

En dynamisk forståelse af baggrunden for ikke-suicidal selvskadende adfærd

Et teoretisk speciale

Af Louise Vestergaard Kragh - Studienummer: 20123208

10. semester – Universitetsklinikken – Psykologi - Aalborg Universitet

Specialevejleder: Bo Møhl

Afleveringsdato: 31. maj 2017

“How are you?”

Broken. Useless. Alone. Clueless.
Confused. Betrayed. Fragile. On the verge
of tears. Depressed. Anxious. About to
break down. Really, I've given up. Pathetic.
Annoying. I'm just a burden. Distant.
Lonely. Bitter. I wish I could be
Rejected. Crushed. I feel like I'm going to
just fall apart at any moment. Empty.
Defeated. Never good enough.

Fine.

Projektets samlede antal tegn: 190.678

Svarende til antal normalsider: 79,4

Abstract

This project concerns the topic of non-suicidal self-injury which has been evident throughout history. It appears that the occurrence of self-injury has become an increasing behavior in society in general, but it is especially prevalent in adolescence. Self-injury is a complex phenomenon, and many theories have dominated the area. A lack of consensus about the terminology and classification has made it difficult to understand the concept of the behavior. There is an ongoing debate whether to make non-suicidal self-injury a diagnosis and therefore it seems important to try to understand the dynamic within. The purpose of this thesis is to investigate how to understand the dynamic of self-injury from a biopsychological perspective. It is based on a theoretical study including relevant theories within a biological, psychological and social understanding. The results showed that people with self-injury has a tendency of being hyperaroused. This condition is possible to understand in regard to biological changes in neurotransmitters, insecure attachment, lacking abilities to mentalize and affectregulate, overwhelming urges as to life, death and sexuality, problems with the boundaries between others and self or as a reaction to the individualization in the western culture and the tendency to highlight ideals. The hyperarousal is primarily connected to overwhelming emotions that is unbearable to the individual and creates inner tension. It is difficult to define the dominating feelings but it is assumed that negative emotion and primarily self-critical thoughts is of most importance. It is clear that self-injury is effective in creating the feeling of relief and control which make the tension easier to handle as it is transferred into something physical. Self-injury seems to be addictive as it can be very difficult for the individual to abrupt the bad circle of behavior. There is still discussion whether it can be understood as a traditional addiction or merely as a habit with similar mechanisms. When self-injury begins in youth it can be understood as desperation regarding bodily changes, the evolving sexuality and the societal pressure to develop towards the ideals in modern society. The theories make it clear why some people chooses to self-injure but it is important to point out that self-injurious behavior can be devastating to an individual's sense of control and create further negative affect.

Indholdsfortegnelse

1. INDLEDNING.....	5
1.1 EMNEAFGRÆNSNING	6
1.2 BEGREBSAFKLARING	7
1.3 VIDENSKABSTEORETISK AFSÆT.....	7
1.4 PROJEKTETS DESIGN	8
2. HVAD ER SELVSKADE?	10
2.1 TERMINOLOGI	10
2.2 METODER	11
2.3 KLASSIFICERING.....	14
2.4 UDBREDELSE.....	17
2.4.1 <i>Køn</i>	18
2.4.2 <i>Alder</i>	18
2.4.3 <i>Kliniske undergrupper</i>	20
2.4.4 <i>Generel hyppighed</i>	21
2.5 OPSAMLING	22
3. BIOPSYKOSOCIAL FORSTÅELSE AF SELVSKADENDE ADFÆRD.....	22
3.1 BIOLOGISK FORSTÅELSE.....	23
3.1.1 <i>Neurotransmitterstoffer</i>	24
3.1.1.1 <i>Adrenalin, noradrenalin og kortisol</i>	25
3.1.1.2 <i>Serotonin</i>	27
3.1.1.3 <i>Endogene opioider</i>	28
3.1.2 <i>The low road og the high road</i>	30
3.2 PSYKOLOGISK FORSTÅELSE	32
3.2.1 <i>Livs- og dødsdrift</i>	32
3.2.2 <i>Seksualdrift</i>	33
3.2.3 <i>Separation og individuation</i>	35
3.2.4 <i>Mentalisering</i>	36
3.2.5 <i>Affektregulering</i>	38
3.2.6 <i>Impulskontrol</i>	41
3.2.7 <i>Dissociation</i>	41
3.3 SOCIAL FORSTÅELSE.....	42
3.3.1 <i>Tidsfenomen</i>	43
3.3.2 <i>Social kommunikation</i>	45
3.3.3 <i>Social indlæring</i>	46
3.3.4 <i>Opmærksomhed og omsorg</i>	48
3.4 OPSAMLING PÅ DE BIOPSYKOSOCIALE FAKTORER	50
3.4.1 <i>Biologiske faktorer</i>	50

3.4.2	<i>Psykologiske faktorer</i>	51
3.4.3	<i>Sociale faktorer</i>	52
4.	SÅRBARHEDSFAKTORER	54
4.1	RISIKOFAKTORER	54
4.1.1	<i>Omsorgssvigt og seksuelt misbrug</i>	54
4.1.2	<i>Invaliderende opvækst</i>	55
4.1.3	<i>Tilknytningsforstyrrelser og nedsat mentalisering</i>	55
4.1.4	<i>Negativt selvbillede</i>	56
4.1.5	<i>Psykisk sygdom</i>	56
4.2	RESILIENSFAKTORER	57
4.2.1	<i>Tryk tilknytning og god stabil mentaliseringsevne</i>	58
4.2.2	<i>Interpersonelle færdigheder</i>	58
4.2.3	<i>Evnen til at håndtere negative følelser</i>	58
4.2.4	<i>Oplevelsen af støtte</i>	59
4.3	OPSAMLING PÅ SÅRBARHEDSFAKTORERNE	59
4.3.1	<i>Risikofaktorer</i>	59
4.3.2	<i>Resiliensfaktorer</i>	60
5.	ET NUANCERET TEORETISK PERSPEKTIV PÅ BETYDNINGSFULDE FAKTORER FOR DYNAMIKKEN I SELVSKADENDE ADFÆRD	62
5.1	DET BIOPSYKOSOCIALE PERSPEKTIV	62
5.2	DET BIOLOGISKE GRUNDLAG FOR EN PSYKOLOGISK FORSTÅELSE	64
5.3	ALARMBEREDSKAB	65
5.4	NEGATIV AFFEKT	68
5.5	LETTEELSE	71
5.6	KONTROL	73
5.7	AFHÆNGIGHED	73
5.8	UNGDOMSLIVET	77
5.9	OPSAMLING PÅ DET NUANCEREDE PERSPEKTIV	79
6.	KONKLUSION	81
7.	REFERENCELISTE	82

1. Indledning

De fleste mennesker forsøger sædvanligvis at undgå fysisk smerte, hvorfor det kan vække undren og afsky, at nogle mennesker bevidst vælger at påføre smerte på egen krop og således true sin egen fysiske integritet. Selvskadende adfærd er et komplekst fænomen, der udfordrer folks opfattelse af almindelig sund fornuft. Det synes lettere at føle empati for andre psykiatriske tilstande end at forstå den lettelse, som selvskade kan give (Møhl, 2015; Rubæk, 2009; Briere & Gil, 1998; Brain, Haines & Williams, 1998). Selvskadende patienter, som kommer i kontakt med hospitalssystemet, føler sig generelt dårligt behandlet og oplever, at personalet er dårlige til at kommunikere og ved for lidt om selvskade. For netop at omgå disse problemer, har NICE (National Institute for Health and Care Excellence) lavet generelle kliniske guidelines til behandlere og plejere af folk med selvskadende adfærd, hvilket giver et tydeligt indtryk af, hvor problematisk og komplekst det er at forstå og behandle selvskadende adfærd (NICE Guidelines, 2013). Det undrer mig, at denne negative tilgang til selvskadende adfærd har vundet indpas hos den almene befolkning og ikke mindst i professionel sammenhæng, da den selvskadende handling således bliver overskyggende for det enkelte menneske og dennes dynamik. Ud fra min grundlæggende dynamiske nysgerrighed bør man i højere grad fokusere på det enkelte menneske og selvskadens betydning for netop ham eller hende. Selvskaden må ikke blive determinerende for individet og fjerne vores ønske om at forstå, hvad der ligger bag en sådan adfærd. Dette projekt tager derfor afsæt i den forståelse, at selvskadende adfærd unægteligt må optræde som individets bedste strategi til rådighed i situationen. Det er vores opgave at forsøge at forstå snarere end at dømme, hvorfor netop denne løsning for mange individer synes så effektiv, at det bliver et adfærdsmønster, som er så svært at bryde. Der er længe søgt efter en skjult mening, der kan gøre selvskadende adfærd forståelig for andre mennesker, og forskningen på området er nærmest eksploderet det seneste årti. Det er endnu dog meget lidt, der vides om baggrunden for selvskadende adfærd, men der er efterhånden mange teorier til beskrivelse af netop dette. De mest dominerende teorier har svært ved at finde evidens i moderne forstand på grund af metodiske begrænsninger. De synes dog at have en grad af rationalitet og forklaringsværdi, om end det er vigtigt at pointere, at selvskadende adfærd ikke umiddelbart kan forklares ved en simpel eller rationel teori (Møhl, 2015; Lundh, 2016). Suyemoto gennemgår i en oversigtsartikel

forskellige teorier om selvskadende adfærd, hvor hun skelner mellem forskellige paradigmer. Hun beskriver hertil miljømodellen, driftsmodellen, affektreguleringsmodellen, dissociationsmodellen og grænsemodellen og understreger, at det netop ikke er muligt at finde en universel teori til forklaring af selvskadende adfærd (Suyemoto, 1998). Komplexiteten lader sig altså ikke indføje i én enkelt teori, og det synes vigtigt ikke at fokusere ensporet på enkelte teorier og paradigmer. De forskellige forklaringsmodeller kan i stedet fungere som enkelte dele af en større helhed, hvorfor de forskellige betydningsfulde faktorer må omfavnes og bearbejdes både enkeltvist og i sammenhæng. Det vil således give mening at forsøge at forstå de forskellige forklaringsmodeller i et større perspektiv, der kan give et indblik i dynamikken bag selvskadende adfærd. Dette leder mig til følgende problemstilling:

Hvordan kan dynamikken i selvskadende adfærd forstås ud fra et biopsykosocialt perspektiv?

1.1 Emneafgrænsning

Selvskadende adfærd er et komplekst fænomen, der kan belyses ud fra mange forskellige psykologiske interesseområder. Dette projekt tager udgangspunkt i en dynamisk tilgang, der gør det muligt at undersøge baggrunden for valget af netop denne strategi. For at belyse specialets problemstilling bedst muligt inddrages forskellige forklaringsmodeller ud fra den biopsykosociale forståelse for at få et så grundigt og detaljeret billede som muligt. Selvskadende adfærd som undersøgelsesfelt har dog været præget af megen forvirring både i forhold til terminologi og klassificering, hvilket har skabt dårlig gennemsigtighed i undersøgelserne på området. Teorierne diskuteres derfor i henhold til relevans og forklaringsevne, men de fungerer i højere grad som et supplement til end udelukkelse fra hinanden for at berige beskrivelsen af dynamikken i denne adfærd. Det ønskes således at opnå en forståelse for, hvad der kan gøre selvskadende adfærd effektiv om end problematisk for mange mennesker. Projektet tager form af en teoretisk undersøgelse af selvskadende adfærd som fænomen, hvorfor det er formålet at opnå mere og ny generel viden med en forståelse for, at dynamikken i selvskadende adfærd optræder særegent hos det enkelte individ.

1.2 Begrebsafklaring

Der er mange former for selvskadende adfærd, hvorfor det er vigtigt præcist at definere, hvilken slags selvskade der er tale om. Projektet omhandler *ikke-suicidal selvskade*, som blev fremført i The International Society for the Study of Self-injury i 2007. Ikke-suicidal selvskade beskrives som 'en direkte, forsætlig selvpåført og socialt uacceptabel ødelæggelse af kropsvæv, der medfører umiddelbar fysisk skade og/eller smerte udført uden intention om selvmord' (Møhl, 2015; Walsh, 2008; Suyemoto, 1998; Møhl & Rubæk, 2016a). Definitionen indebærer således, at den selvskadende handling udføres med ønsket om direkte at skade sig selv, og den giver umiddelbare fysiske konsekvenser som sår, blødninger eller rifter. Projektet fokuserer dermed ikke på andre former for selvskadende adfærd med indirekte fysiske skader som spiseforstyrrelser eller stofmisbrug. Handlingen skal ligeledes være socialt uacceptabel, hvorfor projektet heller ikke inddrager fysisk skade i forbindelse med piercinger eller tatoeringer. Den selvskadende adfærd må ydermere ikke udføres med en intention om selvmord, da det i så fald kategoriseres som et selvmordsforsøg med andre baggrunde og betydningsfulde faktorer.

Projektet vil undervejs anvende termen *selvskadere*, hvilket må forstås som et begreb til beskrivelse af mennesker med selvskadende adfærd, og ikke som en typeinddeling eller generalisering af mennesker, som udfører disse handlinger. Det er en vigtig pointe, at mennesker med selvskadende adfærd ikke er 'selvskadere' som et definitivt karaktertræk. Projektet udformes i stedet ud fra forståelsen af, at mennesker med selvskadende adfærd udfører selvskadende handlinger som en form for løsningsstrategi til individuelle problematikker. Begrebet må derfor forstås som en sproglig omvej snarere end et udtryk for, at den selvskadende adfærd definerer de mennesker, der udfører den.

1.3 Videnskabsteoretisk afsæt

Psykologi indeholder adskillige forståelsesrammer, og der hersker ikke entydige svar på, hvorledes psyken hænger sammen. Psykologien arbejder inden for tre videnskabelige domæner, herunder det samfundsvidenskabelige, naturvidenskabelige og humanvidenskabelige, hvor teorier dannes inden for de forskellige domæner uden nødvendigvis at have en egentlig sammenhæng. Almenpsykologien kan samle de forskellige discipliner og fungere som en metavidenskabelig model. Almenpsykologiens opgave

er at identificere, beskrive og forklare fænomener inden for det psykiske genstands-område, og påpege forskellen mellem det psykiske, neurofysiologiske og sociale (Bertelsen, 2003). Det er i dette projekt almenpsykologiens job at undersøge den dybere sammenhæng mellem de forskellige discipliner i forhold til selvskadende adfærd, så der opnås et samlet billede af dynamikken i denne adfærd.

Videnskabsteori er relevant i forhold til at karakterisere grundforståelser om mennesker, samfundet og videnskab i det videnskabelige arbejde (Rønn, 2006). Det videnskabsteoretiske grundlag for dette projekt tager udgangspunkt i en fænomenologisk tilgang. *Fænomenologi* kommer af det græske ord 'phainomenon', der betyder det som viser sig, og 'logos', der betyder læren om. Fænomenologien blev udviklet af den tyske filosof Husserl med fokus på menneskets umiddelbare og ureducerede oplevelse. Denne grundforståelse danner grobund for at forstå, hvad det enkelte individ oplever i forbindelse med selvskadende adfærd, samt at se selvskade som fænomen på dets egne betingelser. Det enkelte menneskes subjektive virkelighed er af stor betydning, og det er vigtigt aldrig at tage for givet, at man ved, hvad andre tænker, føler eller ønsker (ibid.; Jacobsen, Tanggaard og Brinkmann, 2015). I den forbindelse må selvskadende adfærd mødes uden fordømmelse og forudindtagne hypoteser, men forstås, som det optræder hos det enkelte individ. Fænomenologien arbejder med begrebet livsverden, hvor det enkelte menneskes egne konkrete virkelighed betragtes som en forudsætning for andre erfaringer. Mennesker med selvskadende adfærd må således forstås ud fra den enkeltes grundlæggende dynamik, der er et udtryk for dennes personlige erfaring. For at kunne beskrive selvskade, som det optræder i sig selv i den virkelige verden, må der stræbes efter fænomenologisk reduktion, hvor teorier og forudindtagelser sættes til side for at se på den ureducerede oplevelse. Dette beskrives af Husserl som epoche, der dog aldrig vil være hundrede procent opnåelig, men må være målet i det videnskabelige arbejde (Jacobsen et al., 2015).

1.4 Projektets design

Projektet begynder med en introduktion til selvskadende adfærd, der har til formål at give et indblik i terminologi, metoder, klassificering og udbredelse. Derefter følger hovedparten af projektet, hvori forskellige teorier omkring den dynamiske baggrund for selvskadende adfærd beskrives ud fra den biopsykosociale model, herunder den

biologiske, psykologiske og sociale forståelse. I tråd med det biopsykosociale perspektiv beskrives efterfølgende forskellige sårbarhedsfaktorer for selvskadende adfærd, herunder risiko- og resiliensfaktorer, der udspringer fra sårbarheds-stress-modellen. Sidste del præsenterer et nuanceret teoretisk perspektiv på betydningsfulde faktorer for dynamikken i selvskadende adfærd ud fra nogle udvalgte dominerende fokuspunkter, herunder det biopsykosociale perspektiv, den biologiske grundlag for en psykologisk forståelse, alarmberedskab, negativ affekt, lettelse, kontrol, afhængighed og ungdomslivet. Til slut følger en konklusion på projektets problemstilling.

2. Hvad er selvskade?

Selvskade er et diffust begreb, der undertiden har manglet klar definition og afgrænsning og optrådt både kompleks og uforståelig for forskere og klinikere såvel som patienter og pårørende. Følgende afsnit fungerer som en introduktion til selvskade som fænomen for at give et indblik i de besværligheder, der optræder i undersøgelsen heraf, og for at sætte en klar ramme for, hvorledes selvskade skal forstås i dette projekt. Afsnittet beskriver terminologi, metoder, klassificering og udbredelse af selvskadende adfærd.

2.1 Terminologi

Gennem tiden har selvskade været defineret vidt forskelligt, hvilket har skabt forvirring om, hvad det indebærer, og givet problemer både i klinisk og forskningsmæssig sammenhæng (Walsh, 2008; Møhl, 2015; Rubæk, 2009; Suyemoto, 1998; Nixon, Cloutier & Aggerwal, 2002; Angelotta, 2015). Indtil midten af 1990'erne blev selvskadende adfærd i vid udstrækning refereret til som *selvmutilering*, herunder hørte adfærd som at skære, brænde, kradse eller slå sig selv. Mutilering defineres i Merriam-Webster Dictionary som at skære noget op, lemlæste eller ændre radikalt, og denne terminologi blev undertiden vurderet som værende for ekstrem og nedsættende (Walsh, 2008; Møhl, 2015). *Deliberate self-harm* eller *self-harm* inkluderer både suicidal og ikke-suicidal selvskadende adfærd, men anvendes i den britiske litteratur og inkluderer bl.a. indtagelse af overdosis. *Para-suicide* er også et begreb, der indeholder både suicidal og ikke-suicidal selvskadende adfærd, men anvendes sjældent pga. den upræcise definition, omend det er blevet brugt synonymt med *self-injury*, hvilket har skabt yderligere forvirring. *Wrist-cutting* og *wrist-slashing* er også brugte termer, men de fokuserer udelukkende på at skære sig i håndleddet. *Self-abuse* og *self-inflicted violence* er upræcise begreber eller omskrivninger, hvor hverken abuse eller violence er passende i forbindelse med selvskadende adfærd, hvorfor de ikke længere anvendes. *Suicide gesture* eller *suicide threat* optræder i forbindelse med et ønske om at få andre til at tro, at man har intentioner om at begå selvmord (Møhl, 2015; Angelotta, 2015). Som ovenstående tydeligt pointerer, har sproget omkring selvskadende adfærd omfattet adskillige begreber og ændret sig betydeligt siden midten af 1990'erne. Det mest anvendte begreb i dag er *selvskade* eller *self-injury*, hvor det er vigtigt at pointere, at

selvskade i høj grad adskiller sig fra selvmord, da det ikke udføres med intentionen om at ende sit eget liv. Derfor optræder den præcise definition af selvskade, som den beskrives i dette projekt, *ikke-suicidal selvskade* eller mere internationalt, *non-suicidal self-injury* (NSSI) (Walsh, 2008; Møhl, 2015; Møhl & Rubæk, 2016a; Zöllner, 2016). Der har tydeligvis hersket stor forvirring om definitionen af selvskadende adfærd, hvilket i høj grad har præget forskningen og forståelsen af selvskade i dag. Det er således vigtigt at være opmærksom på terminologien omkring selvskadende adfærd, da det er afgørende for forståelsen af, hvilken form for selvskade, der er tale om.

2.2 Metoder

Op mod 80 % af de patienter, der regelmæssigt skader sig selv, bruger flere forskellige metoder, som kan variere afhængigt af omstændigheder og følelser (Møhl, 2015; Thastum & Khodaie, 2016). Dette kan give et indtryk af, at det enkelte individs effekt af selvskade ikke blot knyttes til en enkelt metode men til selvskade i det hele taget. At metoden afhænger af humør og følelser kan også indikere, at metoden kan fortælle noget om alvoren i eller hensigten med adfærden. At **skære sig** med forskellige redskaber som barberblade, knive eller glasskår refereres til som *cutting*, der er den mest almindelige metode til selvskade ifølge talrige undersøgelser. Der har i litteraturen også været en tendens til primært at fokusere på cutting og i mindre grad andre metoder (Suyemoto, 1998). Mange vedligeholder dertil sine sår ved at pille i dem, og således hindre heling, eller øger smertefølelsen ved at hælde salt eller syre i såret. Cutting kan foregå på hele kroppen, men optræder oftest på arme, håndled eller ben. Individer, som skærer sig i kønsorganer, på bryster eller i ansigtet, har det oftest dårligere end dem, der skærer sig overfladisk på arme og ben. Nogle patienter skærer lige linjer eller ord, mens andre skærer mindre struktureret og kan hakke eller ligefrem fjerne dele af kropsvævet. Cutting kan finde sted impulsivt i forbindelse med stressbelastninger eller som en handling, der er planlagt og tilrettelagt over længere tid, så patienten ikke risikerer at blive forstyrret (Møhl, 2015; Briere & Gil, 1998). Det tyder således også på, at enkelte metoder anvendes forskelligt af det enkelte individ, hvorfor selvskade kan have forskellig betydning i forskellige settings. Det kan dermed fortælle noget om dynamikken hos den enkelte, hvor vidt selvskaden udføres som en impulsiv handling i følelsernes vold, eller den udføres som en personlig belønning og noget, der er set frem til. Det er hermed også af stor betydning, hvor vidt den enkelte vægter ensomheden eller

udfører selvskade med intentionen om at vise eller kommunikere sin selvskade ud til omgivelserne. At **slå sig selv** med en knytnæve eller forskellige genstande eller slå hånden mod andre genstande er den næsthøjest hyppige form for selvskade. Metoden anvendes som oftest af mænd, og kan resultere i frakturer eller lignende alvorlige skader (Møhl, 2015). Disse skader er nemmere at overse end rifter fra cutting i og med, at de i højere grad kan virke som dagligdags skader og ikke nødvendigvis forbindes med selvskade. Anvendelsen af sådanne metoder kan fortælle noget om, at selvskaden ikke har til formål at blive vist frem, da det nærmere forsøges at kamuflere skaderne. At **kradse sig selv** til blods kaldes *scratching*, og er også en hyppigt anvendt metode, ligesom at **brænde sig** forskellige steder på kroppen med cigaretter og lightere eller ved at hælde kogende vand eller kaffe ned over sig selv. Dette giver ofte smertefulde brandsår, som let bliver inficerede, hvilket vidner om villigheden til at tage større risici og dermed alvorligheden i den selvskadende adfærd. Andre metoder til direkte ikke-suicidal selvskade er at **bide sig selv**, **stikke nåle i sig selv**, **sy sig selv** med sytråd, **gnide sig voldsomt på huden** eller lave **selvpåførte tatooveringer**, selvom sidstnævnte i højere grad kan henføres til kropsudsmykning (ibid.). Der findes metoder med et kompulsivt præg, herunder **head banging**, hvor hovedet bankes mod en væg adskillige gange, hvilket kan medføre fortykkede områder i panden eller tindingen samt blødninger i kraniet. Denne metode ses oftest hos mennesker med psykisk udviklingshæmning eller neuropsykiatriske tilstande, hvor det kan skyldes kedsomhed eller stress. Dynamikken synes umiddelbart anderledes hos disse patienter, og kan ikke beskrives ud fra samme forståelse som andre former for selvskade, der udføres med et mere bevidst formål (ibid.). At **trække hår ud** er en selvstændig diagnose, *Trikotillomania*, som karakteriseres ved et betydeligt hårtab, og oftest forekommer hos kvinder. Det kan foregå i hovedbunden, øjenbrynene eller genitalområdet, og foregår ofte automatisk som distraktion eller som reaktion på angst og stress. Denne metode gør det tydeligt, at typisk kvindelige fysiske aktiver nedprioriteres til fordel for at regulere en indre tilstand. Metoden synes i højere grad at være tvangspræget og mindre fokuseret på omgivelser og konsekvenser. **Skin picking** er ligeledes en selvstændig diagnose, *Excoriation Skin Picking Disorder*, der består i at trække hud af i flager eller ved at finde uregelmæssigheder. Det kan resultere i irriteret og inficeret hud med sår, som kan vedligeholdes ved at pille i dem. Det forekommer ligeledes oftest hos kvinder, der kommer i behandling hos en hudlæge frem for i psykiatrien, hvorfor denne metode

også ofte overses. Det kan muligvis give en form for omsorg gennem lægelig opmærksomhed, som kan være hensigten med adfærden. På samme tid kan metoder som denne være en måde at undgå stigmatisering, da det ikke umiddelbart vurderes som selvskadende adfærd. Det kan dog også pointeres, at valg af disse metoder kan være et diskret råb om hjælp, der fralægger individets personlige ansvar. Det kan også ses om måde netop at undgå den rette psykiatriske hjælp, hvorfor det kan fortælle noget om en mulig afhængighed, der både kan baseres på negativ og positiv forstærkning. Som mere sjældne metoder kan nævnes **selvpåførte frakturer** eller at **sluge genstande**, der efterfølgende skal opereres ud. Denne metode ses hos svært psykotiske patienter eller patienter i fængsel, og vidner om en mere alvorlig dynamik, hvor selvskaden kan have farlige konsekvenser. Sådanne metoder indikerer en villighed til at tage større risici og et eventuelt behov for større opmærksomhed fra omgivelserne (Møhl, 2015; Angelotta, 2015). Tidlige litterære eksempler påpeger, at psykiatere fra det 19. århundrede fandt sammenhæng mellem graden af fysisk skade og graden af mental sygdom, hvor sindssyge patienter havde større sandsynlighed for at lave dyb, permanent skade, og neurotiske patienter havde større sandsynlighed for at lave mindre, genoprettelig skade. Selvskadens metode kan ifølge denne tankegang fortælle noget om individets mentale helbred og indikere, hvor vidt eventuelle psykiske sygdomme kan ligge til grund for udviklingen af selvskadende adfærd (Angelotta, 2015). Pointen er således, at man må medtage alle informationer omkring det selvskadende individ og den selvskadende adfærd for at opnå en større forståelse for, hvad selvskaden betyder for vedkommende. Der findes mange forskellige metoder til selvskade, og det kan antages, at de forskellige metoder har forskellige formål og giver forskellig effekt. Det synes hertil også relevant, at visse metoder i højere grad optræder hos bestemte køn, hvilket kan have en sammenhæng med de fysiske skader, det efterlader, og behovet for at skjule eller fremvise disse. Metoderne kan også fortælle noget om baggrunden for udviklingen af denne adfærd, hvor bestemte metoder kan have forskellig funktion for forskellige problematikker. Det kunne være interessant at undersøge, om bestemte personlighedstræk, alder eller varigheden af den selvskadende adfærd kan have betydning for valg af metode, og hvad det således kan fortælle om individets dynamik. Alt sammen vil kunne bidrage til en større forståelse for den enkeltes selvskade og i sidste ende forbedre behandlingen heraf.

2.3 Klassificering

Der hersker generelt tvivl omkring definitionen af og grænsen mellem sundhed og lidelse, hvilket komplicerer psykiatriske diagnoser og forståelsen for fænomener som selvskadende adfærd. På trods af sårbarheden ved psykiatriske diagnoser, har psykiatere dog anerkendt betydningen af det diagnostiske system og accepteret, at det endnu er nødvendigt at anvende diagnoser. Selvskade optræder på den slørede grænse mellem normal og unormal adfærd, hvilket gør den besværlig at kategorisere og undersøge. Det er i de senere år blevet diskuteret, hvor vidt *ikke-suicidal selvskade* bør være en selvstændig diagnose, og hvor vidt selvskadende adfærd bør forstås som en adfærd eller sygdom (Møhl, 2015; Suyemoto, 1998; Angelotta, 2015). Der synes fordele og ulemper ved begge dele, men selvskade som diagnose kan omfatte risikoen for at skabe mere fokus på adfærden, altså symptomerne, og mindre fokus på dynamikken i selvskaden og mennesket bagved. Derudover indebærer det risiko for yderligere stigmatisering, hvilket unægteligt vil påvirke det enkelte individ. Eftersom selvskade omfatter mange former, metoder og hensigter synes det vigtigt at have en grundig udredning af hver enkelt patient for at kunne bestemme, hvorledes selvskaden optræder og kan behandles hos den enkelte. Derudover kan diagnosticering muligvis medføre et ændret perspektiv hos professionelle, der bliver symptomfokuseret i højere grad og ser mindre mulighed for forandring og bedring. Det er af afgørende betydning for forståelsen af selvskadende adfærd, hvor vidt vi betragter denne som en ”normal” reaktion på stressbelastninger eller som en egentlig lidelse, der defineres af disse symptomer. Det er to vidt forskellige perspektiver, og diskussionen heraf må ikke negligeres (Horwitz, 2002). I 2013 blev *Non-Suicidal Self Injury* en del af DSM-5 som en selvstændig diagnose i form af et sæt kriterier, der kan anvendes i forskningsmæssig sammenhæng uden egentlig funktion som en diagnose. Non-suicidal self-injury kan ’diagnosticeres’, når et individ, mindst fem dage på et år, udfører intentionel selvskabt skade på kroppens overflade med forventningen om, at skaden ikke medfører død. Formålet vil typisk være at reducere en negativ følelsestilstand eller løse en interpersonel konflikt. I det danske diagnosesystem ICD-10 placeres selvskadende adfærd i det numeriske index F60.3 under ’*Emotionelt ustabil personlighedsstruktur*’, der blandt andet karakteriseres ved en udtalt evne til at handle impulsivt og uden hensyntagen til konsekvenserne samt en tilbøjelighed til følelsesudbrud og manglende evne til at styre affektudladninger. Der skelnes mellem to typer, herunder den impulsive type og borderline

type. Sidstnævnte nummereres F60.31, hvor to ud af fem kriterier skal opfyldes, og en af mulighederne er 'tendens til selvdestruktivitet'. Ikke-suicidal selvskade indgår således ikke som en selvstændig diagnose i den danske diagnoseliste, men som et symptom på en forstyrrelse i personlighedsstruktur og adfærd (WHO ICD-10, 2015; APA DSM-5, 2013). Det vidner om, at der tydeligvis er behov for mere klare retningslinjer og klassificering af selvskadende adfærd, som gør fænomenet lettere håndterbart for professionelle. Ifølge Gilman er selvskadende adfærd socialt konstrueret, hvor en diagnose er et udtryk for social kontrol og resultatet af moralsk panik omkring definition af afvigende adfærd, som truer sociale normer. Han pointerer, at linjen mellem patologi og normalitet opstår mellem cutting og piercing, hvor den eneste forskel er social accept. Han mener tydeligvis, at retningen mod diagnosticering er dybt fejlslagen, da selvskade i sig selv ikke kan betragtes som en observerbar størrelse (Gilman, 2013). Selvskadende adfærd bør muligvis betragtes som normal, endog afvigende, adfærd. Dette perspektiv underkender dog, at nogle patienter beretter om smerte og selv vælger at søge hjælp, da konsekvenserne ved selvskaden er for omfattende. Synspunktet vidner dog om, at selvskadende adfærd helt grundlæggende kan betragtes ud fra vidt forskellige perspektiver (Angelotta, 2015). Angelotta påpeger hertil betydningen af ikke at skære alle former for selvskade over en kam. Hun ser i stedet positivt på de nuværende forsøg på at opdele forskellige former for selvskade i subkategorier, da disse bygger på mange års forskning og klinisk praksis, og hverken er tilfældige eller uovervejede (ibid.). Der kan muligvis findes en mellemvej, hvor selvskadende adfærd ikke forstås enten som patologisk eller normal adfærd, men som et fænomen, der kan optræde på et kontinuum. På den måde er formen, metoden, alvorligheden og muligvis individets grundlæggende dynamik afgørende for, hvorvidt selvskadende adfærd bør diagnosticeres som sygdom eller ej.

En stor del af forskningen omkring selvskadende adfærd har ikke skelnet mellem selvmordsadfærd og ikke-suicidal selvskade, hvorfor selvskade i lang tid blev fejltolket som et ufuldbyrdet selvmord. Denne mangelfulde skelnen gør det yderst besværligt at sammenligne forskellige undersøgelser og få et indtryk af dynamikken i adfærden. Forskellige teoretikere har pointeret vigtigheden af denne adskillelse, eftersom det involverer to separate men overlappende populationer (Angelotta, 2015). Menninger skelnede mellem organisk, psykotisk, neurotisk og religiøs selvskade. Denne klassificering slog aldrig rigtigt igennem, men han beskrev selvskade som 'a partial suicide to avert total suicide', og definerede således selvskade som en måde at undgå selvmord

på. Menninger beskrives ofte som den første til at skabe opmærksomhed på denne differentiering, og der gik flere årtier før kolleger bakkede ham op og bekræftede perspektivet om selvskadende adfærd som en antiselvmordshandling. Angelotta pointerer dog, at selvskade uden intention om selvmord optræder i den psykiatriske litteratur lang tid før Menningers skrifter (Menninger *if.* Favazza & Conterio, 1988; Møhl, 2015; Rubæk, 2009; Angelotta, 2015). Selvom selvskadende adfærd fortjener en tydelig differentiering fra selvmordsadfærd, er det vigtigt at pointere, at selvskade ikke i sig selv ikke er en antiselvmordsindikator, men rent faktisk medfører en stærkt øget risiko for selvmord. Dette skyldes risikoen for uheld eller uintenderet selvmord ved eksempelvis at skære for dybt eller ramme et livsvigtigt blodkar. Det skyldes også, at selvskade bliver voldsommere efterhånden, da den over tid ikke giver samme tilfredsstillelse. Hvis den ønskede effekt på et tidspunkt ikke kan opnås, kan selvmord føles som eneste udvej. Dette kan have bidraget til at sløre grænserne mellem selvskadende adfærd og selvmordsadfærd, men der er stor forskel på individernes motiver, hvorfor det bør forstås og klassificeres forskelligt (Rubæk, 2009; Briere & Gil, 1998).

Den første moderne oversigt over selvskadende adfærd kom i 1983 med Pattison og Kahan. De skelnede mellem selvskade som direkte eller indirekte, om den har større eller mindre risiko for at medføre død samt om den er repetitiv. Ifølge Møhl er denne kategorisering meget relevant i det kliniske arbejde, men den skelner stadig ikke mellem suicidal og ikke-suicidal selvskade (Pattison & Kahan *if.* Møhl, 2015; Rubæk, 2009; Favazza & Conterio, 1988; Angelotta, 2015). Favazza og Rosenthal lavede i 1993 en kategorisering, der i modificeret form stadig anvendes til forskning og i klinisk praksis. I den seneste udgave skelnes mellem selvskade som svær, stereotyp eller overfladisk. Den svære selvskade defineres af omfattende og dramatisk skade, herunder øjenoperationer og amputationer, som oftest er forbundet med psykotiske tilstande. Den stereotype skade er ofte, hyppig, gentagen, monoton, rytmisk og med et tvangsmæssigt præg, som ses hos patienter med autisme eller psykisk udviklingshæmning samt Lesch-Nyhan, Prader-Willi og Cornelia de Langes. Den overfladiske selvskade inkluderer cutting, brænding samt at kradsse og slå sig selv og inddeles yderligere i tvangsmæssig, episodisk, repetitiv eller impulsiv. I klinisk praksis er der tendens til at skelne mellem mild, moderat og svær skade på samme måde som med psykiatriske diagnoser (Favazza & Rosenthal *if.* Møhl, 2015; Nixon, Cloutier & Aggerwal, 2002; Simonsen & Møhl, 2010; Angelotta, 2015).

Det fremgår således tydeligt, at der gennem tiden har været mange forsøg på at klassificere og inddele selvskade, så den bliver mere målbar og håndgribelig. Det synes dog svært at skabe en klassificering, der inddrager alle elementer og således kan være grund for undersøgelser, som kan give et generelt klart indtryk af dynamikken i adfærd. Det har altid været svært at klassificere selvskadende adfærd, men forskellige forsøg har med tiden bragt os tættere på forståelsen af selvskadens mange facetter (Møhl, 2015; Rubæk, 2009; Suyemoto, 1998).

2.4 Udbredelse

Litteraturen vidner om tilfælde af selvskadende adfærd gennem hele menneskehedens historie, hvor det ældste eksempel stammer fra Herodot, der ca. 450 år f.Kr. beskrev, hvorledes den spartanske leder Cleomenes mutilerede sig selv. Der er ligeledes et eksempel fra det Det Nye Testamente, hvor en dæmonbesat mand skar sig selv med sten (Rubæk, 2009; Favazza & Conterio, 1988). Dette tyder på, at fænomenet er tværkulturelt og ikke umiddelbart knyttes til nutidige problematikker. Det er dog ikke til at påpege prævalens fra gammel tid, hvorfor det er svært at vurdere den egentlige stigning over århundreder eller knytte kausale sammenhænge til samfundsværdier eller normer. Selvskade er formentlig ligeledes stærkt underrapporteret i dag, da det er en såkaldt skjult lidelse, der ofte udføres i ensomhed og skjules på grund af skam og frygt for stigmatisering. Der er dog god dokumentation for en stigning i selvskadende adfærd, men det er problematisk at konkludere, hvor hyppigt det egentlig forekommer. Det påpeges i henhold til denne diskussion, at medieinteressen kan få problemet til at synes større, end det i virkeligheden er (ibid.; Suyemoto, 1998; Briere & Gil, 1998; Møhl, 2015). Det er vanskeligt at sammenligne undersøgelser og få et egentligt overblik over udbredelsen. Nogle af disse problemer skyldes manglende stringent dataindsamling, udetaljerede ja/nej spørgsmål, dårlige definitioner på selvskade og uklar definition af prævalens, da nogle studier undersøger livstidsprævalens og andre en afgrænset periode, hvilket giver dårlig gennemsigtighed. Det er hertil et problem, at mange undersøgelser ikke skelner mellem kliniske og ikke-kliniske populationer, da prævalenstal altid vil være højere for kliniske populationer (Møhl, 2015; Suyemoto, 1998; Møhl & Rubæk, 2016a; Zöllner, 2016). Favazza og Conterio har påpeget, at kroniske selvskadere involverer mennesker af stor diversitet, hvorfor det er umuligt at formulere et typisk billede af en selvskadende patient (Favazza & Conterio, 1988). Det er alligevel

muligt at skabe en form for overblik ud fra de hidtil dominerende undersøgelser. Nedenstående præsenterer således den formodede udbredelse af selvskade i forhold til køn, alder, kliniske undergrupper og generel hyppighed.

2.4.1 Køn

Tidligere var man af den overbevisning, at selvskade overvejende var et kvindeligt fænomen, hvorfor den spæde forskning på området primært inkluderede kvinder, og den typiske selvskader blev beskrevet som en ung, perfektionistisk, intelligent kvinde. Det påpeges, at undersøgelser, der inkluderer indtagelse af overdosis, finder en overvægt af kvinder. Undersøgelser, der begrænser sig til ødelæggelse af kropsvæv, finder i stedet lige så mange mænd som kvinder. Kvinder menes dog at være mere tilbøjelige til at søge hjælp, hvorfor der muligvis kan være mange selvskadende mænd, der ikke rapporteres (Møhl, 2015; Rubæk, 2009; Angelotta, 2015). Ifølge Vidensråd for Forebyggelse viste undersøgelser i 2014, at der ikke var den store forskel i udbredelsen af selvskade mellem drenge og piger, men at drengene så ud til at skade sig hyppigere end pigerne (Due, Diderichsen, Meilstrup, Nordentoft, Obel & Sandbæk, 2014).

2.4.2 Alder

Der er stor forskel på forekomsten af selvskade i forskellige aldersgrupper, hvilket kan fortælle noget om dynamikken omkring udvikling af selvskadende adfærd, da forskellige aldersgrupper kan knyttes til forskellige typiske problematikker.

Der er få systematiske undersøgelser af selvskade hos børn, og det antages ikke at forekomme så hyppigt, hvis ikke der er tale om psykisk sygdom eller andre store belastninger. Dog tyder det alligevel på, at selvskade kan begynde helt ned til fireårsalderen, hvilket kan give indtrykket af, at samspillet mellem mor og barn samt generelle interpersonelle relationer kan have betydning for udviklingen af selvskade. Det synes således vigtigt at medregne udviklingspsykologiske teorier, der kan fortælle noget om sårbarheder og bidrage med en forklaring af motivet for selvskade i så tidlig en alder. En britisk undersøgelse med mere end 10.000 børn samt deres forældre og lærere påviste en selvskadeprævalens på 1,3 % fra 5-10 år, 6,2 % hos børn med en angstdiagnose og 7,5 % hos børn med adfærdsforstyrrelser. En undersøgelse af selvskadende college-studerende påviste, at 5 % begyndte deres selvskade inden de blev 10 år, mens en anden undersøgelse fandt, at 25 % af selvskadende high school-elever begyndte inden

de blev 12 år (Møhl, 2015). Det er derfor vigtigt at fokusere på væsentlige på indre problematikker, som kan tydeliggøre, hvordan et barn kan have behov for at anvende selvskadende adfærd.

Omkring 10-15 % af unge mennesker omkring puberteten i ikke-kliniske populationer har haft mindst én selvskadende episode. En britisk undersøgelse af unge mellem 13 og 15 år fandt, at 5 % af drengene og 8 % af pigerne havde skadet sig selv eller forsøgt selvmord. Hos unge under psykiatrisk indlæggelse ses en prævalens mellem 40 % og 82,4 %. Mange med selvskade i puberteten, specielt hvis de har haft kontakt med psykiatrien, har øget risiko for selvmordsforsøg og andre psykiske problemer som depression i voksenlivet. Dog eksperimenterer mange unge med selvskade uden efterfølgende problemer (ibid.). I 2015 viste en spørgeskemaundersøgelse blandt 13-19-årige, at 27 % af de unge alvorligt har overvejet at skade sig selv uden at gennemføre det. Heraf havde 17 % skadet sig selv (Zöllner, 2016). Unge mennesker i puberteten gennemgår en fase med stor udvikling, og denne proces synes afgørende for den videre udvikling. Selvskadende adfærd kan således påvirke mentale processer og svække evnen til at lære bedre strategier i fremtiden. Unge voksne mellem 17 og 25 år har størst risiko for at udvikle selvskadende adfærd, og undersøgelser af college- og universitetsstuderende samt elever på high schools og gymnasier viser, at hver femte har erfaring med selvskade. 18 % af high school-elever i Massachusetts havde i en undersøgelse enten brændt eller skåret sig selv, omkring 35 % af amerikanske universitetsstuderende havde i en anden undersøgelse skadet sig selv på et tidspunkt i deres liv, mens 21,5 % af danske gymnasieelever i en tredje undersøgelse havde skadet sig selv på et tidspunkt i deres liv og 16 % inden for det seneste år. En stor undersøgelse af ikke-suicidal selvskade blandt amerikanske collegestuderende viste, at 17 % havde skadet sig selv mindst én gang og deraf rapporterede 75 % om gentagne tilfælde af selvskade (Møhl, 2015; Favazza & Conterio, 1988). Som sagt kan validiteten ved disse fund betvivles, da mange muligvis ikke retmæssigt diagnosticeres. Det er dog alarmende tal, der påpeger vigtigheden af opmærksomhed på denne aldersgruppe. Fokus på de besværligheder, der optræder i denne alder, må unægtelig kunne fortælle noget om, hvilken form for dynamik, der kan have sammenhæng med selvskadende adfærd. Projektet præsenterer senere en diskussion omkring disse faktorer. Briere og Gil lavede i 1998 en epidemiologisk undersøgelse, som viste, at 4 % af den voksne amerikanske befolkning på et tidspunkt inden for de seneste seks måneder havde skadet sig selv ved at skære, brænde eller kradse sig uden suicidale hensigter (Briere & Gil, 1988).

Klonsky fandt i 2011, at 5,9 % af den voksne amerikanske befolkning på et tidspunkt havde haft ikke-suicidal selvskade, 2,7 % fem gange eller mere og 0,9 % inden for det seneste år (Klonsky if. Møhl, 2015). Det synes hertil vigtigt at undersøge, hvor vidt disse tal er et udtryk for, at den selvskadende adfærd fortsætter op gennem voksenlivet eller om adfærden først udvikles i denne periode, da det kan være udtryk for forskellig baggrunde for adfærden. Der er ikke lavet mange undersøgelser af selvskade hos mennesker over 60 år, men det forventes at have tæt sammenhæng med selvmordsforsøg. En undersøgelse i 2006 påviste, at 8,5 % af 730 ældre patienter, der før havde udført selvskade med og uden suicidale hensigter, havde haft selvskadende adfærd inden for de seneste ti år (Møhl, 2015). Det er således stadig et tema i den ældre befolkning, men på grund af metodiske udfordringer, herunder dødsfald, er det svært at vurdere baggrunden for selvskaden. Prævalensen er dog tilpas lav i forhold til andre aldersgrupper, og det fremgår af talrige undersøgelser, at unge voksne har den højeste forekomst af selvskadende adfærd både i dansk og mere internationalt perspektiv.

2.4.3 Kliniske undergrupper

Der er undersøgt forskellige træk ved selvskadende adfærd, men det er endnu ikke lykkedes at identificere kliniske undergrupper med hensyn til specifikke psykiatriske diagnoser. Ikke-suicidal selvskade optræder således som et non-specifikt symptom, der både kan findes hos mennesker med og uden andre symptomer eller psykiatriske diagnoser. Ikke-suicidal selvskadeprævalens blandt indlagte psykiatriske patienter ligger mellem 40 % og 61 %, mens det for ikke kliniske populationer ligger omkring 18 %. Der synes dog en forhøjet risiko for selvskadende adfærd ved depression, PTSD, stof- og alkoholrelaterede forstyrrelser og spiseforstyrrelser (Møhl, 2015). I forhold til associerede diagnoser forbindes selvskadende adfærd primært med borderline personlighedsforstyrrelse, ligesom selvskade synes at være en markør for svære personlighedsforstyrrelser. Andre diagnoser som svær depression, lettere depression, dissociativ identitetsforstyrrelse, OCD, alkoholisme og andre afhængigheder, spiseforstyrrelser, skizofreni, angstforstyrrelser, tilpasningsforstyrrelser og andre personlighedsforstyrrelser associeres ligeledes med selvskadende adfærd. Der synes dertil sammenhæng mellem selvskade og antisocial adfærd, flere fysiske lidelser, seksuel dysfunktion og seksuel adfærd med højrisiko for HIV. Patienter med selvskadende adfærd har

større sygehistorie end mennesker med personlighedsforstyrrelser eller selvmordsforsøg, og selvom selvskade tydeligt differentieres fra selvmord, har selvskadere tendens til flere suicidale fantasier og tidligere selvmordsforsøg uafhængigt af den selvskadende adfærd (Suyemoto, 1998). Det faktum, at selvskadende adfærd er et non-specifikt symptom, kan bidrage til opfattelsen af, at selvskade ikke nødvendigvis bør betragtes som en lidelse, men i højere grad som en mestringsstrategi, der kan optræde hos alle. Det synes således i højere grad at knytte sig til udviklingsforstyrrelser og manglende adaptive strategier end en kronisk psykisk lidelse. Dog er det et typisk karaktertræk for mennesker med borderline personlighedsforstyrrelse, hvilke muligvis siger mere om den typiske borderline-forstyrrede end den typiske selvskader.

2.4.4 Generel hyppighed

Der er stor forskel på, om man skader sig en enkelt eller gentagne gange, og det kan have stor betydning for, hvorledes selvskade anvendes og hvilken funktion, strategien har for den enkelte. Nixon, Cloutier og Aggerwal lavede i 2002 en undersøgelse af 42 selvskadende unge voksne, der var indlagt over en periode på fire måneder. Det viste sig, at 78,6 % havde en daglig trang til at skade sig selv, hvor 83,6 % skadede sig selv mere end en gang om ugen (Nixon, Cloutier & Aggerwal, 2002). En undersøgelse fra 2002 viste, at 18 % af selvskadende unge kun har skadet sig en gang, mens 13,1 % har skadet sig dagligt, 27,9 % to gange om ugen, 14,6 % et par gange om måneden og 50 % mere end 50 gange. En anden undersøgelse fra 2007 viste, at 25 % har skadet sig en gang, 32 % to til tre gange og 20 % mere end fire gange inden for det seneste år. I 2011 blev det naturlige forløb af selvskade over et år undersøgt hos 81 universitetsstuderende med en gennemsnitsalder på 19 år. Cutting var den mest almindelige form for selvskade for 82,7 %, hvor 52 % af de selvskadende studerende havde skadet sig selv inden for det seneste halve år og 27,8 % inden for den seneste måned. I 2012 blev der lavet en undersøgelse af selvskadende adfærd hos danske gymnasieelever, hvor 28,9 % af dem, der skader sig selv, havde skadet sig en gang, 32,3 % to til fem gange, 12,4 % mellem seks og tyve gange og 9,3 % mere end tyve gange inden for det seneste år. (Møhl, 2015). I 2014 udgav Vidensråd for Forebyggelse en rapport, der påpegede, at 20-25 % af danske unge har prøvet at skade sig selv (Due et al., 2014). I en dansk undersøgelse af VIOSS (Epinion for Videnscenter om Spiseforstyrrelser og Selvskade) fra 2015 fremgår det i et repræsentativt udsnit af den danske befolkning fra 18-80 år,

at 11 % har skadet sig selv, mens 32 % af de danske unge fra 18-25 har skadet sig selv. Børnerådet lavede i maj 2016 en rapport, der viste, at 22 % af unge i 9. klasser over hele Danmark har erfaring med selvskade (Møhl & Rubæk, 2016a). Selvom det kan være svært præcist at påpege forekomsten af selvskade, udgør det ifølge undersøgelser fra Danmark og andre vestlige lande et stort offentligt sundhedsproblem. Selvskade er blevet så udbredt, at det ikke længere kan forstås som et individuelt fænomen men også kræver, at fokus bredes til sociale eller kulturelle faktorer. Prævalens og udbredelse er svært at forholde sig til, da det er en relativ størrelse, men afsnittet kan tjene som en påmindelse om vigtigheden af at undersøge fænomenet og søge efter en dybere forståelse for dynamikken i selvskadende adfærd.

2.5 Opsamling

Der er stor forskel på, hvor vidt selvskade betragtes som lidelse eller et symptom, og om det optræder med eller uden suicidal intention. Der har tydeligvis hersket stor forvirring om definition og klassificering af selvskadende adfærd, der er af stor betydning for forståelsen for hensigten med og funktionen i selvskaden. Der findes mange forskellige metoder til selvskade, som kan give et indtryk af adfærdens formål og alvor samt hvilken effekt, det enkelte individ søger at opnå. Selvskade optræder hos begge køn, på tværs af kulturer og i stort set alle aldre, hvor der er størst forekomst hos unge voksne. Derudover er selvskade en non-specifikt symptom, men associeres primært med borderline og andre personlighedsforstyrrelser.

3. Biopsykosocial forståelse af selvskadende adfærd

For at forstå dynamikken i selvskadende adfærd, må der medregnes adskillige faktorer for at kunne opnå et nuanceret perspektiv. Dette kan indebære en biopsykosocial forståelse, der, som begrebet antyder, både inddrager biologiske, psykologiske og sociale faktorer. Denne forståelse kan integrere og differentiere de forskellige hypoteser og bidrage til en forståelse af samhørigheden mellem de forskellige årsager. I dag ved vi, at en lang række faktorer indgår i forståelsen af dynamikken i selvskadende adfærd, hvorfor flere teorier med stor sandsynlighed giver mening i forståelsen af det enkelte selvskadende individ. En dynamisk forståelse kræver et grundigt indblik i den enkelte

patients livsomstændigheder både i forhold til ydre og indre faktorer. Suyemoto pointerer i den forbindelse, at en af de vigtigste opgaver i forsøget på at forstå psykopatologisk adfærd er at klarlægge, hvorfor denne specifikke adfærd på dette specifikke tidspunkt tjener denne specifikke funktion for denne specifikke patient (Suyemoto, 1998). Følgende afsnit vil ud fra denne antagelse beskrive forskellige teorier til mulig forklaring af dynamikken i selvskadende adfærd ud fra den biopsykosociale model. Den biopsykosociale model blev introduceret med Engel i slutningen af 1970'erne, hvor psykiatrien befandt sig i en krisesituation i forhold til at definere, hvad videnskab kunne baseres på. Den biomedicinske model, med biologi som den basale disciplin, havde hidtil været dominerende, og psykiatrien manglede en egentlig plads i videnskaben med de metoder, der gav mening for udviklingen af det psykiatriske felt. Engel satte spørgsmålstegn ved modellens tilstrækkelighed i det hele taget, da den grundlæggende ikke gav plads til hverken sociale, psykologiske eller adfærdsmæssige dimensioner af lidelse. Engel anerkendte de vigtige fremskridt, som den biomedicinske model havde frembragt, men kritiserede dens snævre fokus, som ignorerede betydningen af den subjektive oplevelse. Han ønskede en ny tilgang til sygdom, der inkluderede psykosociale faktorer uden at ofre fordelene ved den biomedicinske tilgang. Dette mandede ud i et videnskabeligt forslag og en fundamental ideologi, der blev kendt som den biopsykosociale model. Den blev formuleret som et dynamisk og dualistisk perspektiv på menneskelig oplevelse med gensidig indflydelse fra krop og sind (Borrell-Carrió, Suchman & Epstein, 2004; Engel, 1977). Nedenstående teorier bør således forstås som enkelte dele af en større helhed, der tilsammen kan give et indblik i dynamikken bag selvskadende adfærd. Det er vigtigt at pointere, at den enkelte patients baggrund for selvskadende adfærd er individuel og kompleks, hvorfor teorierne bør fungere som inspiration og vejledning snarere end en universel årsagsforklaring. Afsnittet indeholder tre dele, herunder den biologiske, psykologiske og sociale forståelse af selvskadende adfærd, der afsluttes med en opsamling, som kan bidrage til en fælles forståelse for de betydningsfulde faktorer. Hver sektion præsenterer et ensporet perspektiv, der enten tidligere eller på nuværende tidspunkt dominerer litteraturen på området.

3.1 Biologisk forståelse

Den biologiske forståelse for selvskadende adfærd kan bidrage med beskrivelser af fysiologiske reaktioner, som opleves hos selvskadende individer både uden for og i

forbindelse med selvskaden. Disse modeller kan fortælle om menneskets biologiske processer, og kan således pointere fysiologiske egenskaber hos mennesker, der skader sig selv. Man kan derved få et indtryk af, om fysiske niveauer af stoffer og hormoner i hjernen og kroppen kan have sammenhæng med selvskadende adfærd, og om fysiologiske faktorer kan have en indflydelse på udviklingen heraf. Det problematiske ved denne tilgang er dog, at måling af forskellige stoffer hos individet ikke pointerer, hvorfor en eventuel ubalance er opstået. Dette stiller således større krav til forskningsmetoderne, der skal kunne måle før, under og efter selvskadende handlinger, hvilket omfatter etiske problemstillinger. Den videnskabelige forståelse for selvskadens neurobiologiske grundlag hviler hertil på et relativt sparsomt grundlag, da forskellige persons baggrund for selvskadende adfærd ikke er entydig, og det kan være svært at drage egentlige paralleller mellem de målte kropslige niveauer og selvskade. Der er lavet en del forskning på området, omend de fleste neurobiologiske perspektiver er statiske og har fokus på den færdigudviklede hjerne (Møhl, 2015). Der findes dog en smule udviklingspsykologisk forskning, som integrerer tilknytningsteori i den neuropsykologiske forståelse og påpeger, at barnets hjerne formes af miljøet og den tidlige interaktion mellem barn og omsorgsperson (Caldji, Tannenbaum, Sherma, Francis, Plotsky & Meaney, 1998). De biologiske teorier kan ud fra denne pointe forstås som biologiske manifestationer af det psykologiske samspil med omsorgspersonen i den tidlige opvækst, hvilket er udgangspunktet for nedenstående teorier. De fysiologiske fund kan betragtes som et udtryk for individets tilstand, der er et resultat af opvækst og den dertilhørende personlige udvikling. Afsnittet gennemgår teori omkring de mest relevante neurotransmitterstoffer samt 'the low road' og 'the high road'. Disse teorier har til formål at give et indblik i, hvilke biologiske faktorer, der menes at have sammenhæng med selvskadende adfærd.

3.1.1 Neurotransmitterstoffer

Forskning i selvskadens biologiske grundlag har fokuseret på nogle af de mest fremtrædende adfærdstræk, herunder impulsivitet, sårbarhed, aggression, øget forekomst af negative følelser og nedsat evne til at reducere dem samt afhængighed af den selvskadende adfærd. De primære neurotransmitterstoffer med indflydelse på disse træk er adrenalin, noradrenalin, kortisol, serotonin og endogene opioider. Det er i forståelse

sen af disse træk og disse stoffer vigtigt at være opmærksom på de kredsløb, som neurotransmitterstofferne indgår i. Herunder hører HPA-systemet, det limbiske system, præfrontal cortex og det serotonerge system, der kan give et omfattende indblik i, hvorledes stofferne påvirker det fysiologiske system og den psykiske tilstand (Møhl, 2015). Neurotransmittere er kroppens signalstoffer, som sikrer kommunikationen mellem nervecellerne i hjernen og mellem hjernen og de perifere nerver, muskler og kirtler i hele kroppen. For yderligere at beskrive dette, består hjernen og det perifere nervesystem af nerveceller, hvis udløbere sender signaler til andre celler og dendritter. Når et signal går gennem en nervecelle, frigøres en specifik neurotransmitter, som i sidste ende overføres til en specialiseret celle og resulterer i en specifik reaktion. Denne reaktion kan være en muskelsammentrækning eller frigørelse af et bestemt stof, hvilket bliver relevant for forståelsen af selvskaders fysiologiske tilstand. Dette kan eksempelvis være anspændthed, som kommer til udtryk ved spændte muskler og forhøjede niveauer af stresshormoner eller andre stoffer, der kan medføre impulsivitet og aggression. Forstyrrelser i omsætningen af neurotransmittere påvirker således psykens funktion, hvorfor det kan resultere i øget risiko for selvskadende adfærd (ibid.). Følgende præsenterer nogle dominerende fund omkring niveauet af visse neurotransmittere hos mennesker med selvskadende adfærd, hvilket kan være afgørende for dynamikken hos det enkelte individ.

3.1.1.1 Adrenalin, noradrenalin og kortisol

Flere forskere har været optaget af, om mennesker med selvskadende adfærd i virkeligheden har et ændret fysiologisk reaktionsmønster end andre mennesker, hvilket ville kunne forklare et behov for andre og mere ekstreme mestringsstrategier. Undersøgelser peger her på, at mennesker med emotionel dysregulation og ikke-suicidal selvskade har en mere sensitiv og aktiv amygdala og udviser tegn på fysiologisk hyperarousal (Nock & Mendes, 2008). Det er velkendt, at ekstrem stress og arousal kan udløse multiple neurokemiske reaktioner, og det aktiverer to samvirkende systemer; det autonome nervesystem og HPA-aksen. I det autonome nervesystem frigøres hormonerne adrenalin og noradrenalin, som kaldes katekolaminer. Disse aktiverer den sympatiske del af det autonome nervesystem, som sætter kroppen i alarmberedskab og mobiliserer energi til kamp eller flugt. På kort sigt er dette en livsnødvendig funktion, men ved

længerevarende forhøjet adrenalinniveau på grund af vedvarende stress eller dysfunktionel stresshåndtering påvirkes koncentration, hukommelse og søvnmønster, hvilket ofte ses hos selvskadende kvinder (Lundh, Bjärehed & Wångby-Lundh, 2012). Denne stresstilstand kan påvirke evnen til at håndtere belastninger af forskellig art, hvilket kan forklare behovet for at komme væk fra den fysiologiske og dermed psykiske tilstand gennem selvskadende adfærd (Møhl, 2015). I HPA-systemet aktiveres kortisol fra binyrebarken i et kompliceret feedback-system af hæmmende og aktiverende funktioner, som kan mobilisere energi og sætte kroppen i stand til at håndtere stress. Amygdala er en struktur i det limbiske system, som har en aktiverende virkning på HPA-aksen, mens hippocampus har en hæmmende og nedregulerende effekt på individets stressrespons. Amygdala indgår i hjernens processering af sanseindtryk og emotioner og skanner vores omgivelser for mulig fare. Amygdala er aktiv fra fødslen og er i stand til at oplagre angst- og vredesreaktioner fra samspillet med omsorgspersonen allerede inden sprog eller bevidsthed er udviklet. Disse tidlige erindringer kan reaktiveres i samspillet med andre mennesker og således overvælde individet med uforståelige og uregulerbare følelser (ibid.). I et udviklingspsykologisk perspektiv kan dynamikken i selvskadende adfærd forstås således, at oplevelser fra interaktion med omsorgspersonen kan skabe vrede og angst, der ubevidst gemmer sig i kroppen. Disse følelser kan komme tilbage, når lignende følelser senere i livet aktiveres i interaktionen med andre mennesker. Individet kan herved overvældes af uforståelige følelser, og kroppen kommer i alarmberedskab, hvilket udløser specifikke stoffer og visse fysiske processer, der kan være svære at håndtere. Disse processer kan medføre impulsive handlinger med formålet om at regulere de kropslige fornemmelser og det ubehag, som ikke nødvendigvis giver mening for individet. Denne regulative strategi eller handling kan eksempelvis være selvskadende adfærd, der modvirker de fysiologiske reaktioner og genopretter ubalancer i neurotransmitterstofferne. Der går flere nervebaner fra amygdala til den affektregulerende del af hjernen, præfrontal cortex, end den modsatte vej. Dette kan betyde, at de tidlige erindringer, som medfører negative følelser, har en relativt større magt end bevidste rationelle overvejelser i den mere modne del af hjernen. Det kan være medvirkende til oplevelsen af, at følelser bliver så stærke og overvældende, at de 'løber af med os' og kan resultere i impulsive handlinger, herunder selvskadende adfærd (Møhl, 2015).

3.1.1.2 Serotonin

Flere undersøgelser har fundet en forbindelse mellem neurotransmitteren serotonin og selvskadende adfærd, hvor et nedsat serotoniniveau forbindes med en forøget risiko for impulsiv aggression mod sig selv og andre. Serotonin kan have indflydelse på regulering af impulsivitet, aggression, seksualitet, humør, søvn og appetit. Den største koncentration af serotonin findes i raphekernerne i hjernestammen, hvorfra der er kontakt til store dele af hjernen, herunder hypothalamus, som netop spiller en vigtig rolle i regulering af impulsivitet og aggression. Nedsat serotoniniveau er også fundet hos patienter med depression, angst og OCD, hvor behandling med SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor) mindsker symptomerne. SSRI menes dog ikke at have en direkte effekt på selvskadende adfærd, men kan formodentlig mindske risikoen, da de dæmper impulsivitet og aggression. Dysregulation af det serotonerge system kan være baggrunden for comorbiditet mellem selvskade og andre impuls-kontrollforstyrrelser som alkohol- og stofmisbrug, ludomani, bulimi og overspisning eller internetafhængighed og købmani (Møhl, 2015). Der mangler fortsat forskning om sammenhængen mellem serotonin og selvskadende adfærd, men det giver mening at betragte selvskade ud fra et behov om at genoprette kroppens serotoninbalance. Det kan også betragtes ud fra pointen om, at oplevelsen af øget aggression, på baggrund af manglende serotonin i kroppen, medfører et behov for at skade sig selv og derved få afløb for disse følelser. Eftersom nedsat serotoniniveau også forbindes med øget impulsivitet, kan selvskadende adfærd betragtes som en impuls-kontrollforstyrrelse baseret på en forstyrret serotoninbalance. Det kan antages, at andre menneskers niveau af serotonin er medvirkende til, at de netop er i stand til netop at modstå trangen til impulsive handlinger og behovet for at give afløb for aggression gennem selvskade. Det sænkede niveau af serotonin kan ligeledes betragtes som en mulig årsag til angst og depression, der ydermere leder til udvikling af selvskadende adfærd. Uanset årsagen kan serotonin have indflydelse på udvikling af selvskadende adfærd og må forstås i sammenhæng med andre teorier, der beskriver sociale og psykologiske mekanismer i forbindelse med aggression og impulsivitet (Møhl, 2015).

3.1.1.3 Endogene opioidider

Sher og Stanley har lavet en oversigt over de væsentligste neurotransmittere for selvskadende adfærd ud fra sårbarheds-stress-modellen. Den tager udgangspunkt i, at mennesker med selvskadende adfærd motiveres af et behov for at genoprette et sænket niveau af endogene opioidider. Ifølge denne model har mennesker med selvskadende adfærd et kronisk lavere niveau, hvilket kan være medfødt eller et resultat af voldsomme belastninger i barndommen (Sher & Stanley, 2009). Forskellige undersøgelser bekræfter, at mennesker med selvskadende adfærd dels har et ændret opioid-niveau samt en øget smertetærskel, især i perioder, hvor de er meget selvskadende. Blandt borderline patienter med ikke-suicidal selvskade, rapporterer 70-80 %, at de næsten ikke eller slet ikke kan mærke smerten, når de skader sig selv (Rubæk, 2009; Favazza & Conterio, 1988). Endogene opioidider er kroppens naturlige morfinlignende stof, som har betydning for smerteoplevelse og arousal og udløses i forbindelse med smerte eller hård træning. De endogene opioidider omfatter bl.a. enkefalin og beta-endorfiner, der dels dæmper smerteoplevelse, skaber indre ro og kan skabe en intens lystfyldt euforisk tilstand (Møhl, 2015). Det virker hertil uforståeligt, at nogle mennesker opsøger smerte, hvis målet er ikke at mærke smerten alligevel. Det vil give mening i et dynamisk perspektiv, at selvskaden tjener et andet formål for individet og at frigivelsen af de endogene opioidider blot gør det muligt at udholde smerten. Opioiderne kan ud fra dette perspektiv betragtes som årsagen til, at selvskaden er en effektiv strategi, fordi de fjerner det smertefulde element. På den anden side kan de endogene opioidider give en lystfyldt euforisk tilstand, hvorfor det kan betragtes som positiv forstærkning, hvor frigivelsen af disse stoffer er hensigten med selvskaden. Det fremgår af en undersøgelse, at de højeste niveauer af enkefalin korrelerer med de mest alvorlige selvskadende handlinger. Jo mere voldsomt der selvskades, jo mindre smerte eller jo mere lyst oplever det enkelte individ. Det kan dog ikke afgøres, hvorvidt det forhøjede niveau af enkefalin er en helingsrespons på selvskaden eller en kausal, fremskyndende faktor (Rubæk, 2009; Favazza & Conterio, 1988). Der er dog stor interesse for det endogene opioid-system, som kan være en del af forklaringen på, at mange patienter beskriver en fysisk oplevelse af lyst og afhængighed og et såkaldt 'kick'. Ved hjælp af selvskade kan mennesker med traumatiske barndomsoplevelser også aktivere de endogene opioidider for at blive beroliget og nedregulere den indre spænding, hvilket er en måde at genoprette den forstyrrede balance både følelsesmæssigt og fysiologisk

(Møhl, 2015). Det kan være svært at konkludere den præcise sammenhæng mellem endogene opioider og selvskadende adfærd, men der er to dominerende hypoteser om sammenhængen, som Yates kalder for *afhængighedshypotesen* og *smertehypotesen* (Yates, 2004). Afhængighedshypotesen påpeger, at selvskade udløser enkefalin og endorfiner, der skaber en lystfyldt behagelig tilstand, hvorfor vedkommende efter en sådan oplevelse fortsætter den selvskadende adfærd for at genopleve denne fornemmelse. Det endogene opioid-system stimuleres herved gennem tilbagevendende selvskadende handlinger, fordi enkefalinernes og endorfinernes behagelige effekt giver en positivt belønnende sindsstemning. At mange selvskadende personer bliver repetitivt selvskadende kan derved hænge sammen med, at den ruslignende effekt giver lyst til at gentage den selvskadende adfærd. Frigivelsen af endogene opioider kan i denne sammenhæng forstås som baggrunden for en fysiologisk afhængighed af disse naturlige stoffer gennem selvskade på samme måde som morfin eller heroin. Selvskaden udvikles derved til en såkaldt *auto-addiction*, det vil sige en afhængighed af kroppens endogent selv fremkaldte stoffer (Rubæk, 2009; Møhl, 2015). Smertehypotesen påpeger på den anden side, at mennesker med selvskadende adfærd har et generelt lavere niveau af endogene opioider og derved befinder sig i en mangeltilstand. Dette lave niveau kan enten være medfødt eller opstået på grund af miljøskabte neurokemiske ændringer i den tidlige udvikling, som medfører formindsket smertesensitivitet samt øget behov for udefrakommende stimulering. Selvskadende adfærd vil ud fra denne forståelse være en måde at vække smertesystemet, mærke sig selv og genoprette en normal fysisk balance af opioider. Denne hypotese implicerer, at mangel på endogene opioider kan være årsag til den selvskadende adfærd, men hypotesen har ikke fundet entydig empirisk støtte og er således stadig til diskussion (Rubæk, 2009; Møhl, 2015). Rubæk beskriver i den forbindelse *Traumemodellen*, der pointerer, at personer, der i barndommen var udsat for omsorgssvigt eller overgreb, har brug for langt højere grad af udefrakommende stimulering af det endogene opioid-system end almenbefolkningen. Disse traumatiserede patienter neutraliserer deres hyperarousal ved at udsætte sig for situationer, der minder om det oprindelige traume men med mere kontrol. På den måde frigives opioider gennem selvskade, som beroliger og dæmper individets arousal ved genoplevelsen af traumerne. På den måde gøres oplevelserne mindre farlige, og man har mulighed for at justere sin subjektive og fysiske oplevelse i forbindelse med dem. Det sænkede niveau af endogene opioider bliver således en kausal faktor, altså en mulig årsagsforklaring (Rubæk, 2009).

3.1.2 The low road og the high road

Det limbiske system og herunder amygdala indgår i et kompliceret netværk, som bl.a. involverer thalamus, præfrontal cortex og hippocampus, som har vigtige funktioner i forbindelse med impuls kontrol og regulering af emotioner samt eksplicit hukommelse. Thalamus modtager sensoriske impulser fra hele kroppen, og der sker en parallel processing i og med, at thalamus både sender impulser videre direkte til amygdala, *the low road*, og til præfrontal cortex, *the high road*. De direkte impulser til amygdala sender besked til hypothalamus, der frigiver hormonet CRF (corticotropin releasing factor), som aktiverer ACHT (adrenokortikotrop hormon) fra hypofysen. Her frigives bl.a. kortisol, der aktiverer det autonome nervesystem og sætter kroppen i alarmberedskab. Parallelt med denne proces sendes impulser til præfrontal cortex, hvor der sker en bearbejdning af den indkomne information med inddragelse af tidligere erindringer. Der sker en bevidst analyse, der tager længere tid og er mere nuanceret end den grove scanning, der foregår i amygdala. Dette er forklaringen på, at man reagerer hurtigere følelsesmæssigt end kognitivt på en trussel og dermed umiddelbart kan gå i panik, selvom der ikke er fare på færde. Amygdala fungerer nonverbalt og er forbundet med lagring af fysisk og emotionel stimuli, og disse erindringer ”indlejres i kroppen” på det ubevidste plan, også kaldet implicit hukommelse. Præfrontal cortex og hippocampus kan derimod sammenligne den aktuelle situation med tidligere erfaringer og sætte situationen i en kontekst, hvorfor der kan foretages yderligere bevidst analyse, også kaldet eksplicit hukommelse (Møhl, 2015). Mange mennesker med selvskadende adfærd har som nævnt en hypersensitiv amygdala og kan reagere voldsomt, impulsivt og uovervejende i situationer, der minder dem om tidligere traumatiske oplevelser. I disse situationer reageres ofte på fornemmelser og stemninger, hvor LeDoux taler om præ-kognitive emotioner og Bateman og Fonagy om ikke-mentaliserede følelser, der let kan føre til selvskade (if. *ibid.*). Mennesker med selvskadende adfærd er således særligt sensitive for de mindste tegn på fare, hvilket kan resultere i voldsomme reaktioner, der er uforståelige for omgivelserne. Processing gennem *the low road* kan forstås som den hurtige følelsesmæssige reaktion, hvor individet endnu ikke har haft tid til rationelt at overveje den eventuelle fare. Selvskadende adfærd kan forstås som et forsøg på at håndtere individets pludselige fornemmelse af fare. Hyperaktivitet i amygdala blokerer for hippocampus, der er hukommelsescenteret, så individet momentant

mister overblikket og evnen til at tænke rationelt. Der forekommer altså et mentaliseringsammenbrud i denne situation, indtil vedkommende ikke længere er i alarmberedskab og igen kan reflektere (ibid.). Nogle forskere har påpeget, at emotionelt dysregulerede mennesker med selvskadende adfærd kan have en dobbelt forstyrrelse i hjernen, herunder en hyperaktiv amygdala samt en nedsat aktivering af præfrontal cortex, hvilket kan forklare impulsivitet og en konstant stresstilstand. Præfrontal cortex spiller en stor rolle for mentalisering, og nedsat aktivitet i denne region kombineret med øget aktivitet i amygdala kan på det neuropsykologiske plan være forklaringen på en sårbar mentaliseringsevne, der medfører, at individet føler sig ude af stand til at håndtere de sansemæssige og emotionelle indtryk (ibid.). Fra et evolutionsmæssigt synspunkt er det hensigtsmæssigt med en samtidig processering, da den impulsive reaktion er vigtig, når individet skal handle hurtigt. Visse mennesker har dog en tendens til at overreagere ved de svageste tegn på fare, og denne letvakte stresstilstand kan betyde, at individet er i risiko for selvskadende adfærd. The low road kan med andre ord være årsag til pludselig overvældelse af følelser, der ikke umiddelbart giver mening for individet. Selvskade er således en nem og hurtig, omend problematisk, løsning på et uforklarligt indre ubehag, der kan opstå på baggrund af tidligere erindringer.

3.2 *Psykologisk forståelse*

Den psykologiske forståelse for selvskadende adfærd kan bidrage med beskrivelser af de psykologiske processer, der kan være baggrunden for udviklingen og vedligeholdelsen af selvskadende adfærd. Disse modeller kan fortælle noget om de intrapsyke processer, som kan være problematiske for det selvskadende individ. Man kan herved få et indtryk af, om fejludviklinger eller bestemte oplevelser i løbet af opvæksten har haft indflydelse på individets adfærd, eller om indre, personlige mekanismer ligger til grund for netop dette individs behov for en alternativ mestringsstrategi. Den psykologiske forståelse kan rumme mange faktorer af betydning for selvskadende adfærd, hvilket påviser kompleksiteten ved selvskadende adfærd. Det problematiske i forståelsen af disse dynamikker kan være, at mange psykologiske mekanismer fungerer på et mere ubevidst plan, hvorfor det kan være svært at finde evidens for teorierne. Dertil fremgår det, at mennesker med selvskadende adfærd har svært ved at mærke sig selv og sætte ord på den indre oplevelse, hvilket yderligere besværliggør undersøgelser på området. Der har i den psykiatriske litteratur historisk set været en tendens til at fremhæve interpersonelle baggrunde for selvskadende adfærd, men forskere og klinikere er efterhånden blevet mere opmærksomme på de intrapersonelle forhold, der gør sig gældende, når selvskade har et regulatorisk formål. Gennem de seneste årtier har mange amerikanske studier fundet interessante sammenhænge mellem selvskade og forskellige psykologiske mekanismer, hvor primært affektregulering er i fokus (Rubæk, 2009). Nedenstående afsnit beskriver teorier omkring livs- og dødsdrift, seksualdrift, separation og individuation, mentalisering, affektregulering, impuls kontrol og dissociation. Det kan være svært at adskille de forskellige teorier, hvorfor flere af følgende sektioner vil flyde sammen og må forstås i sammenhæng.

3.2.1 Livs- og dødsdrift

Suyemoto beskriver blandt andre *driftsmodellen* til forståelsen af dynamikken i selvskadende adfærd. Denne model er forankret i psykoanalytisk teori og forstår selvskade som et udtryk for eller undertrykkelse af livs-, døds- eller seksualdrifter (Suyemoto, 1998). Dette perspektiv optrådte i de første forsøg på at forstå den psykologiske baggrund for selvdestruktiv adfærd med Freud i 1920, som forklarede selvskade som ma-

nifestationer af dødsdriften og aggressionsforvaltning (Freud if. Rubæk, 2009). Meninger fik i midten af 1930'erne etableret en fortolkningsramme med udgangspunkt Freuds teori om en medfødt dødsdrift og mente, at selvskaede kunne opfattes som et kompromis mellem livs- og dødsdriften og derved som en måde at undgå et egentligt selvmord. Meninger tog afstand fra den daværende opfattelse af selvskaede som mislykkede selvmordsforsøg, og betragtede i stedet adfærden som en form for delvist selvmord for at undgå totalt selvmord. Denne grundforståelse stemmer overens med den moderne opfattelse af, at selvskaede tjener som en affektreguleringsstrategi, hvorved risikoen for selvmord bliver større, når individet ikke længere er i stand til at nedregulere den indre spænding med selvskaede. Som en videreudvikling af dette perspektiv kan selvskaedende adfærd fungere som 'microsuicides', der giver individet en illusion om at være i stand til at kontrollere døden (Møhl, 2015; Suyemoto, 1998; Angelotta, 2015; Lindekilde & Lasgaard, 2016). Ikke-suicidal selvskaedende adfærd kan ud fra dette paradigme forstås som selvmordsforebyggende, men forekomsten af gentagen selvskaede øger samtidig risikoen for suicidaladfærd, og er en af de væsentligste risikofaktorer for fuldbyrdet selvmord (Møhl, 2015). Litteraturen skelner i dag tydeligt mellem selvmord og selvskaede, som nævnt tidligere, hvorfor dødsdriften ikke synes lige så relevant i dag til beskrivelse af baggrunden for ikke-suicidal selvskaede. Perspektivet kan dog bidrage med en forståelse af, at individer kan føle sig fanget mellem en livs- og dødsdrift, hvor selvskaedende adfærd kan være eneste mulighed for at modstå trangen til at gennemføre et egentligt selvmord.

3.2.2 Seksualdrift

Suyemoto beskriver inden for perspektivet om driftsteorien også den seksuelle model for selvskaedende adfærd, som påpeger, at selvskaede enten giver seksuel tilfredsstillelse, straffer for eller undgår seksuelle følelser og handlinger eller forsøger at kontrollere seksualitet og masturbation. Der er flere indikationer for en sammenhæng mellem seksualitet og selvskaedende adfærd, idet selvskaede oftest først optræder i forbindelse med puberteten, der er høj korrelation mellem seksuelt misbrug og selvskaede og ofte optræder seksuel dysfunktion blandt folk med selvskaedende adfærd. Besvær med håndtering af seksualdriften kan således forstås som en kausal faktor for udvikling af selvskaedende adfærd (Suyemoto, 1998). Disse årsagsforklaringer synes dog også at

kunne knyttes til andre faktorer som besværligheder med affektregulering og identitetsforvaltning eller traumatiserende oplevelser med misbrug, der også beskrives i forbindelse med selvskade. Disse faktorer kan muligvis være baggrunden for den selvskadende adfærd og samtidig have betydning for seksualitet og samliv. Besvær med identitetsudvikling og traumer efter seksuelt misbrug kan forventes at have en indvirkning på seksuel dysfunktion. Hertil kommer, at selvskade hyppigst optræder i puberteten, hvor seksualitet i højere grad bliver fremtrædende, hvorfor det bør overvejes, hvor vidt selvskaden forekommer som et udtryk for andre mekanismer forbundet med denne fase eller netop seksualdriften. Hvis seksualiteten antages at influere direkte på adfærden, kan seksualitetens sammenhæng med selvskade betragtes fra forskellige perspektiver, da det både kan være en måde at opnå seksuel tilfredsstillelse på og en måde at afstraffe sig selv for de seksuelle drifter. I forhold til sidstnævnte kan selvskade udtrykke et ubevidst ønske om at ødelægge de kønsdele, der er årsag til drifterne, hvor visse teoretikere påtænker pubertetens ændringer som en måde at genoplive Oedipuskomplekset (Suyemoto, 1998). Selvskade kan betragtes som et forsøg på at ødelægge sin krop og hermed fantasierne, eller rense sig fra den syndige krop, der altså betragtes som adskilt fra selvet. Det kan også forstås som en måde at vende passivitet til aktivitet og tage kontrol over penetration og seksuelle impulser. Det beskrives, at selvskadende patienter ofte oplever tidlig seksuel aktivitet og et højt antal af voldtægter, som kan fremprovokeres af selvskaderen selv. Dette menes at være en måde, hvorpå individet kan fokusere seksuelle følelser eller lette angst omkring disse følelser ved at tage kontrol over dem. Oplevelsen af kontrol beskrives adskillige steder i litteraturen og inden for forskellige paradigmer som motivation for selvskadende adfærd, hvorfor der ligeledes kan være tale om et generelt behov for at føle sig i kontrol og ikke nødvendigvis i sammenhæng med seksualdrift, omend det kan være en blanding af flere forskellige faktorer. Novotny havde en hypotese om, at mennesker med selvskadende adfærd oplever konflikter og problemer i de tidlige stadier af den psykoseksuelle udvikling, hvilket fører til seriøse forstyrrelser i interpersonelle forhold og i den seksuelle udvikling (Novotny *if. ibid.*). Dette giver god mening i forhold til den påstand, at mange selvskadere har været udsat for seksuelle overgreb, og på den måde gennem social indlæring internaliserer forskruede modeller af seksuel adfærd. Der er i tillæg til disse perspektiver men inden for samme paradigme fundet adskillige sammenhænge mellem selvskade og menstruation. En undersøgelse fra 1972 viste, at selvskade ikke optræder før debut med menstruation, 60 % af de selvskadende episoder

optræder under menstruation og 65 % rapporterer en negativ reaktion på deres første menstruation. Dette kan på samme måde have flere forklaringer, da kan omhandle de konflikter, der medfølger puberteten og den seksuelle udvikling, hvori menstruation optræder. Det forøgede antal af selvskadende handlinger under menstruation kan forstås som en reaktion på andre konflikter og emotionelle problemer, der intensiveres under menstruation (Suyemoto, 1998). Teoretikere peger i denne diskussion på, at selvskade markerer en negativ holdning til og symbolsk kontrol af menstruation. Det er en måde at udtrykke og kontrollere forbudte tanker, lyster eller seksuelle impulser og et ubevidst symbolsk forsøg på at destruere kønsorganerne, som er sæde for forbudte lyster, også selvom selvskaden forskydes til andre kropsdele (Møhl, 2015). Driftsmodellen forsøger således at forklare selvskadende adfærd som et udtryk for de basale psykoanalytiske drifter om blandt andet seksualitet. Selvskade kan altså både fungere som straf og beskyttelse mod seksuelle drifter eller som en måde at opnå seksuel tilfredsstillelse (Suyemoto, 1998).

3.2.3 Separation og individuation

Selvskadende adfærd er ud fra en objektrelationsteoretisk forståelse blevet beskrevet som et forsøg på at afgrænse selvet og modvirke følelsen af opløsning og selvtab. Ud fra dette perspektiv er patienten fikseret i separations-individuationsfasen og fastholdt i en dynamik, hvor individet på den ene side har et primitivt ønske om at smelte sammen med sin moderfigur og på den anden side et ønske om adskillelse og selvstændighed. Den uafsluttede separations-individuationsfase medfører, at individets grænser er blevet utydelige og skrøbelige, hvorfor vedkommende i stressede situationer eller tætte interpersonelle relationer oplever angst for at blive opslugt eller forsvinde. Denne angst handler basalt set om selvtab, og gennem selvskadende adfærd kan individet mærke sine grænser og genvinde en følelse af autonomi. Dette perspektiv præsenteres i grænsemodellen, der er forankret i objektrelationsteoriens og selvpsykologiens udviklingsteori og opfatter således selvskade som en måde at opretholde grænsen mellem selv- og objektrepræsentationer (Suyemoto, 1998; Møhl, 2015). Ifølge denne model skaber patientens oplevede forladthed intense emotioner, der truer med at overtage selvet, og manglen på grænser fører hermed til oplevelsen af selvtab. Den selvskadende handling har til formål at definere disse grænser, og eftersom huden er den mest basale grænse mellem selv og andre, bliver blodet eller arret et overgangsobjekt og

hermed en indikation på, at selvet er virkeligt (Suyemoto, 1998). Pointen i denne forståelse er, at selvskadende patienter ofte er ude af stand til præcist af separere eller individuere sig fra sine mødre, hvilket primært skyldes, at tilknytningen ikke er tryk nok. Mennesker med selvskadende adfærd har ifølge flere undersøgelser oplevet manglende empati fra forældrene, hvilket påvirker evnen til at opnå stabile objektrepræsentationer. Perioden omkring identitetsudvikling og udviklingen af autonomi genopliver disse separations- og individuationsproblemer, hvilket skaber et behov for at finde grænserne (ibid.). Dette perspektiv rummer hermed forståelsen af, at selvskadende adfærd er en måde at definere selvets grænser og modvirke selvtab samt at håndtere de svære følelser, der optræder i forbindelse med ustabile objektrepræsentationer og utryk tilknytning.

3.2.4 Mentalisering

Der er i forskningslitteraturen bred enighed om, at individets mentaliseringsevne har en stærk sammenhæng med selvskadende adfærd, hvor det påpeges, at mennesker med selvskadende adfærd ofte har en svækket evne til mentalisering. Mentaliseringsteori er forankret i en udviklingspsykopatologisk tilgang, der tager udgangspunkt i, at afvigende og normale udviklingsprocesser foregår sideløbende og bidrager til individets samlede udviklingsforløb. Selvskadende adfærd kan ud fra dette perspektiv både ses som et psykopatologisk symptom og en adaptiv copingstrategi (Møhl if. Rubæk, 2009). Mentalisering er et nyt begreb for en gammel psykologisk funktion, der omfatter processen, hvor vi bliver klar over, at vores sind medierer vores opfattelse af verden. Det kan beskrives som kapaciteten til at tænke på mentale tilstande som adskilte fra og dog potentielt årsag til handlinger. Med andre ord er det evnen til psykologisk tænkning både i relation til sig selv og andre, så andres adfærd kan blive meningsfuld og forudsigelig (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2004; Rubæk, 2009). Mentalisering udvikles i en tilknytningsrelation mellem barn og forældre gennem deltagelse i mentaliserende samspil, hvor tryk tilknytning faciliterer udvikling af mentaliseringsevnen. Barnet gennemgår nogle stadier på vej mod udvikling af evnen til mentalisering, hvor opfattelsen mellem virkelighed og mentale processer ændrer sig. Udviklingen omfatter en proces fra teleologisk modus, hvor verden forstås ud fra dens fysiske fremtræden, til psykisk-ækvivalens-modus, hvor der ikke skelnes mellem indre og ydre virkelighed, til pretend-modus, hvor den indre og ydre virkelighed eksisterer som to helt

adskilte verdener uden indbyrdes forbindelse. Barnet kan skifte mellem de tre positioner og bør omkring 5-6 års alderen blive i stand til egentlig mentalisering med forståelsen af, at indre oplevelser repræsenterer den ydre virkelighed uden dog at være identisk med den. Med denne evne følger også forståelsen af, at forskellige mennesker opfatter virkeligheden på forskellige måder, fordi de føler og tænker forskelligt (Møhl, 2015; Rubæk, 2009). God mentalisering handler således om at kunne se tingene fra forskellige perspektiver og forholde sig åbent og reflekterende til andres adfærd, tanker og følelser ud fra opfattelsen om, at de vil være meningsfulde, når man opnår tilstrækkelig indsigt. Alle menneskers evne til mentalisering udfordres i forskellige sammenhænge, således at individet mister den reflekterende forståelse og regredierer til præmentalisteriske funktionsmåder. Der er dog forskel på, hvor sårbar mentaliseringsevnen er hos forskellige mennesker, og hvor hurtigt den genvindes, når den er brudt sammen. Mentaliseringssvigt kommer af et højt spændingsniveau, der gør individet ude af stand til at reflektere og tænke psykologisk om sig selv og andre. Det afhænger dog af den enkelte, hvornår spændingsniveauet bliver for højt til at personen kan bevare mentaliseringsevnen. Denne grænse hænger sammen med tilknytningsmønstre, stress og traumer samt medfødte dispositioner, som kan påvirke sensitiviteten i amygdala. Når den indre spænding overstiger individets evne skiftes fra en reflekterede position til en kamp-flugt-position, hvor der ikke er langt fra impuls til handling (Møhl, 2015). Ungdommens separationsproces afslører individets udviklingsmæssige svagheder eller problematikker, da denne fase i livet kræver evnen til at integrere et mere kompliceret sæt af tanker omkring egne og andres følelser og motivationer (Rubæk, 2009). Ud fra dette perspektiv kan selvskadende adfærd opfattes som en form for fysisk selvrefleksion, der for mennesker med en stabil mentaliseringsevne blot ville foregå på det mentale plan. Selvskade kan forstås som en konkret måde at forvalte mentale tilstande, når individet ikke kan finde mening i sine egne eller andres følelser og intentioner. De forskellige udviklingstrin mod evnen til mentalisering forstås i forbindelse med selvskade ved, at kroppen på teleologisk niveau bruges til at repræsentere individets mentale tilstande for sig selv og andre. I psykisk ækvivalens modus føles tanker og følelser virkelige, hvorfor negative følelser bliver overvældende og ikke kan nedreguleres. Dette kan give anledning til selvskade som straf for disse følelser eller som et desperat forsøg på fysisk at fjerne dem. Pretend-modus kan være forklaring på, at nogle selvskadere synes upåvirket af voldsomme fysiske skader, da fokus udelukkende er på at mindske det psykiske ubehag. Den realistisk kropslige fornemmelse er

ikke til stede hos disse individer (Møhl, 2015). Mentaliseringsevnen indvirkning på selvskadende adfærd påvises i mange studier, hvor den svækkede evne hertil stemmer godt overens med individets følelse af at blive overvældet og opleve lettelse efter den selvskadende handling. Gennem selvskade overføres følelserne til et fysisk plan og fokus flyttes til kropslige fornemmelser. Tanken om, at mennesker med selvskadende adfærd sidder fast på et tidligere stadie i udviklingen af mentaliseringsevnen, kan muligvis forklare, at selvskadens effekt synes uforståelig for mennesker med en bedre mentaliseringsevne.

3.2.5 Affektregulering

Forskningslitteraturen angiver, at de hyppigste baggrunde for selvskadende adfærd knyttes til affektregulering, herunder at selvskadende handlinger ofte finder sted under stort affektpres og resulterer i en reduktion af negative følelsetilstande (Møhl if. Rubæk, 2009; Briere & Gil, 1998; Lundh, 2016; Møhl, Vammen & Christoffersen, 2016). Der er efterhånden empirisk belæg for, at selvskadende personer har en ringere affektreguleringskapacitet end almenbefolkningen, hvilket kan være et resultat af en medfødt sårbarhed kombineret med en opvækst i et ikke-validerende miljø. Mange selvskadere rapporterer, at de føler sig ekstremt anspændte, angste, vrede eller frygtssomme op til den selvskadende handling (Rubæk, 2009; Møhl, 2015; Suyemoto, 1998). Affektreguleringsmodellen er forankret i et psykodynamisk paradigme og egopsykologien, men relateres også til objektrelationsteorien, selvpsykologien og i videre udstrækning til driftsteorien (Suyemoto, 1998). De psykoanalytiske koncepter har betragtet affekter først som en udledning af energi uden for den almindelige bevidsthed og senere som et bidrag til den adaptive funktion samt signaler til at kontrollere egoet. Affektregulering er ikke særlig veldefineret men omfatter overordnet set evnen til at kontrollere og modulere den affektive respons, som udvikles gennem tilknytningsbåndet til omsorgspersonen (Fonagy et al., 2004; Fonagy, Shore & Stern, 2006). Affektregulering optræder som en indbygget del i udviklingen af mentalisering og betragtes samtidig som produktet af den. Der er således en direkte forbindelse mellem tidlig tryk tilknytning og udvikling af en stabil evne til mentalisering og affektregulering hos den voksne. Herved kommer det til udtryk, at utryk tilknytning øger risikoen for udvikling af dysfunktionelle affektreguleringsmetoder. Evnen til affektregulering bevares ikke automatisk, men bør forstås som forskellige processer, hvor individet påvirker, hvilke

emotioner de har, hvornår de har dem, og hvordan de oplever og udtrykker dem. Affektregulering kan forstås som kapaciteten til at bevare fatningen, når man befinder sig i en følelsesmæssig spændingstilstand (Fonagy et al., 2004; Rubæk, 2009; Møhl, 2015). Affektreguleringsmodellen læner sig op af teorien om, at mennesker med selvskadende adfærd har en nedsat mentaliseringsevne, og derfor ofte ender i følelsesmæssigt provokerende situationer, som de har svært ved at håndtere. Hvor Fonagy, Gergely, Jurist & Target (2004) pointerer, at selvskadende adfærd søger en reaktion og validering fra omgivelserne omkring egne mentale tilstande, så indtager Lotte Rubæk et mere intrapsykisk standpunkt. Hun pointerer, at den selvskadende handling har et personligt formål og også udfylder sin funktion uden respons fra omverdenen. I tråd med mentaliseringsteorien kan selvskade forstås som en måde at kommunikere personens følelsesmæssige tilstand ud på et fysisk plan, hvor den giver mening og kan forstås (Rubæk, 2009; Suyemoto, 1998). Selvskade kan både anvendes som en frigørelse af og distraktion fra smertefulde følelser. Det er en metode til at reducere ubærlig indre spænding, hvortil selvskade kan give en oplevelse af kontrol over de emotioner, der truer med at overvælde individet. Mange patienter beskriver, at selvskadende adfærd svarer til at punktere en ballon eller trykke hul på en byld. Selvskadende adfærd kan ifølge affektreguleringsmodellen fungere som en kompensatorisk men patologisk strategi til affektregulering, altså en måde at genoprette følelsesmæssig ligevægt (ibid.; Møhl, 2015). Nogle teorier konceptualiserer selvskadende adfærd som et behov for at føle reel fysisk smerte i modsætning til en overvældende emotionel smerte. Andre teorier påpeger, at det er mere sandsynligt, at selvskadere har brug for et fysisk bevis på, at deres emotioner er virkelige, retfærdige og i stand til at blive tolereret. De tidlige objektrelationer kan føre til udvikling af et negativt selv-introjekt, der beskrives som en indre fornemmelse af dårlighed og af at være forkert, beskidt og i smerte. Dette kan være årsagen til, at mange mennesker med selvskadende adfærd beskriver konstante følelser af skam og selvhad (Møhl, 2015; Lundh, 2016; Suyemoto, 1998). Atter andre ser elementer af selvstraf og masochisme i de selvskadende handlinger, hvor individet giver udtryk for uacceptable aggressive og voldelige impulser mod selvet og internaliserede repræsentationer af andre. Disse teorier betragter selvskadende adfærd som et udtryk for aggression mod andre, som vendes mod selvet, fordi det eliminerer risikoen for, at den anden gør gengæld. Der er også fokus på, hvordan selvskade kan forstås som et udtryk for afmagt og aggression i et forsøg på at kontrollere andre mennesker. Selvskade bliver således et adfærdsmæssigt udtryk for en fragmenteret personlighed,

hvor der ikke er klar adskillelse mellem de internaliserede repræsentationer af selv og anden (Møhl, 2015; Lundh, 2016). Der kan dog være problemer ved at undersøge, hvilke følelser der får den enkelte til at skade sig, da mange har en uklar fornemmelse af, hvad der psykologisk sker i dem selv og i deres samspil med andre. En britisk interviewundersøgelse af selvskadende kvinder fandt, at mange havde svært ved at udtrykke og verbalisere deres følelsetilstand. Mennesker med selvskadende adfærd kan have svært ved at skelne mellem forskellige følelser som vrede, selvhad, angst, depression, stress, ensomhed og skyld, og oplever dem som en diffus og uudholdelig indre spænding, som de øjeblikkeligt må have afløb for (Møhl, 2015). Flere studier har dokumenteret en sammenhæng mellem selvskade og *alexithymi*, der betyder 'manglende ord for følelser', som angives at være et vilkår, der ligefrem kan lede til selvskadende adfærd (Rubæk, 2009). Baggrunden for denne manglende evne til at mærke og forstå egne følelser kan enten hænge sammen med alexithymi eller med en generelt nedsat evne til mentalisering og dermed "følelsesmæssig intelligens" (Møhl, 2015). Hvis sproget ikke kan bruges til at skabe en distance fra følelserne kan selvskade være en god substitut. Ud fra den forståelse bruges selvskade som et primitivt symbol, der aflader følelsen, kommunikerer oplevelsen, kontrollerer den affektive oplevelse gennem distancering og eksternalisering og beskytter andre fra emotionen. Selvskade er dog ikke i stand til at fortælle om baggrunden for den primitive følelse eller hjælpe det selvskadende individ med at opnå ejerskab over emotionen (Suyemoto, 1998). Affektreguleringsmodellen kan relateres til den psykoanalytiske og objektrelationsteoretiske udviklingsteori, hvilket giver god mening i forhold til forståelsen af, hvorfor selvskadende adfærd specielt optræder i ungdomsårene. Ungdomsårene indebærer en modningsproces, hvor kæresteforhold og andre relationer udvikles, hvorfor affektreguleringskapaciteten for alvor sættes på prøve. Anna Freud (1958) pointerer hertil, at den primære opgave i ungdommen er at differentiere sig fra moderen, hvor angst og patologi relateres til behovet for at bryde båndet med barndommens objekter. Manglende evne til at bryde disse bånd kan resultere i ekstreme forsvarsmanøvrer mod de tidlige objektbånd, herunder modsatrettet affekt, hvor kærlighed omvendes til had og afhængighed til frastødelse. Denne fjendtlighed bliver hurtigt u håndterbar, hvilket resulterer i projektion udad mod forældre eller indad mod sig selv. Sidstnævnte strategi kan komme til udtryk ved selvskadende adfærd (Rubæk, 2009; Suyemoto, 1998). Selvskadende adfærd kan ud fra dette perspektiv forstås ved, at mennesker med selvskadende adfærd har en ringere evne til affektregulering og ofte oplever et stort affektpres af

negative følelsetilstande. Selvskade er således en måde at frigøre eller distrahere sig fra negative følelser, så den ubærlige indre spænding reduceres.

3.2.6 Impulskontrol

Problemer med impulskontrol knyttes i litteraturen til selvskadende adfærd, hvor det antages, at graden af selvskade har sammenhæng med graden af impulsivitet. Repetitivt selvskadende personer har således signifikant højere impulsivitetsscore end førstegangselvskadende personer. Visse forskere argumenterer for, at selvskadende adfærd bør betragtes som en egentlig impulskontrolforstyrrelse, mens andre placerer selvskade som del af en ”multiimpulsiv personlighedsforstyrrelse” (Rubæk, 2009). Ud fra dette perspektiv kan selvskadende adfærd altså forstås som en manglende evne til at kontrollere eller modstå de impulser, som individet oplever. Når der optræder en trang til at skade sig selv, vil mennesker med større impulskontrol kunne modstå den, mens mennesker med selvskadende adfærd ikke er i stand til at ”bekæmpe” denne trang. Det er således mekanismen omkring kontrol, der er i fokus i denne forståelse. Det kunne hertil være spændende at indtage en mere personlighedspsykologisk tilgang til selvskadende adfærd, hvorunder impulsivitet eller eksempelvis introversion kunne bidrage til en større forståelse for selvskadende adfærd.

3.2.7 Dissociation

Der opleves stigende forskningsmæssig interesse for sammenhængen mellem dissociation og selvskade, hvor der ses klare korrelationer. Mange patienter beretter, at selvskadende adfærd har til formål er få dem til at føle sig virkelige og i live, og således få følelser af livløshed og depersonalisering til at forsvinde. En amerikansk tværsnitundersøgelse fandt, at 86 % af psykiatriske patienter med dissociative forstyrrelser havde en historie med selvskadende adfærd i forhold til 46 % af kontrolgruppen af psykiatriske patienter uden dissociative forstyrrelser. Disse dissocierende patienter havde desuden flere episoder med selvskade, brugte flere metoder og startede tidligere med selvskadende adfærd end ikke-dissocierende medpatienter med selvskadende adfærd. Et andet amerikansk tværsnitstudie undersøgte kvindelige psykiatriske patienter med og uden selvskadende adfærd og fandt, at de selvskadende patienter havde et signifikant højere niveau af dissociativ symptomatologi end ikke-selvskadende patienter (Rubæk,

2009). Dissociation forstås bedst som en psykologisk forsvarsmekanisme, der optræder i faresituationer, hvor fysisk flugt ikke er mulig. Ved dissociation mistes den normale fornemmelse for erindring, identitet og sanseoplevelser, og der optræder en udflydende, opløst og desintegreret selvtilstand (ibid.). Mennesker i en dissociativ tilstand beskriver en subjektiv fornemmelse af at være bedøvet og ude af kontakt med andre mennesker. Denne tilstand har en adaptiv funktion, men det er en pinagtigt, når den står på gennem længere tid. Dissociationsmodellen er bl.a. forankret i et selvpsykologisk paradigme og er den eneste model, der eksplicit adresserer den dissociative tilstand, som mange selvskadere beretter om. Modellen stemmer overens med teorien om, at selvskade tjener som affektregulering. Denne model fokuserer dog på oplevelsen af dissociation og måden, hvorpå selvskade interagerer med denne defensive strategi til affektregulering (Suyemoto, 1998). Dissociationsmodellen betragter selvskadende adfærd som en metode til at bryde isolationsfornemmelse og 'få kontakt med virkeligheden igen'. Det kan dog også fungere den modsatte vej, hvor selvskade er en metode til at komme ind i en dissociativ tilstand med formålet om at distancere sig fra fysiske og psykiske indtryk (Møhl, 2015). Selvskadens funktion er således at opretholde selvet. Selvom det er uklart, hvorledes selvskadende adfærd fungerer som afslutning for den dissociative tilstand, tyder det på, at chokket ved blodets røde farve kan være en betydelig faktor. Hertil vil arrene fra selvskaden kunne skabe en kontinuitet for patienten, der sammenkobler episoder med dissociation, tidligere begivenheder eller emotioner, der ikke kunne integreres i fornemmelsen af identitet. Denne model lægger sig således også op af forskellige modellens pointer og de selvskadens evne til at give individet en oplevelse af kontrol over ubærlige følelser og spænding (Suyemoto, 1998). Baseret på dette perspektiv kan selvskadende adfærd forstås som en måde at indlede eller afbryde en dissociativ tilstand. Det kan således enten være en måde at få kontakt med virkeligheden igen eller en måde at distrahere sig selv fra psykiske indtryk.

3.3 Social forståelse

Den sociale forståelse af selvskadende adfærd kan beskrive, hvorledes omgivelserne og social interaktion kan have indflydelse på selvskadende adfærd. Selvskade kan både være en reaktion på individets omgivelser og kan ligeledes aktivere reaktioner fra omgivelserne, hvorfor selvskadende adfærd i nogle tilfælde kan betragtes som et udtryk

for dysfunktionelle træk i individets pågældende system. Disse perspektiver kan bidrage med en forståelse for, hvorledes den selvskadende adfærd kan ses som et udtryk for de omgivelser, som individet befinder sig i. Suyemoto (1998) beskriver, som tidligere nævnt, forskellige modeller, som kan give et overblik over mulige forståelser af selvskadende adfærd. I denne sammenhæng beskrives miljømodellen, som netop fokuserer på relationen mellem den selvskadende person og dennes omgivelser, og de faktorer, der kan have indflydelse på udvikling og vedligeholdelse af selvskadende adfærd. Miljømodellen er forankret både i social indlæringssteori og i et systemisk paradigme, og grundforståelsen i denne model danner baggrunden for de teorier, der præsenteres i nedenstående sektioner. Følgende afsnit beskriver forskellige sociale faktorer, der kan have indflydelse på selvskadende adfærd, herunder teorier om selvskade forstået som et tidsfænomen, social kommunikation eller social indlærings samt sammenhængen med opmærksomhed og omsorg fra det omgivende system. En forståelse for disse faktorer vil yderligere kunne udvide forståelsen for dynamikken i selvskadende adfærd.

3.3.1 Tidsfænomen

Fra midten af 1980'erne blev selvskadende adfærd og specielt cutting dominerende i sygdomslandskabet. Det antages hertil at være en måde at opnå kontrol over sit liv med kroppen som en form for socialt og psykologisk studie (Møhl, 2015). Selvskade er et fænomen, der ofte findes frastødende og medfører stigmatisering, hvilket blandt andet kan skyldes den vestlige kulturs tilbøjelighed til at dyrke idealer. Det perfekte kropsideal og det gode menneske fremvises endeløst i blade, tv og på sociale medier, hvilket uundgåeligt påvirker individets syn på sig selv og skønhed. I det omfang, hvor unge mennesker ikke føler, de kan leve op til samfundets idealer, opbygges negative følelser. Disse kan være svære at rumme og få afløb for, hvortil selvskadende adfærd kan fungere som løsningsstrategi (Rubæk, 2009; Lundh, 2016). Giddens (1996) pegede på, at mennesker i det senmoderne samfund er underlagt et refleksivt projekt, hvor kroppen anvendes i et selvscenesættelsesprojekt, som repræsenterer, hvad de enkelte individ gerne vil være (Giddens if. Møhl, 2015). Livet i den vestlige verden har, ifølge Møhl (2015), de seneste 50 år udviklet sig mod større frihed og individualisering, hvor tradition, familie, religion og social klasse ikke længere er afgørende. Dette giver mulighed for mere indflydelse på sit eget liv, men det skaber også et enormt

ansvar for at skabe sin egen identitet og organisere sit eget liv. Det frie valg er ikke kun en mulighed præget af uforpligtende overskud, men indebærer også et krav om at udfolde sit potentiale og realisere sig selv. Denne individualisering medfører opløsning af mange af de integrerede normer og værdier, der traditionelt set var med til at holde sammen på den enkeltes liv og identitet. Det stiller nye krav om fleksibilitet og refleksivitet, hvilket giver et øget behov for oplevelsen af stabilitet og struktur. Selvskade kan således ses som en meningsfuld handling, der enten kan forstås som en måde at melde sig ud af denne udvikling på eller som en livsstil, hvor selvskade indgår som en del af en selvscenesættelse og kroppen indlemmes i den senmoderne refleksionsproces (ibid.). I dag er identitetsdannelsen et livslangt projekt, der kan være årsag til forvirring og usikkerhed. Det er herved indlejret i kulturen, at succes primært hænger sammen med personlige kompetencer. Det kan skabe følelser af skam og underlegenhed for de mindre ressourcestærke, der sammenligner sig med andre, som synes mere i stand til at mestre samfundets krav. De, der ikke formår at skabe mening og sammenhæng i sit liv, risikerer at udvikle symptomer på mistriivsel og selvskadende adfærd. Den teknologiske udvikling har hertil gjort det endnu sværere at finde tid og ro til fordybelse, da det øgede tempo skaber manglende overskud og fremmedgørelse (ibid.). Ifølge en rapport fra Vidensråd for Forebyggelse (2014) har unges mentale helbred udviklet sig i en negativ retning de seneste tyve år. Forekomsten af stress er mere end fordoblet hos unge kvinder fra 16-24 år, søvnproblemer og forekomsten af psykiske lidelser er steget voldsomt blandt børn og unge fra 10-24 år, medicinforbruget har været i voldsom stigning hos børn fra 10-15 år, og den mentale trivsel er blevet dårligere sammen med en generelt dalende tilfredshed med livet. Rapporten afdækker dog ikke årsagerne til udviklingen, hvorfor det også kan være et udtryk for øget fokus på området (Due et al., 2014). God mental sundhed er et vigtigt fundament for trivsel og velvære og grundlaget for en sund personlig og social udvikling. Selvskadende adfærd kan være en måde at opnå en følelse af kontrol eller om at straffe sig selv, fordi man ikke lever op til sine egne eller andres krav (Møhl, 2015). Et andet synspunkt er, at smerte ikke længere er en del af vores hverdag på samme vis som tidligere. Dette skyldes, at lægevidenskaben har gjort det muligt i høj grad at afhjælpe smerter gennem vejledning, operationer og ikke mindst smertestillende medicin. Smerte er ikke længere vant for mennesker i den vestlige verden, hvorfor det synes paradoksalt, at forekomsten af selvskade er steget. Møhl drager i denne sammenhæng paralleller til forekomsten af anoreksi, der ligeledes blev udbredt i den vestlige verden samtidig med

udryddelsen af underernæring. Det pointeres i den forbindelse, at enhver tid har sine særlige lidelsesformer, som reflekterer de tidstypiske problemer. En smertefobisk kultur medfører et anderledes forhold til smerte som noget justerbart, der kan lindres eller fjernes både hos børn og voksne. I takt med denne udvikling ses en stigende fascination af forskellige selvscenesatte og smertevoldende praktikker som sadomasochisme, bondage, tatoveringer, piercinger og anden indirekte selvskadende adfærd (ibid; Rubæk, 2009). Den moderne kultur fokuserer ifølge andre teorier på umiddelbar gratifikation, hvor svære og ubehagelige følelser skal fjernes med det samme. Evnen til at bære disse følelser synes generelt at være blevet mindre, og vi er blevet en nation af addicts og a-holics, da der findes utallige afhængighedstilstande i den moderne kultur (Møhl, 2015). Durkheim påpegede for mere en hundrede år siden, at selvmord ikke kun er et individuelt anliggende men også kan forstås ud fra sociale betingelser. Hun mente, at man, i stedet for at betragte selvmord som isolerede hændelser, burde se de selvmord, der er begået i et givent samfund i en given tidsperiode som en helhed, da et helt nyt fænomen så vil træde frem med sin egen karakter (Durkheim if. ibid.). På samme måde kan selvskadende adfærd ud fra dette perspektiv betragtes som et nyt fænomen i denne tidsperiode. Selvskadende adfærd kan forstås som et udtryk for et individualiserende og idealistisk samfund, der stiller store krav til det enkelte individ. Når disse krav ikke kan indfries opbygges negative følelser og manglende overskud, som selvskade kan give individet afløb for. Hertil kan selvskade også optræde som en form for selvscenesættelse, der især kan optræde som resultat af et smertefobisk samfund. Selvskade kan således være en måde at opnå kontrol i et hastigt forandrende samfund.

3.3.2 Social kommunikation

Selvskade taler et stærkt og magtfuldt sprog, fordi det pointerer en manglende evne til nogle fundamentale og livsnødvendige egenskaber som at tage vare på sig selv. Ikke-suicidal selvskade udfordrer nogle kulturelle værdier og udagerer stærke signaler om følelsesmæssig sårbarhed og smerte. Dette kan skabe ubehag og manglende forståelse fra omverdenen, som ofte resulterer i et udelukkende fokus på den selvskadende handling, så mennesket og smerten bagved glemmes (Møhl if. Rubæk, 2009; Møhl et al, 2016). Selvskadende adfærd kan betragtes som en direkte kommunikation om indre

lidelse, der påvirker omgivelserne på den ene eller anden måde. Handlinger kan opfattes som mere ærlige og sande end ord, hvorfor denne selvskadende form for kommunikation er mere virkningsfuld. Dette svarer til oplevelsen af verden i teleologisk modus, der, som nævnt, er et stadie mod barnets udvikling af evnen til mentalisering. Barnet forstår i dette stadie kun verden ud fra dens fysiske fremtræden, hvorfor mentale tilstande kun eksisterer, hvis de direkte kommer til udtryk i konkret adfærd. I den teleologiske logik tæller handlinger mere end ord, og individet er ikke i stand til at forstå, at mennesker kan motiveres af følelser. Borderline patienter vil ofte opfatte verden i teleologisk modus og har således brug for konkrete beviser på følelsesmæssige tilstande (Fonagy & Target, 2006; Møhl, 2015). Selvskade kan ud fra dette perspektiv være et udtryk for, at individet endnu ikke har udviklet sin mentaliseringsevne og sidder fast på et tidligere udviklingstrin. Den selvskadende adfærd bliver således nødvendig for konkret at udtrykke eller ”sætte ord” på sine indre følelsetilstande. Sår og ar fra selvskaden bliver individets egen forståelse for den problematik, de oplever.

3.3.3 Social indlæring

Selvskade kan udvikles som en form for social indlæring, hvor individet tager ved lære af de sociale omgivelser, det befinder sig i. Selvskadende adfærd kan eksempelvis forstås på baggrund af et familiesystem, der udviser en model af misbrug eller mishandling, hvor barnet således kommer til at forbinde smerte med omsorg. Selvskadende adfærd kan herved blive individets indre model for at drage omsorg for sig selv (Suyemoto, 1998). Social indlæringsteori er særlig relevant for forståelsen af, hvorledes børn og unge kan lære at skade sig selv gennem iagttagelse, imitation og identifikation med sine omgivelser. Selvskadende adfærd bliver en form for modelindlæring og selvforstærkes gennem de positive effekter ved selvskaden (Suyemoto, 1998; Lundh, 2016). Selvskade kan udvikles gennem forstærkning fra omgivelserne, hvor mange selvskadere lærer om fordelene ved selvskadende adfærd gennem andre. Derefter styrkes adfærden på baggrund af den umiddelbare følelse af lettelse, der opnås ved selvskadende adfærd, eller socialt gennem forstærkning fra familie, venner eller omsorgspersoner (Suyemoto, 1998). Mange selvskadere inspireres til selvskadende adfærd via sin omgangskreds eller gennem sociale medier. En undersøgelse fra 2008 viste, at 38 % af de undersøgte selvskadere har lært om selvskadende adfærd fra jævnaldrende, mens 13 % har hørt om det gennem medierne. Stort set alle mennesker i den vestlige

verden har adgang til internettet, og de fleste unge mennesker gør dagligt brug af medier som Facebook, Instagram, Twitter og YouTube. Her eksponeres mange billeder og videoer af selvskadende adfærd, og man kan hente både råd og vejledning til udførelsen og håndtering af sår og skader. Internettet er et attraktivt mødested, fordi man både kan få kontakt med andre selvskadere og samtidig bevare sin anonymitet (Møhl, 2015; Zöllner, 2016; Vestergaard & Jørgensen, 2016; Thastum & Khodaie, 2016).

Selvskade kan også bruges som en måde at iscenesætte sig selv på og dermed blive forankret i en identitet som cutter eller selvskader. Et menneskes identitet hænger blandt andet sammen med oplevelsen af at være den samme over tid og i forskellige kontekster samt individets oplevelse af, hvem det er, og hvilke sociale grupper det føler sig en del af. Det betragtes som en udviklingsmæssig opgave for alle mennesker at gennemgå en processuel udvikling hen mod etablering af en identitet. Dannelsen af en identitet fordrer en række psykologiske ressourcer og er ofte forbundet med perioder præget af større eller mindre identitetsmæssige kriser. I den forbindelse er ungdomstiden identificeret som en sårbar periode, hvor en række elementer knyttet til identiteten er i opbrud. Selvskade kan hertil fungere som markering af et tilhørsforhold til et fællesskab, hvor selvskaden, og eksempelvis uglification, er en måde at udtrykke sin identitet på. Dette kan komme til udtryk i fællesskab som punker, emo eller goth (Vestergaard & Jørgensen, 2016; Møhl, 2015; Lundh, 2016). To amerikanske sociologer Adler og Adler har foretaget en kvalitativ undersøgelse af cuttere, og de pointerer, at cutting ikke nødvendigvis er et udtryk for psykopatologi eller mentale problemer. Det kan derimod være en mestringsstrategi, der skal udtrykke oprør eller modstand mod de borgerlige normer. På den måde fungerer selvskadende adfærd som en konkret ydre måde at vise sin indre smerte på, på samme måde som pointeret med teleologisk modus i afsnittet omkring selvskade som kommunikation. Adler og Adler opfatter cutting som en frivillig afvigende adfærd som et udsagn om identitet. Cutting har således spredt sig fra gruppen af psykisk syge til udsatte unge og videre til subkulturer, ligesom det er blevet en del af en livsstil hos privilegerede unge i middelklassen (Adler & Adler if. Møhl, 2015). Ud fra denne tankegang kan selvskadende adfærd betragtes som et udtryk for dysfunktionelle omgivelser. Et problematisk familiesystem kan integreres i individet og fungere som en indre model for, hvorledes man viser hinanden og sig selv omsorg. På den måde optræder selvskadende adfærd som en 'god' strategi, der forstærkes gennem indre og ydre faktorer. Selvskadende adfærd tillæres ofte ved direkte inspiration eller imitation fra omgivelserne. Hertil er sociale medier hyppigt brugt, da

det skaber et sammenhold omkring selvskaden men samtidig bevarer individets anonymitet. Selvskadende adfærd kan i visse tilfælde også forstås som et udtryk for et tilhørsforhold til et fællesskab, hvor selvskaden fungerer som en markering af identitet. Det kan derved betragtes som frivillig om end afvigende adfærd, der fungerer som mestringsstrategi for den enkelte som et oprør mod samfundets normer.

3.3.4 Opmærksomhed og omsorg

Opmærksomhed og omsorg fra omgivelserne kan tjene som magtfulde forstærkere for selvskadende adfærd, hvor nogle teoretikere ser det som primær årsag til selvskade, mens andre beskriver det som en sekundær gevinst (Suyemoto, 1998). Funktionen i den selvskadende adfærd bliver således at opnå en reaktion fra andre, hvor det også opleves, at selvskadere konkurrerer om at udføre flest eller mest alvorlige skader. Selvskade er således en måde at opnå noget bestemt fra sine omgivelser, hvorfor de sekundære gevinster bliver dominerende i den selvskadende adfærd (ibid.). Hvis man betragter systemet omkring den selvskadende patient, kan den selvskadende adfærd være en måde at bevare en acceptabel homeostase. Selvskaden kan udtrykke eller aflede opmærksomheden væk fra et dysfunktionelt system, og samtidig tjene systemet, hvor individet belønnes med opmærksomhed, status, beundring eller misundelse, hvorfor det bliver en ubrydelig cirkel (ibid.). Selvskadere opfatter ofte sig selv som isoleret og ude af kontakt med andre mennesker, hvorfor de ikke umiddelbart betragter deres egen selvskadende adfærd som en reaktion på en interpersonel begivenhed. Derfor opleves det ofte, at de har svært ved bevidst at opfatte, hvorledes deres selvskadende adfærd påvirker andre i deres omgivelser. Selvom selvskadere ofte ikke har en bevidsthed omkring deres interaktion med det omgivende miljø, tjener de alligevel systemet ved at udtrykke konflikter og følelser, som andre undertrykker og forsvare sig imod med større succes end den selvskadende patient. Selvskade betragtes herved som en indirekte beskrivelse af eller et udtryk for systemets funktion (Suyemoto, 1998). Visse teorier peger på begreber som separation og autonomi som essentielle for forståelsen af selvskadende adfærd. De henviser til, at den selvskadende ofte har oplevet for meget separation og autonomi i barndommen i form af fysisk og følelsesmæssigt fravær af omsorg. Når barnet gennemgår ungdomslivets separations- og identitetsproblematikker sættes et større alarmberedskab i gang, da disse problematikker reaktiveres fra barndommen. Selvskadende adfærd kan således betragtes som et ubevidst forsøg på at

forblive i en barnerolle, hvor man er afhængig af andres omsorg (Rubæk, 2009). Det pointeres ligeledes, at selvskade er blevet mere almindeligt, fordi relationer til familie, venner og naboer er blevet mere spredte. Relationerne bliver af kortere varighed, og den øgede isolation har givet børn og unge færre fortrolige at tale med. Dette giver moderne børn mindre mulighed for at udtrykke deres tanker og følelser, hvilket gør dem mere tilbøjelige til at handle sig ud af problemer (Møhl, 2015). Ud fra disse perspektiver kan selvskadende adfærd forstås som en måde at opnå reaktioner fra omgivelserne eller som en måde at aflede opmærksomheden fra dysfunktionelle systemer. Selvskade kan også forstås som et ubevidst forsøg på at bevare en barnerolle, da separation skaber angst hos individet på grund af en barndom med for meget autonomi. Selvskadende adfærd kan hertil også forstås som en mere nyttig strategi for individer i det moderne samfund, der har færre fortrolige at dele sine tanker og følelser med.

3.4 Opsamling på de biopsykosociale faktorer

De forskellige teorier fra både den biologiske, sociale og psykologiske forståelse kan ikke fungere enkeltvis som tydelige kausale sammenhængsfaktorer. Det skyldes blandt andet, at det er svært at afgøre, hvorvidt de optræder som primære eller sekundære i forhold til selvskaden. De fleste teorier giver dog god mening i sammenhæng, mens nogle faktorer naturligvis vil gælde for nogle patienter i højere grad end andre faktorer. Nedenstående forsøger at opsummere de primære pointer fra de forskellige forståelser, som tilsammen kan bidrage med et overblik over dynamikken i selvskadende adfærd.

3.4.1 Biologiske faktorer

De neurobiologiske modeller fokuserer primært på de neurotransmitterstoffer, der kan registreres i hjernen hos mennesker med selvskadende adfærd. Adskillige undersøgelser påpeger, at mennesker med selvskadende adfærd har en hypersensitiv amygdala og er i en tilstand af hyperarousal. Hertil ses øgede niveauer af adrenalin og noradrenalin, som sætter kroppen i alarmberedskab og på sigt påvirker hukommelse og søvnmønster. Flere undersøgelser påpeger, at mennesker med selvskadende adfærd også har et nedsat serotoniniveau, som giver øget risiko for impulsiv aggression mod sig selv og andre. Et stort fokus inden for den biologiske forståelse er, at mennesker med selvskadende adfærd motiveres af et behov for at frigive endogene opioider, der er kroppens naturlige morfinlignende stof og har betydning for smerteoplevelse og arousal. Afhængighedshypotesen påpeger, at det endogene opioid-system stimuleres gennem tilbagevendende selvskadende handlinger, fordi enkefalin og endorfiner giver en behagelige effekt, og bliver således en form for afhængighedstilstand. Smertehypotesen påpeger, at mennesker med selvskadende adfærd har et lavere niveau og befinder sig i en mangeltilstand, hvorfor selvskade kan genoprette denne balance. Nogle forskere har påpeget, at emotionelt dysregulerede mennesker med selvskadende adfærd kan have en dobbelt forstyrrelse i hjernen, herunder en hyperaktiv amygdala samt en nedsat aktivering af præfrontal cortex, hvilket kan forklare impulsivitet og en konstant stress-tilstand. Som nævnt har disse teorier dog ikke på samme måde blik for den udviklingsmæssige del, hvorfor det er svært at vurdere, hvorledes forekomsten af transmitterstoffer kan fungere som forklaring for adfærd eller optræder som en følgevirkning på forskellige livsomstændigheder eller den selvskadende adfærd.

3.4.2 Psykologiske faktorer

De første forsøg på at forstå den psykologiske baggrund for selvskadende adfærd skal findes i driftsmodellerne. Disse tager afsæt i dødsdriften og aggressionsforvaltning, hvor selvskade kan opfattes som en måde at undgå et egentligt selvmord, mens risikoen for selvmord dog bliver større, når individet ikke længere kan nedregulere indre spænding med selvskade. Driftsteorien omfatter ligeledes den seksuelle model, der betragter selvskade som en seksuel tilfredsstillelse eller som straf for, undgåelse af eller kontrol over seksuelle følelser og handlinger. Forøgede seksuelle fantasier i ungdomslivet og dertilhørende aggressive impulser kan være overvældende, hvortil selvskade kan betragtes som et forsøg på at ødelægge sin krop, og hermed fantasierne, eller rense sig fra den syndige krop. Der findes også sammenhæng med menstruation, hvor selvskadende adfærd menes at markere ønsket kontrol over menstruation, og er en måde at udtrykke og kontrollere forbudte tanker, lyster eller seksuelle impulser på. Selvskadende adfærd er ud fra en objektrelationsteoretisk forståelse blevet beskrevet som et forsøg på at afgrænse selvet og modvirke følelsen af opløsning og selvtab. Patienten betragtes som fikseret i separations-individuationsfasen med et primitivt ønske om at smelte sammen med sin moderfigur og på samme tid et ønske om adskillelse og selvstændighed. Der er ligeledes mange teorier omkring mentalisering, som hænger sammen med individets tilknytningsmønstre, stressniveau, traumatiske erindringer og medfødte dispositioner. Selvskadere har ifølge talrige undersøgelser ofte en dårligere mentaliseringsevne, hvorfor selvskade kan opfattes som en fysisk form for selvrefleksion, når individet ikke kan finde mening i sine egne eller andres følelser og intentioner. Kroppen bliver brugt til at repræsentere individets mentale tilstande og nedregulere svære følelser. Forskningslitteraturen angiver hertil, at de hyppigste baggrunde for selvskadende adfærd knyttes til dårlig affektregulering, som ofte skyldes medfødt sårbarhed kombineret med en opvækst i et ikke-validerende miljø. Affektreguleringsmodellen læner sig op af teorien om nedsat mentaliseringsevne, der antages at være baggrund for, at patienter med selvskade ofte ender i følelsesmæssigt provokerende situationer, som de har svært ved at håndtere. Selvskade anvendes således både som distraktion fra og frigørelse af smertefulde følelser samt for at reducere en ubærlig indre spænding. Selvskade kan give en oplevelse af kontrol over overvældende emotioner og er en måde at opnå følelsesmæssig ligevægt. Nogle teorier konceptualiserer selvskade som et behov for at føle reel fysisk smerte i modsætning til emotionel smerte,

men dette stemmer ikke overens med eksisterende forskning, der påpeger, at mange ikke oplever smerte under den selvskadende handling. Det synes i stedet mere sandsynligt, at selvskadere har brug for et fysisk bevis på, at deres emotioner er virkelige, retfærdige og i stand til at blive tolereret. Mennesker med selvskadende adfærd kan have svært ved at skelne mellem forskellige negative følelser og verbalisere mentale tilstande. Når sproget ikke kan bruges til at skabe distance fra følelser, kan selvskade være et godt redskab til at aflade følelsen, kommunikere og kontrollere oplevelsen og beskytte andre mod de overvældende emotioner. Problemer med impuls kontrol er i litteraturen også knyttet til selvskade, hvor repetitivt selvskadende personer har signifikant højere impulsivitetsscore end førstegangselvskadende personer. Dissociationsmodellen er også et væsentligt perspektiv på selvskadende adfærd, der betragter selvskade både som en metode til at bryde isolationsfølelsen i dissociation samt til at komme ind i en dissociativ tilstand for at distancere sig fra fysiske og psykiske indtryk.

3.4.3 Sociale faktorer

Den sociologiske forståelse og miljømodellerne handler om omgivelsernes indflydelse på selvskadende adfærd. Selvskade betragtes af flere teoretikere som en slags moderne tidsfænomen, der reflekterer samfundets problematikker. Ud fra den forståelse kan selvskadende adfærd være et udtryk for den vestlige kulturs tilbøjelighed til at dyrke idealer, hvilket medfører en række negative følelser for de mennesker, der ikke kan leve op til kravene og udvikler symptomer på mistro og selvskadende adfærd. Livet i den vestlige verden har udviklet sig mod større frihed og individualisering, som skaber et enormt ansvar om at udfolde sit potentiale og realisere sig selv. Det stiller krav om fleksibilitet og refleksivitet, som modsat skaber et behov for stabilitet og struktur. Selvskade kan være en måde at melde sig ud af dette samfund på eller at bruge sin krop i den senmoderne refleksionsproces som en form for selvscenesættelse. Et andet synspunkt inden for samme perspektiv er, at vi er blevet et smertefobisk samfund, hvorfor der udvikles fascination af forskellige smertevoldende praktikker. Den moderne kultur fokuserer ifølge endnu andre teorier på umiddelbar gratifikation, hvor evnen til at bære svære følelser er blevet mindre. Dette medfører en nation af mennesker med forskellige afhængighedstilstande, herunder selvskadende adfærd. Selvskadende adfærd betragtes som en magtfuld kommunikationsform, der sender stærke signaler

om følelsesmæssig sårbarhed og smerte. Dette skaber ofte ubehag blandt andre, hvilket resulterer i et snævert fokus fra omgivelserne på selvskaden i sig selv. I forhold til udviklingen af selvskadende adfærd kan det fungere som social indlæring, hvor selvskade kan være udtryk for et dysfunktionelt familiesystem, eksempelvis med misbrug, således at smerte sættes i forbindelse med omsorg. Børn og unge kan også lære at skade sig selv gennem iagttagelse, imitation og identifikation med sine omgivelser, som ligeledes kan fungere som positiv forstærkning. Dette gør sig gældende både i de helt nære relationer, i vennekredsen og på forskellige sociale medier, ligesom selvskade kan give et gruppetilhørsforhold og være identitetsmarkør for visse subkulturer. Opmærksomhed og omsorg fra omgivelserne antages at have betydning for selvskadende adfærd og kan være magtfulde forstærkere eller ligefrem primær årsag til selvskade. Selvskadende adfærd omfatter evnen til at skabe reaktioner fra andre mennesker, og det kan i den forbindelse være en måde at udtrykke eller aflede opmærksomheden væk et dysfunktionelt system. Det teoretiseres, at mennesker med selvskadende adfærd ofte har oplevet fysisk og følelsesmæssigt fravær af omsorg i barndommen, hvorfor ungdomslivets separations- og identitetsproblematikker reaktiverer disse følelser og sætter vedkommende i alarmberedskab. Det påpeges ligeledes, at relationer til familie, venner og naboer er blevet mere spredte og af kortere varighed, hvilket har givet børn og unge færre fortrolige at tale med og mindre mulighed for at udtrykke deres tanker og følelser. Dette gør dem mere tilbøjelige til at handle end at tænke, hvortil selvskade bliver en nyttig strategi.

4. Sårbarhedsfaktorer

Det er en tradition i lægevidenskaben at tænke kausalt i forhold til udvikling af sygdomme, men som nævnt forklarer enkeltårsager sjældent kompleksiteten ved psykiske lidelser. Det er det dynamiske samspil mellem forskellige faktorer, der kan forklare den enkelte patients udvikling af selvskade. Den biopsykosociale forståelse medfører, at man må tænke både på den enkeltes sårbarhed og modstandskraft for at kunne forstå udviklingen af selvskadende adfærd. Selvskade er et komplekst fænomen, der både omfatter aktuelle (*proximale*) såvel som tidlige (*distale*) biologiske, psykologiske og sociale faktorer. Det er i sidste ende balancen mellem sårbarheds- og resiliensfaktorer, der er afgørende for en eventuel udvikling af selvskadende adfærd (Møhl, 2015). Følgende afsnit beskriver i den forbindelse forskellige risiko- og resiliensfaktorer, som baseres på sårbarheds-stress-modellen.

4.1 Risikofaktorer

En risikofaktor defineres som en begivenhed eller omstændighed, der kan give øget sandsynlighed eller risiko for, at en given lidelse udvikles. Nedenstående beskriver betydningsfulde risikofaktorer for udviklingen af selvskadende adfærd i forhold til omsorgssvigt og seksuelt misbrug, invaliderende opvækst, tilknytningsforstyrrelser og nedsat mentalisering, negativt selvbillede og psykisk sygdom.

4.1.1 Omsorgssvigt og seksuelt misbrug

Blandt de bedst dokumenterede risikofaktorer for udvikling af ikke-suicidal selvskadende adfærd er omsorgssvigt og seksuelt misbrug i barndommen, hvilket op til 79 % af patienterne med selvskadende adfærd med og uden suicidal intentioner beretter om (Møhl, 2015; Briere & Gil, 1998; Møhl et al., 2016). Børn, som er vokset op med kritiske forældre, et emotionelt fjendtligt klima og har oplevet følelsesmæssigt omsorgssvigt, synes at være i særlig risiko for selvskadende adfærd (Suyemoto, 1998; Zöllner, 2016; Thastum & Khodaie, 2016). Rubæk (2009) gennemgår til dette formål Traumemodellen, som tager udgangspunkt i, at mange mennesker med selvskadende adfærd gentager de traumatiske barndomsoplevelser gennem re-enactment. Således gennemlevs traumerne ved selvskadende adfærd igen, men denne gang med en aktiv følelse af kontrol og ejerskab over deres egen krop (Møhl if. Rubæk, 2009). Gennem

selvskade kan individet straffe dem, der har forgrebet sig på vedkommende, hvor huden bliver en symbolsk repræsentation af overgriberen. Selvskadende adfærd fungerer således som en mestringsstrategi, hvor selvskaden kan betragtes som en egentlig manifestation af det seksuelle misbrug. Omsorgssvigt og seksuelt misbrug resulterer ofte i skamfølelser og selvhad samt massive tilknytningsforstyrrelser, hvilket i sig selv kan lede til selvskadende adfærd. Desuden er der tæt sammenhæng mellem barndomstraumer og dissociative mekanismer (ibid.; Møhl, 2015).

4.1.2 Invaliderende opvækst

Baggrunden for selvskadende adfærd antages primært at være vanskeligheder med affektregulering, som hænger sammen med en medfødt sårbarhed kombineret med at være vokset op i et ikke-validerende miljø. Et invaliderende miljø øger risikoen for udvikling af dårligt fungerende interpersonelle og følelsesregulerende færdigheder, som øger risikoen for udvikling af maladaptive mestringsstrategier, herunder selvskadende adfærd. Et fjendtligt klima og et dårligt forhold mellem barn og forældre under opvæksten er også en risikofaktor, men det er vanskeligt at undersøge forekomsten af invalidering, da det ikke nødvendigvis er ensbetydende med omsorgssvigt eller brutalitet. Invalidering kan forekomme diskret, men alligevel få fatale følger for individets emotionsregulering (Møhl, 2015; Thastum & Khodaie, 2016).

4.1.3 Tilknytningsforstyrrelser og nedsat mentalisering

Børn, der har oplevet omsorgssvigt og seksuelt misbrug i barndommen, har, som nævnt, forhøjet risiko for at udvikle tilknytningsforstyrrelser, som generelt øger risikoen for udvikling af psykopatologi og selvskadende adfærd. Den tidlige tilknytning skaber indre arbejdsmodeller hos barnet, der får stor indflydelse på den relationelle kontakt til andre mennesker gennem hele livet. Ambivalent og desorganiseret tilknytning karakteriseres ved et behov for at søge nærhed og samtidig flygte fra omsorgspersonen, hvilket hyppigt forekommer hos mennesker med selvskadende adfærd og forbindes med en højere risiko for udvikling deraf (Møhl, 2015).

4.1.4 Negativt selvbillede

Lav selvfølelse, selvhad, negativt selvbillede og forøget selvkritik udgør både en væsentlig risikofaktor og et motiv for udvikling af selvskadende adfærd. I en undersøgelse fra 2014 angav 45 % af de selvskadende patienter, at de gjorde det for at straffe sig selv, hvortil selvskadende adfærd kan betragtes som aggression vendt mod selvet. Mange mennesker med selvskadende adfærd har høje krav til sig selv om perfektionisme og præstation, og et negativt selvbillede kan være forankret i en grundlæggende følelse af irrationel skyld eller skam (Møhl, 2015; Briere & Gil, 1998).

4.1.5 Psykisk sygdom

Psykisk sygdom er en væsentlig risikofaktor for udvikling af selvskadende adfærd, ligesom selvskade kan være en risikofaktor for udvikling af psykisk lidelse. Talrige undersøgelser dokumenterer en tæt sammenhæng mellem emotionel ustabil personlighedsstruktur og selvskadende adfærd. Denne sammenhæng kan skyldes, at emotionel dysregulation både optræder hyppigt hos selvskadende patienter og hos mennesker med en emotionel ustabil personlighedsstruktur. Der registreres ligeledes en stor forekomst af omsorgssvigt og seksuelt misbrug ved begge tilstande, og mennesker med emotionel ustabil personlighedsstruktur oplever flere letvakte negative følelsesmæssige reaktioner end andre mennesker (Møhl, 2015; Briere & Gil, 1998). Angst og depression er en risikofaktor for udvikling af selvskade, hvilket igen kan skyldes emotionel dysregulation, samt at angst forbindes med høj arousal og depression med lav selvfølelse og negativt selvbillede, som også er faktorer, der forbindes med selvskadende adfærd. Spiseforstyrrelser betragtes også som en risikofaktor for ikke-suicidal selvskade, hvilket igen kan forklares ved et negativt selvbillede og lede ved egen krop, nedsat mentaliseringsevne samt fysisk anvendelse af kroppen til følelsesregulering (Møhl, 2015; Thastum & Khodaie). Stof- og alkoholmisbrug er endnu en risikofaktor, og en dansk undersøgelse fra 2014 fandt større erfaring med hårde stoffer og alkohol-blackout hos studerende med selvskadende adfærd end hos studerende uden selvskadende adfærd. Sammenhængen kan skyldes, at både direkte selvskade og stof- og alkoholmisbrug fungerer som mestringsstrategier til psykosocial stress, ligesom indtagelse af stoffer eller store mængder alkohol kan øge impulsivitet og sænke tærsklen for selvskade. Det er ikke usædvanligt at selvskadende adfærd optræder i forbindelse med indtagelse af stoffer eller alkohol (Møhl, 2015). PTSD (Post Traumatisk Stress

Forstyrrelse) forbindes med traumer og dissociation, som hver for sig også betragtes som betydelige sårbarhedsfaktorer (Møhl, 2015; Briere & Gil, 1998). Dårlig affektregulering kombineret med et negativt selvbillede og nedsat evne til mentalisering synes overordnet set at være afgørende risikofaktorer for udvikling og vedligeholdelse af ikke-suicidal selvskadende adfærd (Møhl, 2015). En undersøgelse af Møhl og Rubæk (2016) viste, at psykiatriske patienter med svær psykopatologi har et mere alvorligt selvskademønster end man ser hos mennesker i ikke-kliniske populationer. Hyppig selvskade, brug af flere forskellige metoder, selvmordsforsøg og et højt niveau af dissociation står tydeligt frem i undersøgelsen. Samtidig bliver det klart, at den selvskadende adfærd har en vigtig funktion for den enkelte, hvor langt de fleste har affektregulering både som motiv og effekt af den selvskadende handling (Møhl & Rubæk, 2016b).

4.2 Resiliensfaktorer

En resiliensfaktor defineres som en begivenhed eller omstændighed, der mindsker sandsynligheden for, at en lidelse opstår, og øger individets modstandskraft over for stressorer og risikofaktorer. Der er i litteraturen mindre indblik i beskyttende faktorer i forhold til udvikling af selvskadende adfærd, men det er dog veldokumenteret, at intelligens, gode evner til at udtrykke sig, optimisme, høj men realistisk selvfølelse, oplevelse af at have indflydelse på sit eget liv, følelse af mening og sammenhæng i livet, produktiv aktivitet og evne til at omgås og knytte sig til andre generelt beskytter mod udvikling af psykopatologi (Møhl, 2015). Resiliensfaktorer står oftest i modsætning til risikofaktorerne, og flere af dem hænger sammen, ligesom der muligvis findes forskellige risiko- og resiliensfaktorer ved forskellige former for selvskadende adfærd. Der er behov for yderligere forskning omkring relationen mellem beskyttende faktorer og forskellige manifestationer af selvskade, men nedenstående sektion beskriver de mest betydningsfulde, som dominerer litteraturen på nuværende tidspunkt. Afsnittet omhandler tryk tilknytning og god stabil mentaliseringsevne, interpersonelle færdigheder, evnen til at håndtere negative følelser og oplevelsen af støtte.

4.2.1 Tryk tilknytning og god stabil mentaliseringsevne

En tryk tilknytning mellem barn og omsorgsperson er forudsætning for dannelsen af trykhedsskabende indre arbejdsmodeller og god evne til mentalisering og affektregulering. Den trykt tilknyttede person vil grundlæggende møde andre mennesker med tillid, åbenhed og positive forventninger, kunne indgå i nære, intime relationer uden at opleve selvtab og kunne bearbejde konflikter på en konstruktiv måde. Dette bygger på en basal trykhed og på en stabil og udviklet evne til mentalisering, som er aktiv i enhver relation. Dette udgør den beskyttelse, der forhindrer acting out i form af selvskade (Møhl, 2015).

4.2.2 Interpersonelle færdigheder

Interpersonelle relationer kan både være det mest meningsfulde og livgivende samt den største kilde til stress og skuffelser. Relationer kan fungere som en beskyttelse mod negative konsekvenser af stress og belastninger, hvis de fungerer på et tilfredsstillende niveau. At kunne fungere sammen med andre mennesker uden at udøve vold på sig selv kræver udviklede interpersonelle færdigheder. Disse omfatter at kunne lytte til andre på en åben og ikke-dømmende måde, at kunne forhandle og indgå kompromiser uden at miste sig selv, at kunne løse problemer og tage beslutninger samt at kunne formulere sig klart og tydeligt om sine tanker, følelser, ideer, ønsker og behov. Interpersonelle færdigheder er en forudsætning for udviklingen og vedligeholdelsen af gode stabile sociale relationer, som kan øge evnen til håndtering af negative følelser og dermed undgå selvskadende adfærd (Møhl, 2015).

4.2.3 Evnen til at håndtere negative følelser

Evnen til at håndtere og bearbejde negative følelser på en konstruktiv måde beskytter mod udviklingen af selvskadende adfærd, idet selvskade sjældnere forekommer hos mennesker, der oplever negative følelser mindre intenst og mindre hyppigt. Hvis individet er i stand til at nedregulere den negative følelse med andre midler end selvskade udgør dette naturligvis en beskyttende faktor (Møhl, 2015).

4.2.4 Oplevelsen af støtte

Oplevelsen af social støtte og det at føle sig socialt forbundet med andre mennesker har længe været anset som en betydelig faktor til beskyttelse mod negative konsekvenser af traumer og belastninger i barndommen. Unge mennesker med selvskadende adfærd oplever generelt mindre social støtte end andre, føler sig oftere ensomme, har et mindre tæt socialt netværk og gennemgående dårligere kontakt med forældre. Børn med traumatiske oplevelser i bagagen har øget risiko for udvikling af selvskadende adfærd, men social støtte fra en signifikant anden reducerer denne risiko. I en engelsk undersøgelse af unge, peger de fleste på social støtte som beskyttende faktor i form af nogen at tale med, nogen som kan lytte til deres problemer, give dem tillid, være der for dem, som ikke nedgør dem men viser, at de kan lide dem og vil hjælpe dem (Møhl, 2015; Zöllner, 2016; Møhl et al., 2016).

4.3 Opsamling på sårbarhedsfaktorerne

Som beskrevet er man nødt til at betragte det dynamiske samspil mellem forskellige faktorer for at forstå den enkeltes selvskade. Den biopsykosociale forståelse medfører hertil opmærksomhed på den enkeltes sårbarheder, og det er i sidste ende balancen mellem sårbarheds- og resiliensfaktorer, der er afgørende for en eventuel udvikling af selvskadende adfærd. Nedenstående forsøger at opsummere de forskellige faktorer, der antages at være afgørende for den enkeltes sårbarhed over for selvskadende adfærd.

4.3.1 Risikofaktorer

Blandt de bedst dokumenterede risikofaktorer for udvikling af ikke-suicidal selvskadende adfærd er omsorgssvigt og seksuelt misbrug i barndommen. Børn, som er vokset op i et fjendtligt klima og har oplevet følelsesmæssigt omsorgssvigt, synes at være i særlig risiko for selvskadende adfærd. Traumemodellen beskriver i den forbindelse, hvorledes mennesker med selvskadende adfærd gentager de traumatiske barndomsoplevelser gennem re-enactment med en mere aktiv følelse af kontrol og følelsen af at straffe overgriberen. Det antages hertil, at et invaliderende miljø øger risikoen for udvikling af dårligt fungerende interpersonelle og følelsesregulerende færdigheder, som øger risikoen for selvskadende adfærd. Et fjendtligt klima og et dårligt forhold mellem

barn og forældre under opvæksten er også en risikofaktor, men det er vanskeligt at undersøge forekomsten af invalidering, da det ikke nødvendigvis er ensbetydende med omsorgssvigt eller brutalitet. Børn, der har oplevet omsorgssvigt og seksuelt misbrug i barndommen, har øget risiko for at udvikle tilknytningsforstyrrelser og dermed selvskadende adfærd. Ambivalent og desorganiseret tilknytning forekommer hyppigt hos mennesker med selvskadende adfærd og forbindes med en højere risiko for udviklingen deraf. Lav selvfølelse, selvhad, negativt selvbillede og forøget selvkritik antages både at udgøre en væsentlig risikofaktor og et motiv for udvikling af selvskadende adfærd. Mange mennesker med selvskadende adfærd har høje krav til sig selv om perfektionisme og præstation, og et negativt selvbillede kan være forankret i en grundlæggende følelse af irrationel skyld eller skam, som kan medføre selvskadende adfærd. Det fremgår hertil, at psykisk sygdom er en væsentlig risikofaktor ligesom selvskade kan være en risikofaktor for udvikling af psykisk lidelse. Talrige undersøgelser dokumenterer en tæt sammenhæng mellem emotionel ustabil personlighedsstruktur og selvskadende adfærd. Derudover betragtes angst og depression, spiseforstyrrelser, Stof- og alkoholmisbrug samt PTSD som risikofaktorer for selvskadende adfærd. Dårlig affektregulering kombineret med et negativt selvbillede og nedsat evne til mentalisering synes overordnet set at være afgørende risikofaktorer for udvikling og vedligeholdelse af ikke-suicidal selvskadende adfærd. Psykiatriske patienter med svær psykopatologi antages således at have et mere alvorligt selvskademønster end man ser hos mennesker i ikke-kliniske populationer.

4.3.2 Resiliensfaktorer

En tryk tilknytning mellem barn og omsorgsperson er forudsætning for tryghedsskabende indre arbejdsmodeller og god evne til mentalisering og affektregulering, som antages at være de primære beskyttende faktorer mod selvskadende adfærd. Relationer til andre mennesker kan fungere som en beskyttelse mod negative konsekvenser af stress og belastninger, hvis de fungerer på et tilfredsstillende niveau. At kunne fungere uden brug af selvskadende adfærd kræver udviklede interpersonelle færdigheder, som er forudsætning for udviklingen og vedligeholdelsen af gode stabile sociale relationer. Disse relationer kan øge evnen til håndtering af negative følelser og dermed undgå selvskadende adfærd. Evnen til at håndtere og bearbejde negative følelser på en konstruktiv måde beskytter mod udviklingen af selvskadende adfærd, hvilket stemmer

godt overens med affektreguleringsmodellen. Oplevelsen af social støtte og det at føle sig socialt forbundet med andre mennesker har længe været anset som en betydelig faktor til beskyttelse mod negative konsekvenser af traumer og belastninger i barndommen. Børn med traumatiske oplevelser i bagagen reducerer risikoen for udvikling af selvskadende adfærd, hvis de oplever social støtte fra en signifikant anden. Dette omfatter nogen at tale med, nogen som kan lytte til deres problemer, give dem tillid, være der for dem, som ikke nedgør dem men viser, at de kan lide dem og vil hjælpe dem.

5. Et nuanceret teoretisk perspektiv på betydningsfulde faktorer for dynamikken i selvskadende adfærd

At selvskadende adfærd er så udbredt giver en ide om, at det har en kompleks virkning, som ikke umiddelbart kan opvejes eller erstattes af andre strategier. Som tidligere pointeret forstås selvskadende adfærd i dette projekt ud fra tankegangen om, at vedkommende gør det bedst mulige for sig selv her og nu. Det er således vigtigt at opnå en forståelse for, hvad den egentlige dynamik i selvskadende adfærd omfatter. Selvskadende adfærd har sandsynligvis flere funktioner på samme tid, hvorfor forskellige hypoteser må overvejes til forklaring af, hvad det præcis er, der gør, at denne specifikke adfærd på dette specifikke tidspunkt tjener denne specifikke funktion for denne specifikke patient. Nedenstående afsnit præsenterer en diskussion af nogle udvalgte væsentlige pointer fra det ovenstående biopsykosociale perspektiv på dynamikken i selvskadende adfærd. Diskussionen har til formål at samle de forskellige teorier fra den biopsykosociale model i et fælles nuanceret teoretisk perspektiv på de faktorer og temaer, der synes relevant for forståelsen af, hvorfor nogle individer skader sig selv. Diskussionen præsenteres under temaerne det biopsykosociale perspektiv, det biologiske grundlag for en psykologisk forståelse, alarmberedskab, negativ affekt, lettelse, kontrol, afhængighed og ungdomslivet.

5.1 Det biopsykosociale perspektiv

Selvskadende adfærd har været klinisk undersøgt i over et århundrede, hvorfor der findes store mængder deskriptiv information. Der hersker dog stadig tvivl og forvirring omkring fænomenet, dets funktion og dynamiske baggrund (Suyemoto, 1998). Noget af det, der er gennemgående ved teorierne på området er, at de bærer præg af et forsøg på at finde en vis defekt hos individet, hvad enten den synes at være biologisk, psykologisk eller socialt forankret. Der bliver en opdeling mellem normalitet og sygdom, hvor selvskadende adfærd synes at repræsentere et patologisk træk eller en forkert mekanisme, som skal identificeres og rettes op på. Horwitz pointerer i denne forbindelse, at vores nuværende opfattelse af psykisk sygdom kun passer på enkelte tilstande, mens de fleste i stedet bør betragtes som normale reaktioner på stressfulde begivenheder

(Horwitz, 2002). Jeg får fornemmelsen af, at mennesket bag selvskaden og dynamikken i adfærden er i fokus men bliver glemmt undervejs, hvorfor vi forsøger at forklare en socialt upassende adfærd gennem et for snævert fokus. Det er ud fra min opfattelse afgørende at fokusere på det enkelte individ, forstå det unikke ved denne patient og bevare det idiografiske perspektiv. Et menneskes adfærd kan ikke forklares ud fra enkelte modeller, som Suyemoto (1998) også pointerer, da den dynamiske tilgang og plastiske forståelse af udvikling således negligeres. Psykologien bør efter min overbevisning netop forsøge at frembringe forståelsen af mennesker som nuancerede væsener, hvorfor en snæver tilgang ikke kan rumme beskrivelsen af fænomener som selvskadende adfærd. Det var netop også Engels formål med udviklingen af den biopsykosociale model, at det psykologiske felt ville være i stand til at rumme både biologiske, psykologiske og sociale faktorer (Engel, 1977). Det er derfor vigtigt, at de præsenterede teorier betragtes ud fra et integreret og nuanceret perspektiv snarere end at vægte én model som forklaring for kompleksiteten i selvskadende adfærd. En detaljeret og dybdegående undersøgelse kræver dog et midlertidigt snævert fokus for at kunne forstå den grundlæggende dynamik i hver enkelt mekanisme. Modellerne har således stor betydning for forståelsen af selvskade og bygger på grundig undersøgelse og erfaring (Suyemoto, 1998). Det synes dog så utrolig vigtigt igen at udbrede perspektivet og betragte selvskadende adfærd ud fra forståelsen af, hvad det hele menneske kan indeholde. Først når vi er i stand til at opnå en nuanceret og berigende beskrivelse af selvskaden, vil de forskellige teorier give mening og kunne bruges til forståelsen af det enkelte individ på en respektfuld måde (ibid.). Formodentlig har forskellige selvskadende individer forskellige psykokemiske profiler, og behandling af selvskade bør således rette sig mod mennesket bag symptomerne og ikke selvskaden i diagnostisk forstand (Møhl, 2015; Rubæk, 2009). Ifølge Suyemoto forstås selvskadende adfærd bedst som en overdetermineret adfærd, der tjener et væld af funktioner. Selvskadende adfærd korrelerer med forskellige oplevelser og symptomer, og patienterne kan ud fra dette perspektiv muligvis differentieres fra den generelle psykiatriske population (Suyemoto, 1998). Dette stemmer godt overens med det faktum, at selvskade endnu optræder som et symptom ved forskellige forstyrrelser og ikke som en selvstændig diagnose. Mange undersøgelser baseres dog på kliniske patienter, hvorfor det vil være fordrende at opnå yderligere information omkring mennesker med selvskadende adfærd, som ikke i forvejen befinder sig i psykiatrisk regi (ibid.). Selvskade har om ikke andet nået et omfang, der kræver andre undersøgelsesmetoder end tidligere, hvor det blev opfattet

som et individuelt og sjældent fænomen, der primært forekom hos psykiatriske patienter (Møhl, 2015). Der er dog metodologiske besværligheder ved en biopsykosocial undersøgelse af selvskadende adfærd, da det hverken er etisk eller logistisk forsvarligt at undersøge den selvskadende handling, som den optræder. Det kan altså ikke lade sig gøre at være til stede, mens selvskaden står på, for detaljeret at undersøge de psykofysiologiske faktorer, der bringes i spil. Selvskadende adfærd undersøges primært retrospektivt, og mange undersøgelser bygger på spørgeskemaer med i forvejen indbyggede svarmuligheder (ibid.; Lundh, 2016). For at omgå dette problem anvendes blandt andet metoden *guided imagery*, hvor individet forestiller sig en selvskadende situation. Dette synes umiddelbart ikke at kunne bidrage med relevant information, men det fremgår, at både fysiologisk arousal og lettelse også optræder i disse forestillinger på samme måde som det berettes om i virkelige selvskadeseancer. Denne metode har således opnået empirisk støtte, men der vil unægteligt være større sandsynlighed for fejlkilder (Brain et al., 1998). Dog synes det vigtigt fortsat at have et bredt fokus, der kan rumme mange facetter, som selvskadende adfærd omfatter.

5.2 Det biologiske grundlag for en psykologisk forståelse

Et af de spørgsmål, der umiddelbart optræder i forbindelse med den biologiske forståelse for selvskadende adfærd er, hvad det i virkeligheden betyder for det psykologiske indtryk af et individ, at man måler noget biologisk i hjernen og kroppen. Hvilken indflydelse har det på forståelsen af dynamikken i selvskadende adfærd, at der påvises et forhøjet niveau af dopamin og endogene opioider og et sænket niveau af serotonin. Det kan betyde, at selvskadere ofte har en biologisk defekt, hvortil selvskadende adfærd kan være med til at rette op på niveauerne igen. Det kan også betyde, at miljøet i opvæksten, herunder samspillet mellem mor og barn, har påvirket individet på flere facetter og medført biologiske ændringer (Møhl, 2015). Det kan være svært at sige, hvad der kom først, henført diskussionen om hønen og ægget, men spørgsmålet er om ikke andet afgørende for, hvorledes vi kan forstå individets problematiske adfærd og hjælpe vedkommende. Information om individets ændrede biologiske niveauer er vigtig, men hvorvidt det skal betragtes som det grundlæggende problem eller blot et symptom på problemet må naturligvis udforskes. Medicinsk behandling kan ellers være for-

målsløst på længere sigt eller medføre unødvendige bivirkninger og langsigtede konsekvenser for individet (Pro.medicin, 2017). Jeg kan ikke lade være med at overveje, om smerte som fænomen kan have en endnu ukendt betydning for mennesker. Kan oplevelsen af smerte være vigtig for personlig udvikling og sundhed. Smerte har i sig selv en negativ klang, men hvis man vendte perspektivet og betragtede smerte som en livsnødvendig faktor, der fik mennesker til at mærke sig selv og føle sig i live, ville selvskade kunne forstås på en helt anden måde. Smerteoplevelse er en kompleks proces, der ikke udelukkende kan reduceres til det fysiologiske, men ligeledes omfatter andre komponenter, herunder sociale og psykologiske faktorer (Ogden, 2007; Hadjistavropoulos & Craig, 2004; Jones & Zachariae, 2003). Det ville således give god mening, hvis smerte omfatter nogle positive psykologiske effekter, som individet kommer til at mangle i et samfund, som smerte ikke længere er en del af, som tidligere påpeget (Møhl, 2015). Smerte har en betydelig evolutionær funktion for menneskets overlevelse, da det informerer individet om fare. Oplevelsen af smertefulde situationer er dog subjektiv, og kan variere fra person til person (Jensen, Dahl, Arendt-Nielsen & Bach, 2003), hvorfor der kan antages at være nogle betydningsfulde elementer i denne oplevelse, som endnu ikke er redegjort for. Eftersom smerte ikke indgår i hverdagen på naturlig vis på samme måde som tidligere (Møhl, 2015), kan det overvejes, om nogle individer i højere grad end andre mangler den smertefuld stimuli og således må opsoge den selv gennem selvskadende adfærd. Spørgsmålet er, om selvskadende adfærd skal forstås som en måde at tilfredsstille nogle individuelle behov for fysisk smerte, ikke som et udtryk for lyst, men for personlig udfordring og sundhed, frem for en copingstrategi til håndtering af indre smerte.

5.3 Alarmberedskab

Det fremgår af mange teorier inden for forskellige forståelser, at mennesker med selvskadende adfærd ofte befinder sig i en tilstand af hyperarousal (Møhl, 2015). Denne tilstand kan blandt andet forstås ud fra øgede niveauer af adrenalin og noradrenalin samt et nedsat niveau af serotonin, som tilsammen sætter individet i alarmberedskab og giver øget risiko for impulsiv aggression mod sig selv og andre. Ud fra smertehypotesen kan det også forklares ud fra ideen om et manglende naturligt niveau af endogene opioider, hvorfor individet ikke på samme måde kan dæmpe smerteoplevelse og arousal. Det påpeges også, at emotionelt dysregulerede mennesker med selvskadende

adfærd kan have en dobbelt forstyrrelse i hjernen, herunder en hyperaktiv amygdala samt en nedsat aktivering af præfrontal cortex, hvilket kan bidrage til forklaringen af at være i en konstant stresstilstand (Møhl, 2015). Kendler (2001) har talt om forklaringsdualisme, som omhandler, at psyken bør betragtes som en aktivitet i den biologiske hjerne, hvor psyke og soma gensidigt påvirker hinanden. Når den biologiske forståelse stiller en hypersensitiv amygdala som forklaringsmodel, må det således betragtes som en del af samspillet mellem psyke og soma (Kendler *if. ibid.*). Hvis det påviste alarmberedskab betragtes fra et udviklingspsykologisk perspektiv, kan anspændthed og den letvakte stressrespons i stedet forklares ved en utryk tilknytning og manglende tillid til omgivelserne (*ibid.*). Det pointeres, at mange individer med selvskadende adfærd har en dårlig evne til mentalisering, hvor den manglende forståelse for egne og andres mentale tilstande kan vække mange negative følelser (*ibid.*; Rubæk, 2009). Hvis dette betragtes i sammenhæng med en dårlig evne til affektregulering, vil individet overvældes emotionelt og opleve stress og forvirring. Der vil således være brug for nedregulering gennem selvskade, da det forhøjede affektive input er uudholdeligt for individet (Briere & Gil, 1998; Lundh, 2016; Møhl *et al.*, 2016). Mennesker med selvskadende adfærd kan hertil have svært ved at skelne mellem forskellige negative følelser og verbalisere mentale tilstande. Når sproget ikke kan bruges til at skabe distance fra følelser, kan individet ikke aflade, kommunikere og kontrollere følelsesoplevelsen på samme måde som andre med bedre evner hertil (Møhl, 2015, Suyemoto, 1998). Alarmberedskabet kan også forstås ud fra en psykoanalytisk tankegang, hvor individet kan føle sig overvældet af drifter omkring liv, død eller seksualitet. Det kan hertil både forstås som manglende afløb for disse drifter eller som overvældelse og frygt for at blive overmandet af dem. Selvskadende adfærd kan enten give momentan tilfredsstillelse, straffe individet for dem eller skabe en vis kontrol over dem ved at flytte fokus. Forøgede seksuelle fantasier i ungdomslivet og dertilhørende aggressive impulser kan være overvældende, hvorfor det giver god mening, at individet befinder sig i en stressstilstand (*ibid.*; Angelotta, 2015; Lindekilde & Lasgaard, 2016; Rubæk, 2009). Ud fra et objektrelationsteoretisk synspunkt kan hyperarousal forstås som en frygt for selvtab og opløsning. Individet kan være fikseret i separations-individuationsfasen og sidde fast mellem ønsket om at forene sig og samtidig adskille sig fra sin mor. Dette kan skabe mange følelser af frustration og frygt og generelt bidrage til højere arousal (Suyemoto, 1998, Møhl, 2015). Medfødt sårbarhed kombineret med en opvækst i et ikke-validerende miljø og eventuelle traumatiske oplevelser af misbrug eller omsorgssvigt

synes for de fleste mennesker forståelig som en kausal faktor for udvikling af hyperarousal. Mange mennesker med selvskadende adfærd beskriver tidligere traumatiske oplevelser, hvilket kan være årsag til at den enkelte er i konstant beredskab. Det teoretiseres, at mennesker med selvskadende adfærd ofte har oplevet fysisk og følelsesmæssigt fravær af omsorg i barndommen, hvorfor ungdomslivets separations- og identitetsproblematikker reaktiverer disse følelser og sætter vedkommende i alarmberedskab (Rubæk, 2009; Lundh, 2016; Møhl, 2015). Om ikke andet har de fleste selvskadere en hypersensitiv amygdala, der i samspil med traumatiske oplevelser, utryg tilknytning, dårlig evne til mentalisering og affektregulering samt ustabile objektrepræsentationer kan medføre voldsomme, impulsive og uovervejede reaktioner, uanset hvilken rækkefølge, faktorerne optræder i. Dette giver rigtig god mening ud fra beskrivelsen om, at selvskadere ofte reagerer på fornemmelser og stemninger og herved et generelt indre ubehag. Mange selvskadende personer med borderline har ubevidste erindring om et tidligere traumatisk tab af tilknytningspersonen, hvorfor de kan reagere med en voldsom aktivering af tilknytningssystemet selv i voksenlivet, hvis de oplever en mindre afvisning (Møhl, 2015). Sher og Stanley (2009) advarer dog mod en simpel årsag-virknings-relation mellem barndomstraumer og selvskade, da der også kan være en genetisk disposition for impulsstyret og aggressiv adfærd, som i samspil med omsorgssvigt kan resultere i selvskadende adfærd. Det ville i forbindelse med perspektivet om alarmberedskab være spændende at undersøge mere omkring personlighed til beskrivelse af, hvorledes typiske træk kan hænge sammen med de i øvrigt dokumenterede faktorer. Hvis perspektivet udbredes til en mere samfundsorienteret problematik, kan det forhøjede alarmberedskab betegnes som en reaktion på den vestlige kulturs individualisering og tilbøjelighed til at dyrke idealer. Dette kan medføre en række negative følelser af utilstrækkelighed, når individet ikke kan opfylde de krav, som samfundet stiller. Der optræder et konstant pres om at realisere sig selv, hvilket er et stort ansvar, der kan medføre stress og give en manglende fornemmelse af kontrol, når tingene ikke lykkes. De negative følelser, herunder selvhad og selvkritik, kan være overvældende for den enkelte og skabe hyperarousal og muligvis en sensitiv amygdala (Møhl, 2015). Det påpeges ligeledes, at relationer til familie, venner og naboer er blevet mere spredte og af kortere varighed, hvilket har givet børn og unge færre fortrolige at tale med og mindre mulighed for at udtrykke deres tanker og følelser. Dette gør dem mere tilbøjelige til at blive ”fyldt op” af overvældende følelser (ibid.). De fleste teorier

resulterer i en overvældelse af negative følelser, som bliver uudholdelige for det enkelte individ. Årsagerne dertil synes at have forskellig baggrund ud fra de forskellige perspektiver, men et øget alarmberedskab giver god mening ud fra en samlet forståelse af mange af de præsenterede teorier.

5.4 Negativ affekt

Selvom der hersker en form for konsensus om, at selvskadende adfærd ofte fungerer som en slags emotionsregulering, er dette svar ifølge Lundh (2016) ikke helt tilfredsstillende. For det første er denne forklaring alt for generel og uspecifik, da den ikke beskriver noget omkring typen af emotioner. Dertil rejser den også spørgsmålet om, hvorfor visse personer vælger at regulere sine følelser gennem selvskade, da der er mange andre både konstruktive og destruktive metoder. Uanset om andre metoder lige så vel kunne være anvendt, tyder de fleste undersøgelser på, at den hyppigste anledning til selvskadende adfærd falder inden for kategorien om emotions- og affektregulering (Lundh, 2016). Lundh påpeger det tvivlsomme i, om mennesker med selvskadende adfærd i virkeligheden er klar over, hvad de tænker og føler i det øjeblik, de skader sig selv. Teorien omkring affektregulering bygger på retrospektive patientberetninger, der muligvis ikke vidner om de egentlige psykologiske processer, der optræder under selvskade. Lundh pointerer, at disse personlige beretninger måske mere handler om menneskers efterkonstruktioner, der stemmer overens med det narrativ, som individet ønsker at fremstille omkring sig selv. Ud fra denne pointe, ville det være mere retvisende at anvende metoder, der i højere grad nærmer sig den egentlige selvskadende handling, og gør det muligt at undersøge de erfaringer, som individet gør sig under de selvskadende scener (ibid.). Da Klonsky formulerede sin affektreguleringsmodel på baggrund af interviews antog han, at det generelt er stærke negative følelser, der fylder hos mennesker med selvskadende adfærd. Selvskade vil så kunne bidrage til en nedregulering af disse, så de bliver mindre stærke og mere positive. De svære følelser kan starte behovet for selvskade og påbegynde en ond cirkel (Klonsky if. Møhl, 2015). Nogle forfattere har opdelt de negative følelser i tre kategorier: 1) vrede mod sig selv og andre, frustration og forbitrelse, 2) en følelse af fremmedhed for sig selv, isolation, ensomhed og tomhed og 3) depression, nedtrykthed og følelsen af at være ulækker og forkert. Det pointeres hertil, at oplevelsen af tab, afvisning eller andre smertefulde følelser ofte aktiverer negative, selvdevaluerende tanker, som eskalerer og forøger den

indre smerte (ibid.). I en undersøgelse af mennesker med selvskadende adfærd fra 2009 rapporterede de gennemsnitligt 5 tanker og 1,6 selvskadende episoder om ugen. Frygt og angst viste her ingen sammenhæng med selvskadende adfærd, ligesom følelser af sorg, ked af det eller værdiløshed. Derimod var følelser af selvhad og selvlede forbundet med øget risiko for selvskade. De vigtigste følelser i forbindelse med selvskade synes således at kunne knyttes til følelser af aggressivitet mod selvet. Studiet undersøgte dog ikke den emotionelle forandring efter den selvskadende handling, hvorfor det er svært at vurdere, hvor vidt selvskaden reelt fungerer som regulering af disse følelser eller følelserne optræder som et resultat af den selvskadende adfærd (Lundh, 2016). Der blev således lavet et lignende studie i 2012, der undersøgte selvskadere emotioner både før og efter en selvskadende handling. Der blev fundet en stigning af negativ affekt før den selvskadende handling og en reduktion efter den selvskadende handling. Dette var baseret på følelser af skyld, skam og vrede mod sig selv og andre. Selvskadende adfærd kan ud fra dette være en måde at udtrykke og regulere aggressive følelser (Lundh, 2016). Hvis affektregulering betragtes som den primære dynamik i selvskadende adfærd, er det vigtigt at forstå, hvorfor netop selvskade optræder som så effektiv en strategi. Det kan skyldes, at selvskadere generelt mangler mere konstruktive evner til at håndtere sine følelser. Gratz og Roemer skelner i denne forbindelse mellem seks betydningsfulde svagheder, her emotionel bevidsthed, manglende emotionel klarhed, problemer med at acceptere sine følelser, problemer med at handle målbevidst, problemer med at kontrollere impulser og manglende adgang til strategier til emotionsregulering (Gratz & Roemer if. ibid.). Lundh pointerer dog, at mange andre strategier ligeledes vil have effekt på disse svagheder, herunder at skrike, få voldsomme følelsesudbrud, slås eller dulme med alkohol eller hash. Det er derved vigtigt at forstå den specielle mekanisme ved selvskade. Invaliderende omgivelser kan muligvis medføre en form for selvinvalidering ved, at individet overtager omgivelsernes invaliderende tilgang, og derved stiller spørgsmål ved og kritiserer sig selv og sine egne følelsesmæssige oplevelser. Dette stemmer overens med pointen om, at mennesker med selvskadende adfærd er mere selvkritiske end raske kontrolpersoner eller kontrolpersoner med anden destruktiv adfærd (Lundh, 2016). Nyere forskning fra 2014 tyder også på, at denne form for selvkritik, selvforagt eller selvhad kan bidrage til at forklare, hvorfor visse personer ikke synes at kunne bremse sig fra at udføre selvskadende adfærd. Allerede i 1980'erne rapporterede forskere, at de fleste med border-

line personlighedsforstyrrelse fornægtede at føle smerte under selvskade. Laboratorieeksperimenter har hertil bekræftet, at mennesker med selvskadende adfærd har tendens til at have en højere smertetærskel og større smertetolerans. Den stærkt selvkritiske indstilling og den mindskede smertefølsomhed kan således forklare, hvorfor mange individer regulerer sine følelser gennem selvskade. Dels gør den reducerede smertefølsomhed, at de ikke har samme barriere eller stopklods mod at skade sig selv som andre mennesker har. Dels gør deres negative selv billede også, at de føler sig fortjent til at blive straffet. Selvskadende adfærd befrier dem således, om end blot for et øjeblik, fra følelser af skyld og selvhad. Oplevelsen af smerte menes herved at være selvbekræftende for individer, der har grundlæggende negative forestillinger om sig selv (ibid.). Forskningslitteraturen påpeger ligeledes selvstraf som en mulig funktion i selvskadende adfærd. Lundh mener dog ikke, at dette kan adskilles fra teorien om affektregulering. Hvis den grundlæggende negative emotion eksempelvis er skyldfølelse, vil selvstraf være en måde at regulere denne følelse, hvorfor funktionen bliver affektregulering. Selvstraf vil således kunne betragtes som en underkategori til affektregulering (ibid.). Samtlige teorier om baggrunden for selvskadende adfærd bygger på den antagelse, at selvskadende adfærd har et vist formål. Lundh påpeger, at selvskadende adfærd i stedet kunne betragtes som en måde at udtrykke følelser uden at tjene et bestemt formål. Selvskadende adfærd kan muligvis ses som et direkte udtryk for selvforagt, selvhad eller andre former for aggressive følelser rettet mod selvet uden nogen form for regulering er indblandet. Begrebet geniscenesættelse er blevet beskrevet i forbindelse med selvskadende adfærd. Det henviser til, at ubundne erindringer om traumatiserende begivenheder vender tilbage i form af fysiske fornemmelser, genoplevelse eller adfærdsmæssige genopførelser af traumet. Selvskade kan hermed forstås som en tilbagevendende traumeefterreaktion, hvor den traumatiserede fastlåses i gentagelse af elementer af det oprindelige traume. Det bygger således på et grundlæggende ønske om læring og heling, hvilket relateres til vanskeligheder med mentalisering, da den traumatiserede har besvær med følelsesmæssigt at relatere sig til traumerne. Geniscenesættelsen bliver et udtryk for, at individet genoplever ikkeintegrerede og uregulerede tanker og følelser i forhold til det oprindelige traume. Det optræder ud fra et behov for at få ro og slippe fri af de intense følelser og tanker forbundet med traumet, dårlige traumevaner og et grundlæggende ønske om et samlet selv og bedre relationer. Funktionen i den selvskadende adfærd kan således være følelsesregulerende, og geniscenesættelsen bliver en dårlig vane, der endnu ikke er blevet erstattet

med bedre måder at relatere sig til følelserne forbundet med traumet (Thimmer & Hagelquist, 2016). Selvskade kan på flere planer betragtes som en symbolsk gråd for personer, der er ude af stand til at græde og på anden vis udtrykke følelser. Personer med begrænset affektreguleringskapacitet kan hurtigt opleve, at følelserne eskalerer og kommer ud af kontrol. Gennem selvskade får følelserne frit løb, men har samtidig et fast fokus og udspilles under en afgrænset og overskuelig tidsperiode. Fokus flyttes fra svære følelser til den selvskadende handling, og selvskadeseancens varighed er lettere at afgrænse end et kraftigt følelsesudbrud, som kan blive uhåndterbart. Selvskadende adfærd kan således forstås som et sikkert fokus for gråden for personer, der er bange for at miste kontrollen på det emotionelle plan. Selvskaden kan beskrives som individets 'sikre havn' jf. Bowlbys teori (Rubæk, 2009; Briere & Gil, 1998; Bowlby, 2001). Dissociering har også relevans i forbindelse med beskrivelsen af negativ affekt, da tilstanden opstår som en direkte konsekvens af overvældende og ukontrollable følelser. Dissociering kan både optræde før og efter selvskade og kan i begge tilfælde betegnes som en mental flugt. Dissociering kan være det forsvar, der gør individet i stand til at udholde voldsomme følelser og stærk smerte uden at gå i opløsning. Krop og psyke adskilles på sin vis, så individet ikke længere mærker noget, men beskytter sig mod intens affekt (Møhl, 2015). Den tætte sammenhæng mellem selvskadende adfærd og dissociation kan således beskrive, hvor intens de negative emotioner kan opleves for det enkelte individ. Selvskadende adfærd er en voldsom og problematisk strategi, men i lyset af de intense emotioner, der beskrives hos mennesker med selvskadende adfærd, giver denne adfærd god mening. De medfølgende skader synes således at have mindre betydning end det pres, som følelserne lægger på den enkelte uanset, hvor de stammer fra.

5.5 Lettelse

Adskillige beretninger har gentagne gange påvist selvskadende adfærd som effektiv i forhold til at reducere spænding og angst samt give en følelse af lettelse og tilfredsstillelse (Brain et al., 1998; Thastum & Khodaie; Briere & Gil). Selve den selvskadende handling bringer en umiddelbar lettelse af den indre spænding og bidrager til oplevelsen af eufori og smertefrihed, blandt andet på baggrund af frigivelsen af endorfiner (Møhl, 2015). Favazza og Conterio fandt i et studie i 1988, at selvskade kan give en hurtig, umiddelbar lettelse fra følelser af depersonalisering, angst, vrede, depression,

hallucinationer, oplevelsen af indre og ydre fejl, fluktuerende tanker og emotioner, kedsomhed, frygt, tomhed, indre smerte, ensomhed, tristhed og manglende stimulering, hvilket også stemmer overens med den nuværende forståelse af selvskadende adfærd (Favazza & Conterio, 1988; Rubæk, 2009). Denne oplevelse beskrives af mange selvskadere som følelsen af at sprænge en ballon, hvilket tydeligt pointerer en forløsning af indre spænding. Umiddelbart efter den selvskadende handling indtræffer lettelse, fordi de overvældende og ukontrollable følelser transformeres til noget mere kontrollerbart. Gennem selvskaden og efterfølgende omsorg bliver de ubærlige følelser mere håndterbare, og for hver gang selvskade anvendes, sker en forstærkning af adfærden på baggrund af den lystbetonede frihed for smerte og ubehag (Møhl, 2015). Selvskadende adfærd virker formentlig affektregulerende både på et psykologisk og biologisk plan, hvor det primære mål er spændingsreduktion. Denne lettelse kan sandsynligvis tjene som en vedligeholdende faktor for den selvskadende adfærd og være primær til udviklingen af en adfærdsmæssig ond cirkel. Individet kan således blive fanget i en psykofysiologisk arousal-relateret selvforstærkende proces, hvor både negative følelser og oplevelsen af lettelse er motiverende faktorer. Denne indre forstærkning kan alene være nok til at bevare selvskade som en behavioristisk respons (Brain et al., 1998; Thastum & Khodaie, 2016; Møhl, 2015). Den spændingsreducerende effekt synes at være forbundet med den synlige strøm af blod, der forlader kroppen, og den effekt er mulig at dokumentere selv på et biologisk plan (Rubæk, 2009). Ud fra psykoanalytisk tænkning antages det, at selvskaden og blodet forbundet hermed har en kompensatorisk symbolværdi for den alexithyme, selvskadende person. Ud over at fungere som validering af den indre tilstand, kan selvskade også substituere for den symbolske funktion, som sproget normalt ville udfylde. Selvskade forstås derved som en primitiv symbolsk kommunikation, hvor blodet får en symbolsk værdi for en række negative følelser og selvattribuotioner. Gennem blodsudgydelsen gives følelsesmæssigt afløb og sanseoplevelsen integreres. Som Lotte Rubæk udtrykker det, bliver den blødende krop et symbol på det blødende sind. Denne proces forventes at lette affektpresset til en vis grad, idet selvskaden bliver udtryk for en indre tilstand, der finder symbolsk afløb (Rubæk, 2009, p. 94f). Det beskrives, at selvskade kan fungere som aktivering af blodet som et overgangsobjekt, der fungerer som en sikkerhed, et *potential security blanket*, der kan give varme og trøst. Selvskaden og blodet kan således genskabe den tabte tryghedsfølelse (Møhl, 2015).

5.6 Kontrol

Oplevelsen af kontrol optræder i rigtig mange studier som en af de primære effekter, som individet søger ved selvskadende adfærd. Suyemoto (1998) påpeger blandt andre, at mennesker, der skader sig selv, forsøger at vende passivitet til aktivitet. Det kan være en måde at opnå kontrol over kroppens grænser, seksuelle impulser, følelsesmæssigt input eller hyperarousal (Rubæk, 2009; Suyemoto, 1998). Selvskade skaber en fysisk smerte, der mentalt "overtager pladsen" og kommer til at fylde for individet, hvilket kan give en oplevelse af kontrol over de følelser, der virker for overvældende (Møhl, 2015; Briere & Gil, 1998). Mange studier dokumenterer, at selvskadende adfærd har en tydelig tendens til at starte i den tidlige ungdom, som er en sårbar og kritisk periode, når den kropslige forandring pludselig sætter ind. Selvskade med debut i denne periode kan forstås som en modreaktion eller et udtryk for desperation over de kropslige forandringer og den spirende seksualitet, som overmander det unge individ. Selvskade bringer hermed stabilitet og kontinuitet ind i selvoplevelsen med de sår og ar, den medfører. Der sættes gang i en fysisk helingsproces, som individet selv kan kontrollere start- og sluttidspunktet for, hvorfor det også giver mening, at mange vedligeholder sine sår på forskellige måder (Rubæk, 2009). På den måde kan selvskade grundlæggende fungere som en form for selvmedicinering eller selvbehandling i og med, at den kan hjælpe personen til at genvinde følelsen af kontrol og overblik ved at reducere den indre spændingstilstand (Møhl *if. ibid.*). Selvskadende adfærd kan fungere som en hjælpsom strategi til at opnå en følelse af kontrol i en ukontrollerbar verden, men selvskadende adfærd kan tage sit eget forløb og i stedet overtage kontrollen over patientens liv og øge risikoen for udvikling af psykisk sygdom (Møhl, 2015).

5.7 Afhængighed

Der hersker en del diskussion omkring forståelsen af selvskadende adfærd som en mulig afhængighedstilstand. Auto-addiction af endogene opioider kan opfylde alle klassiske kriterier for afhængighed, herunder craving, kontroltab, abstinenssymptomer, toleransudvikling, dominerende rolle med hensyn til prioritering og tidsforbrug samt vedblivende brug på trods af erkendte skadevirkninger (Møhl, 2015; Thastum & Khodaie, 2016; Nixon, Cloutier & Aggerwal, 2002). Der er dog diskussion om, hvorvidt selvskade resulterer i en regulær form for fysiologisk afhængighed, hvor Favazza

og Conterio (1989) betegner cutting som en afhængighedslignende tilstand eller en vane. Der er efter deres opfattelse i højere grad tale om en impulskontrollforstyrrelse, hvor lettelsen ved at skære sig og dermed slippe for negative følelser kan skabe et regelmæssigt behov for selvskade, som kan ligne afhængighed, men ikke er det (Møhl, 2015; Favazza & Conterio, 1989). Nock og Prinstein har formuleret *Fire-Faktor-Modellen* til beskrivelse af, hvad den enkelte får ud af at skade sig selv, og hvad der vedligeholder adfærden. Selvskadende adfærd kan herigennem forklares ud fra de to dimensioner, enten hvorvidt selvskade efterfølges af automatiske konsekvenser som følge af psykologiske eller fysiologiske processer hos den enkelte, eller om den udløses socialt i samspil med andre mennesker. Desuden opererer modellen med, at der kan ske en positiv eller negativ forstærkning af adfærden. I forhold til den første dimension henviser automatisk negativ forstærkning til oplevelsen af, at den ubehagelige følelse forsvinder eller nedreguleres. Den indre smerte reduceres uanset om den består af stress, vrede, angst, en diffus spænding eller af traumerelaterede flashbacks, hvilket bekræfter teorien om affektregulering. Automatisk positiv forstærkning henviser til oplevelsen af en positiv indre følelse i form af at mærke et kick, føle sig let eller føle en bedre kontakt med sin egen krop. Ofte begynder selvskadende adfærd med automatisk negativ forstærkning, men fortsætter med automatisk positiv forstærkning, hvor den selvskadende adfærd skaber en form for indre lyst. I forhold til den anden dimension kan selvskadende adfærd fungere socialt, hvor individet påvirker omgivelserne i forsøget på at opnå en positiv reaktion. Ved social positiv forstærkning får individet opmærksomhed eller omsorg fra omgivelserne eller opnår at straffe andre. Social positiv forstærkning kan dog være en slidsom funktion for omgivelserne, hvorfor det på sigt ofte får relationelle omkostninger for selvskaderen. Ved social negativ forstærkning, bruges selvskade til at undgå eller flygte fra sociale krav eller forpligtelser, hvorved gevinsten stadig er i fokus, men bygger på at undgå frem for at opnå noget (Nock & Prinstein if. Møhl, 2015). Modellen illustrerer således, hvordan automatisk forstærkning kan vedligeholde selvskadende adfærd, og hvordan selvskade hurtigt kan udvikle sig til en selvforstærkende proces med både psykologisk og fysiologisk afhængighed. Den psykologiske afhængighed baseres på, at selvskade bliver den dominerende mestringsstrategi, hvor individet således bliver dårligere til mere konstruktivt at løse sine problemer. Den fysiologiske afhængighed baseres på, at de frigivne endorfiner giver en behagelig følelse af lettelse, som svarer til ethvert andet afhængighedsyndrom (ibid.; Thastum & Khodaie, 2016). Brain, Haines og Williams lavede i 1998

et studie af individer med og uden selvskadende adfærd samt individer med tidligere selvskadende adfærd, hvor de skulle forstille sig en selvskadeseance. De fandt, at personer med tidligere selvskadende adfærd i modsætning til de andre grupper vurderede en selvskadeseance som stressfuld og angstprovokerende på trods af, at den psykofysiologiske arousal blev signifikant reduceret. Dette tyder på, at selvskade genfortolkes kognitivt, når adfærden ikke længere er en naturlig del af individets adfærds-repertoire, forstået således, at afhængigheden er blevet brudt. Der optræder altså en målbar forskel på individers subjektive oplevelse af selvskade, når de er en del af 'den onde cirkel', og når de ikke længere oplever craving og dertilhørende tilfredsstillelse. Den selvskadende seance kan være så selvforstærkende, at det kan være svært at modstå impulsen til igen at selvskade, når den negative emotionelle tilstand igen optræder efter den selvskadende handling. Dette synes sammenligneligt med andre afhængighedstilstande, hvor de kognitive og rationelle tankemønstre påvirkes af abstinenssymptomerne og kan genvindes, når den fysiske og psykologiske afhængighed brydes (Brain et al., 1998). Victor, Glenn og Klonsky har dog undersøgt craving i forhold til selvskadende adfærd og fandt, at craving generelt er lavere ved selvskadende adfærd end ved alkohol- og stofmisbrug. Derudover opstår craving hos selvskadende patienter primært, når de er påvirket af negative følelser i modsætning til stofmisbrug, der optræder i forskellige kontekster. Stofmisbrug vedligeholdes både af positive og negative forstærkere, mens selvskadende adfærd primært bygger på negativ forstærkning. De pointerer hertil, at selvskade ikke er positivt forstærkende, hvorfor der ikke vil opstå en egentlig craving uden tilstedeværelsen af negativ affekt. Hvis en adfærd ikke er fornøjelig men blot har til formål at reducere negative fornemmelser, udføres den kun i begrænsede kontekster, hvorfor den ikke kan betragtes som en afhængighedstilstand. Stofmisbrug er til sammenligning givende i sig selv og optræder både i forbindelse med positiv og negativ affekt. Der er således ikke tale om, at selvskade aktiverer endorfiner men i højere grad skaber en positiv effekt ved at reducere negative følelser og skabe lettelse hos individet (Victor, Glenn & Klonsky, 2012). Selvskade kan ud fra dette perspektiv forstås som en flugt-reaktion, et forsøg på at nedregulere et forhøjet alarmberedskab. Det er her interessant at se på selvskadens effekt på de endogene opioider, der automatisk udløses, når kroppen udsættes for smertefuld stimulering. Opioiderne virker smertedæmpende og ligefrem lystfremmende, og de kan muligvis forklare, hvorfor der opleves en form for afhængighed af selvskaden. De endogene opioider har en nedregulerende virkning på adrenalinniveaue, og kan derfor bidrage

til øjeblikkelig ro og afspænding. Opioiderne kan også bidrage til forklaringen på den intense lyst og nydelse, som mange selvskadende personer beretter om. Man kan med al sandsynlighed tale om, at selvskade udløser en endogent fremkaldt rusoplevelse, som kan sidestilles med oplevelsen af en heroinrus (Rubæk, 2009). Møhl (2015) beskriver, at de negative følelser kan gå i selvsving og blive overvældende, hvorfor individet kan begynde at overveje at skade sig selv. Uanset hvilken følelse der dominerer, vil individet opleve en stigende indre spænding, som truer med at tage magten. Individet kan enten reagere impulsivt og påbegynde selvskade med det samme eller kan vælge at bruge tid på forberedelse med plaster, desinficerende væsker og forbinding, mens spændingen opbygges. Det sidste optræder hyppigst, når der er udviklet en egentlig fysiologisk afhængighed, hvor endorfinsuset bliver afgørende (Møhl, 2015). Det er svært at vurdere, hvor vidt der er tale om en egentlig afhængighedstilstand, men det er bemærkelsesværdigt, at mange beretninger giver indtrykket af, at det selvskadende individ føler en så stærk trang til at selvskade, at den næsten ikke kan undertrykkes. Hvis fokus flyttes til andre mulige forklaringer, kunne denne trang, eller manglende kontrol om man vil, knyttes til teorierne omkring manglende evne til affektregulering, der således kan være så dårlig, at den emotionelle stimuli er uudholdelig. Måske handler det ikke om en egentlig craving, forstået som et ønske om at opnå tilfredsstillelse, men i højere grad et så kraftigt ubehag, at det omgående må fjernes. Den manglende evne til at modstå selvskaden kan også forstås som et resultat af en impulskontrollforstyrrelse, hvor blot en let trang bliver umulig at modstå. Hvis fokus vendes mod traumemodellen, kan den eventuelle afhængighed betragtes som den eneste vej ud af de traumatiske erindringer, foruden dissociation. Det kan antages, at visse individer er så traumatiseret, at de bærer på så stort et indre ubehag, selvhad og emotionel spænding, at selvskaden er eneste mulighed for pause fra denne tilstand. Pausen kan muligvis være individets eneste mentalt udholdelige tidspunkt, hvorfor det kan blive en form for afhængighed at selvskade og flygte til denne tilstand. Følelsen af lettelse og frihed efter selvskade kan synes så behagelig, at trangen til at skade sig selv bliver umulig at modstå. Funktionen i den selvskadende adfærd bliver herved den samme som i den dissociative tilstand (Rubæk, 2009). Det kunne således være spændende yderligere at undersøge denne sammenhæng omkring graden af traumatisering og graden af oplevet afhængighed. Brain et al. (1998) konkluderede i deres studie, at selvskadende adfærd er så selvforstærkende, at der er meget lav sandsynlighed for, at

ophør med selvskadende adfærd skyldes, at det pludselig ikke giver den ønskede lettelse fra psykofysiologisk og emotionel spænding. Et eventuelt ophør vil med meget større sandsynlighed skyldes ændringer i individets psykopatologi eller oplevet symptomatologi, som medfører et mindre behov for at 'lette trykket' og dermed at selvskadende (Brain et al., 1998). Med denne pointe giver det god mening, at selvskadende adfærd rent faktisk fungerer for individet og kan være vanedannende eller afhængighedsskabende, men det er således stadig vigtigt at fokusere på den underliggende dynamik, der fra begyndelsen må antages at være årsagen til udvikling af den selvskadende adfærd.

5.8 Ungdomslivet

De forskellige teorier om selvskadende adfærd kan i de fleste tilfælde associeres med opgaven omkring at blive voksen, hvorfor det muligvis kan betragtes som en måde at håndtere denne svære periode. Selvom research overordnet set har modbevist, at det at blive voksen på almindelig vis indebærer voldsom stress, pointeredes det i en undersøgelse fra 1989, at 10 – 20 % af unge voksne udviste svære emotionelle forstyrrelser (Møhl, 2015). Flere af modellerne i dette projekt kan relateres til denne udvikling, herunder separations-og individuationsprocessen, modulering af emotioner, håndtering af seksualitet og behovet for kontrol både over sin krop og sit miljø, da det relateres direkte til opgaven om at udvikle autonomi, uafhængighed samt at håndtere og udvikle egoet og skabe en stabil identitet. Mennesker med selvskadende adfærd har sandsynligvis færre ressourcer, der gør dem i stand til at møde disse opgaver på en produktiv måde. Selvom de fleste selvskadere sandsynligvis har dysfunktionelle familiebaggrunde og større psykologiske problemer, er det ikke nødvendigvis rigtigt, at de fleste lider af kroniske psykologiske forstyrrelser som borderline. En forklaring på denne opfattelse kan være, at de mindre forstyrrede individer vil være mindre tilbøjelige til at søge hjælp men også have en anderledes dynamik, der i højere grad omhandler problemer med udviklingen fra ung til voksen (Suyemoto, 1998). Det pointeres i en artikel af Vestergaard og Jørgensen, at ungdommens kompleksitet må ses som en del af baggrunden for, at mange udvikler selvskadende adfærd. Der synes at være elementer ved ungdomsperioden, der er centrale at medtænke, herunder udfordringer, der knyttes til den unges identitetsarbejde (Vestergaard & Jørgensen, 2016). Det fremgår ligeledes, at de sociale medier har stor indvirkning på udviklingen af selvskadende

adfærd og også vedligeholdelsen, da der kan opnås et fællesskab med en stadig bevaret anonymitet. Mange, hvis ikke alle, unge antages at være på de sociale medier, hvorfor det må medregnes en reel smitterisiko i denne aldersgruppe. Det kan således være svært at vurdere, hvilken alder der primært gebærder sig på internettet og hvilken aldersgruppe der synes mest sårbar over for smittefare. Dette må ligeledes skyldes mange individuelle faktorer, der ikke umiddelbart kan redegøres for. Det er dog en anderledes måde at opnå socialt samvær på end for tredive år siden, hvor fænomenet begyndte at tage fart. Det må således være med i overvejelserne, hvor vidt den nymoderne måde at opfylde sociale behov på, kan have en sammenhæng med den formodede stigning i forekomsten af selvskadende adfærd. Hvis man dykker ned i Goffmans teori om social interaktion, beskriver han region behaviour. Han henviser til front region og back region, hvor en region betegner et afgrænset sted hvad enten det baseres på tid, hørelse eller fysisk rum. Front region henviser til omgivelser, hvori man skal udføre en performance, hvor man skal være på og forsøge at opretholde en vis standard for sin opførsel. Back region henviser til omgivelser, hvori man kan trække sig tilbage og lægge fronterne ned, altså en mere afslappet atmosfære, hvor man kan være sig selv (Goffman, 1959). Det at befinde sig på sociale medier kan således skabe forvirring omkring og opløsning af grænserne mellem disse to regions. Kommunikation over sociale medier indeholder både en back stage atmosfære, men tager alligevel form af en front stage, hvor man skal præsentere sig selv og fremstå på bedste vis. Almindelig social adfærd aflæses ikke på samme vis, hvortil man ikke kan kontrollere, hvilke svar man får fra andre. På samme måde flyttes grænserne for høflig opførsel, som karakteriseres ved en front region, da man ikke befinder i samme rum som de mennesker, der kommunikerer med. Dette kan give misforståelser og give følelser af devaluering, hvilke også kan være startskuddet til overvældelsen af negative følelser. Man er på samme måde selv beskyttet af en form for anonymitet, hvor man kan vise sig frem uden opleve samme form for skam, som man ellers ville ansigt til ansigt (Vestergaard & Jørgensen, 2016). Denne udvikling har både positive og negative effekter, men muligheden for sammenhængen med selvskadende adfærd må medregnes. Pointen er således, at social interaktion har forandret sig, hvilket kan have betydning for individets oplevelse af selv og oplevelsen af interpersonelle relationer. Der kan således være en sammenhæng mellem brugen af sociale medier og selvskadende adfærd, idet negative affekter som ensomhed og depressive symptomer samt og begrænsede evner til at håndtere sådanne emotionelle oplevelser i sig selv kan føre til selvskadende adfærd.

5.9 Opsamling på det nuancerede perspektiv

Teoretisering omkring selvskadende adfærd bærer en smule præg af en kamp mellem normalitet og sygdom, hvor selvskade kommer til at repræsentere patologiske træk. Det kan dertil være en mulighed at betragte selvskade som en normal, omend problematisk reaktion på stressfulde oplevelser. Det synes i hvert fald vigtigt at betragte de forskellige modeller ud fra et nuanceret perspektiv for at holde fokus på mennesket bag symptomerne. Det kan være svært at forstå betydningen af de biologiske modeller, som enten kan pointere en biologisk defekt eller være et resultat af individets opvækst, herunder samspillet mellem mor og barn. Det kan dog overvejes, om smerte kan have en endnu ukendt betydning for menneskers personlige udvikling og sundhed. Det fremgår af mange teorier inden for forskellige forståelser, at mennesker med selvskadende adfærd ofte befinder sig i en tilstand af hyperarousal. Denne tilstand kan forstås ud fra øgede niveauer af adrenalin og noradrenalin, et nedsat niveau af serotonin, manglende niveau af endogene opioider eller en dobbelt forstyrrelse i hjernen. Det påviste alarmberedskab kan ud fra andre perspektiver forklares ved en utryk tilknytning, en dårlig evne til mentalisering og affektregulering, overvældelse af livs-, døds- eller seksualdrifter, som en frygt for selvtab og opløsning eller som en reaktion på den vestlige kulturs individualisering og tilbøjelighed til at dyrke idealer. De fleste teorier uanset oprindelse peger dog på en typisk overvældelse af negative følelser, som bliver uudholdelige for det enkelte individ. Der er således en form for konsensus om, at dynamikken i selvskadende adfærd omhandler problemer med emotionsregulering, men der er ikke enighed og på samme måde fokus på typen af emotioner. Der synes generelt at være en forståelse af, at stærke negative følelser fylder mest hos mennesker med selvskadende adfærd, herunder selvkritiske og -devaluerende tanker, som eskalerer og forøger den indre smerte. Adskillige beretninger har gentagne gange påvist selvskadende adfærd som effektiv i forhold til at reducere spænding give en følelse af lettelse og tilfredsstillelse. Gennem selvskade og efterfølgende omsorg bliver de ubærlige følelser mere håndterbare, og selvskaden kan have en kompensatorisk symbolværdi for den alexithyme, selvskadende person. Det fremgår ligeledes, at selvskadende adfærd kan være en måde at opnå kontrol over kroppens grænser, seksuelle impulser, følelsesmæssigt input eller hyperarousal. Selvskade med debut i ungdommen kan forstås som en modreaktion eller et udtryk for desperation over de kropslige forandringer og

den spirende seksualitet, som overmander det unge individ. Der hersker en del diskussion omkring forståelsen af selvskadende adfærd som en mulig afhængighedstilstand. I forhold til niveauet af endogene opioider synes selvskadende adfærd at kunne opfylde alle klassiske kriterier for afhængighed, men nogle teoretikere betegner det i højere grad som en afhængighedslignende tilstand eller en vane. Selvskade kan være så selvforstærkende, at det kan være svært at modstå impulsen til igen at selvskade, når den negative emotionelle tilstand vender tilbage efter den selvskadende handling. Det er svært at vurdere, hvor vidt der er tale om en egentlig afhængighedstilstand, og individets trang til at skade sig selv kan muligvis knyttes til teorierne omkring affektregulering, impuls kontrol eller traumatiske erindringer. De forskellige teorier om selvskadende adfærd kan i de fleste tilfælde associeres med opgaven omkring at blive voksen, hvorfor det muligvis kan betragtes som en måde at håndtere denne svære periode.

6. Konklusion

Selvskadende adfærd er tydeligvis et komplekst fænomen, der kan beskrives af adskillige teorier inden for den biopsykosociale model. Pga. manglende konsensus om definition og klassificering kan det være svært at konkludere tydelige sammenhænge mellem selvskade og specifikke faktorer. På tværs af de forskellige forståelser optræder dog en dominerende dynamik, som synes at have særlig betydning. Det fremgår, at mennesker med selvskadende adfærd befinder sig i en tilstand af hyperarousal, der beskrives på baggrund af forskellige mekanismer. Dynamikken i denne tilstand kan forstås ud fra en reaktion på biologiske ændrede niveauer af visse transmitterstoffer. Det kan også forstås ud fra en eventuel utryk tilknytning, dårlig evne til mentalisering og affektregulering, overvældelse af livs-, døds- eller seksualdrifter, frygt for selvtab og opløsning eller som en reaktion på den vestlige kulturs individualisering og tilbøjelighed til at dyrke idealer. Der er således mange relevante teorier, der giver mening for udviklingen af selvskadende adfærd. Det forhøjede alarmberedskab knyttes dog især til følelsesmæssig overvældelse, som bliver uudholdeligt for det enkelte individ og skaber indre spænding. Årsagen til disse følelser forklares forskelligt, men der er en form for konsensus om, at dynamikken i selvskadende adfærd omhandler problemer med emotionsregulering. Det er hertil sværere at definere de primære følelser, da der er forskel på mekanismen i affektreguleringen hos forskellige individer. Der er dog generelt et indtryk af, at stærke negative følelser fylder mest hos mennesker med selvskadende adfærd, herunder selvkritiske tanker, som eskalerer og forøger den indre smerte. Samtlige teorier påpeger, at selvskadende adfærd er yderst effektiv i forhold til at reducere spænding og give en følelse af lettelse og kontrol. Herigennem bliver den intense tilstand mere håndterbar, da den overflyttes til noget fysisk. Selvskadende adfærd kan ved hjælp af både indre og ydre forstærkning tage form af en afhængighedstilstand, hvor det kan være svært for individet at bryde den onde cirkel. Selvskade med debut i ungdommen kan forstås som et udtryk for desperation over kropslige forandringer, den spirende seksualitet og kravene om identitetsudvikling i det moderne samfund. De forskellige teorier pointerer i hvert fald en dynamik, der ofte knytter sig til opgaven om at blive voksen. På baggrund af de præsenterede teorier er det forståeligt, at nogle personer vælger at skade sig selv, men på længere sigt kan det true den enkeltes oplevelse af kontrol og skabe yderligere negativ affekt.

7. Referenceliste

- Angelotta, C. (2015). *Defining and refining self-harm. A historical perspective on nonsuicidal self-injury*. The Journal of Nervous and Mental Disease. Vol. 203. No. 2. (pp. 75-80) [6 pages]
- APA, American Psychological Association, DSM-5. (2013). *Diagnostic and statistical Manual of mental disorders*. American Psychiatric Publishing.
- Bertelsen, P. (2003). *Antropologisk Psykologi: En almenpsykologisk opfattelse af den frie vilje, bevidsthed og selvet*. (2. ed.). Frydenlund Grafisk (Ch. 1, pp. 4-48) [45 pages]
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L. & Epstein, R. M. (2004). *The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice and scientific inquiry*. Annals of Family Medicine. Vol 2. No. 6 (pp. 576-582) [7 pages]
- Bowlby, J. (2001). *En sikker base - tilknytningsteoriens kliniske anvendelser*. DET lille FORLAG. (pp. 7-200) [194 pages]
- Brain, K. L., Haines, J. & Williams, C. L. (1998). *The psychophysiology of self-mutilation: evidence of tension reduction*. Archives of suicide research. Vol 4. No. 3 (pp. 227-242) [16 pages]
- Briere, J. & Gil, E. (1998). *Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates and functions*. American Journal of Orthopsychiatry. Vol. 68. No. 4. (pp. 609-620) [12 pages]
- Caldji, C. B., Tannenbaum, S., Sherma, D., Francis, D., Plotsky, P. M., & Meaney, M. (1998). *Maternal care during infancy regulates the development of neural systems mediating the expression of fearfulness in the rat*. Proceedings of the national academy of science of the United States of America, vol. 95. No. 9. (pp. 5335-5340) [6 pages]
- Due P, Diderichsen F, Meilstrup C, Nordentoft M, Obel C, Sandbæk A. (2014). *Børn og unges mentale helbred. Forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser*. Vidensråd for Forebyggelse. (pp. 1-184) [184 pages]
- Engel, G. L. (1977). *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. Science. New Series. Vol. 196. No. 4286 (pp. 129-136) [8 pages].
- Favazza, A. R. & Conterio, K. (1988). *The plight of chronic self-mutilators*.

- Community Mental Health Journal. Vol 24. No. 1. (pp. 22-30) [9 pages]
- Favazza, A. R. & Conterio, K. (1989). *Female habitual self-mutilators*. Acta Psychiatrica Scandinavica. Vol. 79. No. 3. (pp. 283-289) [7 pages]
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2004). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Karnac. (pp.23-96) [74 pages]
- Fonagy, P., Schore, A. N. & Stern, D. N, Ed. by Sørensen, J. H. (2006). *Affektregulering i udvikling og psykoterapi*. Hans Reitzels Forlag. (pp. 9-130). [122 pages]
- Gilman S. L. (2013). *From psychiatric symptom to diagnostic category: Self-harm from the Victorians to DSM-5*. Hist Psychiatry. Vol. 24 (pp. 148–165) [18 pages]
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. Penguin Books. [256 pages]
- Hadjistavropoulos, H. D. & Craig, K. D. (2004). *An introduction to pain: Psychological perspectives*. In: Hadjistavropoulos, H. D. & Craig, K. D. (Eds.). Pain, psychological perspectives. Lawrence Erlbaum Associates. (pp. 1-12) [12 pages]
- Horwitz, A. V. (2002). *Creating mental illness*. The University of Chicago Press (pp. 1-230) [230 pages]
- Jacobsen, B., Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2015). *Fænomenologi*. In: Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (Eds.). Kvalitative metoder. Hans Reitzels Forlag (pp. 217-239) [23 pages]
- Jensen, T. S., Dahl, J. B., Arendt-Nielsen, L. & Bach, F. W. (2003) *Smertefysiologi*. In: Jensen, T. S. Dahl, J. B., Arendt-Nielsen, L. & Bach, F. W. Smerter – en lærebog. FADLs Forlag (Ch. 2. pp. 23-36) [13 pages]
- Jones, A. & Zachariae, B. (2003). *Psykologiske processers betydning for smerteoplevelsen*. In: Jensen, T. S. Dahl, J. B., Arendt-Nielsen, L. & Bach, F. W. Smerter – en lærebog. FADLs Forlag. (Ch. 10. pp. 129-140) [12 pages]
- Lindekilde, N. & Lasgaard, M. (2016). *Fra selvskaide til selvmord*. In: Psyke og Logos. Videnskabeligt tidsskrift for psykologi. Årgang 37. No. 2. Dansk Psykologisk Forlag. (pp. 47-59) [13 pages]
- Lundh, L. G. (2016). *Nya perspektiv på självskaidebeteende*. In: Psyke og Logos.

- Videnskabeligt tidsskrift for psykologi. Årgang 37. No. 2. Dansk Psykologisk Forlag. (pp. 15-30) [16 pages]
- Lundh, L.-G., Bjärehed, J. & Wångby-Lundh, M. (2012). *Poor sleep as a risk factor for nonsuicidal self-injury in adolescent girls*. Journal of psychopathology and behavioral assessment. Vol 35. No. 1. (pp. 85-92) [8 pages]
- Møhl, B. (2015). *Selvskade*. Hans Reitzels Forlag (pp. 11-338) [328 pages]
- Møhl, B. & Rubæk, L. (2016a). *Forord*. In: Psyke og Logos. Videnskabeligt tidsskrift for psykologi. Årgang 37. No. 2. Dansk Psykologisk Forlag. (pp. 5-14) [10 pages]
- Møhl, B. & Rubæk, L. (2016b). *Selvskade hos psykiatriske patienter*. In: Psyke og Logos. Videnskabeligt tidsskrift for psykologi. Årgang 37. No. 2. Dansk Psykologisk Forlag. (pp. 137-158) [22 pages]
- Møhl, B., Vammen, K. S. & Christoffersen, M. N. (2016). *Udgør social støtte en forskel for risiko for at udvikle ikke-suicidal selvskade? En epidemiologisk undersøgelse af et repræsentativt udsnit af danskere født i 1984*. In: Psyke og Logos. Videnskabeligt tidsskrift for psykologi. Årgang 37. No. 2. Dansk Psykologisk Forlag. (pp. 114-125) [12 pages]
- Nice Guidelines. (2013). *Self-harm*. National Institute for Health and Care Excellence. Nedtaget d. 22.05.17 fra <https://www.nice.org.uk/guidance/qs34>
- Nixon, M. K., Cloutier, P. F. & Aggarwal, S. (2002). *Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents*. Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry. Vol 41. No. 11 (pp. 1333-1341) [9 pages]
- Nock, M. K. & Mendes, W. B. (2008). *Psychological arousal, distress tolerance and social problemsolving deficits among adolescent self-injurers*. Journal of consulting and clinical psychology. Vol 76. No 1. (pp. 28-38) [11 pages]
- Ogden, J. (2007). *Pain*. In: Health Psychology. A textbook. (4. Ed.) (pp. 271-291) [20 pages]
- Pro.medicin. (2017). *SSRI*. Dansk Lægemiddel Information. Nedtaget d. 28.05.17 fra <https://pro.medicin.dk/Laegemiddelgrupper/Grupper/243058>
- Rubæk, L. (2009). *Selvskadens Psykologi*. Dansk Psykologisk Forlag (pp. 9-163) [155 pages]

- Rønn, C. (2006). *Almen videnskabsteori for professionsuddannelserne*. Akademisk Forlag (pp. 9-12, 177-206) [34 pages]
- Sher, L. & Stanley, B. (2009). Biological models of non-suicidal self-injury. In Nock, M. K. (ed.). *Understanding nonsuicidal self-injury: origins, assessment, and treatment*. American Psychological Association
- Simonsen, E. & Møhl, B. (2010). *Grundbog i psykiatri*. Ch. 24. (pp. 439-457) [19 pages]
- Suyemoto, K. L. (1998). *The function of self-mutilation*. *Clinical Psychology Review*. Vol. 18. No. 5. (pp. 531-554) [24 pages]
- Thastum, R. & Khodaie, S. (2016). *Vejen ind og ud af selvskade*. In: Psyke og Logos. Videnskabeligt tidsskrift for psykologi. Årgang 37. No. 2. Dansk Psykologisk Forlag. (pp. 240-264) [25 pages]
- Timmer, L. S. & Hagelquist, J. Ø. (2016). *Geniscenesættelse – en selvskadende traumeefterreaktion*. In: Psyke og Logos. Videnskabeligt tidsskrift for psykologi. Årgang 37. No. 2. Dansk Psykologisk Forlag. (pp. 159-182) [24 pages]
- Vestergaard, C. B. & Jørgensen, C. R. (2016). *Selvskadende adfærd på sociale medier – en analyse af instagram-profiler med selvskadende adfærd som omdrejningspunkt*. In: Psyke og Logos. Videnskabeligt tidsskrift for psykologi. Årgang 37. No. 2. Dansk Psykologisk Forlag. (pp. 60-77) [18 pages]
- Victor, S. E., Glenn, C. R. & Klonsky, E. D. (2012). *Is non-suicidal self-injury an “addiction”?* *A comparison of craving in substance use and non-suicidal self-injury*. *Psychiatry Research*. Vol. 197. No. 1-2. (pp. 73-77) [5 pages]
- Walsh, B. W. (2008). *Treating self-Injury – A Practical Guide*. The Guilford Press. (pp. 3-274) [272 pages]
- WHO, World Health Organisation, ICD-10. (2015). *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier*. Ch. F60-F69. Munksgaard (pp. 135-151) [17 pages]
- Yates, T. M. (2004). *The developmental psychopathology of self-injurious behavior: compensatory regulation in posttraumatic adaptation*. *Clinical Psychological Review*. Vol. 24. No. 1. (pp. 35-74) [40 pages]
- Zøllner, L. (2016). Unges selvskadende adfærd 2000-2015 og muligheder for

forebyggelse. In: Psyke og Logos. Videnskabeligt tidsskrift for
psykologi. Årgang 37. No. 2. Dansk Psykologisk Forlag. (pp. 31-46)
[16 pages]