels Pernille!””

(Ahlberg, 2008, p. 1).

I dette tilfælde invalideres Sofias oplevelse af sine problemer og følelser, hvilket sandsynligvis bidrager til en basal antagelse om, at ”mine problemer og følelser har

ingen værdi”, hvilket leder til en dysfunktionel automatiske tanke om, at ”jeg deler ikke mine problemer og følelser med nogen”.

Ovenstående byder på potentielle forklaringer af udviklingen af SA hos Sofia, inden hun i 14-årsalderen for alvor debuterer med selvbeskadigelsen. De formodede forstærkningskontingenser i barndommen, vil formentlig gøre sig gældende fremover, da samspilsmønstre mellem fx individ og forældre i henhold til Stern (2000, pp. 235-236) er stabile over tid. Sofias adfærd vil styres af de konsekvenser, som adfærden udløser i omgivelserne. Derfor vil Sofias måde at opfatte omgivelser og sig selv på ske i overensstemmelse med de udviklede dysfunktionelle skemata, hvilket kan fastholde Sofia i bestemte måder at cope med forskellige følelser og situationer. Efter debuten med SA spiller lignende og andre forstærkningskontingenser en central rolle i vedligeholdelsen af adfærden.

Eksempelvis oplever Sofia ved sin debut med SA omsorg fra plejepersonale i skadestuesammenhæng (Åkerman, 2006), hvilket bestyrker den tidlige udviklede oprante adfærd (kobling mellem fysiske symptomer og omsorg). Senere i sit sygeforløb oplever Sofia imidlertid den modsatte reaktion; at hun frastøder personalet med sin destruktive adfærd. Personalets interventionstiltag er at isolere Sofia under påskud af, at hun har behov for ro. Ingen synes at forstå Sofias egentlige motiv for adfærden; Hun udtrykker et behov for omsorg, hvilket fremgår af et tidligere fremhævet eksempel, hvor Sofia forsøger at hænge sig selv (se evt. afsnittet *Caseanalyse: Selvskadens funktion*). Sofia bliver isoleret i et rum, hvor personalet afstår sig fra at tale med Sofia. Sofias følelsesmæssige tilstand valideres således ikke. Isoleringen resulterer i følgende reaktion hos Sofia: ”...jeg bed sting af sine håndled for at få plejerne til at snakke med mig, om ikke andet så for at skribe: - Sofia for helvede! Hold så op!” (Åkerman, 2006, p. 52). Dette er et eksempel på, hvordan social positiv forstærkning kan udmønte sig i praksis, og hvordan forstærkningskontingenser kan spille sammen. Ifølge Kåver og Nilsonne (2004, p. 65) er benyttelsen af straf lignende interventioner en u hensigtsmæssig tilgang til at

reducere SA, fordi koblingen mellem straf og adfærd ofte er fraværende, hvilket gør nyindlæring vanskeligt. I Sofias tilfælde er behandlingen ”...mest gået ud på straf, tvang, skræmmebilleder....Jeg var blevet straffet så mange gange at de ikke havde flere afstraffelsesmetoder at ty til. Deres behandling var holdt op med at virke på mig... ” (Åkerman, 2006, p. 31).

En anden vedligeholdende faktor, der synes central i Sofias tilfælde, er, den identitet⁴⁵, som Sofia udvikler gennem sine erfaringer med behandlingsverdenen. Først og fremmest gør diagnosticeringen noget ved Sofias selvopfattelse, da hun ”kommer til” at definere sig selv inden for rammerne af sygdom og faktisk udvikler en identitet som ”selvskader”:

”Jeg var diagnosticeret som en fare for mig selv og klassificeret som et vaskeægte psykiatrisk tilfælde. Jeg havde ikke længere nogen værdi som et raskt menneske.” (Åkerman, 2006, p. 92).

”Jeg var jo en zebrapige! Jeg var ikke et menneske længere, jeg tilhørte den der race som løber rundt på sygehusenes savanner, og jo flere striber man har, desto vigtigere er man.” (Åkerman, 2006, p. 39).

Den Sofia, der eksisterede inden debuten med SA, beskriver Sofia som ”...et synligt spøgelse.” (Åkerman, 2006, pp. 38-39), hvilket ikke er en acceptabel identitet for Sofia, hvilket kommer til udtryk i de to nedenstående citater. I sin psykopatologi finder Sofia imidlertid en identitet som ”selvskader”; den er hun dygtig til, og den bemærkes og beundres (Åkerman, 2006). Det kan være et motiv for at fastholde sin identitet, hvilken ikke er forenelig med et liv uden for psykiatrien:

”Hvis jeg skulle begynde i skolen, ville jeg fjerne mig endnu et skridt fra rollen som zebrapigens ukronede dronning, den Sofia jeg havde været så dygtig til at være.” (Åkerman, 2006, p. 39).

⁴⁵ Identitetsdannelse kan ud fra Plante (2007, p. 30) forstås som acceptabel, realistisk og konsistent fornemmelse af, hvem individet er, hvordan individet relaterer til andre, hvilke roller, talenter og værdier, der former individets liv.

”Jeg ville være normal, gøre ting som almindelig unge mennesker gjorde og leve som alle andre, men samtidig frygtede jeg at miste min eneste identitet, frygtede at falde tilbage og igen blive den usynlige Sofia, som jeg havde været inden jeg blev syg for mange år siden.” (Åkerman, 2006, p. 38).

Identiteten som ”selvskader” synes så stærkt forankret i Sofia, at den hindrer hende i at blive rask, hvorved der opstår den dialektiske spænding mellem ønsket om at blive rask og forblive i sygerollen. Den identitet, som Sofia frygter at ”falde tilbage” til, er formentlig ikke alderssvarende, da Sofia debuterer som 14-årig og identiteten udvikler sig over en årrække, hvilket gør det mindre attraktivt at vende tilbage til sin gamle identitet.

Den hidtidige analyse af Sofia danner en basisviden, der er central for et behandlingsforløb med en patient som Sofia. Det følgende afsnit omhandler DAT i praksis, hvor casen om Sofia inddrages til at nuancere anvendelsen af DAT teknikker i praksis.

Teoriernes metodiske forankring i dialektisk adfærdsterapi

Behandlingen i DAT tager udgangspunkt i et målhierarki, der danner en overordnet struktur for hele DAT-forløbet fra start til slut. Målhierarkiet fremgår af figur 8 på næste side. Målhierarkiet danner desuden struktur for den enkelte session, mens *indholdet* i sessionen afgøres af, hvad der er sket siden sidste session, eller hvad der ”rører” sig i den enkelte session (Kåver og Nilsonne, 2004, pp. 83-92). I dette afsnit udvælges de første tre faser; *Orientering og kontakt*, *Mål i første fase: stabilitet/sikkerhed i nuet* og *Mål i anden fase: at bearbejde livshændelser*, da de synes særligt anvendelige i eksemplificeringen af SA. Faseafgrænsningerne skal ikke forstås som definitive størrelser, da terapien ofte forløber cirkulært, hvor de enkelte fasers mål kontinuerligt tages op (Linehan, 1993).

Figur 8. Målhierarki

Primære mål

Orientering og kontrakt

Mål i første fase: *stabilitet/sikkerhed i nuet*:

1. At reducere selvmordsadfærd og selvmutilerende adfærd.
2. At reducere terapiforstyrrende adfærd.
3. At reducere adfærd, der forringer livskvaliteten.
4. At styrke færdigheder og kompetent adfærd:
Opmærksomhedsfærdigheder (mindfulness).
Relationsfærdigheder.
Færdigheder i følelsesregulering.
Hold ud-færdigheder.

Mål i anden fase: at bearbejde *livshændelser*:

5. At reducere posttraumatisk stress.

Mål i tredje fase: at arbejde *fremadrettet*:

6. At øge selvrespekten.
7. At nå personlige mål.

Mål i fjerde fase:

8. At skabe et liv, der er værd at leve/varig glæde.
9. At være engageret i sit eget liv.
10. At være engageret i relationer.
11. At føle sig levende, og at man hører til.
12. At leve i *mindfulness*.

Kilde: Kåver & Nilsonne, 2004, p. 84

Interventionen sker som bekendt ud fra forskellige behandlingsspor - individuel terapi, færdighedstræning, telefonkonsultation og supervision – hvor fokus her indsnævres til den individuelle terapi. På tværs af faser og behandlingsspor indgår en række teknikker som *trinvis indlæring*⁴⁶, *udslukning*⁴⁷, *eksponering*⁴⁸, *kognitiv omstrukturering*⁴⁹, *dialektiske teknikker*⁵⁰, *meditationsøvelser*⁵¹, *psykoedukation* m.fl. (Kåver & Nilsonne, 2004; Linehan, 1993). Teknikkerne er indlejret i et validerende terapeutisk miljø. I dette afsnit ligger fokus på to udvalgte teknikker inden for

⁴⁶ Fx at opmuntrende fremhæve selv små dele af adfærd, der konstruktivt fremmer problemløsning.

⁴⁷ Uhensigtsmæssig adfærd tildeles ikke opmærksomhed med antagelsen om, at adfærden så mindskes efterhånden.

⁴⁸ Patienten udsættes for det, der forårsager en given adfærd, uden at forstærke adfærden, hvilket giver patienten mulighed for at agere anderledes i situationen. Fx i form af kædeanalyse eller forlænget eksponering.

⁴⁹ Fx at udfordre tænkningen eller søge efter beviser for tænkningens rationalitet.

⁵⁰ Fx i form af metafoer og ”djævlens advokat”.

⁵¹ Fx vende opmærksomheden mod følelser uden at reagere på dem, blot observere og beskrive dem.

eksponering⁵², kædeanalyse og *forlænget eksponering*, da det giver mulighed for at gå i dybden med disse.

I det følgende belyses de nævnte faser og teknikker. Casen om Sofia inddrages løbende til at konkretisere behandlingen ud fra.

Orientering og kontrakt

I begyndelsen af terapien etableres en relation mellem terapeut og behandler, der er afgørende for dannelse af en arbejdsalliance. Relationen er ifølge Linehan (1993, p. 514) desuden ofte den, der fastholder patienten i terapien. Patienten informeres om patologiforståelse og de bagvedliggende behandlingsprincipper i DAT. Der udarbejdes en skriftlig kontrakt, hvor patienten indvilliger i at deltage i og fuldføre terapien (Kåver & Nilsonne, 2004, pp. 84-86; Linehan, 1993, p. 169).

Caseanalyse: Relationsdannelse

Med den foregående analyse af Sofia in mente, kan der fra terapiens begyndelse opstå problemer, som terapeuten indledningsvist må tage hånd om. Sofia (Åkerman, 2006, p. 71) beskriver en situation (blandt andre), hvor hun efter en afvisning af en veninde konkluderer, at hun ikke kan forvente sig af, stole på og åbne sig over for nogen igen. Dette illustrer, at Sofia antageligt har en dysfunktionel antagelse om, at hun ikke kan stole på nogen, hvilket kan udmønte sig i, at hun tager afstand fra terapeuten. Dette vanskeliggør etablering af en bæredygtig relation. Information om tidligere behandlingsforløb kan bibringe central viden herom (Kåver & Nilsonne, 2004, p. 86), og det bliver aktuelt at undersøge, hvordan den interpersonelle relation mellem terapeut og patient udfolder sig, da det kan indeholde vigtige informationer om fremtidige problemer (Linehan, 1993, p. 446). I denne fase noterer terapeuten blot informationer fra relationen, mens informationerne først benyttes eksplicit i anden fase af DAT til at analysere sammenhæng mellem eventuelle livshændelser og

⁵² Med reference til Foa (Linehan, 1993, p. 346) er antagelsen, at betingede følelser kan gøres ubetingede, ved, at der integreres korrigerende informationer, der er inkompatible med de eksisterende kognitive strukturer.

adfærd, når patienten har lært nødvendige copingfærdigheder til en sådan konfrontation. Terapeuten holder således fokus på ”her og nu” i håndteringen af dysfunktionel adfærd og emotionelle mønstre (Linehan, 1993, p. 171). Linehan giver ikke direkte retningslinier for, hvordan en positiv relation kan skabes, ud over at terapeuten skal udvise ægthed, varme, accept og empati. Hvis terapeutens tilgang er karakteriseret herved, er der ikke desto mindre en fare for, at Sofia fejltolker terapeutens oprigtighed i henhold til dysfunktionelle skemata, hvilket kan vække en modstand hos Sofia. Den manglende tiltro til andre menneskers oprigtighed, kommer fx til udtryk under en af Sofias indlæggelser, hvor en sygeplejerske tilkendegiver, at hun synes, at Sofia er en sød og speciel pige, hvortil Sofias reaktion er ”...*Det siger du kun fordi du er så flink*” (Åkerman, 2006, p. 19). Den relationelle tematik dukker sandsynligvis op kontinuerligt i terapiforløbet, hvilket understreger nødvendigheden af at adressere Sofias interpersonelle mønstre, således at de ikke udvikler sig til terapiforstyrrende adfærd. Terapeutopgaven vil da være at skabe mere hensigtsmæssige forstærkningskontingenser, end de Sofia har mødt i barndommen, dvs. et validerende miljø, hvor der er mulighed for tilegnelse af korrigerende erfaringer og ny indlæring.

Caseanalyse: Indgåelse af kontrakt

En anden problematik i den indledende fase er indgåelse af en kontrakt om behandlingspræmisserne, herunder en reduktion af selvbeskadigelse. Sofia udtrykker direkte, at hun under behandlingsforløb har afslået en sådan aftale, fordi hun ikke vil kunne overholde den (Åkerman, foredrag, den 15.04.2009, Frivillig Huset, Århus). En afvigelse fra DATs målhierarki vil formentlig være nødvendig. Terapeuten kan fx sammen med patienten lave en dybdegående analyse af årsager, der fastholder SA. Med udgangspunkt i udviklingen af SA og vedligeholdende faktorer i Sofias tilfælde, kan man muligvis fremme motivationen for reduktion af SA, hvis de sammenholdes med adfærdens kortsigtede og langsigtede mål samt Sofias livsmål. Et livsmål i Sofias situation kan være at komme på gymnasium, hvilket ikke er foreneligt med den omfattende karakter, Sofias selvskade har. Det vidner gentagne skoleopstart om (Åkerman, 2006). Det betyder, at en vigtig måladfærd er reduktion af SA for at

kunne opnå sit livsmål, at komme i gymnasium. Dette vil således være hovedfokus med det terapeutiske forløb.

Når der er opnået enighed om en kontrakt, kan selve terapiforløbet igangsættes, hvilket leder videre til næste fase.

Mål i første fase: stabilitet/sikkerhed i nuet

Denne fase indeholder fire overordnede mål; reduktion af selvbeskadigelse, reduktion af terapiforstyrrende adfærd, reduktion af adfærd, der forringer livskvaliteten samt styrkelse af færdigheder, herunder opmærksomheds-, relations-, følelsesregulerende samt hold-ud-færdigheder.

Patienten skal fra session til session udfylde et dagbogsark (se evt. bilag 2) og et ugeskema (se evt. bilag 3), hvorudfra den enkelte session struktureres. Hvis der opstår SA, terapiforstyrrende eller livskvalitetsnedsættende adfærd mellem sessionerne eller i sessionerne, er de på dagsordenen for den aktuelle session (Linehan, 1993, p. 255). Fokus indsnævres her til *reduktion af selvbeskadigelse*, da det er omdrejningspunktet i specialets problemformulering. Kåver og Nilsonne (2004, p. 63) understreger i den forbindelse, at terapeuten *aldrig* må forstærke den SA. En strategi er fx at nægte at se patienten inden et døgn efter en episode med SA for at fremme andre løsningsstrategier. I terapien må terapeuten desuden ikke udvise mere varme end under normale omstændigheder, men skal validere patientens bagvedliggende følelser. Forstærkning kan undgås ved en ”faktabaseret” tilgang til undersøgelse af SA ved at fokusere på fx hvilken type skade, hvor dyb skaden er, hvilke redskaber er der brugt osv. Der udarbejdes altid en kædeanalyse af SA i samarbejde med patienten (Linehan, 1993, p. 258). Som tidligere nævnt kan adfærd forstås ud fra ”indlæringslovene”, hvorfor det bliver aktuelt at identificere forstærkningskontingenser, at undersøge, hvad der fremkalder, styrer og fastholder adfærd (Kåver & Nilone, 2004, pp. 67-69). Denne kortlægning sker i DAT med udgangspunkt i en kædeanalyse. En kædeanalyse indebærer identificering af 1. en

aktuel problematisk situation, 2. problemadfærden, 3. mulige variabler, der har udløst, medieret og kontrolleret adfærden. Det være sig: a. sårbarhedsfaktorer, b. udløsende faktorer og c. medierende faktorer. Herforuden kortlægges kort- og langsigtede konsekvenser (Kåver & Nilsonne, 2004, p. 67-69). Som led i kortlægningen af aktuel episode kan stilles indledende spørgsmål som: *"What set that off?"* or *"What was going on at the moment the problem started?"* (Linehan, 1993, p. 259). I indsamlingen af yderligere informationer udspørges patienten om adfærd, tankeindhold, følelser og sansefornemmelser ved spørgsmålstypen *"How did you get from here to there?"* (Linehan, 1993, p. 260). I det følgende afsnit fremsættes et eksempel på en kædeanalyse med afsæt i casen om Sofia.

Caseanalyse: Kædeanalyse af selvskadende adfærd

Kædeanalysen tager udgangspunkt i en episode med SA hos Sofia, der tidligere er refereret til (se evt. afsnit *Caseanalyse: Selvskadens funktion*). Kort opridset formår Sofia ikke at spille guitar eller løse sin regning i skolen, hvilket udmunder i, at Sofia skærer sig i armen på skoletoiletet. I figur 9 på den følgende side er eksemplet skematisk fremstillet. Sofia sover generelt dårligt om natten (Åkerman, 2006), hvilket kan betragtes som en sårbarhedsfaktor (Kåver & Nilsonne, 2004, p. 69). Den udløsende situation foregår som nævnt på skolen, hvor Sofia ikke formår hverken at spille guitar eller løse sine regneopgaver. Dette vækker antageligt dysfunktionelle skemata hos Sofia om "manglende kompetence", som igen vækker følelser som skam, håbløshed, vrede, tomhed og selvhad. Tanker og følelser resulterer i et "tankemylder", som Sofia ikke kan kontrollere. Det ender med, at Sofia skærer sig i armen, hvilket øjeblikkeligt giver ro, afslappelse og kontrol over tanker og følelser, hvilket kan betegnes som de kortsigtede konsekvenser af adfærden. De langsigtede konsekvenser er bl.a. manglende problemløsning, ardannelse, nedsat selvrespekt og skam. Det bliver vigtigt at forstærke adfærd i hændelsesforløbet, der er hensigtsmæssig i forhold til problemløsning. Sofia forsøger sig faktisk med alternative løsninger, hvilket tyder på, at hun besidder betydelige copingressourcer.

Figur 9. Eksempel på kædeanalyse i henhold til casen om Sofia.
 Analysen er inspireret af Kåver og Nilsonne (2004, p. 69).

Sårbarhed	Udløsende faktor	Tanker	Følelser	Problemadfærd	Konsekvenser kortsigtede	Konsekvenser langsigtede
Søvnmangel.	Episode i skolen, hvor jeg ikke kan spille perfekt guitar, jeg kan ikke løse mine regnestykker.	Jeg er den dårligste til at spille guitar! Jeg kan ikke finde ud af matematik! Jeg dur ikke til noget!	Skam, håbløshed, vrede, tomhed, selvhad.	Skærer tre snit i min arm med et barberblad.	Jeg får ro for tankerne. Får en dejlig afslappende fornemmelse i kroppen. Kontrol over tankerne og følelser.	Jeg har ikke løst mine problemer. Jeg får ardannelse. Forringer min selvrespekt. Føler skam. Familien er skuffet.

Efter Sofia erfarer, at hun ikke kan spille guitar, flygter hun efter eget udsagn ud af musiklokalet (Åkerman, 2006, p. 64). Sofia tænker: ”Jeg må råbe om hjælp så nogen finder mig! Jeg må række en hånd frem så nogen kan tage den og trække mig op...” (Åkerman, 2006, p. 65) og foretager i forlængelse heraf to telefonopkald i håbet om, at hun kan hente hjælp der. Ingen svarer imidlertid. Dette indikerer, at Sofia formentlig vil benytte og få udbytte af telefonkonsultation, hvis hun er patient i et DAT-forløb, hvor terapeuten jf. Linehan (1993, p. 104) i samarbejde med patienten finder frem til, hvilke færdigheder der vil være anvendelige i den givne situation. Da Sofia ikke opnår telefonisk kontakt, løber hun i forsøget på at komme fra ”Lucifers klør”, hvorefter hun bliver fysisk udmattet (Åkerman, 2006, p. 66). Derefter ender Sofia i matematiktimen på skolen. Sofia udviser her konstruktiv problemløsning (telefonopkald og løb), hvilket må forstærkes.

Et problem ved gennemførelse af en kædeanalyse i Sofias tilfælde er, at hun antageligt vil finde det vanskeligt at sætte ord på sine følelser, hvilket fordrer en ihærdig indspørgen til fysiologiske og psykologiske aspekter af følelsen. Endvidere forestilles det, at eksponering gennem den detaljerede analyse af episoden kan vække modstand hos Sofia, som kan komme til udtryk ved, at Sofia fx forholder sig tavs eller trækker sig emotionelt tilbage i sessionen.

”Some patients not only do not want to talk about suicidal behaviors [og SA]; they also do not want to talk about anything associated with it. Often, these are emotion-phobic patients who are afraid that talking about the problems will expose them to overwhelming negative affect.” (Linehan, 1993, p. 182).

Angsten for at blive overvældet af negative følelser under session kan være en forklaring herpå. En anden mulighed, som ikke udelukker den første, er, at den SA er forbundet med skamfølelser. Ved terapeutens insistensen på at gennemføre analysen, kan der således opstå en fare for, at patienten ikke oplever sig følelsesmæssigt valideret (Linehan, 1993, p. 182). Hvis terapeuten imidlertid ikke er vedholdende i at gennemføre kædeanalysen, kan det forstærke adfærd præget af modstand (Linehan, 1993, p. 191). Terapeuten må således her balancere mellem accept og kravet om

forandring, hvilket i praksis må være en vanskelig kunst. Hvis det opridsede scenario opstår i terapien, må terapeuten italesætte *livskvalitetsforstyrrende adfærd* (cutting er ikke forenelig med Sofias livsmål at gå i gymnasiet) og *terapiforstyrrende adfærd* (tavshed under sessionen, trække sig emotionelt tilbage) og derved fleksibelt bevæge sig mellem sessionen, fasen, og terapiens mål.

Øvrige aktuelle interventionstiltag

Andre mål i denne fase vedrører færdighedstræning, som skal sætte patienten i stand til bl.a. at være opmærksom på sine følelser, evne følelsesregulering, indgå i relationer på en hensigtsmæssig måde og udholde indre tilstande (Linehan, 1993, pp. 144-155). På baggrund af analysen indikeres nogle mangelfulde færdigheder hos Sofia. Fx at regulere sine følelser og afdede en episode med SA. Hertil vil færdighedstræning i *følelsesmæssig regulering* og *hold-ud-strategier* være relevante. Hensigten med færdigheder i følelsesregulering er at lære patienten at rumme sine følelser og anvende dem uden at overvældes af dem. De såkaldte hold-ud-strategier er tiltænkt at hjælpe patienten igennem fremtidige kriser uden at forværre tilstanden ved fx at skære sig. Hold-ud-strategier er sidste endestation inden selvskaden, hvor krisesituationen ofte ikke står til at forandre - en central færdighed er da at lære at acceptere sig selv og situationen (Kåver & Nilsonne, 2004, pp. 106-107).

Denne indledende fase må antages at have forskellig varighed på tværs af patienter. Med det kendskab som haves til Sofias SA, som jo er karakteriseret ved at være en altoverskyggende beskæftigelse, antages det, at den første fase tidsmæssigt vil strække sig.

Mål i anden fase: at bearbejde livshændelser

Patienten er rustet til at bearbejde livshændelser, når der er indlært alternative færdigheder til SA. Det er essentielt, at patienten er i stand til at tale om smertefulde erindringer uden at give efter for impulsen til selvskade. Målet med nærværende fase er at minimere posttraumatisk stress fx som følge af seksuelle overgreb (Kåver & Nilsonne, 2004, p. 84), herunder at acceptere de traumatiske begivenheder, reducere

benægtelse, skyld, responsmønstre og dikotom tænkning (Linehan, 1993, p. 179). I denne fase benyttes *forlænget eksponering* hyppigt til at bearbejde trauma og de dertilhørende følelsesmæssige responser, da Linehans antagelse er, at "[t]he only way out of emotions is through them." (Linehan, 1993, p. 351).

Forlænget eksponering

Ved anvendelse af eksponeringsteknikker må terapeuten ifølge Linehan (1993, pp. 344, 350-157) være opmærksom på visse forhold: Eksponeringssituationen skal matche situationen, der har udløst den betingede emotionelle respons. Endvidere må eksponeringen være tilstrækkeligt længe til at vække de aktuelle følelser. Her må terapeuten være opmærksom på, at dysfunktionelle copingsstrategier til følelseshåndtering blokeres – fx kan patienten flytte fokus til andre mindre skræmmende områder, dissociere eller depersonalisere. Det vil styrke patients fornemmelse af kontrol over situationen, hvis patienten frivilligt "forlader" eksponeringssituationen på en hensigtsmæssig måde indlæringsmæssigt. For at minimere faren for uhensigtsmæssig forstærkning må terapeuten hjælpe patienten med at komme ned mod "emotionel baseline" (ibid.). Linehan (1993, pp. 171-172, 350) understreger, at graden af eksponering må afpasses traumets sværhedsgrad, patientens adfærdsmæssige og sociale ressourcer. Linehan beskriver imidlertid ikke nærmere, hvordan eksponering af traumerelaterede episoder skal gribes an i praksis, hvilket kan undre, når så stor en del af den aktuelle patientgruppe, har været udsat for overgreb - mellem 40 og 65 % anslår Favazza (1998, p. 258-268). Walsh (2006) behandler imidlertid traumeeksponering med henvisning til Foa og kollegaer, hvorfra Linehan i øvrigt også henter inspiration til eksponeringsteknikker i DAT. I det følgende benyttes derfor Foa og kollegaers protokolbaserede fremgangsmåde ved eksponering, som den fremsættes af Walsh (2006, pp. 186-200).

Eksponeringen er opdelt i fem trin, der følges slavisk. *Første trin* indebærer *indsamling af informationer om traumatiske oplevelser* fx ud fra instrumentet *Standardized Assault Interview* (Walsh, 2006, pp. 186-200). Linehans (1993, p. p. 156) erfaring viser, at disse informationer i nogle tilfælde indsamles hurtigt, mens det

for andre afsløres gradvist i terapien. På *andet trin* af eksponeringen ligger koncentrationen på ”mindful breathing” (Walsh, 2006, pp. 186-200), hvilket i DAT som bekendt er en færdighed, der allerede på dette tidspunkt i terapien er opøvet i forbindelse med (i det følgende forkortet til ifm.) gruppeterapien. Under selve eksponeringsakten rådes terapeuten til hvert femte minut at spørge patienten om en vurdering af sit aktuelle ”distress” niveau på en scala fra 0 (ingen ”distress”) til 100 (maksimum ”distress”). Hvis distressniveauet ligger over 30, bør der fokuseres på vejrtrækning, da kontrol over vejrtrækningen faciliterer coping med ubehagelige følelser og beroliger kroppen fysiologisk (ibid.). *Tredje trin* implicerer psykoedukation om almindelige reaktioner på krænkende overgreb, hvorved patientens reaktioner normaliseres. Det påpeges videre, at mange patienter oplever en forværring i deres tilstand ifm. eksponeringen. På det *fjerde trin* udsættes patienten for de traumarelaterede stimuli på ”forestillingsniveau”, alt imens der arbejdes med at opnå emotionel ro (ibid.). En indledning til dette trin kan være:

”Dine drømme og tilbagevendende tanker er signaler om, at du ikke har håndteret dine erindringer. Ved at udsætte dig selv for din forestilling om overgrebene, konfronteres dine tanker og erindringer uden, at du skubber dem væk. Genoplevelsen gør, at du kan ”aktivere” oplevelsen, som enhver anden dårlig oplevelse”. (Frit efter Meadow & Foa i Walsh, 2006, p. 192).

Der udarbejdes et hierarki over traumatiske oplevelser, hvor hver af disse bliver omdrejningspunktet for en forestillingsbaseret eksponering (ibid.). På det sidste trin, *femte trin*, dannes link mellem fortidig trauma og problemer i nutiden, hvor fokus er rettet mod situationer, der udløser problemadfærden. Et eksempel kan med reference til Walsh (2006, p. 195) være en klient, der oplever intens frygt, hvis hun ser en mand, der ligner hendes fader, der har udsat hende for seksuelle overgreb i barndommen.

Når denne eksponeringsform sættes i relation til casen om Sofia, rejser der sig nogle tvivlsspørgsmål om, hvordan eksponeringen helt konkret gribes an i praksis, hvilket leder til en general tematik i terapi om falske erindringer.

Caseanalyse: Eksponering og mulige erindringer

Sofia har som bekendt nogle glimtvisse erindringer om mulige overgreb, og det vurderes, at disse vil være genstand for nærmere udforskning og eksponering i et terapiforløb som DAT. Det står imidlertid uklart, hvordan eksponering gribes an i DAT, når en patient ikke har en klar erindring om et specifikt hændelsesforløb. Sofia er omkring 4 år, da de mulige seksuelle overgreb har fundet sted. Om de glimtvisse erindringer er drømme eller virkelighed er Sofia ikke klar over. Alt efter teoretisk ståsted vil dette forstås forskelligt; nogle vil fx forklare det ud fra fortrængning⁵³, andre ud fra om manglende kognitive modning, hukommelsesbias eller ud fra et neurobiologisk perspektiv. Laney og Loftus (2005, p. 824) påpeger fx, at menneskets erindringer om overgreb i den tidlige barndom er sparsomme grundet børneamnesi, hvilket ifølge Van der Kolk (1999, pp. 310-318) formodentligt hænger sammen med, at hippocampus⁵⁴ ikke er fuldt udviklet før barnets tredje eller fjerde leveår. Van der Kolk (ibid.) gør videre opmærksom på, at traumatiske hændelser kan indvirke på den semantiske hukommelse, der dækker over fakta og hændelser. Det kan gøre det vanskeligt bevidst at genkalde oplevelser. Dette forbinder Van der Kolk (ibid.) med neurologiske processer under selve traumat, som fx øget frigivelse af hormonet ”norepinephrine”, der antageligt udgør et centralt aspekt i amnesi. Den teoretiske overbevisning influerer på terapeutens metodiske tilgang til uklare erindringer. Ved en antagelse om fortrængning anvendes ofte ”memory-recovery” teknikker⁵⁵ (Laney & Loftus, 2005, p. 823), hvorimod mere ”biologiske” overbevisninger formodes at bearbejde tilstedeværende erindringer.

Under eksponering gør Linehan (1993, p. 358) opmærksom på, at patienten spørges ind til detaljer om traumat som visuelle, auditive, lugte og somatiske sansninger, tanker og adfærd. Det er muligt, at der ud fra informationer som disse kan skabes et

⁵³ En forsvarsmekanisme, der på et ubevidst plan skiller uacceptable følelser mv. fra bevidstheden (Gabbard, 2000, p. 30).

⁵⁴ ”The hippocampus is believed to be involved in the evaluation of spatially and temporally unrelated events, comparing them with previously stored information and determining whether and how they are associated with each other and with reward, punishment, novelty, or nonreward.” (Van der Kolk, 1999, p. 316).

⁵⁵ Psykoanalysen er et eksempel på en ”recovered memory” terapi, hvor hypnose fx anvendes (Kihlstorm, 1996, p. 298).

fundament for eksponering. Terapeuten kan fx registrere intensiteten af patientens emotionelle reaktion. Der må rettes fokus mod områder, hvor patienten udviser intense følelsesreaktioner. Ikke desto mindre må terapeuten være opmærksom på, at erindrings emotionelle intensitet ikke er ensbetydende med, at erindringen repræsenterer en virkelig hændelse (Laney & Loftus, 2008). Alene overbevisningen om traumets autenticitet, kan fremkalde en intens emotionel reaktion: "...*simply believing that one has been traumatized may be enough to produce an emotional response similar to that produced when one has actually been traumatized.*" (Laney & Loftus, 2005, p. 826). Terapeuten må således være forsigtig med en forudindtagethed, der baserer sig på tidligere erfaringer med lignende patienter og forskning på området. Der kan være en fare for, at terapeuten leder efter "clues", der kan verificere denne forudindtagethed. Blot fordi traumatiske overgreb er aktuelt for en stor del af denne patientgruppe, er det ikke nødvendigvis tilfældet. En undersøgelse af Loftus & Pickrell (1995, pp. 720-725)⁵⁶ viser, at mennesket kan påvirkes til at erindre sin fortid på forskellige måder, og at det er muligt, at implantere hændelser, der aldrig er hændt for det aktuelle menneske. I undersøgelsen benyttes hændelser udformet af undersøgelsesdeltagernes familiemedlemmer til at implementere falske erindringer om at være blevet væk i et indkøbscenter i 4 til 6 års alderen (ibid.). Det viser sig, at "*Misinformation can...lead people to have very rich false memories. Once embraced, people can express these false memories with confidence and detail.*" (Loftus, 2005, p. 365). Dette forklares ved, at menneskets erindringer påvirkes af nye informationer, der inkorporeres i den eksisterende erindring – informationerne kan supplere den eksisterende erindring eller ændre den. Dette kan føre til, at falske erindringer kan dannes (Loftus & Pickrell, 1995, p. 720). Allerede eksisterende erindringer sammenvæves således med nye informationer, så det bliver vanskeligt for mennesket at adskille fakta fra fiktion (ibid., p. 725).

Dette implicerer, at der i terapeutisk sammenhæng kan være en risiko for skabelse af falske erindringer. Det betyder, at terapeuten må være påpasselig med at bruge "memory-recovery" teknikker til at rekonstruere erindringer ud fra, da det i værste

⁵⁶ For uddybning, se bilag 1, punkt 8.

fald kan betyde, at patienten bliver overbevist om, at denne har været udsat for seksuelle overgreb som barn, selvom overgrebene reelt ikke har hændt (Laney & Loftus, 2005, p. 823). Med henvisning til casen om Sofia opstår der fx, som følge af terapeutisk udredning af årsagerne til Sofias SA, en overgang mistænke om, at Sofias fader har haft et incestuøst forhold til hende. Dette får konsekvenser for Sofias relation til sine forældre. Mistanken falder siden hen på døgnplejefamilien (Åkerman, foredrag, den 15.04.2009, Frivillig Huset, Århus). Terapeuten må således være sig sin ”magtposition” bevidst. Når dette er nævnt, skal det samtidigt understreges, at terapeuten på den anden side ikke må være afvisende over for overgrebstatistikker, således at patienten ikke føler sig valideret for sine erindringer og dertilhørende følelser. Pointen må være, at en erindrings korrekthed bliver underordnet. I stedet for at rekonstruere et hændelsesforløb, bliver det snarere aktuelt at rette fokus (eksponering) mod patientens oplevelse og aktuelle følelser.

Når der kun forekommer erindringsbrudstykker ifm. seksuelle overgreb, bliver målet for patienten ifølge Linehan (1993, p. 156) at danne sig en syntese mellem visheden om, at der skete noget, og den manglende vished om præcist hvad, der skete for derigennem at forlige eller acceptere overgrebene. Dette vil ligeså være et mål i Sofias tilfælde i casen. Det formodes endvidere, at denne del af terapien vil vække signifikante og intense følelsesmæssige reaktioner, som ifølge Walsh (2006) kan resultere i en opblomstring af den SA. Linehan erkender også, at ”...*hospitalizing a patient for the initial exposure session can be quite useful.*” (Linehan, 1993, p. 358), hvilket tyder på, at eksponeringen kan opleves som yderst voldsom. Der rejser sig i den forbindelse spørgsmål om risiko for retraumatisering. Hvorvidt patienter i alle tilfælde skal eksponeres for traumerelaterede hændelser ligger imidlertid udenfor dette speciales rammer.

I ovenstående er forsøgt illustreret, hvilke principper behandling af SA kan bygge på. Dette leder i det følgende afsnit til refleksioner over DATs styrker og svagheder.

Refleksion over dialektisk adfærdsterapi i praksis

Terapiformens styrke synes bl.a. at ligge i dens teoretiske og tekniske bredde, der direkte er målrettet mod patologisk SA. Terapiformen er i sin oprindelige udformning evidensbaseret, hvilket i praksis er med til at sikre patienten den optimale behandling. DAT formår at forklare mange af de mekanismer, der gør sig gældende ved SA. Dens bredde bliver imidlertid også dens svaghed i praksis, fordi den fordrer en enorm teoretisk viden og tekniske færdigheder for stringent at kunne følge behandlingsprincipperne i DAT. DAT forudsætter også fleksibilitet og overblik, idet terapeuten må kunne intervenere på tre niveauer - bevæge sig mellem sessionens mål, fasens mål og terapiens overordnede mål - og samtidigt holde strukturen i den enkelte session; en gennemgående prøvelse for terapeuten i DAT, som i særdeleshed ifølge Kåver og Nilsson (2004, p. 93) opleves vanskeligt for novicen. DATs kompleksitet afspejles tillige i dens udformning. Kontinuerlig supervision af terapeuten er indbygget i terapiens grundlag på lige fod med tiltag rettet mod patienten. Supervisionen er bl.a. nødvendig for at sikre, at terapeuten holder sig inden for rammerne af DAT (Linehan, 1993, pp. 104-105). En forudsætning for at kunne udføre DAT er således en grundig uddannelse. Ud fra et patient-perspektiv er terapiformen ligeså kompleks at lære, påpeger Walsh (2006, p. 202). Patienten skal fx lære at tænke dialektisk, hvilket for terapeuten selv kan være en udfordring ifølge Linehan (1993). Derudover er der en del hjemmeopgaver forbundet med både den individuelle terapi og gruppefærdighedstræning.

På trods af det omfattende teoretiske grundlag DAT bygger på, synes Linehan ikke at forholde sig til, hvis patienten ikke "passer" ind i teorien, hvilket afspejles i en tilsyneladende manglende stillingtagen til den tekniske tilgang til patienten. Relationen mellem terapeut og patient er som bekendt central i DAT. Ikke desto mindre levnes begrænset plads til beskrivelse af, hvilke strategier der faciliterer en bæredygtig relation. Der synes ikke at fremgå konkrete anvisninger i de tilfælde, hvor en stærk relation ikke naturligt udvikles. En svaghed som Jørgensen (telefonsamtale, den 28.04.2009), der benytter DAT i psykiatrisk praksis med

patienter med borderline personlighedsforstyrrelse, tillige bemærker. Jørgensen (bid.) supplerer dette med, at håndtering af relationen kræver mere end, hvad faglitterær viden kan byde på – terapeuten må ganske simpelt øve sig i praksis. Et andet aspekt er, at der i DAT gøres opmærksom på, at fx erindringer om seksuelle overgreb i barndommen oftest er uklare (Linehan, 1993, p. 156). Linehan synes imidlertid ikke at være eksplicit om, hvordan terapeuten teknisk skal forholde sig til det. Endnu en svaghed i DAT synes at ligge i den tekniske gennemgang af eksponeringsteknikker, som udgør en central del af forandringsprocedurene i DAT. Disse svagheder skal imidlertid ses i lyset af, at det er vanskeligt i et indføringsmateriale til en terapiform at indbefatte alle terapiens finesser. Derudover er den individuelle terapi i DAT principbaseret, hvorved DAT blot opsætter rammen for terapiforløbet, mens indholdet af terapien varierer patienterne imellem afhængigt af deres særegne historie. Der foreligger derimod en udførlig manual over gruppefærdighedstræningen, der indeholder trin for trin-beskrivelser af den tekniske fremgangsmåde og rationalet herfor.

DAT kan desuden opfattes som meget ressourcekrævende i en tid, hvor der er fokus på ydelser i det offentlige regi. På sigt synes DAT imidlertid at have en positiv økonomisk og terapeutisk effekt: *“...well-implemented DBT program are likely to show significant cost savings tied directly to client improvements.”* (Rizvi, Monroe-DeVita & Dimeff, 2007, p. 327). Selvom DAT er tiltagende udbredt i psykiatrisk regi i Danmark, vil implementering af DAT formentlig anses som et paradigmeskifte på mange arbejdspladser. Det er essentielt for at opnå en god effekt med DAT, at arbejdspladsen er indstillet på implementeringen, hvilket både gælder på ledelsesplan og øvrige ansatte imellem.

”Ambiguity and confusion in the control and definition of resources and rules will invariably become a treatment-interfering or treatment-destroying behavior by the unit leadership...” (Swenson, Witterholt & Bohus, 2007, pp. 79-80).

Dette kan være hindringer mod en fuld implementering af DAT. Waller (2009, p. 126) gør opmærksom på, at for opnå den fulde effekt ved evidensbaserede terapier,

er det nødvendig med implementering af en ”hel” terapiform. Dette gør sig især gældende så længe, der er uvished om virkningsmekanismerne i DAT. DAT er imidlertid under kontinuerlig udvikling, og flere randomiserede kontrollerede og ikke-randomiserede undersøgelser viser ifølge Lynch et al. (2006, p. 460) lovende virkning på andre patientgrupper. DAT er ligeledes ført over i andre settings (Swenson, Witterholt, Bohus, 2007).

DEL II Opsamling

Ovenstående omhandler behandlingskomponenten i den opstillede model over SA. I henhold til modellen betragtes patologisk SA som behandlingskrævende. Behandlingen af SA tager udgangspunkt i DAT. Udover at DAT byder på behandlingsteknikker, sætter den også patologisk SA ind i en teoretisk kontekst, der således bidrager til besvarelsen af, hvordan SA kan forstås. Udvikling af SA betragtes i DAT ud fra en biosocial model, hvor menneskets biologiske dispositioner for emotionel sårbarhed og et invaliderende familiemæssigt miljø lægger kimen til manglende udvikling af evner til problemløsning og emotionelregulering. Derfor forstås udvikling og vedligeholdelse af SA ud fra indlæring af bestemte adfærdstyper via forstærkning og menneskets kognitive stil. Den biosociale model finder empirisk støtte.

DAT byder på en række faser med klart definerede mål, der angiver retning for terapien. Endvidere interverneres i den individuelle terapi ud fra dialektiske behandlingsprincipper. Grundtanken i DAT er, at behandling skal foregå i et validerende miljø. Interventionsteknikker med udgangspunkt i kognitiv adfærdsterapi er indlejret i en dialektisk ramme, hvor balancen mellem accept og forandring bestræbes mhp. at sikre, at patienten ikke føler sig invalideret og kritiseret. På denne måde skabes hensigtsmæssige forstærkningskontingenser, hvilket giver mulighed for ny læring via korrigerende oplevelser.

DEL III - DISKUSSION

I denne del af specialet forsøges trådene fra specialets første og anden del samlet op i en diskussion af den foreslåede model over SA (figur 1). I diskussionen åbnes indledende op for en overordnet problemstilling i forståelsen af SA; nemlig grænsen mellem normalitet og patologi. Dette fører videre til refleksioner over kategorisondringen i den opstillede model over SA, da der løbende i specialet sættes spørgsmålstegn ved kategoriernes afgrænsning. Dette skaber optakten til en diskussion af implikationer i behandlingssammenhæng. Diskussionen udmunder afslutningsvist i en alternativ opstillet model over SA.

Grænselandet mellem normalitet og patologi

I specialet afgøres tilstedeværelsen af patologisk SA ud fra klassifikationssystemerne ICD-10 og DSM-IV-TR samt Favazzas typologi over selvskade. Patologi kan imidlertid ikke forstås uafhængigt af sundhedsbegrebet, idet "*...beliefs about being ill exist in the context of beliefs about being healthy.*" (Ogden, 2004, p. 48). Der findes forskellige opfattelser af sundhed. WHO (Ogden, 2004, p. 48) definerer fx sundhed som en komplet tilstand af fysisk, mental og social velbefindende, hvorved sundhed placeres indenfor en bio-psyko-social forståelsesramme. Lau har endvidere - ifølge Odgen (2004, pp. 48-49) - undersøgt, hvad det betyder at være rask for individer i normalpopulationen, hvor forskellige parametre betones: fysisk sundhed, psykologisk velbefindende, sundhedsfremmende adfærd, fremtidsudsigter og fraværet af sygdom/symptomer. Således omfatter vurdering af sundhed flere dimensioner, som hver for sig må forstås i et kulturelt perspektiv, da det er de gældende normer i en given tid, der trækker grænsen mellem sundhed og patologi. Som påvist ændrer normerne sig over tid og på tværs af kulturer, hvilket gør det vanskeligt at få "hold" i, hvad SA præcist dækker over. Som sagt i indledningen kender de fleste mennesker til at skade sig selv ved fx alkoholindtag, overspising, piercing, rygning mv. At udsætte kroppen for usunde ting synes nærmest at være en almenmenneskelig tendens, hvilket yderligere tilslører grænsen mellem normalitet og patologi. Overspising kan føre til overvægt, hvilket tidligere i andre kulturer har

været et statussymbol, hvor det i dag i Vesten snarere betragtes som en sygdom eller en form for selvskade. Rygning er tidligere blevet betragtet som en "trend", hvor det usunde, sundhedsskadelige og vanedannende i dag betones. Sat på spidsen anses aktiviteter som rygning, stort fedtindtag mv. i Vesten i dag, hvor idealer om den sunde og hele krop hersker, på samme måde som selvskade. Mennesket skal være i god form, leve sundt og pleje kroppen (Møhl, 2007, p. 21). Dette ideal implicerer, at ekstrem fysisk aktivitet med alvorlige fysiologiske konsekvenser og stor smertepåføring anses som acceptabel. Derved får en socialt sanktioneret dyrkelsen af kroppen en "usund" karakter fysiologisk set på en lignende måde som maratonløb, Ironman, triatleren mv. *"Når han har det skidt og føler, at den psykiske smerte bliver for stor, går han i fitness-center eller cykler en lang tur, hvor han "går til den", så det gør rigtigt ondt. Det er smerten, der gør godt..."* (Møhl, 2007, p. 23). Således er visse former for selvpåført skade af kroppen legale på trods af en næsten patologisk karakter.

Dermed ændres også synet på cutting. Cutting har ifølge Møhl (2007) været et psykiatrisk fænomen, men der er imidlertid sket en eskalering i cuttingfænomenet blandt samtidens unge og er i visse subkulturer blevet en del af ungdomskulturen. Dette kan problematisere at anskue SA som *per se* patologisk (Lund-Hansen, 2004; Klonsky & Olino, 2008). I henhold til specialets definition er SA en social uacceptabel adfærd, hvilket rejser spørgsmålet: hvis skade på kroppen er accepteret af subkulturen, er det da et brud på uacceptabel adfærd kulturelt set? Eksempelvis nævnes "Ghetto bitches" i afsnittet *Mutilering som et rituel fænomen*, hvor bandenavnet skæres ind i armen som led i et indvielsesritual. Umiddelbart legitimeres denne mutilative praksis med reference til gruppens normsæt. Alligevel synes indvielsesritualet at være på "kant" med den overordnede samfundsnorm - om end ikke ulovlig - hvilket afspejles i den gængse reaktion på mutilering, der er præget af afstandstagen, afsky og provokation (Babiker & Arnold, 1997, p. 20). Selvmutilerende adfærd kan videre potentielt eskalere i subkulturer fx i forsøget på at opnå en bedre hierarkisk status, lignende det Sofia i casen skildrer *"...jo flere striber man har, desto vigtigere er man."* (Åkerman, 2006, p. 39). Med henvisning til en

klinisk ramme, udtrykker Walsh: *”Individuals may try to outdo each other in terms of the type of weapon employed, extent of physical damage, level of disfigurement, numbers of wounds, or the body area assaulted.”* (Walsh, 2006, p. 237). Dette øger presset for kontinuerligt at overgå de øvrige gruppe-medlemmer. Omvendt optræder selvskade også som ”enkeltfænomen” i gruppesammenhæng, hvor adfærden ikke nødvendigvis accepteres. Fx viser en undersøgelse af Hilt, Chang og Nolen-Hoeksema (2008, pp. 66, 69), at piger med en gennemsnitsalder på ca. 12 år anvender selvskade som følge af mobning, hvorved adfærden forstærkes socialt set. Som Møhl (2007, p. 47) påpeger, er cutting ofte en skjult lidelse, som er forbundet med skam. Det kan imidlertid tænkes, at et menneske, der skærer sig regelmæssigt i al hemmelighed, kan finde accept for en patologisk adfærd i en subkulturel bevægelse som *moderne primitivisme*, hvor individer ifølge Favazza & Rosenthal (1990, p. 82) efterligner primitive stammers praksisser med mutilering. Det er således muligt, som Musafar (Favazza, 1996, p. 330) pointerer, at en negativt betonet oplevelse af cutting vil være anderledes, hvis mennesket møder andre ”af samme slags”. Gruppeforum på Internettet for mennesker med SA kan have en lignende funktion, da undersøgelser (fx Murray & Fox, 2006; Whitlock, Powers & Eckenrode, 2006) viser, at unge med SA kan hente social støtte fra ”ligestillede”, og at adfærden her normaliseres og i visse tilfælde ligefrem tilskyndes (ibid.). Dette kan genkendes inden for psykiatrien, hvor det bliver legitimt blandt ”selvskadere” at dele detaljerede oplevelser med SA: *”Once that the club has been joined, the members feel they share a unique experience that is intensive and intimate.”* (Walsh, 2006, p. 239). Derigennem opstår en umiddelbar social accept og forståelse for selvdestruktivitet, som ikke nødvendigvis deles af det øvrige samfund. Normative spændinger kan opstå mellem mange tænkelige niveauer (samfund kontra subgruppe eller enkelt individ, subgruppe kontra enkelt individ), og det kan være vanskeligt at afgøre, hvilken norm der er afgørende i sondringen mellem normalitet eller patologi. I psykiatrisk sammenhæng er der imidlertid behov for en normsættende grænse for normalitet og patologi – hvornår afgøres ellers nødvendigheden af behandling?

Med reference til Conterio og Lader (1998, p. 35) kan tilsyneladende lignende adfærd være normal ved et menneske, mens den bliver patologisk hos et andet. Det kan fx tænkes, at et menneske vil ”forbedre” sit udseende ved at få en næsepiercing, og den anden ”higer” efter den følelse, som piercingproceduren frembringer:

”...hun har store tatoveringer på kroppen samt talrige piercinger. Begge dele er hun glad for og stolt over, fordi det giver status i hendes subkultur. Imidlertid er hun helt klar over, at det ikke kun er pga. udseendet, at hun får lavet en ny piercing eller en ny tatovering. Hun gør det, når hun har det dårligt, og hun er bevidst om, at smerten hjælper hende til at abstrahere fra sine psykiske problemer. Hun har aldrig skåret sig eller gjort noget smertefuldt ved sig.”
(Møhl, 2007, p. 23).

Derved er en såkaldt social sanktioneret adfærd ikke længere en ”uskyldig” form for kropsmodifikation, der udelukkende bruges til at illustrere gruppetilhør, status, eller identitet – adfærden, men bliver et ”dække” for udlevelse af psykiske problemer. Kropsmodifikationerne synes her anvendt til at opnå indre ”heling”, ligesom tilfældet er ved forskellige former for patologisk SA. Som påpeget i ovenstående afsnit eksisterer der tillige ligheder mellem gruppemekanismer i subkulturer og psykiatriske grupperinger, hvor stræben efter status har en betydning for udførelsen af mutilering. Kropsmodifikationer kan ligeledes benyttes til kropslig forankring af sin identitet som nævnt i afsnittet *Mutilering som et rituelt fænomen*. Et eksempel hentet fra dette afsnit illustrerer, hvordan en tatovering benyttes til at skabe en identitet som ”anderledes”. Også her synes at være en lighed med det patologiske spektrum, idet Sofia fra casen på lignende vis benytter cutting til at definere sig selv ud fra: ”...jeg [frygtede] at miste min eneste identitet, frygtede at falde tilbage og igen blive den usynlige Sofia, som jeg havde været inden jeg blev syg for mange år siden.” (Åkerman, 2006, p. 38). Via sin visuelle fremtræden – sine ardannelser - viser Sofia, at hun er ”nogen”. Fællestrækkene mellem socialt sanktioneret adfærd og patologisk adfærd synes at understrege en tæt forbindelse herimellem. Stirn og Hinz (2008, pp. 326-333)⁵⁷ har undersøgt om, der er en sammenhæng mellem tatoveringer, piercinger og SA. Det interessante i denne undersøgelse er, at 27 % af alle

⁵⁷ For uddybning, se bilag 1, punkt 14.

undersøgelsesdeltagere har foretaget SA i form af cutting i løbet af barndommen, og at 13 % er stoppet med dette i forbindelse med tilegnelse af tatoveringer og piercinger (ibid.). Dette antyder, at kropsmodifikationer i nogle tilfælde bruges som substitut for cutting (ibid.), hvilket understøtter ovenstående pointe. Desuden viser en undersøgelse af Nock og Prinstein (2004, p. 887), at metoden ”at tatovere sig selv” bliver benyttet til SA. 14 % ud af 89 undersøgelsesdeltagere har i løbet af et år haft en episode med ”selvtatovering”. Derudover har 9 % haft 2 til 5 episoder og 1 % 6 til 11 episoder eller derover. Det tyder altså på, at der er ligheder mellem adfærd inden for det normale og patologiske områder. Dette får implikationer for den foreslåede kategorisering af mutilation som et rituel fænomen, forstået som ikke-patologisk adfærd, idet denne gruppering tilsyneladende ikke er en homogen størrelse og derved ikke kan forstås så kategorisk. Favazza (1998) antager i overensstemmelse hermed, at individer med tatoveringer og piercinger udviser mere psykopatologi sammenlignet med resten af populationen. Det virker plausibelt, at tilsyneladende ”uskyldige” kropsmodifikationer i visse tilfælde kan være en variant til SA.

Samfundets norm kan i alle tilfælde altså ikke være garant for, at tilsyneladende ”uskyldige” kropsmodifikationer ikke dækker over patologi. Hvis forskningsresultaterne holder stik, vil det få konsekvenser for opfattelsen af legitime kropsmodifikationer socialt set. Dog skal man være påpasselig med partout at patologisere alle kropsmodifikationer: ”...*if the behaviors are not pursued to manage psychological distress or crises, then it would appear that the body modification can clearly be distinguished from self-injury.*” (Walsh, 2006, p. 49). Ikke desto mindre betyder de nye vinkler på kropsmodifikation, at forskellige kropsmodifikationer kan have diagnostisk signifikans. Overvejelser i dette afsnit åbner ligeledes op for en bredere forståelse af modellens subkategori, *Mutilering som et rituel fænomen*, hvilket der følges op på i afsnittet *Hvilke grupper med SA har behov for behandling?*

Selvskadende adfærd som en uhensigtsmæssig copingstrategi – et patologisk islæt?

I dette afsnit diskuteres modellens subkategori, *Selvskadende adfærd som en uhensigtsmæssig copingstrategi*. Denne kategori dækker som tidligere beskrevet over en gruppe unge, tilsyneladende ressourcerstærke, mennesker, der benytter SA som en midlertidig copingstrategi i en begrænset periode i livet.

Noget tyder på, at denne kategori af SA kan være kontekstbetinget, da der ifølge Briere og Gil (1998) som tidligere nævnt er en prævalens af SA på 4 % i et bredt udsnit af normalpopulationen med en gennemsnitsalder på 46 år. Dette er en markant mindre prævalens end den, som Croyle og Waltz (2007) samt Ross og Heath (2002) finder inden for unge med en gennemsnitsalder på ca. 20 år og 14 til 15-årige, der studerer psykologi eller går i high school, som beskrevet i afsnittet *Selvskadende adfærd som en uhensigtsmæssig copingstrategi*. Rettens opmærksomheden mod en tilsvarende aldersgruppe, men en anden kontekst end psykologistudie- og high school-miljø, finder Klonsky, Oltmanns og Turkheimers (2002)⁵⁸ blandt 1986 flyvevåbenrekrutter en tilsvarende prævalens på 4 %, som Briere og Gil. Det er plausibelt, at de uddannelsesmæssige krav sætter et vanskeligt uhåndterbart pres på det unge menneske. Fx udtaler Plante, at der er ”...*superhuman expectations of today’s collegebound students.*” (Plante, 2007, p. 40), hvilket skal ses i sammenhæng med ”...*adolescents also are contending with developmental imperatives related to peer relationships, sexuality, identity, and independence...*” (Plante, 2007, p. 40). Med begrundelse heri udtrykker Plante: ”*Adolescents may resort to self-injury to quell anxiety, numb depression, punish perceived failures, or cry out to others for intervention.*” (Plante, 2007, p. 41). Det mangler imidlertid mere forskning på området til at afdække sammenhængen mellem fx følelser af at fejle/utilstrækkelighed og SA (Hilt, Cha & Nolen-Hoeksema, 2008).

⁵⁸ For uddybning, se bilag 1, punkt 5.

Hvorfor det er SA som copingstrategi valget falder på, kan imidlertid undre. Som tidligere berørt implicit i diskussionen kan gruppemekanismer gøre sig gældende, hvilket yderligere kan tænkes at være ”springbrættet” til flere episoder med selvbeskadigelse. Hvis andre unge beretter om selvskade og dens effekt, kan det legalisere, at den enkelte også eksperimenterer med det. Således bliver smitteeffekt aktuelt, som der berettes om i psykiatriske populationer (Walsh & Rosen, 1988, pp. 79-84; Rosen & Walsh, 1989, pp. 656-658; Walsh, 2006, pp. 231-243; Taiminen et al., 1998, pp. 211-217). Smitte kan også tænkes at opstå på baggrund af øget mediedækning (Møhl, 2007, p. 107) og udbredelse om fænomenet på nettet (Whitlock, Lader & Conterio, 2007, pp. 1135-1143; Whitlock, Powers & Eckenrode, 2006, pp. 407-411; Murray & Fox, 2006, pp. 1-9). En anden begrundelse for, at det er denne copingadfærd, der vælges, frem for en anden, kan sættes i relation til Croyle og Waltzs (2007, p. 335, 337) undersøgelse, hvor 95 % af den milde selvskadende gruppe rapporterer ”emotional abuse” i barndommen, bl.a. baseret på en manglende følelse af at blive elsket og ”holdt af” i barndommen. Med fokus på Sterns affektivt regulerende miljø, antages det, at disse unge menneskers evne til emotionelregulering ikke er fuldt udviklet. Dette rejser en diskussion om, hvorvidt der altid vil være tale om en snært af patologi, når et menneske skader sig selv for at cope med en tilstand eller en situation? I undersøgelsen af flyvevåbenrekrutter er der fx sammenfald mellem SA og symptomer på bl.a. samtlige personlighedsforstyrrelser i henhold til DSM-IV (med undtagelse af obsessiv-kompulsiv personlighedsforstyrrelse), angst og depression (Klonsky, Oltmanns & Turkheimer, 2003, p. 1504). Ross og Heaths (2002, p. 74) undersøgelse af studerende viser ligeledes korrelationer mellem SA og symptomer på angst og depression. Disse korrelationer eksisterer også inden for kliniske populationer jf. afsnittet *Komorbiditet*. Klonsky og Olinos (2008, p. 26) undersøgelse af collegestuderende viser endvidere to mindre alvorlige grupperinger af selvskade; eksperimentel og mild selvskade, hvor den aktuelle gruppe af unge med SA som copingstrategi formentlig vil falde ind under. I disse to grupperinger optræder der ikke alarmerende symptomer på psykopatologi komorbidt med den SA (ibid.). Ikke desto mindre kan der ikke ses bort fra det faktum, at mange af disse unge mennesker, som falder under

subkategorien *Selvskadende adfærd som en uhensigtsmæssig copingstrategi* faktisk har patologiske symptomer, hvilket kan få behandlingsmæssige implikationer.

Klassifikationsovervejelser

I dag sondres der i psykiatrisk sammenhæng mellem normalitet og patologi ud fra ICD-10 og DSM-IV-TR som nævnt i afsnittet *Klassifikation: selvskadende adfærd*. Da disse ikke kan indfange samtlige former for SA tilfredsstillende, kan Favazzas typologi over SA benyttes som et supplement hertil. Der kan dog sættes spørgsmålstegn ved om alle disse typer selvskade, som er nævnt i diskussionen, kan indfanges af de foreslående klassifikationssystemer og typologier. I Favazzas (1998) typologi tages *per se* udgangspunkt i adfærden som patologisk, hvilket skal forstås i sammenhæng med, at typologien er udviklet med afsæt i patienter med SA i psykiatrien. Typologien forholder sig således udelukkende til patologisk SA. Dette gør det tilsvarende vanskeligt at placere gruppen af unge mennesker, der benytter selvskade som en uhensigtsmæssig copingstrategi, inden for denne typologi. Her bliver Nock og Prinsteins funktionelle typologi relevant. Den baserer sig på både en normal og klinisk population og er testet på begge populationer (fx Nock & Prinstein, 2004; 2005; Hilt, Cha & Nolen-Hoeksema, 2008). En funktionel tilgang klassificerer og behandler adfærd i overensstemmelse med de funktionelle mekanismer, der igangsætter og vedligeholder adfærden (Nock og Prinstein, 2004, p. 885), hvilket åbner op for en forståelse af adfærden på tværs af modellens kategorier uden nødvendigvis at patologisere adfærden. SA placerer sig således på et kontinuum gående fra lettere tilfælde af SA til sværere grader af SA. Adfærdens funktion indikerer inden for, hvilke områder en patient kan profitere af behandlingstiltag, hvilket leder videre til næste afsnit, hvor det diskuteres, hvad denne udvidede indsigt i selvbeskadigelse betyder i behandlingssammenhæng.

Behandlingsbehov

Selvskaden findes således indenfor samtlige kategorier, hvilket rejser spørgsmål vedrørende behandling. Indledningsvist må det fastslås, at kategorien *Patologisk selvskadende adfærd* dækker over den alvorlige del af SA, der som tidligere

understreget *altid* fordrer behandling, fordi selvskaden dækker over klart defineret psykopatologi jf. Favazzas typologi og i et omfang jf. klassifikationssystemerne, ICD-10 og DSM-IV-TR. Endvidere kan mennesker, hvis adfærd, der falder ind under kategorien *Mutilering som et rituelt fænomen*, i visse tilfælde være behandlingskrævende. Hvis kropsmodifikationer er forbundet med automatisk forstærkning - fx at stoppe overvældende ubehagelige følelser eller at opnå en følelse - foreslås det på baggrund af Nock og Prinsteins (2005) empiriske fund, at adfærden er forbundet med psykopatologiske symptomer. Nock og Prinstein (2005, p. 144)⁵⁹ påviser bl.a. en relation mellem automatisk forstærkning, medieret af SA, og håbløshed, suicidaladfærd, symptomer på major depressive disorder og PTSD. Under forudsætning af, at selvbeskadigelse har en indre effekt og er et symptom på andre patologiske problemområder, betragtes det som et rationale for, at behandling må iværksættes. Som påpeget i ovenstående korrelerer gruppen af unge mennesker, der benytter selvskade som en uhensigtsmæssig copingstrategi, ligeså med kliniske symptomer, om end ikke i alvorlig grad, hvilket ligeså betragtes som et argument for, at behandling er en nødvendig foranstaltning. Ikke desto mindre finder Klonsky og Olino (2008, p. 26-27) ikke eksperimentel SA behandlingskrævende, fordi adfærden netop er begrænset til få episoder og derefter udslukkes. Samtidigt udtrykker de (ibid.), at selvbeskadigelse ofte er akkompagneret af psykologisk stress, hvilket i en vis udstrækning synes at være tilfældet hos den unge gruppe mennesker, der anvender SA som copingstrategi. Derved bliver SA et udtryk for noget ”underliggende”. ”*The wounds articulate their deeper struggles and have the power to covertly elicit others to react and potentially rescue them from their pain.*” (Plante, 2007, p. 153). Adfærden indenfor denne kategori (*Selvskadende adfærd som en uhensigtsmæssig copingstrategi*) fordrer således i visse tilfælde behandling.

Når nu det anføres, at flere grupper med SA kan have behov for behandling, kan der tænkes at opstå uenighed mellem terapeut og patient om nødvendigheden af behandling. Det er som påpeget formentlig ikke alle med SA, der betragter adfærden som problematisk for sin livsførelse og fungerer i samfundet. Terapeuten synes

⁵⁹ For uddybning, se bilag 1, punkt 11.

imidlertid at have etiske forpligtelser ifm. behandling af SA. Flere (fx Møhl 2007; Favazza, 1999) bemærker fx den hæmmende effekt ar- og sårdannelse har for menneskets udfoldelse:

”Scars and wound infections may cause physical disfigurement that results in social rejection and isolation. Some people are so embarrassed by their appearance that they rarely appear in public. Others avoid short-sleeved shirts, revealing clothes, or bathing suits.” (Favazza, 1999, p. 137).

Patienten er muligvis ikke selv i stand til at ophøre med sin selvdestrutivitet, hvorfor terapeuten må yde psykoterapeutisk bistand. Det afgørende punkt for, hvorvidt adfærden er behandlingskrævende, er, om adfærden har en dybereliggende funktion for menneskets evne til at cope med forskellige emotionelle tilstande og situationer. Inden for den enkelte kategori af modellen og på tværs af kategorierne antages det med afsæt i ovenstående, at graden af patologi, adfærdens funktion samt aldersgruppe kan variere, hvilket formodes at have indflydelse på arten af behandlingstiltag. Dette diskuteres i følgende afsnit.

Behandlingssetting

Dette afsnit indeholder overvejelser over behandlingssetting og patientprofil dækkende over alder og omfang af SA og eventuelle komorbide symptomer. Setting dækker over behandlingsrammer i form af ”in-” eller ”out-patient” forløb, og om der benyttes en standard eller modificeret udgave af DAT. DAT vil fortsat være omdrejningspunktet for behandling af selvbeskadigelse, selvom der ikke findes tilstrækkelig evidens for DATs virkning på andre populationer eller settings (Hilt, Cha & Nolen-Hoeksema, 2008; Øverland, 2006) end voksne med borderline personlighedsforstyrrelse i ”out-patient” forløb. Ikke desto mindre understreger Hougaard, at ”...evidensbaseret praksis [ikke] fordrer..., at der er evidens for alt, man foretager sig, men blot, at man inddrager de bedste, eksisterende forskningsresultater i beslutningsprocessen.” (Hougaard, 2008, p. 121). Med udgangspunkt heri argumenteres for DATs anvendelighed over for et bredere spektrum af selvskade, hvilket kan forsvares ved, at terapiformen trods alt er udviklet til en patientgruppe med SA, og fordi DAT i effektundersøgelser (se fx Linehan et

al., 1991; Clarkin, Levy, Lenzenweger & Kernberg, 2004; 2007) særligt udmærker sig ved den terapeutiske effekt af suicidal og SA, som jo er fokus i specialet.

Når den kliniske profil på patienterne kan tage sig forskelligt ud indenfor og på tværs af modellens kategorier, virker det formålsløst at argumentere for specifikke settings til en specifik kategori. Derimod diskuteres behandlingstiltag primært med udgangspunkt i selvskadens sværhedsgrad. Klonsky og Olin (2008, pp. 26-27) foreslår, at patienter med en svær grad af SA komorbidity med suicidal adfærd fordrer et "in-patient" behandlingsforløb, mens patienter med moderat SA komorbidity med depressionssymptomer bedre egner sig til "out-patient" behandling, og sidst men ikke mindst betragtes eksperimentel SA som behandlingskrævende i de tilfælde, hvor SA er ledsaget af andre kliniske symptomer. Den følgende diskussion har ikke til formål at afgøre, hvilken behandlingssetting der er den bedste, da det vil variere efter patientprofil, men snarere at påpege fordele og ulemper ved de forskellige settings, og hvilke komplikationer det kan have for behandlingen.

Dialektisk adfærdsterapi og svær selvskadende adfærd

Det kan være nødvendigt at indlægge en patient med ukontrollerbar selvskade, hvilket i sidste ende kan redde patientens liv (Swenson, Witterholt & Bohus, 2007, pp. 69-70). Linehan forbinder hospitalsindlæggelse med livskvalitetsnedsættende adfærd, og indlæggelse skal undgås så vidt muligt: *"To date there are no empirical data to suggest that acute, inpatient hospitalization is effective in reducing suicidal risk..."* (Linehan, 1993, p. 510), hvilket også gælder for SA. Faktisk er Linehan af den opfattelse, at indlæggelse sætter terapien midlertidigt ud af spil, fordi patienten fjernes fra det problematiske miljø, hvori vanskelighederne opstår. Antagelsen er, at en krisesituation i naturlige omgivelser er en oplagt mulighed for at lære nye copingstrategier til at håndtere krisen, hvilket ikke lader sig gøre, hvis patienten fjernes fra krisens ophav (miljøet). I overensstemmelse med Swenson, Witterholt og Bohus (2007, p. 70) betragtes indlæggelse i visse tilfælde som en nødvendig foranstaltning, hvilket Linehan (1993) da også selv anbefaler ifm. voldsomme emotionelle reaktioner på eksponering for traumatiske begivenheder. Indlæggelse

rummer fordele, som et ”out-patient” forløb ikke nødvendigvis har; fx intensiv arbejde med ”genmotivering” af patienten til at reducere sin SA, facilitere et ”pusterum” fra patientens socialt relaterede problemer, intensiv færdighedstræning mhp. at cope med de faktorer, der medierer SA samt mulighed for at afprøve medicinske løsninger (Swenson, Witterholt & Bohus, 2007, pp. 69-70). Ikke desto mindre må patientens tilstand ifm. potentiel psykiatrisk indlæggelse opvejes mod de ulemper, der endvidere er forbundet hermed. Fx bør det overvejes om, patienten benytter indlæggelsen som coping med en given tilstand, og om indlæggelse evt. vil lade mere hensigtsmæssige copingstrategier træde i baggrunden (ibid.). Indlæggelse kan endvidere være forbundet med risiko for stigmatisering, som det fx fremgår af casen om Sofia: ”Jeg var ikke et menneske længere, jeg tilhørte den der race som løber rundt på sygehusenes savanner...” (Åkerman, 2006, p. 39), hvilket kan forstærke en ”sygeidentitet” og fastholdelse i det patologiske mønster, som også påpeget i afsnit *Caseanalyse: udvikling og vedligeholdelse af selvskadende adfærd*. Udover denne negative indflydelse på Sofias selvbillede, betyder Sofias mange indlæggelser også, at hun ”glemmer”, hvordan hun skal begå sig blandt mennesker uden for psykiatrisk sammenhæng (Åkerman, 2006). Der kan således være en fare for, at livet på psykiatriske afdelinger kan have sin egen ”virkelighed”, adskilt fra det omgivne samfunds, hvilket argumenterer for at beholde patienten i sine naturlige omgivelser. Dette ”kulturskel” kan endvidere betyde, at de færdigheder patienten lærer under indlæggelse ikke nødvendigvis overføres til livet udenfor behandlingssettingen (Swenson, Witterholt & Bohus, 2007, p. 87). Ydermere er indlæggelse forbundet med mange stressorer, der egentlig ikke vedrører patientens behandling (ibid., p. 70). Flere forskningsresultater beskriver som tidligere anført ”smitte-fænomenet” blandt mennesker med SA inden for kliniske populationer.

Trods ulemperne forbundet med ”in-patient” forløb, anvendes DAT ifølge Swenson, Witterholt & Bohus (2007) på forskellige patientgrupper og i forskellige udformninger i ”in-patient” settings. Behandlingen afviger på visse områder fra standard DAT-programmet, idet patienten under indlæggelse bl.a. har mulighed for dagligt at øve sig i færdigheder, hvorved færdighedstræningen intensiveres

sammenlignet med standard programmet. Det betragtes som en styrke, men ressourcemæssigt fordrer det, at samtligt personel på afdelingen lærer at vejlede patienten i sin færdighedstræning. Særlig vigtig synes færdighedstræningens *hold-ud-strategier* mhp. at ruste patienten til at afværge yderligere selvbeskadigelse. I færdighedstræningen er det essentielt, at personalet danner forbindelse mellem her-og-nu situation under indlæggelse, og hvordan færdighederne anvendes uden for de psykiatriske rammer (ibid.). På dette område rummer et ”out-patient” forløb den fordel, at færdighederne netop afprøves og trænes i patientens vante omgivelser. Under en indlæggelse er det desuden ikke muligt at behandle alle patientens uhensigtsmæssige adfærdsmønstre, hvorfor det kræver en meget fokuseret udvælgelse af problemadfærd (Witterholt & Bohus, 2007, p. 74, 77) – i dette tilfælde SA. Denne udvælgelse synes given i den setting, da der ikke er den fornødne tid til at adressere alle typer af problemadfærd. Det synes imidlertid, at minimere en af forcerne ved DAT, da den ifølge Miller et al. (2007, p. 246) netop er designet til at adressere forskellige sameksisterende former for problemadfærd. Swenson, Witterholt og Bohus (2007, p. 102) foreslår dog, at en introduktionen til DAT under indlæggelse kan udgøre ”springbrættet” til et mere succesfuldt DAT ”out-patient” forløb. Ved behandling af alvorlig selvskadende adfærd i en ”out-patient” setting må det imidlertid være en nødvendig foranstaltning med et mere omfattende DAT-forløb involverende individuel terapi, gruppefærdighedstræning og telefonkonsultation som i standard udformningen af DAT mhp. at optimere behandlingsresultatet.

Dialektisk adfærdsterapi og mild selvskadende adfærd

Linehans standard DAT-program forløber under normale omstændigheder over et år, hvorefter der er mulighed for indgå en forlængende kontrakt. Det er plausibelt, at et sådant program er for omfattende både sessions- og indholdsmæssigt til patienter med mere milde former for SA. Desuden synes mange mennesker med mild SA at være relativt unge, og et mere tidsbegrænset terapiforløb vil ifølge Miller og kollegaer (2007, p. 258) appellere mere til unge mennesker, der er usikre på, om de overhovedet behøver behandling. Wisniewski, Safer og Chen (2007) beskriver, hvordan en modificeret udgave af DAT er udviklet til ”higher functioning” patienter med *bulimia nervosa* og *binge-eating disorder*. Programmet er reduceret til 20 ”out-

patient” sessioner, hvor terapien er målrettet mod adfærd, der reducerer livskvaliteten: ”*DBT for binge eating and bulimia nervosa involves a number of adaptations to standard DBT that reflect the patient population, their diagnosis, and level of disorder consistent with stage 3 (and not stage 1) of treatment.*” (Wisniewski, Safer & Chen, 2007, p. 204)⁶⁰. I denne behandlingsmodel er dele fra den oprindelige individuelle terapi integreret med færdighedstræning i en ugentlig to-timers gruppeterapi, hvor der derudover tilbydes telefonkonsultation (ibid.). En lignende behandlingsudformning kan forestilles at være velegnet til unge mennesker, der benytter sig af selvskade som copingstrategi, fordi de kan betragtes som tilsyneladende velfungerende og ressourcestærke. At møde andre ”ligestillede”, kan ifølge Linehan (1993) være en validerende oplevelse, fordi samtlige gruppemedlemmer genkender vanskeligheden i at cope med den følelsesmæssig smerte uden SA. I tilfælde med sværere grader af komorbide symptomer må et mere omfattende DAT forløb overvejes.

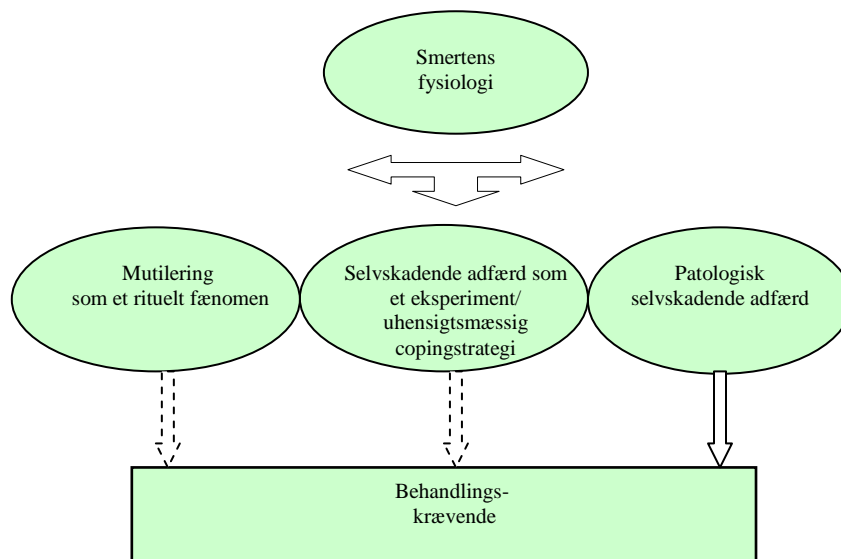
DEL III Opsamling

Med den aktuelle viden om, at ”uskyldige” kropsmodifikationer i visse tilfælde benyttes som en måde at håndtere psykiske tilstande og decideret patologisk SA i øvrigt også benyttes som copingstrategi, bliver det misvisende at benævne kategorien *Selvskadende adfærd som en uhensigtsmæssig copingstrategi*, da adfærdens funktion jo eksisterer på tværs af modellens kategorier. Et alternativ til denne benævnelse kan være *eksperimentel selvskade*, netop fordi adfærden synes at bære et eksperimenterende element i sig, men da eksperimentel SA også findes inden for kliniske populationer, kan denne benævnelse også skabe begrebsforvirring. Her vælges imidlertid en benævnelsesændring i form af *Selvskadende adfærd som et eksperiment/ uhensigtsmæssig copingstrategi*, således benævnelsen fanger begge elementer.

⁶⁰ Tredje fase i standard DAT-programmet er at arbejde fremadrettet, dvs. styrke selvrespekt og indfri personlige mål (Kåver & Nilsson, 2004, p. 89).

På baggrund af det samlede speciale synes SA overvejende at falde inden for de foreslåede subkategorier i modellen over SA (figur 1); *Mutilering som et rituellet fænomen*, *Selvskadende adfærd som et eksperiment/uhensigtsmæssig copingstrategi* (nu revideret benævnelse) og *Patologisk selvskadende adfærd*, der fortsat skal forstås ud fra et fysiologisk grundlag (overkategorien *Smertens fysiologi*). Kategorierne er dog udformet som ovaler - i stedet for firkantede bokse - for at illustrere, at de forskellige kategorier ikke kan forstås så kategorisk, som først antaget. I henhold til den oprindelige model opfattes subkategorien *Patologisk selvskadende adfærd* som behandlingskrævende adfærd. I diskussionen åbnes imidlertid op for en bredere forståelse af SA, hvilket betyder, at mennesker med SA, der falder inden for modellens øvrige kategorier, i visse tilfælde har behov for psykoterapeutisk hjælp til at ophøre den SA. På baggrund heraf er opstillet en alternativ model over SA, der illustrer disse modifikationer i forståelsen af SA, hvilket figur 10 viser.

Figur 10. Alternativ model over selvskadende adfærd.



Konklusion

Selvskadende adfærd (SA) kan forstås ud fra en opstillet model dækkende over forskellige kategorier af selvskadende adfærd rangerende fra socialt acceptable former for mutilative praksisser til patologisk selvskadende adfærd. I modellen foreslås en overkategori i form af *Smertens fysiologi* samt tre subkategorier *Mutilering som et rituelt fænomen*, *Selvskadende adfærd som en uhensigtsmæssig copingstrategi* (revideret til *Selvskadende adfærd som et eksperiment/uhensigtsmæssig copingstrategi*) samt *Patologisk selvskadende adfærd*. Overkategorien *Smertens fysiologi* byder på en forståelse af SA på et biologisk og neurologisk niveau, der danner fundament for forståelsen af den SA inden for modellens subkategorier. Den fysiologiske respons antages at være en fællesnævner ved såvel socialt sanktioneret som patologisk SA, idet lignende neurologiske mekanismer og hjerneområder aktiveres ved smertefremkaldende adfærd. I subkategorierne forstås den selvskadende adfærd på et højere niveau, hvor kulturelle og livshistoriske aspekter spiller ind på udvikling og vedligeholdelse af adfærden. Subkategorien *Mutilering som et rituelt fænomen* dækker over adfærdstyper, der er socialt acceptable, som piercinger, tatoveringer og kropsbelastende fysiske præstationer. *Selvskadende adfærd som en uhensigtsmæssig copingstrategi* går på en mere specifik målgruppe, tilsyneladende ressourcestærke unge mennesker, der i en begrænset tidsperiode eksperimenterer med selvskadende adfærd - eksempelvis cutting - som en uhensigtsmæssig copingstrategi i håndteringen af en situation eller vanskelig livsperiode. *Patologisk selvskadende adfærd* dækker over adfærd, der, udover at være socialt uacceptabel, griber ind i dels menneskets evne til at fungere i samfundet og dels menneskets livskvalitet.

Patologisk SA kan forstås ud fra en dialektisk adfærdsterapeutisk ramme, hvor biologiske dispositioner i samspil med bestemte miljømæssige faktorer udmunder i en manglende udvikling af evner til problemløsning og emotionelregulering, og den SA bliver en kompensation for disse. Denne biosociale forståelse udbygges med indlæring af adfærd betinget af forstærkningskontingenser og menneskets særegne

måde at percipere og fortolke hændelser på. Den dialektiske adfærdsterapeutiske forståelsesramme er brugbar i forklaringen af en stor del af patologisk selvskadende adfærd (de, der benytter selvskade som emotionelregulering), idet forskning i kliniske populationer viser en sammenhæng mellem barndomstraumer og udvikling af selvskadende adfærd i puberteten, hvilket peger på miljøets betydning for udvikling af SA. Miljøet kan forårsage emotionel sårbarhed gennem fysiologiske ændringer i det centrale nervesystem, og forstyrrelser i neurokemiske processer kan endvidere ligge til grund for udløsning af selvbeskadigelse. Det er imidlertid ikke alle med SA, der har været udsat for traumatiske hændelser i barndommen. I disse tilfælde byder teorien om forstærkningskontingenser på en forklaring af udvikling og vedligeholdelse af SA.

Den opstillede model kan være med til at systematisere viden om SA uden at adfærden *per se* betragtes som patologisk. Det har imidlertid vist sig, at samme mutilerende adfærdstyper og funktioner forekommer på tværs af modellens kategorier, hvilket betyder, at de foreslåede subkategorier ikke kan forstås så kategorialt, som først antaget. Det tyder endvidere på, at der inden for hver af modellens subkategorier i nogle tilfælde kan "gemme" sig en snært af patologi – dvs., at egentlig socialt accepteret adfærd i nogle tilfælde bliver et dække for kliniske symptomer. Dette betyder, at feltet for behandling er bredere end først antaget, da modellen oprindeligt kun forbinder patologisk SA med behandlingskrævende adfærd. Modellen åbner endvidere op for en generel problematik om, hvor grænsen mellem socialt sanktioneret og patologisk mutilering trækkes. I psykiatrisk sammenhæng sætter klassifikationssystemerne ICD-10 og DSM-IV-TR nogle rammebetingelser, der vanskeliggør at indfange milde til sværere former for patologisk SA. Klassifikation af SA vanskeliggøres yderligere af de flydende grænser mellem socialt sanktioneret og patologisk adfærd. Det kan i praksis betyde, at egentlig behandlingskrævende adfærd ikke opdages, eller at der stilles en diagnose, der ikke nødvendigvis matcher den aktuelle symptomatologi. Det er altså muligt at for få med SA modtager behandling, og at der ikke iværksættes de rette interventioner pga. et upræcist diagnosegrundlag. På baggrund heraf foreslås, at Favazzas typologi over SA

kan supplere klassifikationssystemerne, da denne indfanger flere typer af patologisk selvskadende adfærd. Endvidere kan det være nyttigt at forstå selvskade inden for Nock og Prinsteins funktionelle typologi, fordi den byder på en forklaring af motivet for adfærden uden at patologisere den. En forståelse af adfærdens funktion kan også være retningsgivende for eventuel psykoterapeutisk intervention.

I behandlingsøjemed byder dialektisk adfærdsterapi på en række behandlingsprincipper, der er anvendelige til behandling af patologisk SA. Dialektisk adfærdsterapi opsætter en række principper, der skal følges i et behandlingsforløb, fx forskellige faser med klart definerede mål og behandlingsteknikker, der er indlejret i et validerende terapeutisk miljø. Netop det validerende miljø synes central i behandling af selvskadende adfærd, fordi selvskaden ofte er forbundet med skam og manglende forståelse fra omgivelserne. For at imødekomme en bredere behandlingskrævende gruppe jf. modellens kategorier foreslås det, at det standardiserede dialektiske adfærdsterapeutiske forløb modificeres i overensstemmelse med patientens symptomatologi og behandlingsbehov, således at den kan behandle milde såvel som alvorlige former for selvskade.

Referenceliste

- Ahlberg, R. C. (2008). Zebrapigen og Orkidébarnet. Nedtaget den 27.05.2009 fra <http://www.selvskade.dk/script/site/page.asp?artid=64>
- Babiker, G. & Arnold, L. (1997). *The language of injury. Comprehending self-mutilation*. Malden: Blackwell Publishing. Kap. 2, pp. 20-36
- Beck, A. T, Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press. Kap. 1, pp. 1-33, kap. 8, pp. 142-166
- Behrendtzen, S. (2008). Tatoveringer er blevet allemandseje. Nedtaget den 04.09.2008 fra <http://politikken.dk/tjek/sundhedogmotion/levevis/article561318.ece?service=print>
- Bertelsen, P. (2000). *Antropologisk Psykologi. En almenpsykologisk opfattelse af den frie vilje, bevidstheden og selvet*. København: Frydenlund. Kap. 1, pp. 21-44, kap. 2, pp. 45-53, kap. 8, pp. 198-217
- Bidstrup, B. B., Mortensen, S., Nielsen, S. V. & Rasmussen, I. M. (2006). *Fysiologibogen – den levende krop*. Århus: Nucleus. Pp. 32-35
- 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
- Brown, L. K., Houck, C. D., Grossman, C. I., Lescano, C. M. & Frenkel, J. L. (2008). Adolescent self-cutting: Frequency of adolescent self-cutting as a predictor of HIV risk. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 29 (3) 161-165
- Brown, L. K., Houck, C. D., Hadley, W. S. (2005). Self-cutting and sexual risk among adolescents in intensive psychiatric treatment. *Psychiatric Services*, 56, 216-218
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F. & Kernberg, O. F. (2004). The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation Randomized Control Trail for Borderline Personality Disorder: Rationale, Methods, and Patient Characteristics. *Journal of Personality Disorders*, 18 (1), 52-72
- Comtois, K. A., Koons, C. R., Kim, S. A., Manning, E. B. & Dimeff, L. A. (2007). Implementing Standard Dialectical Behavior Therapy in an Outpatient setting. In: Dimeff, L. A. & Koerner, K. (eds.) *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice*. New York: The Guilford Press. Pp. 37-68
- Conterio, K. & Lader, W. (1998). *Bodily harm. The Breakthrough Treatment Programme for Self-Injurers*. New York: Hyderion. kap. 2, pp. 32-53, kap. 15-17, pp. 209-282
- Christensen, G. (2002). *Psykologiens videnskabsteori – en introduktion*. 1. udgave. Frederiksberg: Roskilde Universitets Forlag. Pp. 63-65
- Croyle, K. & Waltz, J. (2007). Subclinical self-harm: Range of behaviors, extent, and associated characteristics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77 (2), 332-342
- Dieter, P. J. & Pearlman, L. A. (1998). Responding to Self-Injurious Behavior. I: Kleespies (ed.). *Emergencies in mental health practice: evaluating and management*. New York: The Guilford Press.

- Dulit, R. A., Fyer, M. R., Leon, A. C., Brodsky, B. S., & Frances, A. J. (1994). Clinical Correlates of Self-Mutilation in Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 151 (9), 1305-1311
- DSM-IV-TR (2004). First, M. B. & Tasman, A. West Sussex: John Wiley & Sons. Pp. 1-2, 1176-1177, 1203, 1230
- Elsass, P. (2003). *Håndbog i kulturpsykologi*. København: Nordisk Forlag. Kap. 11, pp. 257-280
- Fairburn, C. G. (2005). Evidence-Based Treatment of Anorexia Nervosa. *Int J Eat Disord*, 37, 26-30
- Favazza, A. & Conterio, K. (1988). The plight of cronic self-mutilators. *Community Mental Health Journal*, 24 (1), 22-30
- Favazza, A. R. (1989a). Abstracts and reviews: 1. General and theoretical issues: normal and diviant self-mutilation. *Transcultural psychiatric research review*, 26, 113-126
- Favazza, A. R. (1989b). Why patients mutilate themselves. *Hospital and Community Psychiatry*, 40 (2). 137-145
- Favazza, A. & Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 282-289
- Favazza, A. R., DeRosear, L. & Conterio, K. (1989). Self-Mutilation and Eating Disorders. *Suicide and Life-Threatning Behavior*, 19 (4), 352-361
- Favazza, A. & Rosenthal, R. (1990). Varieties of pathological self-mutilation. *Behavioral Neurology*, 3, 77-88
- Favazza, A. R. (1992). Repetitive Self-Mutilation. *Psychiatric Annals*, 22 (2), 60-63
- Favazza, A. R. (1996). *Bodies under Siege. Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*. (2. ed.). Baltimore: The John Hopkins University Press. Kap, 1, pp. 4-21, kap. 2, pp. 22-46, kap. 7, pp. 148-175, kap. 9, pp. 225-260, kap. 10, pp. 261-187
- Favazza, A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186 (5), 259-268
- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy*. 3. ed. Baltimore and London: The John Hopkins University Press. PP. xiii-xvi, 1-51, 87-112
- Gabbard, G. O. (2000). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. 3. ed. Washington: American Psychiatric Press 12-15, 30-32
- Giddens, A. (2000). En løbsk verden. Hvordan globaliseringen forandrer vores tilværelse. København: Hans Reitzels Forlag. Pp. 7-63
- Graff, H. & Mallin, R. (1967). The Syndrome of Wrist Cutter. *American Journal of Psychiatry*, 124, 36-42
- Gratz, K. L., Conrad, S. D. & Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72 (1), 128-140
- Grossman, R. & Siever, L. (2001). Impulsive Self-Injurious Behavior. Neuobiology and psychopharmacology. In: Simeon, D. & Holander, E. (ed.). *Self-Injurious Behavior. Assessment and Treatment*. pp. 117-148
- Haines, J., Williams, C. L., Brain, K. L. & Wilson, G. V. (1995). The psychophysiology of self-mutilation. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 (3), 471-489

- Haines, J. & Williams, C. L. (1997). Coping and Problem Solving of Self-Mutilators. *Journal of Clinical Psychology*, 59 (10), 1097-1106
- Herpertz, S., Sass, H. & Favazza, A. (1997). Impulsivity in self-mutilative behaviors: Psychometric and biological findings. *Journal of Psychiatric Research*, 31 (4), 451-465
- Hilt, L. M., Cha. C. B. & Nolen-Hoeksema, S. (2008). Nonsuicidal self-injury in young adolescent girls: Moderators of the distress-function relationship. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (1), 63-71
- Hogg, M. A. & Vaughan, G. M. (2002). *Social psychology*. 3 ed. Harlow: Pearson. 294-296
- Hougaard, E. (2004). *Psykotterapi – Teori og forskning*. 2. udg. Dansk psykologisk forlag. Kap. 7, pp. 197-226, kap. 8, pp. 227-271, kap. 9, pp. 273-319
- Hougaard, E. (2002). Virkningen af psykologisk behandling. I: Hougaard, E., Rosenberg, R. & Nielsen, T (ed.). *Angst og angstbehandling*. Hans Reitzels Forlag. Kap. 6, pp. 288-301
- Ivanoff, A., Linehan, M. M. & Brown, M. (2001). Impulsive Self-Injurious Behaviors: Neurobiology and Psychopharmacology. I: Simeon, D. & Hollander, E. (ed.). *Self-Injurious Behaviors*. Washington: American Psychiatric Publishing. 147-173
- Jensen, T.S., Dahl, J. B., Arendt-Nielsen, L & Bach, F. W. (2003). Smertefysiologi. In: Jensen, T. S., Arendt-Nielsen, Dahl, J. B. (ed.). *Smerter – en lærebog*. Kbh.: Foreningen af danske lægestuderendes forlag. pp. 23-36
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. USA: Harvard University Press. Kap. 2, pp. 46-93
- Jones, A. & Zachariae, B. (2003). Psykologiske processers betydning for smerteoplevelsen. In Jensen, T. S., Dahl, J. B. & Arendt-Nielsen, L. (Ed.) *Smerter – en Lærebog*. Kbh.: Foreningen af danske lægestuderendes forlag. Pp. 129-140
- Kalat, J. W. (2003). *Biological psychology*. Canada: Thomson/Wadsworth. Kap. 7, pp. 187-225
- Kant, I. (2002). *Hva er mennesket? Antropologi i pragmatisk perspektiv*. Oslo: Pax Forlag. Pp. 54-62
- Kihlstorm, J. F. (1996). The Trauma-Memory Argument and Recovered Memory Therapy. I: Pezdek, K. & Banks, W. P. (ed.). *The recovered memory/false memory debate*. San Diego: Academic Press
- Kita, T., Matsunari, Y., Saraya, T., Shimada, K., O'Hara, K., Kubo, K., Wagner G.C. & Nakashima, T. (2000). Methamphetamine-induced striatal dopamine release, behavior changes and neurotoxicity in BALB/c mice. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 18. 521-530
- Klingsey, M. (2005). Vi er ligesom søstre, ik. Indhentet den 24.01.2009 fra <http://www.information.dk/print/103399>
- Klonsky, E. D. & Olino, T. M. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: A latent class analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (4), 22-27
- 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

- Kåver, A. & Nilsson, Å. (2004). *Grundbog i dialektisk adfærdsterapi – teori, strategi og teknik*. Dansk Psykologisk Forlag. Pp. 1-260
- Laney, C. & Loftus, E. F. (2005). Traumatic memories are not necessarily accurate memories. *The Canadian Journal of Psychiatry – In Review*, 50, 823-828
- Laney, C. & Loftus, E. F. (2008). Emotional content of true and false memories. *Memory*, 16 (5), 500-516
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company. Kap. 7, pp. 141-180
- Lazarus, R. S. (2006). *Stress og følelser – en ny syntese*. København: Akademisk Forlag. Pp. 68-158
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality disorder*. New York: The Guilford Press. Pp. 1- 558
- Linehan, M. M. (2004). *Manual til dialektisk adfærdsterapi – færdighedstræning*. Dansk Psykologisk Forlag
- Loftus, E. F. & Pickrell, J. (1995). The Formation of False Memories. *Psychiatric Annals*, 25 (12), 720-725
- Loftus, E. F. (2005). Planting misinformation in the human mind: A 30-year investigation of the malleability of memory. *Learning Memory*, 12. pp. 361-366
- Lund-Hansen, A. (2004). Selvmutilering som copingstrategi. *Psykologiske Pædagogisk Rådgivning*, 5 (6), 385-400
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R. & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of Change in Dialectical Behavior Therapy: Theoretical and Empirical Observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (4), 459-480
- MacDonald, C. (2006). Self-mutilation in adolescents. *The Journal of School Nursing*, 22 (4), 193-200
- Mahoney, M. J. (1995). Continuing evaluation of the cognitive science and psychotherapies. I: Neimeyer, R. A. & Mahoney, M. J. (ed). *Constructivism in Psychotherapy*. Washington: American Psychological Association
- Menninger, K. A. (1938). *Man against himself*. New York: Harcourt, Brace & World
- Miller, A. L., Rathus, J. H., DuBose, A. P., Dexter-Mazza, E. T. & Goldklang, A. R. (2007). Dialectical Behavior Therapy for adolescents. In: Dimeff, L. A. & Koerner, K. (eds.). *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice*. New York: The Guilford Press.
- Mortensen, K. V. (2001/2006). *Fra Neuroser til Relationsforstyrrelser*. 1. udgave. København: Gyldendal. Kap. A1, pp. 347-381, A3, pp. 407-414
- Murray, C. D. & Fox, J. (2006). Do internet self-harm discussion groups alleviate or exacerbate self-harming behavior? *Australien e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 5 (3), pp. 1-9
- Murphy, R., Cooper, Z., Hollon, S. D. & Fairbrun, C. G. (2009). How do psychological treatment work? Investigating mediators of change. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 1-5
- Musafar, F. (1996). Body play: State of Grace or Sickness? I: Favazza, A. R. *Bodies under Siege. Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*. (2. ed.). Baltimore: The John Hopkins University Press. Pp. 325-334
- Møhl, B. (2005). At skære smerten bort – om cutting som drug. *Psyke og Logos*, 1, (26), 98-117
- Møhl, B. (2006). *At skære smerten bort*. Politiken 13. januar, 2. sektion, p. 9

- Møhl, B. (2007). *At skære smerten bort – en bog om cutting og anden selvskadende adfærd*. Psykiatrifondens Forlag. Pp. 1-138
- Nahn, T. N. (2000). Hjertet i Buddhas lære. Valby: Borgens Forlag. Kap 11, pp. 66-83
- Niddam, D. M. (2001). *Cerebral Sensory and Pain Processing of Input fra Skin and Muscles*. Aalborg Universitet. Center for Sensory-Motor Interaction. Pp. 1-33
- Nijman, H. I., Dautzenberg, M., Merckelbach, H. J., Jung, P., Wessel, I. & À Campo, J. (1999). Self-mutilating behavior of psychiatric inpatients. *European Psychiatry*, 14, 4-10
- Nock, M. K., Joiner Jr., T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, K. & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 65-72
- Nock, M. K. & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (5), 885-890
- Nock, M. K. & Prinstein, M. J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 114 (1), 140-146
- Nolen-Hoeksema, S. (2004). *Abnormal psychology*. 3. ed. New York: McGraw-Hill. Pp. 4-10
- Nyt psykologisk leksikon (2001). Katzenelson, B., Agervold, M., Bertelsen, A., Hougaard, E., Karpatschof, B., Larsen, S. F. & Jørgensen, P. S. (ed.s). København: Hans Reitzels Forlag. P. 35
- Oddli, H. W. & Kjøs, P. (2002). Å velge i et mangfold av terapimodeller. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 39, 403-410
- Ogden, J. (2004). *Health Psychology: A textbook*. 3. ed. Berkshire: Open University Press. Pp. 13-24
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Willutski, U. (2004). Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Change. I: Lambert, M. J. (ed.). *Psychotherapy and Behavior Change*. 5. ed. New York: John Wiley & Sons. Pp. 307-369
- Pao, P. (1969). The Syndrome of delicate self-cutting. *Br. J. med. Psychol.* 42, 195-206
- Pattison, E. M. & Kahan, J. (1983). The Deliberate Self-Harm Syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, 140 (7), 867-872
- Plante, L. (2007). *Bleeding to ease the pain*. USA: Preager Publishers. Kap 3, pp. 27-46
- Present State Examination (2007). 5. udgave. Danmark: Wyeth
- Reisby, N. (2002). Sygdomsforekomst og organisatoriske forhold. I: Hemmingsen, R., Parnas, J., Gjerris, A., Reisby, N., Krag-Sørensen, S. (eds.). *Klinisk psykiatri*. 2. ed. København: Forfatterne og Munksgaard Danmark.
- Rizvi, S. L., Monroe-DeVita, M. & Dimeff, L. A. (2007). Evaluating Your Dialectical Behavior Therapy Program. In: *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice*. (ed. Dimeff, L. A. & Koerner, K.). New York: The Guilford Press
- Rosen, P. M. & Walsh, B. W. (1989). Patterns of contagion in self-mutilation epidemics. *American Journal of Psychiatry*, 146, 656-658

- 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
- Ross, R. & McKay, H. (1979). *Self-Mutilation*. Lexington, MA: Lexington Books
- Rosenberg, N. K. & Mørch, M. M. (2005). Kognitiv terapi. I Mørch M. M. & Rosenberg, N. K (eds.): *Kognitiv terapi. Modeller og metoder*. København: Hans Reitzels Forlag. Pp. 17-45
- Rosenberg, N. K. & Mørch, M. M. (2005). Kognitiv terapi ved depression og andre affective lidelser. I Mørch M. M. & Rosenberg, N. K (eds.): *Kognitiv terapi. Modeller og metoder*. København: Hans Reitzels Forlag. Pp. 46-75
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American journal of orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Simeon, D. & Favazza, A. R. (2001). Self-Injurious Behaviors: Phenomenology and Assessment. I: Simeon, D. & Hollander, E. (eds.). *Self-Injurious Behaviors*. Washington: American Psychiatric Publishing. Pp. 1-28
- Simpson, M. A. (1975). The Phenomenology of Self-Mutilation in a General Hospital Setting. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 20 (6), 429-435
- Skinner, B. F. (1965). *Science and Human Behavior*. New York: The Free Press. Kap. 5, pp. 59-90
- Stein, D. J. & Simeon, D. (2001). Compulsive Self-Injurious Behaviors. Neurobiology and Psychopharmacology. In: Simeon, D. & Hollander, E. (ed.) (2001). *Self-Injurious Behavior. Assessment and Treatment*. Pp. 71-95
- Stern, D. (2000). *Spædbarnets interpersonelle verden*. 3. udgave. København: Hans Reitzels Forlag. Kap. 7, pp. 186-210, kap. 9, pp. 235-282
- Stirn, A. & Hinz, A. (2008). Tattoos, body piercings, and self-injury: Is there a connection? Investigations on a core group of participants practicing body modification. *Psychotherapy Research*, vol. 18, issue 3, pp. 326-333
- Suyemoto, K. L. & MacDonald, M. L. (1995). Self-cutting in female adolescents. *Psychotherapy*, 32 (1), 162-171
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychological Review*, 18 (5), 531-554
- Swenson, C. R., Witterholt, S. & Bohus, M. (2007). Dialectical Behavior Therapy on Inpatient Units. In: Dimeff, L. A. & Koerner, K. (eds.). *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice*. New York: The Guilford Press. Pp. 69-111
- Sæther, N. Ø. (2006). Selvrealiseringens patologi. I: Brinkmann, S. og Eriksen, C. *Selvrealisering – kritiske diskussioner af en grænseløs udviklingskultur*. Århus: Forfatterne og forlaget Klim. Pp. 89-108
- Sørensen, K. K. (2008). Når smerten vender indad. *Psykolog Nyt*. 15, 12-17
- Taiminen, T. J., Kallio-Soukainen, K., Nokso-Kiovisto, H., Kaljonen, A. & Helenius, H. (1998). Contagion of deliberate self-harm among adolescent inpatients. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37 (2), 211-217
- Thompson, T., Symons, F., Delaney, D. & England, C. (1995). Self-injurious behavior as endogenous neurochemical self-administration. *Mental Retardation and Development Disabilities Research Reviews*, 1, 137-148
- Van der Kolk, B. A. (1999). The Body Keeps the Score Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress. I: Horowitz, M. J. (ed.). *Essential Papers*

- on *Posttraumatic Stress Disorder*. New York: New York University Press. Pp. 301-326
- Van der Kolk, B. A., Perry, C. & Herman, J. H. (1991). Childhood Origins of Self-Destructive Behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 148 (12), 1665-1671
- Van der Kolk, B. A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*, 12, 293-317
- Waller, G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behavior Research and Therapy*, 47, 119-127
- Walsh, B. W. (2006). *Treating Self-injury. A practical guide*. New York: The Guilford Press.
- Walsh, B. & Rosen, P. (1988). *Self-mutilation: Theory, research and treatment*. New York: Guilford Press. Kap. 5, pp. 78-94, kap. 6, pp. 95-112, kap. 9, pp.155-177
- Weinrich, M. R. & Nock, M. K. (2008). Posttraumatic Stress Symptoms Mediate the Relation Between Childhood Sexual Abuse and Nonsuicidal Self-Injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (1), 39-44
- Whitlock, J. L., Powers, J. L. & Eckenrode, J. (2006). The virtual cutting edge: The internet and adolescent self-injury. *Developmental Psychology*, 42 (3), 407-417.
- Whitlock, J., Lader, W. & Conterio, K. (2007). The Internet and Self-Injury: What Psychotherapist Should Know. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 63 (11), 1135-1143
- WHO (2003). ICD-10. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikationer og diagnose kriterier. 1. udg., 10. reviderede oplag. København.: Munksgaard. Pp. 135, 139, 146-147
- Wisniewski, L., Safer, D. & Chen, E. (2007). Dialectical Behavior Therapy and Eating Disorders. In: Dimeff, L. A. & Koerner, K.(eds.). *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice*. New York: The Guilford Press.
- Winchel, R. M. & Stanley, M. (1991). Self-injurious behavior: A review of the behavior and biology of self-mutilation. *American Journal of Psychiatry*, 48 (3). 306-317.
- Zachariae, B. (1988). Psykoterapi som kultursammenstød. *Psyke & Logos*, 9. 110-127
- Zlotnick, C., Mattia, J. I. & Zimmerman, M. (1999). Clinical Correlates of Self-Mutilation in a sample of General Psychiatric Patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187 (5), 296-301
- Zøllner, L. (2002a). *Unge (mis)trivsel*. Odense: Center for selvmordsforskning.
- Zøllner, L. (2002b). *Definitioner på selvmordsadfærd og selvskade*. Faktaserien, 1. Center for selvmordsforskning. Pp. 1-17
- Zøllner, L. (2006). *Centrale begreber inden for selvskadende adfærd*. Faktaserien, 21. Center for selvmordsforskning. Pp. 1-25
- Åkerman, S. (2006). *Zebra-pigen*. Moskito
- Øverland, S. (2006). *Selvskading. En praktisk tilnærming*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke. Kap. 3, pp. 61-78, kap. 4, pp. 79-124, kap. 5, pp. 125-140, kap. 6, pp. 141-186

Heraf tidligere anvendt pensumlitteratur:

- Bertelsen, P. (2000). *Antropologisk Psykologi. En almenpsykologisk opfattelse af den frie vilje, bevidstheden og selvet*. København: Frydenlund. Kap. 1, pp. 21-44, kap. 2, pp. 45-53, kap. 8, pp. 198-217
- Christensen, G. (2002). *Psykologiens videnskabsteori – en introduktion*. 1. udgave. Frederiksberg: Roskilde Universitets Forlag. Pp. 63-65
- Elsass, P. (2003). *Håndbog i kulturpsykologi*. København: Nordisk Forlag. Kap. 11, pp. 257-280
- Hogg, M. A. & Vaughan, G. M. (2002). *Social psychology*. 3 ed. Harlow: Pearson. 294-296
- Hougaard, E. (2004). *Psykoterapi – Teori og forskning*. 2. udg. Dansk psykologisk forlag. Kap. 7, pp. 197-226, kap. 8, pp. 227-271, kap. 9, pp. 273-319
- Jensen, T.S., Dahl, J. B., Arendt-Nielsen, L & Bach, F. W. (2003). Smertefysiologi. In: Jensen, T. S., Arendt-Nielsen, Dahl, J. B. (ed.). *Smerter – en lærebog*. Kbh.: Foreningen af danske lægestuderendes forlag. pp. 23-36
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company. Kap. 7, pp. 141-180
- Mortensen, K. V. (2001/2006). *Fra Neuroser til Relationsforstyrrelser*. 1. udgave. København: Gyldendal. Kap. A1, pp. 347-381, A3, pp. 407-414
- Ogden, J. (2004). *Health Psychology: A textbook*. 3. ed. Berkshire: Open University Press. Pp. 13-24
- Reisby, N. (2002). Sygdomsforekomst og organisatoriske forhold. I: Hemmingsen, R., Parnas, J., Gjerris, A., Reisby, N., Krag-Sørensen, S. (eds.). *Klinisk psykiatri*. 2. ed. København: Forfatterne og Munksgaard Danmark.
- Rosenberg, N. K. & Mørch, M. M. (2005). Kognitiv terapi. I Mørch M. M. & Rosenberg, N. K (eds.): *Kognitiv terapi. Modeller og metoder*. København: Hans Reitzels Forlag. Pp. 17-45
- Rosenberg, N. K. & Mørch, M. M. (2005). Kognitiv terapi ved depression og andre affective lidelser. I Mørch M. M. & Rosenberg, N. K (eds.): *Kognitiv terapi. Modeller og metoder*. København: Hans Reitzels Forlag. Pp. 46-75
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American journal of orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Stern, D. (2000). *Spædbarnets interpersonelle verden*. 3. udgave. København: Hans Reitzels Forlag. Kap. 7, pp. 186-210, kap. 9, pp. 235-282
- Sæther, N. Ø. (2006). Selvrealiseringens patologi. I: Brinkmann, S. og Eriksen, C. *Selvrealisering – kritiske diskussioner af en grænseløs udviklingskultur*. Århus: Forfatterne og forlaget Klim. Pp. 89-108.
- Zachariae, B. (1988). Psykoterapi som kultursammenstød. *Psyke & Logos*, 9. 110-127

Opgivet antal sider i alt 4.389 - heraf tidligere anvendt pensumlitteratur i alt 454 sider.