

TITELBLAD

Selvskadende adfærd *- forståelse og forandring*

Dette speciale i psykologi er udarbejdet af:

Karen Boelt Jensen

Studienummer: 20052755

Specialevejleder: Anne Birgitte Døssing

Afleveringsdato: den 2. august 2010

Studieretning og semester: Psykologi KA, 10. Semester

Specialets omfang er 191.700 tegn svarende til: 79,88 normalsider

Aalborg Universitet
Institut for Kommunikation
Psykologi
Kroghstræde 3
9220 Aalborg Øst

ABSTRACT

Deliberate self-harm has existed across time and cultures. However, the numbers of self-injurers within treatment facilities and in therapy have increased. Self-injurers have been characterized as treatment resistant. This however, often reflects the lack of knowledge. The purpose of this thesis is on broadening the understanding of self-harm and how change can be facilitated. This is primarily addressed from a theoretical perspective. Appropriate case material will furthermore be included as a way to illustrate and analyze.

The thesis is divided into five chapters. In the first chapter, the introduction, the thesis and the problem area are introduced along with the structure of the dissertation. In chapter two the self-harming behavior's relation to history and culture, classification systems, suicide, and other disorders in particular borderline personality disorder and eating disorders, are elucidated. Thereby the delimitation of self-harming behavior is defined.

In order to get a thorough understanding of self-harm it is important both to understand the functions of self-harm as well as the causes behind the development of this disorder. This is the focus of chapter three. It is clarified that self-harm is a coping mechanism and that it serves multiple functions, among others: emotion regulation, self-punishment, control and establishing boundaries. In addition self-harm can serve as a kind of communication to the surroundings, this however, is rarely the primary purpose. The development of self-harm is associated with various elements and an all-inclusive model is still to be developed. This thesis has three psychological models as the point of reference these are: the emotion regulation model, the boundaries model and the trauma model. Furthermore a few biological models are shortly presented. These models explain different parts of the development of self-harm, and are all important in understanding the individual since self-harmers represent a very heterogeneous group.

Chapter four focus on how change is brought about. In order to achieve change it seems important to discuss which elements are inhibiting and facilitating the process of change. In the first part of the chapter the clients' lack of motivation, resistance against change, dependence on the behavior, and the therapist's overwhelming emotions are discussed as elements that can prevent change. The second part focuses on Dialectical Behavioral Therapy and Mentalization Based Therapy as possible methods to obtain change. As a way of rounding up it is discussed how change can be achieved and a metaperspective is introduced.

In chapter five, as a natural finish, this paper concludes on the accumulated insights and theses presented throughout the project.

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. INDLEDNING	1
1.1 PROBLEMFORMULERING	2
1.2 AFGRÆNSNING	2
1.3 BEGREBSAFKLARING	3
1.3.1 Selvskade	3
1.3.2 Cutting	4
1.3.3 Epidemiologi	5
1.4 METODE	7
1.4.1 Inddragelse af casemateriale	9
2. FÆNOMENBESKRIVELSE	10
2.1 SELVSKADE I ET HISTORISK PERSPEKTIV	10
2.2 KLASSIFIKATION AF SELVSKADE	12
2.3 SELVSKADE OG SELVMORD	15
2.4 KOMORBIDITET	17
2.5 AFRUNDENDE DISKUSSION	19
3. FORSTÅELSE	20
3.1 FUNKTIONER	20
3.1.1 Affektregulering	21
3.1.2 Selvstraf	23
3.1.3 Kontrol og dissociering	24
3.1.4 Grænseskabning	25
3.1.5 Kommunikation	26
3.1.6 Afrundende diskussion	27
3.2 FORKLARINGER	28
3.2.1 Affektreguleringsmodellen	29
3.2.2 Grænsemodellen	33
3.2.3 Traumemodellen	36
3.2.4 Selvskadens biologiske forklaring	39
3.2.5 Afrundende diskussion	43
4. FORANDRING	45
4.1 DEL 1: SELVSKADENDE ADFÆRD – EN UDFORDRING FOR TERAPEUTEN	45
4.1.1 Klientens manglende ønske om forandring og afhængighed af selvskaden	46
4.1.2 Terapeutens følelser (modoverføring)	50
4.2 DEL 2: BEHANDLINGSSTRATEGIER MOD FORANDRING	55
4.2.1 Dialektisk adfærdsterapi (DAT)	56
4.2.2 Mentaliseringsbaseret terapi (MBT)	63
4.3 AFRUNDENDE DISKUSSION	69
4.3.1 Synet på opnåelse af forandring i forhold til DAT og MBT	69
4.3.2 Valg af behandlingsmetode til opnåelse af forandring	72
4.3.3 Klientens og terapeutens rolle	76
5. KONKLUSION	78
AFRUNDENDE BEMÆRKNING	82

LITTERATURLISTE.....	83
REFERENCELISTE.....	83
<i>Leksika</i>	90
PENSUMLISTE	91
<i>Godkendelse af pensumrammen</i>	99

Appendix

Bilag 1: Girltalk godkendelse

Bilag 2: Klassifikationsskema

Bilag 3: BPD kriterier

1. INDLEDNING

Selvskadende adfærd er ikke et nyt fænomen, men har eksisteret i alle tider og kulturer¹. I de seneste årtier synes der dog at være sket en øgning i interessen for fænomenet (Møhl, 2006, p.49). De færreste havde eksempelvis hørt om cutting, en form for selvskadende adfærd, før prinsesse Diana i et interview i 1996 fortalte, at hun skar i sig selv (ibid.; Levenkron, 1998, p.9). Der er efterhånden udkommet en del bøger og forskningsartikler om emnet, og det er ikke sjældent, at det bliver omtalt i medierne. Derudover eksisterer der forskellige hjemmesider², som forsøger at skabe steder, hvor personer med selvskadende adfærd kan møde ligesindede eller få støtte og råd fra rådgivere. Selv om selvskade altid har eksisteret, er interessen forsknings- og behandlingsmæssigt forholdsvis ny. Og til trods for et manglende evidensbaseret sammenligningsgrundlag, viser de nye undersøgelser en klar tendens til, at flere og flere udvikler selvskadende adfærd (Klonsky, 2007, pp.227-228; Ross & Heath, 2002, pp.67, 74; Sommerfeldt & Skårderud, 2009, p.754). En enkelt har endda benævnt fænomenet som 90’ernes afhængighed (Strong, 2007, p.57).

På trods af den relativt store udbredelse, og tegn på yderligere stigning, ved vi fortsat forbløffende lidt om selvskadende adfærd. Der drages ofte paralleller til spiseforstyrrelser, idet de, som selvskadende adfærd, pludseligt øgedes i antal, og blev meget omtalt i både behandlervordenen og den generelle population. I starten virkede spiseforstyrrelser uforståelige for verden, for senere at blive forklaret ved tålmodigt at undersøge denne tilsyneladende bizarre adfærd. På samme måde forventes og bliver selvskadende adfærd bedre og bedre forstået i takt med udforskningen af fænomenet (Levenkron, 1998, p.19). Selvskadning og spiseforstyrrelser sammenlignes endvidere, idet selvskadende adfærd, som spiseforstyrrelser, kan vække ret antiterapeutiske reaktioner hos pårørende og behandlere³ (Øverland, 2006, pp.14-15). *"Vanskene med å forstå dette, og å forstå den enkelte personenes handlinger, kan utløse sterke følelser hos leger og andre som står nær. Det kan dreie sig om følelser av frykt, sinne, fortvilelse, skyld, forakt, tristhet og egen opplevelse av å mislykkes."* (Sommerfeldt & Skårderud, 2009, p.754). Flere selvskadere rapporterer ligeledes om dårlig behandling på sygehusene

¹ Jf. 2.1 Selvskade i et historisk perspektiv.

² For eksempel: www.girltalk.dk, www.selvskade.dk og www.selvskader.dk.

³ Jf. 4.1.2 Terapeutens følelser (modoverføring).

eller ved behandlere, og oplever eksempelvis, at de bliver ignoreret, kritiseret, set ned på eller syet uden bedøvelse (Møhl, 2006, p.9; Shaw, 2002, p.200). Årsagerne til den dårlige behandling virker til at afspejle, at personer med selvskadende adfærd vækker stærke reaktioner blandt behandlere, samt at selvskadende adfærd synes at tjene en vigtig funktion for den enkelte, hvorfor der ofte er ambivalens forbundet med at opgive denne⁴. At individet, der skader sig selv indimellem bliver karakteriseret som behandlingsresistent (Shaw, 2002, p.200), synes dog at bunde i manglende viden, hvilket jeg i dette speciale ønsker at bidrage med. For at sætte fokus på og diskutere behandling, er det dog essentielt at forstå, hvad der ligger bag den selvskadende adfærd, samt hvilken funktion den tjener for den enkelte (Suyemoto, 1998, p.531). *"It is all too easy to focus on stopping self-harm without understanding it. The behavior is only the tip of the iceberg."* (Farber, 2002, p.xxiii). Dette speciale tager derfor udgangspunkt i følgende problemformulering:

1.1 Problemformulering

"Hvordan kan selvskadende adfærd forstås, og hvorledes opnås forandring?"

1.2 Afgrænsning

I litteraturen skelnes der indimellem mellem cutting og selvskadende adfærd, mens cutting andre steder behandles som et typisk eksempel på selvskadende adfærd. Bo Skytte (2007, pp.28-30) undersøgte i sin kandidatafhandling forskellene mellem cutting og anden selvskadende adfærd, for at vurdere, om cutting bør behandles separat. Overordnet blev forskellene ikke betragtet som afgørende nok til, at cutting skal behandles som en særskilt type (ibid.). I dette speciale vælger jeg på baggrund heraf at tage udgangspunkt i selvskadende adfærd, og med cutting som en repræsentant herpå.

Der afgrænses fra selvskade blandt mentalt retarderede, autister og psykotiske, ud fra en antagelse om, at funktionerne og forklaringerne kan være ganske anderledes (Øverland, 2006). Grundet formalia afgrænses der endvidere fra forskelle i køn. En nærmere afgrænsning vil indgå i afsnittende 1.3 Begrebsafklaring og 2. Fænomenbeskrivelse.

⁴ Jf. 4.1.1 Klientens manglende ønske om forandring og afhængighed af selvskaden.

Kulturelle og sociale faktorer kan synes som oplagte perspektiver i forståelsen og forandringen af selvskadende adfærd, men grundet pladsmæssige begrænsninger afgrænses der fra en eksplicit behandling heraf. De vil dog løbende inddrages, når det er relevant.

1.3 Begrebsafklaring

1.3.1 Selvskade

Selv om der er enighed om, at de fleste selvskadere, skader sig selv på grund af stærk psykisk smerte, har det vist sig vanskeligt at definere selvskadning som begreb (Suyemoto, 1998, p.532). Der hersker således forvirring i kategoriseringen, benævnelsen og operationaliseringen af begrebet (Møhl, 2006, p.15). Denne mangel på konsensus eksisterer sandsynligvis, idet interessen har været på det behandlingsmæssige frem for det forskningsmæssige. I en gennemsøgning af den engelske litteratur om det at påføre sig selv fysisk skade, dukker en række forskellige begreber således op. De mest anvendte begreber er; *self-mutilation*, *self-injury*, *deliberate self-harm*, *intentional self-harm*, *self-destruktive behavior*, *self-inflicted violence*, *self-wounding*, *self-cutting*, *wrist-cutting*, og *parasuicide* (Møhl, 2006, p.15; Pattison & Kahan, 1983, p.867; Øverland, 2006, p.16). I det danske sprog er det muligt at bruge enten selvskadende adfærd eller selvmutilation. I dette speciale vælger jeg, at benytte begrebet selvskade frem for selvmutilation, som Bo Møhl foreslår (2006, p.15), idet selvmutilation egentlig betyder selv-lemlæstelse. Formålet med selvskadningen er sjældent at lemlæste kroppen⁵, og den fysiske skade er oftest ganske overfladisk, hvorfor betegnelsen selvskade synes mere kompatibel med den handling, der er under fokus i dette speciale.

Der eksisterer forskellige definitioner af selvskade. En af de mest anerkendte og anvendte er Armando Favazzas definition: ”*Self-mutilation (SM) refers to the deliberate, direct destruction or alteration of body tissue without conscious suicidal intent.*” (Favazza, 1998, p.260). Denne definition tydeliggør nogle pointer, som det er vigtigt at fremhæve. Selvskadningen fremhæves som intentionel og bør dermed ikke betragtes som en tilfældig handling eller som resultatet af et uheld. Det er en direkte måde at skade kroppen på i modsætning til indirekte selvskadende adfærd, der som

⁵ Jf. 3.1 Funktioner.

begreb spænder over et bredt spektrum af destruktive kropspraksisser, såsom rygning, spiseforstyrrelser, misbrug af rusmidler, seksuel risikoadfærd og ødelæggende relationer (Sommerfeldt & Skårderud, 2009, p.754). Derudover understreger denne definition, at selvskadning bør afgrænses i forhold til suicidaladfærd. Favazzas definition giver et præcist billede af, hvad den selvskadende adfærd består af, men er samtidigt bred, idet den både inkluderer kulturelt accepterede former (fx tatoveringer) og svært patologiske former for selvskadning (fx amputeringer) (Favazza, 1996, p. xix). Jeg vil i stedet benytte Karen Suyemotos (1998, p.532) definition af selvskadende adfærd, idet den tager højde for umiddelbarhed, social acceptabilitet, gentagelse, grad af ødelæggelse, intention og psykologisk tilstand. Denne definition er sammenfattet ud fra et litteraturreview, og passer på størstedelen af den forskning, der er foretaget. Det er endvidere den definition Møhl (2006, p.16) anvender, hvorfra den danske oversættelse er hentet:

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

Selvskade forstås dermed som, at en person gentagne gange gør fysisk skade på sig selv, grundet bagvedliggende psykologiske faktorer. Fremover vil jeg benytte begrebet selvskader, om en person med selvskadende adfærd, for at lette skrivningen og læsningen af specialet, hvilket også benyttes i andre bøger (Møhl, 2006). Intentionen er ikke at identificere personen med adfærden, men blot at gøre skriveprocessen og læsningen mere flydende.

1.3.2 Cutting

Der eksisterer forskellige metoder til selvskadning, fra eksempelvis at slå sig selv i hovedet, kradse huden med neglene, brænde sig eller skære i sig selv. Flere selvskadere bruger mere end en metode, men den mest anvendte metode er dog at

skære i sig selv (Briere & Gil, 1998, p.614; Favazza & Conterio, 1989, p. 286; Ross & Heath, 2002, pp.69, 73). Det har ført til en betegnelse for adfærden - cutting. Cutting defineres, ifølge Marilee Strong, som: “...*people who use their own skin to change their moods to achieve a little-understood state of psychological awareness through intense pain, and to communicate a message that until recently seemed indecipherable.*” (Strong, 2000, p.18). Cutting referer dermed til en type selvskadende adfærd, hvor personen bruger et skarpt redskab (fx barberblade, knive, glasskår, nåle eller lignende) til at skære sig i armene eller andre steder på kroppen (ibid.). Ved cutting benyttes huden, der ofte associeres med grænsen mellem selv og andre, og derudover afspejler, hvordan vi har det (fx rødmen), dermed som mål eller medium (Møhl, 2006, p.41). ”*Skin communicates. Skin signals. Skin tells a story.*” (Strong, 2005, p.17). Cutting ansues endvidere ofte som den alvorligste metode, idet en fejlvurdering af snittets dybde kan have fatale følger (Skytte, 2007, p.1). Personer der skærer i sig selv, karakteriseres i litteraturen ofte med et citat fra Graff og Mallin (1967):

”In summary, the cutter is an attractive, intelligent, unmarried young woman, who is either promiscuous or overly afraid of sex, easily addicted, and unable to relate successfully to others. She is an older one in a group of siblings with a cold, domineering mother and a withdrawn, passive, hypercritical father. She slashes her wrists indiscriminately and repeatedly at the slightest provocation, but she does not commit suicide. She feels relief with the commission of her act.” (Graff & Mallin, 1967, p.38).

1.3.3 Epidemiologi

Det er svært at få et overblik over, hvor udbredt fænomenet er, idet forskning af forekomsten er vanskelig af flere årsager. Et hovedproblem er, at definitionen af selvskadende adfærd varierer i undersøgelserne, hvilket vanskeliggør sammenligning (Sommerfeldt & Skårderud, 2009, p.755). ”*Studies on self-mutilation may not differentiate suicidal behavior from self-mutilation, and may be overinclusive or underinclusive.*” (Suyemoto, 1998, p. 533). Mange undersøgelser har endvidere

været baseret på et ganske lille materiale (Møhl, 2006, p50). Derudover er der en stor risiko for underrapportering og underdiagnosticering, idet adfærden på linje med eksempelvis bulimisk adfærd er en såkaldt "skjult lidelse", hvor mange individer anstrenger sig for at skjule adfærden. De udfører oftest adfærden, når de er alene, ligesom de går med lange ærmer eller smykker for at kamuflere deres sår og ar for omverdenen (Rubæk, 2009, p.30; Sommerfeldt & Skårderud, 2009, p.756).

I Danmark er prævalensen fortsat et ubesvaret spørgsmål. Det europæiske CASE samarbejde har i Danmark undersøgt 5206 elever i alderen 14-16 år, og fandt her, at 16,8 % af pigerne og 4,6 % af drengene havde haft selvskadende adfærd (Zöllner, 2002, p.13). Resultaterne kan dog kun anskues som vejledende tal, da CASE definitionen af selvskadende adfærd inkluderer selvmordsforsøg (ibid.). Rubæk (2009, p. 30) beskriver en endnu ikke udgivet undersøgelse af københavnske gymnasieelever af Møhl og Skandsen, der viser, at mere end hver femte (21,5 %) nu eller tidligere har skadet sig selv.

I amerikanske undersøgelser indikeres det, at omkring 4 % af normalbefolkningen, 13,9 % af eleverne i high school, 17 % af universitetsstuderende, og hele 37-38 % af psykologistuderende har skadet og/eller engang imellem skader sig selv (Briere & Gil, 1998, pp. 612, 616-617; Gratz, 2006, p.243; Gratz, Conrad & Roemer, 2002, p.132; Ross & Health, 2002, p.73, Whitlock, Eckenrode & Silverman, 2006, p.1942). Blandt psykiatriske patienter er prævalensen generelt højere end blandt den generelle befolkning, da der her rapporteres en prævalens på mellem 21 og 68 %, afhængig af diagnose, alder, og af om patienterne er ambulante eller indlagte (Briere & Gil, 1998, pp.612,617; Rubæk, 2009, p.30).

Prævalensen af selvskade blandt både den generelle befolkning og psykiatriske patienter fastslår tilstedeværelsen af selvskadende adfærd som et væsentligt fænomen. Derudover forudser flere forfattere en fortsat stigning (Shaw, 2002, pp.192-193; Favazza, 1998, p.259).

Selvskadende adfærd og heriblandt cutting ses i alle aldersgrupper: "*Cutters have been reported in the literature as young as two and as old as nearly ninety.*" (Strong, 2005, p.19). Undersøgelser peger dog på, at gennemsnitsskaderen starter i alderen 14-24 år⁶ (Favazza & Conterio, 1989, p.286, Whitlock, Eckenrode & Silverman, 2006, p.1942). Derefter tager den for de flestes vedkommende et

⁶ Jf. 3.2 Forklaringer.

repetitivt forløb og varer i omtrent fem til ti år. Adfærden synes således at ”brænde ud” i takt med, at personligheden modnes (Rubæk, 2009, pp.30-31). Antallet af selvskadende handlinger varierer meget, hvilket giver sig til udtryk i forskellige undersøgelser, der rapporterer fra gennemsnitligt 3,4 til 50 uafhængige tilfælde (Klonsky, 2007, p.228; Muehlenkamp, 2005, p.325; Favazza & Conterio, 1988, p.25).

Der eksisterer modstridende data om kønsforskelle, idet nogle undersøgelser ikke viser nogen forskel (Briere & Gil, 1998, p.617; Gratz, Conrad & Roemer, 2002, p.135), mens andre viser, at signifikant flere kvinder end mænd skader sig selv (Ross & Heath, 2002, p.73; Madge et al., 2008, pp. 667, 675; Zöllner, 2002, p.13). ”*The inconsistency of using different behaviors to measure self-mutilation may result in findings of gender differences in some cases while not in others.*” (Ross & Heath, 2002, pp.74-75). På den måde kan én årsag til de forskellige resultater reflektere forskelle i definitionerne i de forskellige undersøgelser. Det kan endvidere tænkes, at resultaterne skyldes forskellige populationer (Gratz, 2001, p.260). Generelt beskrives den typiske selvskader langt de fleste steder som en kvinde, selvom selvskadende adfærd synes mere udbredt blandt mænd end umiddelbart antaget (Rubæk, 2009, pp.31-32). Det er dog nødvendigt med yderligere forskning, for med sikkerhed at kunne afgøre debatten om kønsforskelle.

1.4 Metode

I dette afsnit redegøres der for de metodiske og disponeringsmæssige overvejelser omkring opbygningen og udformningen af dette speciale. Nærværende speciale er hovedsageligt teoribaseret, men der inddrages indimellem vignetter til at illustrere, analysere eller uddybe perspektiver. Afsnittet vil derfor også byde på overvejelser i forbindelse med inddragelse af dette casemateriale.

Overordnet er specialet inddelt i fem kapitler; 1 Indledning, 2 Fænomenbeskrivelse, 3 Forståelse, 4 Forandring og 5 Konklusion. I kapitel 2-4 vil jeg løbende forholde mig analyserende og diskuterende, men dog i særlig grad i de afrundende diskussioner.

I kapitel 1, Indledning, forefindes en indledning, problemformulering, afgrænsning og metode, hvormed problemfeltet introduceres og afgrænses.

I kapitel 2, Fænomenbeskrivelse tydeliggøres selvskadende adfærds relation til det historiske og kulturelle, klassifikationssystemer, selvmord og andre forstyrrelser.

Kapitel 3, Forståelse, centrerer sig om besvarelsen af første del af problemformuleringen ud fra en antagelse om, at forståelse både indebærer de funktioner adfærden tjener, og de årsagsforklaringer, der ligger til grund herfor. Dermed inddeles afsnittet i funktioner og forklaringer. Det synes væsentligt at knytte en kommentar til denne fremgangsmåde⁷, da den afspejler en metodisk reduktionisme (Bertelsen, 2003, p.37). Opdelingen kan således umiddelbart synes kunstig, men forekommer alligevel nødvendig, eftersom det kan betragtes som hensigtsmæssigt at forsøge at begribe delene før helheden. ”Sådan må det nødvendigvis være, når vi har med en kompleks genstand at gøre, der i sig rummer en uendelig rigdom af aspekter.” (Bertelsen, 2003, p.37). I funktionsdelen beskrives flere af de funktioner, som adfærden tjener, mens forklaringsdelen præsenterer flere modeller til forståelsen af udviklingen af selvskadende adfærd. Dette inkluderer affektregulerings-, grænse-, og traumemodellen, samt biologiske forklaringsmodeller. Disse forskellige modeller præsenteres ikke for at udelukke, men med henblik på at supplere hinanden, så forskellige aspekter fra de forskellige modeller, kan kombineres i en forståelse af det enkelte individ.

Kapitel 4, Forandring, inddeles i to dele, elementer, der kan hæmme og elementer, der kan fremme forandring. I den første del beskrives klientens manglende ønske om forandring og afhængighed af selvskaden, samt terapeutens følelser som elementer, der kan forhindre forandring. I den anden del tages der udgangspunkt i to behandlingsmetoder, dialektisk adfærdsterapi (DAT) og mentaliseringsbaseret terapi (MBT), med henblik på at præsentere og analysere forskellige strategier til opnåelsen af forandring. Afrundingsvist diskuteres hvorledes forandring opnås, samtidig med at andre relevante perspektiver inddrages.

Konklusionen vil som en naturlig afrunding samle de indsigter og delkonklusioner, der løbende er fremkommet gennem specialet.

⁷ Jf. samme problematik i afsnittet 4. Forandringer.

1.4.1 Inddragelse af casemateriale

Løbende i specialet inddrages caseeksempler fra hjemmesiden www.girltalk.dk⁸'s debatforum for selvskadere. Debatforummet er åbent for alle, mens både profil og chat kun kan ses af de frivillige, eller de, der har oprettet en profil. Efter aftale med girltalk⁹ må jeg anvende indlæggende på debatforummet, men ikke interagere med eller stille spørgsmål til brugerne, hvorfor konteksten for de enkelte cases og udsagn i store træk er ukendt. Aldersmæssigt er de dog 12-24 år, og er alle kvinder. Fordelen ved at anvende pigernes beskrivelser på girltalk er, at der dermed opnås en fænomenologisk, oplevelsesorienteret vinkel fra virkelighedens verden, uden at den er påvirket af en forskers spørgsmål. Pigerne beretter om deres oplevelser til andre piger og det synes at være en ret åben kommunikation, hvilket kunne være anderledes, såfremt de talte med en autoritetsfigur eller én, der repræsenterer behandlerverdenen. Ulempen er, som nævnt ovenfor, at pigernes historier i store træk er ukendt, og der kun gives øjebliksbilleder. På den anden side er der en stor værdi i disse billeder, da de giver et indtryk af, hvad pigerne påvirkes af, i hvilken grad og hvorledes dette varierer både for den enkelte, men også på tværs af den gruppe af piger, der skader sig selv. En af konsekvenserne ved at benytte girltalk er endvidere, at pigerne skriver flittigt om nogle aspekter, mens andre ikke behandles i samme omfang eller overhovedet nævnes. Dette indvirker naturligvis på specialets udformning, da der så særligt inddrages cases i 3.1 Funktioner og 4.1 Del 1: Selvskadende adfærd – en udfordring for terapeuten, idet pigerne skriver en del om dette, mens der i andre afsnit i langt mindre grad eller slet ikke vil indgå casemateriale. Samtidig er jeg ikke blind over for, at jeg har udvalgt materialet, og dermed har indflydelse på, hvilke perspektiver, der bliver set. Jeg mener dog, at have behandlet materialet med respekt og fremstillet det, så det stemmer overens med pigernes beskrivelse. Ved at anvende girltalk til at analysere og illustrere, sættes der unægtelig et fokus på de unge piger. Dette skal dog mere anskues som reflekterende, at der her var adgang til casemateriale end en måde at fremhæve kvinderne på.

⁸ www.girltalk.dk er en non-profit hjemmeside, der henvender sig til piger i alderen 12-24 år, som har brug for én at tale med. Hjemmesiden indeholder både en chat, der har åben søndag-fredag fra 19-21, hvor pigerne anonymt kan tale med en frivillig ungerådgiver (kvinder i alderen 18-30, fx pædagoger, studerende), og et debatforum, hvor pigerne kan lægge beskeder ud og få feedback fra andre. Der eksisterer forskellige debatforum, fx for spiseforstyrrelser, kærestesorger, og selvskade. Ifølge en nylig undersøgelse fra 2009 foretaget af Socialt Udviklingscenter SUS, oplever 74 % af brugerne på hjemmesiden, at girltalk.dk hjælper dem (Meldgaard & Frederiksen, 2009, p.100).

⁹ Jf. bilag 1.

2. FÆNOMENBESKRIVELSE

I dette afsnit beskrives og afgrænses selvskadende adfærd i relation til det historiske og kulturelle, klassifikation, selvmord og andre forstyrrelser.

2.1 Selvskade i et historisk perspektiv

I den vestlige kultur i dag betragtes den veltrænede og intakte krop, som billedet på det gode og sunde, mens selvpåførte forandringer anskues som noget sygeligt (Møhl, 2006, p. 21). Selvpåførte forandringer er dog ikke et nyt fænomen, og bliver heller ikke alle steder anskuet som noget sygeligt (Levenkron, 1998, p. 20; Veague, 2008, p.5). “... *injury to the body (by oneself or others) is part of a long and universal human tradition, which has had important functions for groups and societies throughout all eras.*” (Babiker & Arnold, 2004, p. 20).

Dette fremgår af historiske optegnelser, der frembyder et væld af beskrivelser af, hvad der bl.a. kan kendetegnes som socialt accepterede former for religiøs eller ritualiseret adfærd (Møhl, 2006, pp.21-22). De ældste vidnesbyrd om selvskadende adfærd, er, så vidt vi ved, hulemalerier, i en grotte i det sydlige Frankrig, som er over 20.000 år gamle (Favazza, 1989a, p.142). I disse malerier forekommer der utvetydig selvskade, hvor den mest udbredte er manglen på fingerspidser, der formentlig er resultatet af helings eller religiøse ritualer (Favazza & Simeon, 1995, p.185). Selvpineri eller selvskadende adfærd har som spirituelt betinget handling typisk været forbundet med skyld og soning eller som en del af et højere guddommeligt formål, hvilket syntes centralt i flere religioner (Møhl, 2006, p. 22). I kristendommen har selv-flagellation¹⁰ eksempelvis været et middel til at komme af med skyld og komme nærmere Gud. I middelalderens Europa troede præster endda, at dette hellige ritual kunne beskytte samfundet mod pest (Babiker & Arnold, 2004, p.22; Favazza & Conterio, 1988, p.27; Veague, 2008, p. 7). Selvskadende adfærd som healing eller helende ritualer er velkendt og socialt anerkendt i flere kulturer, og her spiller blod oftest en central betydning. Eksempelvis slog Marokkanske healere hul på deres eget hoved for at anvende blodet (Favazza, 1989b, p.117; Møhl, 2006, p.22). Ifølge Favazza (1989b, p.118) spiller selvskadende adfærd ofte en rolle i opretholdelsen af

¹⁰ Selv-flagellation betyder, at et individ slår sig selv med en pisk (Levenkron, 1998, p.20).

social stabilitet, definitionen af gruppe-medlemskab, status som voksen, kontrol af seksuel adfærd og styrkelse af gruppefølelsen. Eksempelvis sammensnørede kvinder i ellevehundredetallets Kina deres fødder, for at opfylde de daværende skønhedsideal, på bekostning af evnen til at gå (Babiker & Arnold, 2004, p.31, Rubæk, 2009, p.20). Derudover kan selvskadende adfærd markere overgangen fra barn til voksen (Favazza, 1989b, pp. 118-121). Endvidere har der været tradition for at ændre kroppens udseende for at fremstå attraktiv, tilkalde opmærksomhed eller for at provokere, hvilket tatoveringer og piercinger er et godt eksempel på (Favazza, 1999, p.126). I det vestlige samfund i dag, er hverken tatoveringer eller piercinger unormalt, men nærmere trendy (ibid.).

Selvskade er dog også blevet anskuet som tegn på psykisk lidelse. En af de første beskrivelser af selvskadende adfærd som udtryk for egentlig psykopatologi stammer fra Herodot, der ca. 450 år f.Kr. beskrev, hvordan den indespærrede Cleomenes, en spartansk leder, ”skar sit kød i strimler” (Favazza, 1999, p. 185). Den tidligste skildring af en gentagende selvskader findes i Det Ny Testamente i Bibelen, hvor der fortælles om den besatte og svineflokk (Favazza & Conterio, 1988, p.24). Det fortælles, at manden Legion skreg og slog sig selv med sten dag og nat, indtil Jesus helbredte ham, ved at flytte ånden/demonen over i en stor svineflok (Favazza, 1999, p.185; Øverland, 2006, p.13). På trods af disse tidlige skildringer af selvskadende adfærd som tegn på en psykisk lidelse, synes selvskadende adfærd først at komme i det akademiske søgelys mange år senere. I løbet af 1800-tallet frembrød der en række rapporter om selvskadende adfærd, der typisk handlede om mere dramatiske tilfælde såsom enukleation af øjet og selvkastrering (Favazza, 1998, p. 261). I slutningen af 1800-tallet opstod der endvidere flere rapporter om ’nålepiger’, hvor lægerne fandt op til flere hundrede nåle forskellige steder i deres kroppe (Møhl, 2006, pp.24-25). De første forsøg på at forstå baggrunden for selvdestruktiv adfærd var psykoanalytiske og indførtes af Sigmund Freud (1920), der forklarede de aggressive instinkter, såsom selvpåført ulystbetonet adfærd, med dødsdriften, thanatos (Freud, 1920, pp.1-64). På den måde anskuedes både selvskadende adfærd og selvmord, som drevet af den samme instinktive drift mod døden. Karl Menninger (1938), en amerikansk psykiater og psykoanalytiker, var den første, der i 1935 og senere i bogen *Man Against Himself* fra 1938, tog afstand fra datidens herskende opfattelse af selvskade som halvhjertede selvmordsforsøg, og argumenterede for, at

formålet med selvskadende adfærd netop var at undgå selvmord¹¹ (Menninger, 1938, pp. 231-234; Shaw, 2002, p. 194; Walsh & Rosen, 1988, p.20). Det var dog først i 1960’erne, at den medicinske verden blev interesseret i selvskade, hvilket formentlig hænger sammen med, at der dukkede flere og flere selvskadere op i patientpopulationen, og at det samtidigt blev mere udbredt at forstå selvskade som et fænomen i sig selv (Møhl, 2006, p.30). Der var hovedsageligt fokus på patienter, der skar sig selv i håndleddet, hvilket affødte forskellige beskrivelser og begreber, som eksempelvis ”the wrist cutting syndrome” (Favazza, 1998, p.262). Denne beskrivelse inspirerede psykologer og psykiatere, men begrebet holdte ikke ved. I stedet fremkom der andre bud på begreber og diagnoser. I 1982 formulerede Pattison & Kahan eksempelvis ”the deliberate self-harm syndrome” og knap ti år senere kom Favazza og Rosenthal med deres bud, nemlig ”the repetitive self-mutilation syndrome” (Pattison & Kahan, 1983; Favazza & Rosenthal, 1990). I 1980’erne øgedes den professionelle interesse i selvskadende adfærd endvidere i forbindelse med udgivelsen af Favazzas bog *Bodies Under Siege* i 1987 (Favazza, 1998, p. 262).

2.2 Klassifikation af selvskade

I USA, Canada og Australien benyttes klassifikationssystemet DSM, mens der i resten af verden anvendes ICD-systemet (Mortensen, 2003, p. 359). Begge systemer karakteriseres ved at tilbyde ateoretiske, kategoriske og deskriptive tilgange til psykopatologi. Hensigten er, at de skal kunne benyttes på tværs af teoretisk ståsted og kultur, og det er kvalitative forskelle, der adskiller de forskellige kategorier (Mortensen, 2003, pp. 355, 359; WHO, 2003, pp. 8-9). Ingen af klassifikationssystemerne kan dog siges at være ideelle, idet der indenfor det psykopatologiske område fortsat er tale om stor overlapning mellem kategorierne (Mortensen, 2003, pp. 354, 356). Derudover betyder klassifikation, at det eller den, der skal klassificeres, skal betragtes udefra og implicerer dermed en simplistisk og symptombaseret tilgang til beskrivelsen af individet, hvilket er problematisk i flere henseender. Der er eksempelvis risiko for, at personer bliver identificeret med deres patologi, eller at det egentlige problem ikke bliver beskrevet. Det er imidlertid stadig essentielt at forholde sig til et officielt klassifikationssystem, da selvskadende

¹¹ Jf. 2.2 Klassifikation af selvskade og 2.3 Selvskade og selvmord.

adfærd så er genkendeligt og der ellers er en chance for, at det ender en i privat og uvidenskabelig form for kategorisering (Mortensen, 2003, pp.352-353).

I ICD-10 placeres selvskade under ”63.8 Andre vane- og impulshandlinger” (WHO, 2003, p.147). Ifølge Simeon & Favazza (2001) eksisterer der i DSM-IV fire ret forskellige diagnoser, hvorunder mange, men ikke alle typer selvskadende adfærd kan placeres: 1) *Trichotillomania*, 2) *Impulse-Control Disorder Not Otherwise Specified*, 3) *Borderline Personality Disorder* og 4) *Stereotypic Movement Disorder with Self-Injurious Behavior* (Simeon & Favazza, 2001, p.3). Problemet er dog, at nogle typer selvskade kan placeres forskellige steder, mens andre slet ikke kan placeres, eksempelvis psykotisk selvskadende adfærd (ibid., pp.3-4). Der er derfor: ”... flere som ønsker at selvskading ska bli en frittstående psykisk lidelse i seg selv.” (Øverland, 2006, p.31). Der er fremkommet flere bud på en diagnose¹², men ingen af forslagene er endnu blevet optaget i DSM. Tematikken om et selvstændigt syndrom er dog fortsat højaktuel og det forventes flere steder, at selvskadende adfærd i fremtiden vil få sin egen selvstændige diagnose (Sommerfeldt & Skårderud, 2009, p.755, Møhl, 2006, pp.36-37).

Ligesom der eksisterer forskellige definitioner og bud på diagnoser af selvskade, er der forskellige klassifikationer af selvskadende adfærd. ”To this day, general clinicians and research experts in the field have not agreed on which behaviors to include under the rubric of self-injury or on how to then proceed and categorize them into meaningful groups.” (Simeon & Favazza, 2001, p.2). Menninger (1938) var den første, der foretog en grundig og systematisk analyse af selvskadende adfærd, og på baggrund heraf kom med et forslag til en kategorisering af de forskellige typer. Inddelingen synes dog uklar og varierende i sekundærlitteraturen, idet Favazza & Simeon (1995) nævner fire kategorier, Møhl (2006) nævner seks og det i bogen *Man Against Himself* (1938) synes muligt at identificere fem forskellige kategorier. De fem tydelige kategorier er; *neurotisk* (som en del af en neurose, fx neglebidning, og hud- og hårplukkeri), *psykotisk* (mere alvorlig selvskade, såsom amputering af lemmer), *organisk* (som følge af fx hjerneskader), *religiøs* (repræsenterer ofringer i adfærd som fx selvkastration) og *selvskade blandt almindelig mennesker* (såsom at klippe negle eller barbære sig) (Menninger, 1938, pp. 234-282; Møhl, 2006, p.29; Favazza & Simeon, 1995, p.186).

¹² Jf. 2.1 Selvskade i et historisk perspektiv.

Med disse klassificeringer synes Menninger at forsøge at skabe orden i kaos, men det er ikke hensigtsmæssigt at klassificere almindelig hygiejne som selvskade. De fire andre kategorier minder en del om de senere klassificeringer, men var, ifølge Favazza (1999, p.129), forud for sin tid, hvorfor de aldrig rigtigt vandt indpas. Siden er der præsenteret forskellige måder at klassificere på. Den mest anvendte og accepterede i litteraturen og forskningen er kommet fra Favazza, der har præsenteret og videreudviklet en serie af klassifikationsskemaer siden 1987 (Walsh, 2006, p. 17). Den nyeste af disse og den som Favazza, ifølge Walsh (2006, p.17), er mest tilfreds med, er præsenteret i Simeon og Favazza (2001). *”Although purely phenomenologically based and therefore simplistic, this schema¹³ offers significant advantages, such as its comprehensiveness and clinical usefulness.”* (Simeon & Favazza, 2001, p.4). Simeon og Favazza (2001) mener, at denne inddeling er klinisk anvendelig, da hver kategori af selvskade er mere prævalent i bestemte mentale forstyrrelser, og forståelsen og behandlingen derfor kan tage udgangspunkt i disse kategorier. Inddelingen tager dog ikke højde for ætiologi, hvorfor den vil være subjekt for fremtidige ændringer i takt med, at forskningen og viden på feltet udfoldes (ibid.). I modellen inddeles patologisk selvskade i fire kategorier; 1) *stereotypisk* (ved mental retardering og autisme, og viser sig som fx gentagende hovedbankning), 2) *alvorlig* (knyttet til psykosier og rusforgiftninger og udgør fx af sjældne handlinger såsom skære legemsdele af) 3) *tvangsmæssig* (associeret med fx trikotillomani¹⁴ og indebærer gentagende, ofte ritualistisk adfærd) og 4) *impulsiv selvskadende adfærd* (ved fx borderline personlighedsforstyrrelse, inddeles i gentagende og episodisk, og associeres med som cutting eller brænding) (Simeon & Favazza, 2001, pp.6-16; Sommerfeldt & Skårderud, 2009, p.755; Walsh, 2006, pp.17-18; Øverland, 2006, p.31). Den fjerde kategori, impulsiv selvskadende adfærd, er den gruppe der hyppigt mødes i praksis og som betegnes selvskadere (Sommerfeldt & Skårderud, 2009, p.755). Der er dog problemer med Simeon og Favazzas inddeling, idet mange selvskadere ikke passer ind i en enkelt af kategorierne. *”Self-injuring persons are often quite fluid in how they harm themselves.”* (Walsh, 2006, p.19). Adfærden kan således svinge mellem at være

¹³ Jf. bilag 2.

¹⁴ Trikotillomani karakteriseres ifølge ICD-10: *”... ved et betydeligt hårtab på grund af vanskelighed ved at modstå tilbagevendende tilskyndelser til at plukke hår af. Hårudplukning er sædvanligvis forudgået af stigende spændingsfølelse og ledsages af en følelse af lettelse og tilfredsstillelse.”* (WHO, 2003, pp.146-147).

episodisk, gentagende eller tvangsmæssig af natur, og enkelte personer kan endda udvise både impulsiv og tvangsmæssig adfærd på samme tid. På trods af at der er flere problemer med klassificeringen, som endnu ikke er løst, er Simeon og Favazzas klassifikationssystem dog, ifølge Walsh (2006, pp.19-20), fortsat det bedste bud.

2.3 Selvskade og selvmord

Ved selvskadende adfærd bør differentialdiagnostiske overvejelser mellem selvskadende adfærd og selvmordsadfærd¹⁵ indgå, idet fænomenerne ligner hinanden til forveksling. ”*Granted, the similarities between suicide and self-mutilation can be deceiving. Both forms of behavior are self-directed, and both result in concrete physical harm.*” (Walsh & Rosen, 1988, p. 51). En direkte sammenkobling af fænomenerne er dog uheldig, da det forhindrer dybere forståelse af selvskadende adfærd og medfører, at patienterne får en dårligere behandling (Möhl, 2006, p. 17; Rubæk, 2009, p. 21). Som tydeliggjort i begrebsafklaringen af selvskadende adfærd, opfattes selvskadende adfærd og selvmordsadfærd i dette speciale i tråd med Favazza (1996), Suyemoto (1998) og Walsh (2006) som to distinkte fænomener. I det kommende vil jeg uddybe denne komplekse, men essentielle adskillelse.

I den tidlige litteratur og behandlingspraksis opfattedes selvskade som selvmordsforsøg (Möhl, 2006, p.16). Nogle af de begreber, der anvendes om selvskadende adfærd, såsom parasuicide og partial suicide, antyder ligeledes en tæt sammenhæng. Årsagen til den manglende præcise skelnen mellem selvskadende adfærd og selvmordsadfærd, kan formentlig forklares ud fra, at psykiatrien havde større interesse for selvmord, samt at de første psykologiske forklaringer var ens for begge fænomener¹⁶ (ibid., p.17). Menninger (1938, pp. 231-234) var, som tidligere nævnt, den første til at differentiere mellem selvmordsforsøg og selvskadende adfærd, men der skulle gå nogle årtier før kollegaerne bakkede ham op heri. Det var dermed først i 1960’erne og 70’erne, at der dukkede definitioner op af selvskadende adfærd som et selvstændigt syndrom (Rubæk, 2009, p.21). I forbindelse hermed blev det tydeligt, at intentionen med selvskade oftest ikke er selvmord, men en helt anden: ”*A person who attempts suicide seeks to end all feelings, but a person who self-*

¹⁵ WHO’s definition af selvmord: ”*handling med dødelig udgang, som afdøde, med viden eller forventning om et dødeligt udfald, havde foranstaltet og gennemført med det formål at fremkalde de af den afdøde ønskede forandringer*” (Zöllner, 2002, p.10).

¹⁶ Her refereres til Freuds teori om dødsdriften, jf. 3.1 Selvskade i et historisk perspektiv.

mutilates seeks to feel better.” (Favazza, 1996, p.271). Individer, der forsøger selvmord, har således et permanent ønske om at komme væk fra deres smerte, mens selvskadende personer som regel ikke ønsker at dø, men at ændre deres følelsesmæssige tilstand (Walsh & Rosen, 1988, p.52). En forskel mellem selvskade og selvmordsadfærd er endvidere hyppigheden og metoderne. Ved selvmordsforsøg er der oftest tale om enkelte tilfælde med de mest dødbringende metoder, som fx hængning, hvorimod selvskade ofte forekommer gentagne gange og relateres til mere overfladiske metoder, som fx cutting (Møhl, 2006, p.18; Rubæk, 2009, p.22). Flere amerikanske studier viser endvidere, at selvmord oftest begås ved andre metoder end at skære sig selv. Cutting, der er den mest foretrukne selvskadende metode, bliver kun rapporteret som metoden blandt 1,4 % af dem som begår selvmord (Walsh, 2006, p.8).

Indimellem kan det dog være svært at skelne selvmordsforsøg fra selvskade, idet nogle selvskadere rapporterer selvmordstanker eller er meget oprevne og uklare efter en episode (Madge et al., 2008, p.676). Tilstedeværelsen af selvskadende adfærd kan heller ikke udelukke suicidalrisiko, ligesom det omvendte er gældende (Briere & Gil, 1998, p.609). *”Vi vet nå at de fleste som skader seg selv ikke begår selvmord. Samtidig viser det seg at mange som gjennomfører selvmord, ofte har skadet seg tidligere.”* (Øverland, 2006, p.19). Med til at komplicere en skelnen mellem selvskadende adfærd og selvmord er nemlig det faktum, at selvskadende individer har en forøget risiko for selvmord (Favazza, 1998, p.262; Favazza, 1996, p.271). Ifølge Stanley, Gameroff, Michalsen og Mann (2001, p. 427) har cirka 55-85 % af personer med selvskadende adfærd, forsøgt at begå selvmord mindst én gang. De tilskriver den forhøjede selvmordsrisiko blandt selvskadere flere årsager: 1) de oplever følelser af depression og håbløshed, 2) de er aggressive og emotionelt ustabile, 3) de undervurderer dødeligheden af deres adfærd, og 4) de har selvmordstanker (Stanley et al., 2001, p.430). Undersøgelser viser, ifølge Rubæk (2009, p.22), at risikoen for selvmord stiger, når individet ikke længere får den ønskede effekt af selvskade. Det er derfor essentielt, at behandlere løbende er opmærksomme på den betydning selvskaden har for det enkelte individ. Derudover kan der forekomme uintenderede selvmord, som følge af selvskadende handlinger, såsom ved et uheld at skære igennem en arterie (Favazza, 1996, p.272; Møhl, 2006, p.19). Den forhøjede selvmordsrisiko blandt selvskadende personer besværliggør en klar adskillelse af selvmord og selvskadende adfærd.

På trods af at det indimellem er svært at skelne mellem de to former for adfærd, er det som tidligere nævnt væsentligt ikke at anskue dem som værende det samme, da forskellige motiver ligger til grund, og klienterne derfor oftest har behov for forskellige behandlingstilbud (Rubæk, 2009, pp.22-23; Walsh, 2006, p.6). I arbejdet med individer med selvskadende adfærd, synes det dog samtidigt essentielt, at terapeuten vurderer selvmordsrisiko og tager højde for at svære tilfælde af selvskade, faktisk kan være selvmordsforsøg. En anden væsentlig overvejelse i forbindelse med selvskadende adfærd er komorbiditet. Det er nemlig væsentlig at have øje for hvilke problematikker eller forstyrrelser, der er mest presserende, så behandlingen kan tilpasses i forbindelse hermed.

2.4 Komorbiditet

Indenfor psykiatrien ses selvskadende adfærd i forskellige sammenhænge. Det associeres i særlig grad med borderline personlighedsforstyrrelse (Feldman, 1988, p.253; Muehlenkamp, 2005, p. 326; Stanley et al., 2001, p.427; Suyemoto, 1998, p.534), hvor selvskadende adfærd ligefrem er et af de diagnostiske kriterier (Gabbard, 2000, pp.416-419; Klonsky, 2007, p.227, WHO, 2003, pp.138-139). Undersøgelser viser, at 45-80 % af mennesker med borderline personlighedsforstyrrelse skader sig selv (Möhl, 2006, p.51). Nock et al. (2006, p.67) undersøgte de diagnostiske karakteristika blandt 89 teenagere på en psykiatrisk afdeling i alderen 12-17 år, der alle rapporterede selvskadende adfærd indenfor de seneste tolv måneder. 66 af de 89 var kvinder, og blandt dem mødte 67,3 % kriterierne for en personlighedsforstyrrelse. De mest udbredte var borderline personlighedsforstyrrelse (51, 7%), evasiv (avoidant) personlighedsforstyrrelse (31 %) og paranoid personlighedsforstyrrelse (20,7 %) (Nock et al., 2006, p. 68). I andre sammenhænge associeres selvskadende adfærd endvidere med histrionisk, skizotypal og antisocial personlighedsforstyrrelse (Feldman, 1988, p.253). Der eksisterer dog problemer med at diagnosticere børn og unge med personlighedsforstyrrelser (Øverland, 2006, p.37), og selvom patienterne opfylder kriterierne kan det fortsat overvejes, om det er den rigtige diagnose. *”Once the self-cutting ceases, we find that a number of these patients no longer demonstrate a full-fledged personality disorder, although they may possess pathological personality trait.”* (Favazza & Rosenthal, 1990, p.83). Favazzas og Rosenthals fund anbefaler derfor, at en

personlighedsforstyrrelse kun diagnosticeres, hvis kriterierne herfor har været opfyldt i det meste af patientens sygdomsforløb. Dermed er det problematisk kun at anskue adfærden som en del af en personlighedsforstyrrelse. Selvskadende adfærd associeres endvidere med spiseforstyrrelser, PTSD (post traumatic stress disorder), OCD (obsessive compulsive disorder), angst, depression, dissociative forstyrrelser, og misbrugsforstyrrelser/afhængighed (Klonsky, 2007, p. 227; Shaw, 2002, p. 193; Sommerfeldt & Skårderud, 2009, p.755; Strong, 2005, p.xviii, Suyemoto, 1998, p. 534).

Ligesom selvskadende adfærds relation til borderline personlighedsforstyrrelse er særligt anerkendt og beskrevet i litteraturen, er relationen til spiseforstyrrelser ligeledes pointeret (Muehlenkamp, 2005, p.326). Både selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser er selvdestruktive typer adfærd, den ene direkte og den anden indirekte. De debuterer begge oftest i teenageår og har traditionelt fundet størst forekomst blandt kvinder. Fænomenerne diskuteres ofte adskilt i litteraturen, og empirien om sammenhængen er begrænset (Skårderud & Sommerfeldt, 2009, pp.877-878). ”... *men klinikere ser ofte at en og samme pasient praktiserer begge former for kropslig selvdestruktiv atferd.*” (Skårderud & Sommerfeldt, 2009, p.877). Gennem en usystematisk litteratursøgning fandt Skårderud og Sommerfeldt (2009, p.878) stor varians i prævalensen af selvskadende adfærd blandt spiseforstyrrede, rangerende fra 13,6 % til 68 %. Favazza og Conterio (1989) foretog i 1989 en banebrydende undersøgelse, da de interviewede 240 kvindelige selvskadere, der enten havde meldt sig selv efter et TV-program om emnet, eller som allerede var i behandling for selvskadende adfærd. ”*Sixty-one percent of subjects admitted that they ”now have or at some time in the past have had an eating disorder.”*” (Favazza & Conterio, 1989, p.287). Den videnskabelige litteratur dokumenterer således en stærk association mellem spiseforstyrrelser og selvskadende adfærd. Blandt mulige fællesfaktorer nævnes blandt andet; affektiv dysregulering, impulsivitet, obsessive-kompulsive træk, dissociation, behov for kontrol, selvstraf, traumer, konflikter i familiemiljø og kulturelle forhold (Skårderud & Sommerfeldt, 2009, pp. 878-879; Svirko & Hawton, 2007, p.409).

2.5 Afrundende diskussion

I dette afsnit er det blevet fremhævet, at selvskadende adfærd kan have en mangfoldighed af udtryksformer og udspringer af både kulturelle og kliniske kontekster. Gennem et historisk perspektiv blev det tydeliggjort, at selvskade formentlig har fundet sted i hele menneskets historie, og at synet på adfærden varierer i forskellige kulturer. I klassifikationsafsnittet blev der rettet fokus på den symptombaserede del af fænomenet, og det blev vist, at selvskade kan klassificeres på mange forskellige måder og fortsat ikke har en selvstændig diagnose. Det blev også belyst, at selvskadende adfærd og selvmordsadfærd er forskellige handlinger, samt at det er væsentligt at drage denne forskel i behandlingen. Samtidigt forbindes selvskadende adfærd med en øget risiko for selvmord, hvorfor det er vigtigt, at terapeuten holder et vågent øje herpå. Slutteligt blev det fremhævet, at selvskade ofte har store grader af komorbiditet med andre forstyrrelser, særligt borderline personlighedsforstyrrelse og spiseforstyrrelser, men at det i denne opgave hovedsageligt anskues som et fænomen i sig selv.

I dette kapitel har fokus hovedsageligt været på den synlige og symptombaserede del af problematikkerne ved selvskaden, nemlig adfærden. Traditionelt er selvskadende adfærd blevet trivialiseret, misforstået og kun set som værende et symptom (Favazza, 1998, p.259). Adfærden er dog kun den del af isbjerget, der er synlig over vandoverfladen. Det der ligger under overfladen, vil jeg uddybe langt mere i de efterfølgende afsnit, da det er det essentielle for en tilfredsstillende behandling.

”-egentlig føler jeg selv, at der er for meget fokus på cutting, for det er ikke det som er problemet, det er det som ligger bag. Det var også en af grundene til jeg stoppede. Jeg blev træt af at der skulle være så meget vægt på, hvor meget jeg havde skåret i mig selv, og hvor jeg havde gjort det, og hvornår jeg havde gjort det, hver gang jeg snakkede med min psykolog og også andre mennesker. Jeg kan godt se, at det er håndgribeligt, og til at snakke om, men jeg føler ikke det hjælper mig, i hvert fald, for det fjerner jo fuldstændig fokus for det, som det handler om.”

(Skrevet af A. på www.girltalk.dk, d. 22.11.2009).

3. FORSTÅELSE

Dette kapitel vil forsøge at gå bagom den selvskadende adfærd, med henblik på at få en dybere psykologisk forståelse af selvskade. En sådan forståelse indebærer umiddelbart et indblik i, hvilke funktioner adfærden tjener, og de bagvedliggende årsager til behovet herfor. For selvskaderen er disse integreret i en samlet forståelse og en adskillelse er derfor kunstig. Inddelingen i funktioner og forklaringer skyldes primært fremstillingsmæssige hensyn og skal ikke tages som udtryk for, at der foreligger en faktisk adskillelse mellem disse komponenter. I afsnittet præsenteres selvskadens funktioner først, hvorefter de underliggende forklaringer beskrives.

3.1 Funktioner

For at forstå og behandle selvskadende adfærd, er det vigtigt at forstå adfærdens virkninger og funktioner. *”Past research suggests that addressing some of the functions [...] is more useful in addressing the behavior of self-mutilation as well as the general adjustment of self-mutilating patients.”* (Suyemoto, 1998, p.551). Der mangler dog stadig en klar forståelse af de psykologiske funktioner, som selvskade tjener. Et af problemerne i forsøget på at forstå de intrapsyriske og interpersonelle funktioner af selvskade, er kompleksiteten og den kontekstuelle indlejring af adfærden (ibid., 1998, pp.531, 537). Et andet problem er, at undersøgelserne på feltet har anvendt forskellige termer og undersøgt forskellige funktioner, hvilket gør det svært at komme frem til samtlige, samt de mest centrale funktioner (Klonsky, 2007, p.228). I litteraturen og forskningen om selvskade, synes der dog at herske konsensus om, at selvskaden tjener multiple funktioner (Briere & Gil, 1998, 615; Favazza & Conterio, 1989, p.286; Suyemoto, 1998, p. 531; Suyemoto & MacDonald, 1995, p.168; Øverland, 2006, pp.63-75).

Briere og Gil (1998) spurgte i en spørgeskemaundersøgelse 93 selvskadere, heraf 89 kvinder, med en gennemsnitsalder på 35 år, om hvorfor de engagerede sig i selvskadende adfærd ud fra 30 på forhånd givne årsager. De hyppigst valgte funktioner var; *“...”To distract yourself from painful feelings” and ”To punish yourself.”* (Briere & Gil, 1998, p.615). Klonsky (2007) identificerede, ud fra en gennemgang af empirisk forskning om funktionerne af selvskade, syv funktioner. De er; *”... affect-regulation, anti-dissociation, anti-suicide, interpersonal boundaries,*

interpersonal-influence, self-punishment, and sensation-seeking.” (Klonsky, 2007, p.228). Blandt disse funktioner fandt forskningen, ligesom studiet af Briere og Gil (1998) pointerede, hovedsageligt evidens for affektregulering og dernæst selvstraf (Klonsky, 2007, p.228; Briere & Gil, 1998, p.615). I litteraturen nævnes der yderligere disse funktioner: kontrol, egenomsorg, bearbejdning af traumer, at føle sig mindre ensom, at føle sig afslappet, transformere emotionel smerte om til fysisk smerte, afreagere, selvstimulere, hævn og ydmygelse, renselse, og opmærksomhed (Favazza & Conterio, 1989, p.286; Möhl, 2006, pp. 65-75; Sommerfeldt & Skårderud, 2009, p.757; Suyemoto & MacDonald, 1995, pp. 168-169; Øverland, 2006, pp. 63-75). Der eksisterer således mange forskellige funktioner af selvskadende adfærd, og det kan overvejes, om flere af dem egentlig omhandler det samme. Eksempelvis synes en del at omhandle affektregulering, ligesom der eksisterer en forbindelse til traumer blandt flere funktioner, såsom anti-dissociering, behandling af traumer og muligvis også kontrol og selvstraf. Traumer hører mere til de bagvedliggende årsager til udviklingen af selvskadende adfærd, hvorfor det hovedsageligt behandles i afsnittet 3.2 Forklaringer.

”It is important to note that these functional models are not mutually exclusive since different functions may co-occur and overlap conceptually.” (Klonsky, 2007, p.228). Funktionerne er tæt forbundne, og en adskillelse er derfor kunstig, men nødvendig for at forsøge at skabe overblik. De funktioner, der synes mest centrale er; affektregulering, selvstraf, kontrol, dissociation, grænseskabning og kommunikation (Briere & Gil, 1998, p.615; Klonsky, 2007, p. 228; Sommerfeldt og Skårderud, 2009, p. 757; Suyemoto & MacDonald, 1995, p.168).

3.1.1 Affektregulering

Affektregulering består hovedsageligt af validering eller reguleringen af affekter/følelser, der i forbindelse med selvskadende adfærd overvejende centrerer sig omkring vrede og frustration (Suyemoto, 1998, p.543). Mangler i evnen til at regulere sine følelser er en væsentlig forklaring på udviklingen af selvskadende adfærd¹⁷, og samtidig er affektregulering den funktion, forskningen antyder, er aktuel for de fleste individer, der skader sig selv, hvormed affektregulering både er en forklaring og en funktion (fx Sommerfeldt & Skårderud, 2009, p.757). Lotte Rubæk

¹⁷ Jf. 3.2.1 Affektreguleringsmodellen.

beskriver det således: ”De kan mærke en følelse, når den opstår, men de kan ikke kende forskel på, om de er glade, kede af det eller bange. De har en fornemmelse af, at følelserne hober sig op i kroppen.” (Rubæk, 2007, if. Søndergaard, 2007, p.30). Hun sammenligner endvidere ophobningen af følelserne med en ballon, der vokser og vokser. Når de skærer i sig selv, går der hul på denne ballon, og de får afløb for deres følelser (Søndergaard, 2007, p.30).

”Jeg gjorde det for som sagt at have noget som jeg følte jeg kunne styre. Men det hjælper også på frustrationer og voldsomme følelser så man kan få afløb for alt spændendingen i ens krop, da jeg ikke ved hvordan jeg ellers gør det for eksempel når jeg er meget ked af det eller vred eller vildt glad - det fylder så meget at jeg ikke kan indeholde det...”

(Beskrevet af B på Girtalk.dk, d.17.11.2009, da der i debatforummet blev spurgt om, hvorfor der selvskades).

På den måde kan selvskadende adfærd ses som en nødbremse, idet selvskaden kan stoppe eskaleringen af følelserne og bringe vedkommende tilbage til her og nu (Møhl, 2006, p.66).

Ifølge Møhl (2006, p.76) er en del individer med selvskadende adfærd aleksityme, hvilket betyder, at de har problemer med at udtrykke følelser med ord. ”If language cannot be used to create a distance from feelings and regulate affect, self-mutilation could be a good substitute.” (Suyemoto, 1998, p.549). På den måde kan det antages, at kroppen anses som en sekundær repræsentation af den mentale verden, hvormed selvskade substituerer for den symbolske rolle, som sproget normalt ville udfylde (Rubæk, 2009, pp.94-95). For individet, der er ude af stand til at udtrykke sine følelser, fordi ordene mangler, kan selvskaden dermed fungere som en form for primitiv symbolsk kommunikation, hvor den blødende krop bliver et symbol på det blødende sind (ibid.). Et sår kan dermed symbolisere dybden af en indre tilstand (Sommerfeldt & Skårderud, 2009, p.757, Suyemoto, 1998, p. 549).

Briere og Gil (1998, p.616) har i foromtalt spørgeskemaundersøgelse undersøgt den umiddelbare effekt af selvskade. De beskrev en umiddelbar reduktion af det følte indre pres af blandt andet vrede, indre tomhedsfølelse, angst, ensomhed

og tristhed (Briere & Gil, 1998, pp.616-618). Selvskade synes dermed at kunne give en umiddelbar lettelse, beroligelse og afledning i forhold til en smertefuld indre tilstand, og fungerer dermed som en måde at overleve på. Derudover synes selvskadere, at den fysiske smerte er lettere håndterbar end den psykiske (Møhl, 2006, p.66). Udover at fremkalde spændingsreduktion, kan selvskadende adfærd også have den modsatte effekt, nemlig at skabe følelsen af liv og intensitet (ibid., p.63). Konsekvensen af den selvskadende adfærd er dog ofte en øget skamfølelse (Briere & Gil, 1998, p.616). Denne skamfølelse kan forstærke trangen til selvskade, og igangsætte en ond cirkel, hvor oplevelsen af lettelse er kortvarig (Møhl, 2006, p.46).

3.1.2 Selvstraf

Selvskadende adfærd med henblik på at straffe sig selv, er ligeledes valideret af forskning (fx Briere & Gil, 1998, p.615). Denne funktion er særligt knyttet til affektregulering, idet skam- og hadefulde følelser ofte sætter selvskadningen i gang, og handlingen regulerer og reducerer følelserne, netop som affektregulering (Sommerfeldt & Skårderud, 2009, p.757). Den er dermed også en væsentlig faktor i selvskadens onde cirkel (Møhl, 2006, p.46). Had rettet mod selvet og det straffende element er dog en så væsentlig del ved selvskade, at det bør pointeres særskilt (Klonsky, 2007, pp.229-230, Øverland, 2006, pp. 64-68).

”Næsten alle selvskadende patienter er voldsomt selvkritiske og har et enormt selvhad og dermed et stort behov for at straffe sig selv. Dette selvhad ligger ofte latent og blusser op, hvis cutteren laver en fejl eller på en eller anden måde mislykkes.” (Møhl, 2006, p.67).

Øverland (2006, p.68) beskriver endvidere, at selvskade som straf både kan være en selvpålagt straf for at sone overfor andre, men lige så ofte eller oftere en straf overfor sig selv. *”It is not the object that is hated for leaving, but rather the self, for both the anger and the need.”* (Suyemoto, 1998, p.544). Selvhadet kan eksempelvis aktiveres gennem opfattet tab af andre. Den selvkritiske tendens og negative selvrepræsentation forbindes med både seksuelt og fysisk misbrug, eller en meget kritiserende opvækst og miljø. Her er det centrale, at selvskaderen tager skylden for

disse elementer på sine skuldre (Klonsky, 2007, pp.229-230). Derudover kan selvskade som selvstraf også hænge sammen med, at selvskaderen ikke mener, at vedkommende lever op til egne standarder og krav, hvorfor hun må skade sig selv (Møhl, 2006, pp.67-68). Rubæk (2009) beskriver i denne forbindelse et væsentligt aspekt, nemlig at selvskade kan afspejle en smerte-omsorgsforvirring. I situationer, hvor der i omsorgsmiljøet er sket en sammensmeltning mellem det gode og det onde, kan det som følge heraf være svært at afgøre, om selvbeskadigelsens funktion er selvomsorg eller selvafstraffelse (Rubæk, 2009, pp. 123-127).

3.1.3 Kontrol og dissociering

Selvskadende adfærd er ofte forbundet med traumer¹⁸. En del individer, der har været udsat for en traumatisk hændelse, anvender selvskaden som en måde at bearbejde dette på. Ved at skade sig selv, gentager de aspekter af de traumatiske situationer, en slags gentagelsestvang, men denne gang i en mere aktiv position. Individet kan nu beslutte hvor og hvornår smerten skal indtræffe, og dermed genopnå en form for kontrol over egen krop og smerte (Rubæk, 2009, pp. 120-122). Derudover kan selvskade bidrage til en følelse af kontrol ved at forvandle psykisk til fysisk smerte (ibid.).

”Så jeg som sagt ikke forholde mig til mine følelser og min psykiske smerte, den frustrerer mig og forkert.. Men fysisk smerte ved jeg hvad er og det kan jeg forholde mig til.. Så når jeg skader mig selv så påfører jeg mig selv en smerte som jeg ved hvad er, som jeg kan forholde mig til og jeg kan kontrollere den, for det er MIG som bestemmer hvornår jeg skader mig selv og ikke gør.. Så det er mig der kontrollere smerten.. Og det giver mig en lettelse at kontrollere det hele.”

(Skrevet af C. på www.girltalk.dk, d. 16.06.2009).

Kontrol er dermed en essentiel funktion for den selvskadende adfærd, og det relateres ofte til dissociering. Dissociation refererer til en spaltning af sindet eller bevidstheden, hvormed individet ændrer sin bevidsthedstilstand, sin hukommelse

¹⁸ Jf. 3.2.3 Traumemodellen.

eller endog sin identitet (Sommerfeldt & Skårderud, p.757). Det fungerer som en forsvarsmekanisme, der kan beskytte individet mod overvældende og truende psykiske og fysiske smerter (Møhl, 2006, pp.57-59). Dissociering er derfor ofte knyttet til barndomstraumer, idet forsvarsmekanismen har været anvendt dengang, og dermed senere i livet anvendes oftere af individet med en sådan baggrund (ibid., pp. 61, 73). Associationen mellem kontrol og dissociering består i, at selvskadende adfærd enten kan forhindre, stoppe eller skabe en dissociativ tilstand (Suyemoto, 1998, p.545; Øverland, 2006, pp. 70-75). ”*Ved at skære sig kan personen opnå følelsen af kontrol, idet hun enten kan 1) opnå at komme i en dissociativ tilstand [...] eller 2) stoppe eller forhindre den dissociative proces.*” (Møhl, 2006, p.61). På den måde synes dissociering både at være en årsag til og en virkning af selvskadende adfærd. Hvorledes selvskadende adfærd stopper den dissociative tilstand, eksisterer der fortsat uklarhed om. Det hænger dog formentlig sammen med en chokreaktion grundet synet af blodet og arrene, eller den fysiske smerte (Klonsky, 2007, p.229; Rubæk, 2009, p.130; Suyemoto, 1998, p.545). Der hersker dog stor tvivl om sidstnævnte argument, idet majoriteten af selvskadere, ifølge Suyemoto (1998, p.534), ikke mærker smerte, så længe den selvskadende handling står på¹⁹.

3.1.4 Grænseskabning

Grænseskabning er, som affektregulering og traumer, både forbundet med årsagen til adfærden og en funktion for selvskaden. Ifølge grænsemodellen, der tager udgangspunkt i objektrelationsteorien, anvendes selvskadende adfærd til at bekræfte eller reetablere selvets/kroppens grænser (Suyemoto, 1998, pp.546-548). ”*Marking the skin, which separates individuals from the environment and other people, is thought to affirm a distinction between oneself and other.*” (Klonsky, 2007, p.229). Behovet for etablering af selvets grænser synes at eksistere, idet selvskaderen ikke har formået at gennemføre separations-individuationsfasen i barndommen og dermed endnu ikke har dannet en repræsentation af selvet særskilt fra objektet, grundet en usikker tilknytning til moderen²⁰ (Suyemoto, 1998, p.547; Klonsky, 2007, p.229). Selvskade kan dermed hjælpe individet til at mærke og se egne grænser, samt opleve sig som adskilt fra resten af verden (Skytte, 2007, pp.94-95).

¹⁹ Dette diskuteres yderligere i afsnittet 3.2.4 Selvskadens biologiske forklaringer.

²⁰ Jf. 3.2.2 Grænsemodellen.

3.1.5 Kommunikation

En af de populære antagelser i samfundet er, at individet skader sig selv for at få opmærksomhed (Sommerfeldt & Skårderud, 2009, p.757). Ifølge Møhl (2006), er der dog lettere måder at få opmærksomhed på, hvis det blot var det, som individet ønskede. ”Det er [...] sjældent, at forsøget på at påvirke andre er cutterens primære motiv til at skære i sig selv.” (Møhl, 2006, p.47). Langt de fleste forsøger endvidere at skjule adfærden, og lidelsen betegnes ofte som en skjult lidelse²¹. I modsætning til ovenstående mener Lisbeth Wessel Bjørneset (2003) ikke, at selvskade som formidling er ualmindeligt. Hun inddeler den opmærksomhed, der kan ligge i selvskade i tre kategorier: 1) *Selvskade for at opnå positiv forstærkning*; individet anvender selvskaden til nonverbalt at formidle følelser med henblik på at gøre andre bekymrede for vedkommende, og derved opnå opmærksomhed. 2) *Selvskaden som et råb om hjælp*; individet oplever store psykiske problemer, men føler sig ikke forstået eller taget alvorligt, hvorfor selvskaden anvendes. 3) *Selvskade for at få negativ opmærksomhed*; individet anvender selvskaden som en aggressiv hævnaktion møntet mod en evt. tidligere overgrebsmand. Individet kan således skade sig selv for at ydmyge overgrebsmanden og fremstå uattraktiv, så uønsket seksuel kontakt forhindres (Bjørneset, 2003, p.858). Selvskadende adfærd som kommunikation implicerer dog ofte negative konsekvenser, da det opfattes som manipulation, og efterlader skam og skyldfølelser, fordi omgivelserne ikke altid tolker det, som individet havde intenderet (Møhl, 2006, pp. 70-71). Det virker sandsynligt, at ønsket om kommunikation eksisterer for nogle individer. Dette især i lyset af at nogle individer med selvskade har svært ved at udtrykke følelser med ord og derfor må finde en anden vej²². Her er der gerne tale om en kommunikation af en indre psykisk eller følelsesmæssig tilstand, der oftest, ifølge Rubæk (2009, pp. 40-41), tjener individet selv frem for at være rettet mod andre. Selvom selvskade ofte opfattes som en form for manipulation af omgivelserne, er der nok snarere tale om et forsøg på at få kontrol over egen situation.

²¹ Jf. 1.3.3 Epidemiologi.

²² Jf. 3.1.1 Affektregulering.

3.1.6 Afrundende diskussion

Som tydeliggjort tjener selvskadende adfærd multiple funktioner, såsom affektregulering, selvstraf, kontrol og dissociering, grænseskabning og kommunikation. ”*Et slikt mangfold minner oss om at vi ikke kjenner tilstandenes meningsinnhold før vi kjenner den enkelte pasienten.*” (Sommerfeldt & Skårderud, 2009, p.757). Enhver person, der skader sig selv, har sine motiver og sin helt særlige historie, der gør selvskadning meningsfuldt for vedkommende (Møhl, 2006, p.65). De funktioner, som selvskade tjener, varierer ikke blot fra person til person, men også afhængig af forskellige kontekster, eksempelvis personlige, familiære, og kulturelle i individets liv og på forskellige tidspunkter (Sommerfeldt & Skårderud, 2009, p.757). På den måde kan selvskade være den valgte adfærd, som individet har ’behov’ for at opnå en tålelig tilstand. Selvskadende adfærd synes således på kort sigt at være en anvendelig copingmekanisme²³, der kan dæmpe en indre ubehagelig følelse, give en følelse af kontrol eller gøre, at individet kan mærke sig selv (Møhl, 2006, p.65; Suyemoto, 1998, p.551). Selvskadende adfærd kan faktisk; ”... *serve seemingly adaptive psychological functions for some individuals.*” (Briere & Gil, 1998, p.618). Selvskade synes dermed umiddelbart at kunne fungere som en adaptiv copingmekanisme, men på sigt kan den savne en hensigtsmæssig fleksibilitet, da der er en tendens til, at den anvendes i samtlige svære situationer og på mindre og mindre foranledning.

En af årsagerne til, at en selvskader er så svær at behandle, kan forklares ved, at vedkommende opnår en umiddelbar god effekt af sin selvskadende adfærd²⁴ (Briere & Gil, 1998, p.618). Samtidig kan selvskade fungere som en beskyttelse mod selvmordsimpulser²⁵. ”*It appears that SIB²⁶ serves multiple functions, often simultaneously, which may account for the persistent, powerful effect it has.*” (Muehlenkamp, 2005, p.325). I behandlingen synes en forståelse af adfærdens funktioner dermed vigtige for en forståelse af det enkelte individs særlige problematik, og for en afgørelse af, hvad der er det mest centrale. Efter en beskrivelse af selvskadende adfærds funktioner efterlades et spørgsmål om, hvorfor der er behov for disse funktioner?

²³ Copingmekanisme beskrives som en måde at mestre livssituationer på (Folkman, & Lazarus, 1988, p.466).

²⁴ Jf. 4.1.1 Klientens manglende ønske om forandring og afhængighed af selvskaden.

²⁵ Jf. 2.3 Selvskade og selvmord.

²⁶ SIB er en forkortelse for self-injurious behavior (Muehlenkamp, 2005, p.324).

3.2 Forklaringer

Der er endnu ikke udviklet en grundlæggende psykologisk teori, der på én gang kan forklare de forskellige aspekter i udviklingen af selvskadende adfærd. Selvom fænomenet formentlig har eksisteret så længe, der har været mennesker, er begrebsliggørelsen forholdsvis ny i psykologisk praksis såvel som i litteraturen, og ligesom der for år tilbage manglede teorier om spiseforstyrrelser, mangler der nu teorier til forklaringen af selvskadende adfærd. De teorier, der indtil videre er udviklet, fokuserer hver især på forskellige elementer eller dele af forklaringen, og der er endvidere ikke enighed om, hvad der skal anskues, som det mest centrale.

En dansk psykolog, Lotte Rubæk, hvis bog er blevet anvendt og refereret til løbende i dette speciale, giver med sin bog *Selvskadens psykologi*, den første danske dybdegående analyse af dynamikken bag selvskadende adfærd (Rubæk, 2009, p.10). Hun forklarer selvskadende adfærd ud fra to modeller; affektreguleringsmodellen og traumemodellen. Litteraturen nævner flere andre bud, eksempelvis en psykoanalytisk driftsmodel, en miljøorienteret model, dissocieringsmodellen og grænsemodellen (Suyemoto, 1998, p.537; Möhl, 2006, p.81). Flere af disse teorier mangler imidlertid et evidensbaseret grundlag, dog har grænsemodellen, udover affektregulerings betydning og traumas dokumenterede indvirkning, en evidensbase bag sig (Klonsky, 2007, p.228). I Rubæks to modeller nævnes problematikker med grænser, men det behandles ikke separat. Grænseskabning er dog særligt relevant i de unge år, hvor selvskaden ofte viser sig, idet individet i disse år arbejder med udviklingen af en identitet som et særegent og selvstændigt individ. Grundet grænsemodellens solide evidensbase i forhold til flere af de andre modeller, dens væsentlige forklaringsværdi, samt den nære sammenhæng med funktionen at skabe grænser, ønsker jeg i det følgende at behandle grænsemodellen som noget separat.

I dette afsnit kapitel præsenteres affektreguleringsmodellen, grænsemodellen og traumemodellen, hvormed jeg mener at have udvalgt centrale teorier om udviklingen af selvskadende adfærd. Selvskade kan ikke udelukkende forklares ud fra psykologiske teorier, men kan også indeholde en mere biologisk dimension, hvorfor jeg kort vil introducere mulige biologiske forklaringer på selvskadende adfærd.

3.2.1 Affektreguleringsmodellen

Affektregulering²⁷ er en væsentlig funktion, idet mange selvskadende individer benytter den selvskadende adfærd, som en måde at håndtere og regulere svære og overvældende følelser på²⁸. Men hvorfor bliver de overvældet af deres følelser og har behov for at benytte selvskade som affektregulering? Ifølge affektreguleringsmodellen, er det nødvendigt at rette fokus mod det tidlige samspil mellem mor og barn, da dette har afgørende betydning for udviklingen af både affektregulering og mentalisering, begreber som er centrale for besvarelsen af dette spørgsmål (Fonagy et al., 2007, p.16; Rubæk, 2009, p. 43).

Peter Fonagy, György Gergerly, Elliot Jurist og Mary Target tilbyder med deres bog *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*, en vinkel, der tager udgangspunkt i deres egen forskningsmæssige og kliniske erfaringer såvel som udviklingspsykologien, tilknytningsteorien, psykoanalysen, filosofien osv. (Fonagy et al. 2002, pp.1-2; Rubæk, 2009, p.43). De anskuer affektregulering som noget, der tilegnes og udvikles i kontakten med den tidlige moderfigur eller hendes erstatning, og således ikke som en medfødt faktor (Fonagy et al., 2007, p.15). Udviklingen af affektregulering fordrer en tryk tilknytning og at barnet har tillid til forældrene, så barnet kan forholde sig nysgerrigt og udforskende til omverdenen. Hvis barnet ikke har udviklet en tryk tilknytning, vil det bruge sine kræfter på at dæmpe separationsangst frem for at udforske dets omgivelser, hvilket er afgørende for at opnå indblik i og fornemmelse af menneskeligt samspil (Møhl, 2006, pp.82-83). Affektregulering er tæt forbundet med mentalisering, idet affektregulering spiller en afgørende rolle i dannelsen af en fornemmelse af selvet og det at være aktør. Fonagy et al. (2002, pp.4-5) beskriver således udviklingen af evnen til affektregulering som et forstadium til mentalisering.

Mentalisering betegner kapaciteten til at tænke på mentale tilstande som adskilte fra handlinger, men dog potentielle årsager dertil, ligesom det omhandler evnen til psykologisk tænkning i relation til både sig selv og andre (Rubæk, 2009, p.44). *"Med evnen til mentalisering er individet i stand til at træde tilbage og på den ene side forholde sig til sine egne følelser og mentale tilstand og på den anden at se andres adfærd som udtryk for deres indre liv, som det udfolder sig gennem deres*

²⁷ Affektregulering defineres som: "...processer, hvorigennem individer påvirker, hvilke emotioner de har, hvornår de har dem, og hvordan de oplever og udtrykker disse emotioner" (Gross, 1999, if. Rubæk, 2009, p.43).

²⁸ Jf. 3.1.1 Affektregulering.

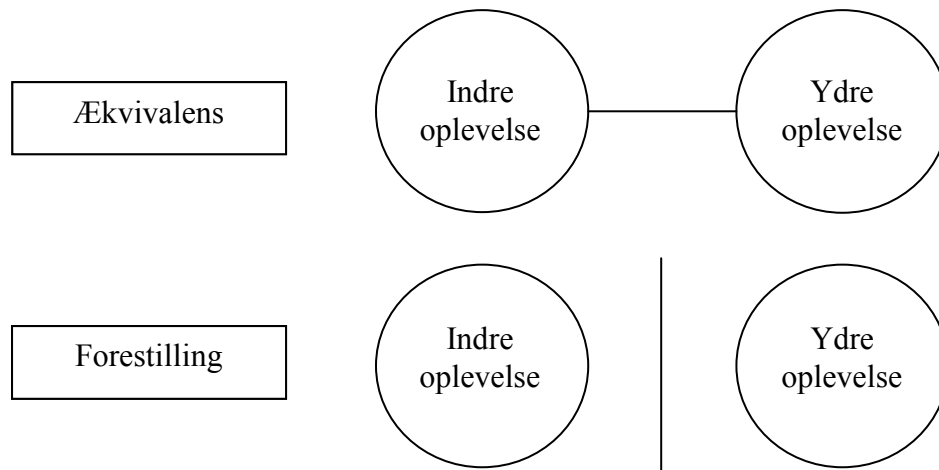
følelser, behov, fantasier og ønsker." (Møhl, 2006, p.83). Det centrale for barnets udvikling af en fuldt mentaliseret psykisk realitet synes at være, at omsorgspersonen i samspillet med barnet formår at give: 1) anerkendelse af oplevelser, følelser og hensigter, 2) en tryk tilknytning, og 3) en rimelig korrekt spejling. Den trykke tilknytning er dermed også essentiel for mentalisering, og det antages endda, at formålet med tilknytning er dannelsen af et system af mentale repræsentationer af psykologiske tilstande (Fonagy et al., 2007, p.14). Ifølge Fonagy et al. (2007, pp.19-22) har barnet brug for at blive spejlet på en kontingent og markeret måde.

"Contingent spejling betyder, at omsorgspersonens respons passer med barnets indre tilstand, og en marked spejling referer til, at det er tydeligt, at det er barnets indre og ikke omsorgspersonens tilstand, der spejles." (Møhl, 2006, p.83). Af dette lærer barnet ikke blot sine egne følelsesudtryk at kende, men også affektreguleringens trøstende omsorg. Omsorgsgiverens affektspejling kan dog være så utilstrækkelig, at det kan medføre, at nogle individer ikke kan identificere egne følelser eller nedregulere sin indre spænding (Rubæk, 2009, pp.59-61). Hvis omsorgspersonens spejling eksempelvis ikke stemmer overens med barnets indre tilstand (mangel på kontingent spejling), vil barnet udvikle en forvrænget oplevelse af selvtilstanden og et fremmedselv vil eventuelt kunne opstå. Hvis omsorgspersonen modsat korrekt identificerer barnets følelse, men det ikke er tydeligt, at omsorgspersonen forsøger at spejle barnets indre tilstand (mangel på markeret spejling), vil barnet ikke kunne udvikle en sekundær repræsentation af sin egen primære emotionstilstand, hvilket medfører en tilsvarende oplevelse af ufuldkommenhed i selvopfattelsen og selvkontrollen (Fonagy et al., 2007, pp. 19-21, 185-191). Barnet vil som følge heraf opleve sine negative følelser som udenfor sig selv og smittende, hvilket leder til en eskalering snarere end regulering af tilstanden, som kan være traumatiserende for barnet (Fonagy et al., 2007, p.20).

Utilstrækkelighed i omsorgspersonens spejling, pga. manglende kontingent eller markeret spejling, kan betyde, at udviklingen af mentalisering bliver hæmmet eller er fraværende. Rubæk (2009) beretter, at en af hendes grundlæggende hypoteser er; *"... at selvskadende adfærd kan forstås som et udtryk for en fejludvikling, der indebærer at barnet aldrig eller kun i ringe grad opnår evnen til mentalisering og affektregulering og således senere i livet vil være kendetegnet ved, hvad man vil kunne kalde en præmentalistisk funktionsmåde."* (Rubæk, 2009, p.62). En præmentalistisk funktionsmåde referer til, at individet ikke har opnået evnen til

mentaliserings, men opererer i det tredje udviklingsniveau²⁹; teleologisk modus.

Teleologisk funktion kendetegnes ved, at uintegrerede virkelighedsrepræsentationer i form af psykisk ækvivalens³⁰ og forestilling³¹ dominerer (jf. figur 1) (Bateman & Fonagy, 2007, pp.40-41; Rubæk, 2009, pp.54-62).



Figur 1: De to uintegrerede virkelighedsrepræsentationer; ækvivalens og forestilling. Gengivet model fra Rubæk (2009, p.56).

Den psykiske realitet har dermed en dobbelt karakter, da individet i ækvivalensmodus opfatter ideer som nøjagtige afspejlinger af virkeligheden, mens individet i forestillingsmodus opfatter ideer som repræsentationer, men uden sammenhæng med virkeligheden (Fonagy et al., 2007, p.192). Disse uintegrerede funktionsmåder, der kendetegner individet i det teleologiske modus, kan bidrage yderligere til forståelsen af selvskade (Rubæk, 2009, p.88). I relation til selvskadende adfærd kan en funktion i psykisk ækvivalens referere til, at det fysiske og psykiske ses som synonyme, hvorfor det er naturligt, at kroppen bløder, når sindet gør det. I og med at sind og krop anses som ligestillede, kan puberteten tænkes at udgøre en særlig svær periode for den selvskadende, idet kropsændringer, for individet, er

²⁹ Ifølge Fonagy et al. (2007) indebærer en fuldt udviklet forståelse af selvet som mental aktør ganske komplekse udviklingsprocesser i fem stadier, selvet som: 1) *fysisk aktør* (forståelse af kropsligt selv, som dynamisk og adskilt), 2) *social aktør* (evne til at indgå i sociale interaktioner), 3) *teleologisk aktør* (vægt på udfaldet af handlingen som årsag til handling), 4) *intentionel aktør* (mentalitetisk forståelse af visse kausale intentionelle sindstilstande), og 5) *repræsentationel aktør* (evne til at forstå og reflektere over mentale tilstande og fremkomsten af det selvbiografiske selv) (Fonagy et al., 2007, p.237).

³⁰ Psykisk ækvivalens refererer til et modus, hvor den indre oplevelse forstås som identisk med den ydre virkelighed. (Fonagy et al. 2007, pp. 64, 143).

³¹ En funktion i forestilling indebærer, at den indre oplevelse forstås som værende uafhængig og uden forbindelse med den ydre virkelighed (Fonagy et al. 2007, pp. 64, 143).

ensbetydende med større identitetsændringer end det er tilfældet for det normalfungerende individ³² (Rubæk, 2009, p.90). En funktion i psykisk ækvivalens er således én forklaring på, hvorfor selvskadende adfærds debut overvejende er i teenageårene. Derudover kan dette modus bidrage til forklaringen af selvskadens tendens til udbrænding efter omtrent 10-15 år, da kropsmodningen stabiliseres i denne periode (ibid., p.92).

En funktion i forestillingsmodus, hvor sindet anskues som adskilt fra kroppen, kan modsat være en del af forklaringen på, hvorfor selvskadende individer kan være upåvirkede af de fysiske skader, som adfærden resulterer i (Rubæk, 2009, p.89). En anden følge af det teleologiske perspektiv er fysikaliteten, der indebærer at individet grundet en indskrænket forståelse af mentale tilstande, er nødsaget til at forstå egne og andres handlinger ud fra de fysiske udfald, som adfærden medfører. Dermed bliver det, der kan ses på det ydre fokus for overdreven fortolkning og kroppens rolle central (ibid., pp.62-63).

En mulig forklaring på hvorfor individer med selvskadende adfærd bliver overvældet af deres følelser og derfor benytter selvskade som affektregulering, er, ifølge affektreguleringsmodellen, at evnen til mentalisering er manglende eller hæmmet. Individet med beskeden mentalisering har nemlig en svækket evne til at forstå og udtrykke indre tilstande, ligesom indre tilstande ofte forveksles med ydre, hvilket er kendetegnende for det selvskadende individ³³. Udover problemer med indsigt i egne følelser, har selvskadende individer ofte også svært ved at forstå intentionen bag andre menneskers handlinger (Søndergaard, 2007, p.31). Deres verden opleves derfor som uforudsigelig. *"Den præmentalistiske funktion medfører generelt, at verden opleves som uoverskuelig, usammenhængende og uforudsigelig, og den præmentalistiske person vil derfor hurtigt miste overblikket og oversvømmes af uidentificerbare følelser."* (Rubæk, 2009, p.78). Hvis en person således mangler mentaliseringsevnen, vil det menneskelige samspil være komplekst og uoverskueligt, hvormed personen vil være ekstra sårbar overfor svigt og konflikter.

Mentaliseringsevnen sammenlignes indimellem med en stødpude mellem umiddelbare impulser og følelser, og konkrete handlinger (Møhl, 2006, p.84). Hvis denne stødpude er fraværende eller hæmmet, er en neutralisering af følelser ikke

³² Dette er formentlig også en af forklaringerne på, hvorfor andre kropslige psykiske forstyrrelser, som fx spiseforstyrrelser, hovedsageligt forbindes med teenageårene (Rubæk, 2009, p.91).

³³ Jf. 3.1.1 Affektregulering.

mulig, hvorfor handling kan blive nødvendig som en form for selvrefleksion. *"Når man er ude af stand til at regulere sine impulser på et mentalt plan, så kan man med andre ord være tvunget til at handle på impulserne for derigennem at nedregulere dem."* (Rubæk, 2009, p.74).

Forklaringen på selvskadende adfærd kan være, at det repræsenterer en mulighed for at regulere de følelser, der ellers truer med at overvælde individet grundet en hæmmet eller manglende udvikling af affektregulering og mentalisering. Denne manglende udvikling kan, som ovenstående illustreret, ses i sammenhæng med en utilstrækkelig tilknytning og spejling, samt muligvis andre former for omsorgssvigt eller traumer³⁴.

3.2.2 Grænsemodellen

Grænsemodellen tager udgangspunkt i objektrelationsteorien, og i særlig grad Mahler's separations-individuationsfase. Mahler beskriver (Pao, 1969, p.202) fasen således:

"...this third subphase (14-22 months) of separation-individuation demonstrates with particular clarity that separation-individuation process has two complementary parts; one of these is individuation, the other separation. –The child exercises (individuation) to the limit... As the child becomes aware of his separateness, he resists separation from the mother by all kinds of mechanisms." (Mahler, 1965, if. Pao, 1969, p.202).

Antagelsen er, i forhold til selvskadende adfærd, at barnet er blevet fikseret i denne fase, idet selvskaderen som barn ikke formåede at gennemføre den³⁵ (Suyemoto, 1998, 547; Klonsky, 2007, p.229; Möhl, 2006, p.86; Pao, 1969, p.202). Barnet er dermed fastholdt i en dynamik, hvor det på den ene side har et ønske om sammensmeltning og på den anden side et ønske om adskillelse og selvstændighed fra den tidlige moderfigur eller hendes erstatning (Möhl, 2006, p.86; Doctors, 1981, p.448).

³⁴ Jf. 3.2.3 Traumemodellen.

³⁵ Et element, der taler for grænseproblematikkernes centralitet er, at der er fundet højere incidens af grænseforstyrrelser blandt selvskadende individer (Doctors, 1999, p.739).

I den vellykkede gennemarbejdning af separations-individuationsfasen fremmer moderens indlevelse og omsorg barnets udvikling mod et særegent individ (Møhl, 2006, p.86). Her er det essentielt, at moderen tilbyder en tilstrækkelig mængde støtte til barnet, så det får mulighed for at udvikle sig, men samtidig ikke bliver overvældet af voldsom frustration eller angst pga. uformåenhed (ibid.). Dynamikken mellem mor og barn er dermed central for en forståelse af, hvorfor individet er forankret i separations-individuationsfasen. Doctors (1981) påpeger i forbindelse hermed, at blandt de piger, han undersøgte, forstod mødrene ikke pigernes ønsker, intentioner og behov, og formåede derfor ikke at respondere konstruktivt i forholdet. Denne dynamik synes at kendetegne forholdet mellem mor og datter (Doctors, 1981, pp.446-447). Det kan dermed tænkes, at børn med utilstrækkelige mødre, eller mødre, der har udvist mangelfuld tilpasning til og støtte, udover at hæmme evnen til affektregulering³⁶, også kan hæmme udviklingen af stabile jeg-grænser.

Som følge af den manglende indlevelse fra mødrene, er tilknytningen influeret. Grænsemodellen antager således: *"The boundaries model is rooted in developmental object relations theory that suggests that these patients were unable to adequately separate or individuate from their mothers, primarily because the attachment was not secure enough in the first place."* (Suyemoto, 1998, p.547). Den manglende empatiske indlevelse og utilstrækkeligt trygge tilknytning kan dermed besværliggøre en gennemarbejdning af problemerne i separations-individuationsfasen. Dette betyder, at individets evne til at udvikle stabile objektrepræsentationer hæmmes således, at grænserne til andre mennesker sløres og der opstår en angst for sammensmeltning (Suyemoto, 1998, p.547). Individet kan så, hovedsageligt grundet den mangelfulde relation til mor, siges at være præget af manglende objektkonstans og manglende stabile objektrepræsentationer (Doctors, 1981, pp.448-449). Denne manglende skelnen mellem selv og andre, udsætter individet, særligt i stressfulde situationer, for en midlertidig udviskning af objektverdenen, samt truer individets fornemmelse af selvet, idet tabet af objektet opleves som et tab af selvet (ibid., p.454). Selvskadende adfærd kan i den forbindelse anskues som et forsøg på at hindre eller bekæmpe selvets opløsning, oftest i relation til en oplevelse af tab eller afvisning, ved at bekæmpe dets grænser og dermed opnå en følelse af kontrol³⁷ (Møhl, 2006, p.88). I adskillelsen fra og omvendt i nærheden

³⁶ Jf. 3.2.1 Affektreguleringsmodellen.

³⁷ Jf. 3.1.4 Grænser.

af en væsentlig anden oplever individet således at være på grænsen til at miste sit selv og dermed opstår en stærk angst for at gå i opløsning/sammensmelte, hvormed den selvskadende adfærd repræsenterer et forsøg på at fastholde en identitet. Huden er den mest basale grænse mellem selvet og andre (Suyemoto, 1998, p.547), og karakteriseres ofte som; ”... en scene, hvor cutteren kan udtrykke sin indre verden.” (Møhl, 2006, p.42).

Selvskadende adfærd fremkommer dog sjældent i de helt spæde år, men udbryder først for alvor i teenageårene³⁸. Hvordan kan det forstås? Selvskaderens særlige sårbarhed i puberteten kan forklares ud fra, at ambivalensen mellem tilknytning og adskillelse, separation og individuation er på sit højeste, idet individet i disse år arbejder mod en større fornemmelse af autonomi og udvikling af egen identitet (Møhl, 2006, p.87; Suyemoto, 1998, p.547). Dette er ekstra problematisk for individet, der endnu ikke har gennemarbejdet adskillelsesfasen i barndommen, og der kan for vedkommende tales om en genforhandling af fasen fra barndommen. ”*The failure to adequately negotiate the infant's separation/individuation stage leads to a reoccurrence of separation/individuation tasks in adolescence, causing a feeling of loss of self as the self is still merged with the other.*” (Suyemoto, 1998, p.547).

I genforhandlingen af separations-individuations fasen, kan der antages at eksistere et behov for overgangsobjekter, som i barndomsfasen. ”*Self-mutilation may be particularly good at defending against feelings of merger, as many object relations theorists see self-mutilation, self-mutilating implements, blood, or scars caused by self-mutilation as transitional objects used to negotiate the reenactment of the separation/individuation process.*” (Suyemoto, 1998, p.547). Grundet den forstyrrede adskillelse fra moderen, har individet ikke en stabil fornemmelse af selv eller udviklet evnen til at anvende symboler til at udtrykke følelsestilstande (Møhl, 2006, p.87). Dette betyder, at individet vil have behov for et konkret symbol eller sanseligt udtryk for at finde tryghed eller regulere sine følelser og angst. Et overgangsobjekt kan dermed psykologisk set anskues som en mellemstation på vejen fra individets totale afhængighed af moderen til dets frigørelse og udvikling af selvstændighed (Møhl, 2006, p.87).

Ud fra grænsemodellen kan individets anvendelse af selvskadende adfærd forklares ved, at etableringen af individets grænser og identitet er truet i situationer

³⁸ Jf. 1.3.3 Epidemiologi.

med adskillelse fra eller nærhed med en væsentlig anden, grundet manglende gennemarbejdning af separations-individuationsfasen, hvormed selvskaden kan fastholde disse grænser. Denne model stemmer overens med det faktum, at langt de fleste selvskadende handlinger forbindes med relationelle problemer og foregår, når individet er alene (Rubæk, 2009, p.30). Grænsemodellen kan derudover give et bud på, hvorfor individet kan finde det attraktivt at påtage sig en identitet som ”cutter”, da det er bedre at være et eller andet, end ikke at være noget, og det også kan gøre det nemmere at sætte grænser. Ovenstående skal dog ikke forstås sådan, at en manglende gennemarbejdning af separations-individuationsfasen kan forudsige senere selvskadende adfærd, men nærmere som en udvidelse af en psykologisk forståelse af selvskadens natur og funktioner (Doctors, 1981, p.457). Modellen giver et godt perspektiv på udviklingen af selvskadende adfærd, men kan ikke forklare, hvorfor personen netop vælger selvskade frem for andre mulige overgangsobjekter. Dette kan dog hænge sammen med selvskades affektregulerende funktion³⁹ (Møhl, 2006, pp.88-89).

Individets problemer med udflydende selvgrænser og mangel på sammenhæng i selvoplevelsen, behøver ikke nødvendigvis at stamme fra en fiksering i separations-individuationsfasen, men kan også være resultatet af traumatiske oplevelser i barndommen (Rubæk, 2009, p.127). Traumatiske oplevelsers indflydelse på udviklingen af selvskadende adfærd er derfor udgangspunktet for næste afsnit.

3.2.3 Traumemodellen

Traumemodellen tager udgangspunkt i den sammenhæng, der synes at være mellem selvskade og barndomstraumer. ”... *there is growing evidence that people who engage in SIB have a history of trauma. The most common traumas are major surgery in childhood, physical and/or sexual abuse, and sexual assault.*”

(Muehlenkamp, 2005, p.326). I en longitudinal undersøgelse af 70 personer med personlighedsforstyrrelse eller bipolar lidelse type II, foretaget af van der Kolk, Perry og Herman (1991), pegede resultaterne på, at barndomstraumer var forbundet med selvskadende adfærd, og heriblandt især cutting (van der Kolk et al., 1991, p.1665). Blandt de 28 undersøgelsesdeltagere der anvendte cutting, havde fx hele 79 % oplevet barndomstrauma (fysiske/seksuelle overgreb eller vidne til vold i hjemmet)

³⁹ Jf. 3.1.1 Affektregulering, og 3.2.1 Affektreguleringsmodellen.

og 89 % oplevet svær grad af omsorgssvigt (fysisk forsømmelse, emotionel forsømmelse, kaos i familien og separation fra omsorgspersoner) (ibid., p. 1667). Alderen, hvor traumet sker, synes at spille en rolle for sværhedsgraden og udtrykket af selvskadende adfærd: ”... *the earlier the trauma, the more cutting.*” (ibid.). Briere og Gil (1998, p.617) fandt ligeledes signifikante associationer mellem selvskadende adfærd og seksuelt misbrug, men fandt ingen evidens for rollen af andre variabler som eksempelvis fysisk misbrug. Barndomstraumer, særligt i form af seksuelt misbrug, synes således associeret med selvskadende adfærd.

For at belyse denne sammenhæng, sættes der i det følgende fokus på, hvilken indvirkning tidlig traumatisering har på individet. Inden de mulige konsekvenser af traumet introduceres og analyseres, er en definition af traumer dog nødvendig, for hvad er egentlig et traume?

Ordet traume stammer oprindeligt fra det græske ord for sår, men den kliniske anvendelse af begrebet varierer, og anvendes i dag på et hav af forskellige måder (Varvin, 2003, pp.24-25, 76). Hovedparten fokuserer dog på relationen mellem den ydre begivenhed og den psykiske realitet. Det er nemlig ikke begivenheden i sig selv, men oplevelsen/følgerne heraf, den personlige håndtering, der afgør, om det er en traumatiserende eller blot en ’faresituation’ (Varvin, 2003, pp.17,78; Gammelgaard, 1993, p.66). For at der kan være tale om et traume må individet opleve hjælpeløshed og ekstrem frygt, fordi vedkommende mangler ressourcer til at tackle og meningsgive oplevelsen (Varvin, 2003, pp. 12, 29, 153). Et traume er dermed komplekst og defineres, ifølge Varvin (2003), som: ”... *a state where the ego is overwhelmed and where the normal integrative functions are damaged or defective.*” (Varvin, 2003, p.61). Med denne definition lægges der særlig vægt på individets manglende evne til at håndtere de stimuli og affekter, der eksisterer som følge af begivenheden og individet må derfor ofte benytte sig af primitive forsvarsmekanismer, såsom dissociation, for at håndtere dem. De psykologiske konsekvenser af begivenheden spiller dermed en væsentlig rolle, da traumet altid defineres retrospektivt (Varvin, 2003, p.78; Gammelgaard, 1993, p.184; Rubæk, 2009, p.108). Traumer kan forekomme på alle tidspunkter i livet, men da selvskadende adfærd oftest debutterer i puberteten, vil der i det følgende hovedsageligt tages udgangspunkt i infantile eller barndomstraumer.

En traumatisk oplevelse indvirker på individets udvikling, idet den stopper kontinuiteten af eksistens og sætter den kognitive/perceptuelle organisering ud af

funktion (Varvin, 2003, p.62,78). Traumatet er uden for sproget og den subjektive oplevelse af tid, og er derfor ikke mulig at præsentrere på et symbolsk niveau (ibid.). Ved traumer, eller i hvert fald ekstreme traumer, er det dog ikke blot, ifølge Varvin (2003, p.82), i henhold til selve traumatet, at individets funktioner påvirkes, men det forstyrrer også de generelle mentale processer. Flere studier bekræfter endvidere, at overgreb forringer barnets refleksive kapaciteter og følelse af helhed i selvoplevelsen (Rubæk, 2009, p.114). På den måde kan individets manglende evne til at reflektere og dermed mentalisere forklares ved en svækkelse af mentaliseringsevnen som følge af traumatet. Der kan således skelnes mellem fx aleksitymi⁴⁰, som resultat af traumefremkaldt regression og som mangelfuld udvikling af en tidlig periode i opvæksten⁴¹ (ibid., pp.110-113). De to modeller kan dog ikke adskilles helt, da individets funktionsniveau har betydning for håndteringen af potentielle traumatiske situationer (Varvin, 2003, p.41). En solidt etableret refleksiv funktion udgør nemlig en beskyttende faktor, mens en skrøbelig refleksiv funktion sandsynliggør sårbarhed overfor senere traumer (Fonagy et al., 2007, p.330).

Tidlige traumer synes altså, ifølge Rubæk (2009, p.114), at kunne forhindre, at de to modi af psykisk virkelighed (psykisk ækvivalens og forestilling) integreres til en moden mentalisering. Dette er adaptivt for det traumatiserede individ, idet en funktion i ækvivalens-modus medfører, at individet fokuserer mere på det fysiske, og er skeptisk overfor det mentale (fordelen ved dette er bl.a., at individet ikke overvejer overgriberens følelser og tanker, hvilket kan være meget ødelæggende). På samme måde kan en funktion i forestillingsmodus hjælpe barnet med at adskille den uudholdelige ydre virkelighed fra den indre tilstand (ibid.). Hæmning af mentalisering kan dermed eksistere, fordi individet har behov for det, for at overleve traumatet. Eftervirkningerne af traumatet (hæmning af symbolsk og refleksiv funktion) virker til at stemme overens med konsekvenserne af generel neglekt, som det blev beskrevet i affektreguleringsmodellen. Det betyder dermed, at: ”... *traumatiske oplevelser på flere væsentlige punkter kan medføre de samme intrapsyriske deficits, som gjorde sig gældende for det generelt omsorgssvigtede barn.*” (Rubæk, 2009, p.119). Dette indebærer således en nedsat mentalisering, affektivitet og evne til at anvende symboler til at beskrive følelsesmæssige tilstande.

⁴⁰ Jf. 3.1.1 Affektregulering.

⁴¹ Jf. 3.2.1 Affektreguleringsmodellen.

Et aspekt, der er essentielt at nævne i forbindelse med traumer, er forsvarsmekanismen dissociation, der kan beskytte individet i faresituationer, hvor fysisk flugt er umulig. Ved et oplevet traume kan dissociation, der indebærer en spaltning af bevidstheden, muliggøre en afbrydelse af forbindelsen mellem psykisk og fysisk virkelighed (Møhl, 2006, pp.57-59). Dermed er mekanismen essentiel for, at barnet kan overleve traumet. På længere sigt kan det dog give personen nærmest kroniske tomheds- og uvirkelighedsfølelser, selv når der ikke er fare på færde, hvilket sidestilles med en funktion i forestillingsmodus (Rubæk, 2009, pp. 114, 117). Dissociering kan altså spille en medierende rolle mellem barndomstraumer og selvskade, idet individet får behov for at skade sig selv, for at komme ud af eller ind i den dissociative tilstand.

Traumer kan kobles til selvskadende adfærd på flere måder. Funktionen for selvskade kan eksempelvis være en bearbejdning af traumet, selvafstraffelse grundet skyldfølelser over overgrebene, selvomsorg, fordi smerte er koblet med omsorg, styring af den dissociative proces osv. (Rubæk, 2009, pp.120-134). Derudover kan det tænkes at være forbundet med et behov for at sætte grænser, idet et seksuelt overgreb repræsenterer en voldsom grænseoverskridelse (Strong, 2000, pp.65-66). *”There are many roots to cutting, but the single, most common causal factor is childhood sexual abuse.”* (Strong, 2000, p.64). Selvom selvskadende adfærd associeres med traumer i den tidlige barndom, betyder det ikke, at alle, der skader sig selv, har været udsat for noget sådant. Traumer repræsenterer dog et væsentligt aspekt, der, som affektreguleringsmodellen og grænsemodellen, kan være en årsagsforklaring på hvorfor, individet skærer i sig selv.

3.2.4 Selvskadens biologiske forklaring

Som tydeliggjort i afsnittet om selvskadende adfærds funktioner, har selvskade ofte en affektregulerende funktion, hvormed vanskelige følelser håndteres (Øverland, 2006, p.39). Der er udviklet forskellige modeller til at forklare selvskadens dæmpende effekt på stærk psykisk smerte ud fra en biologisk vinkel. *”Modellene viser til at kroppens egne opiat eller transmittorsubstanser blokkerer smerteoplevelsen under selvskadingen, eller gir en oplevelse som karakteriseres som selvbelønnende.”* (Øverland, 2006, p.39). I det følgende vil jeg især sætte fokus på serotoninmodellen, adrenalinmodellen, og enkefalin/afhængighedsmodellen.

Neurotransmitteren serotonin er en af hjernens signalstoffer, der faciliterer passagen af impulser mellem enkelte nerver i hjernen (Bjørneset, 2003, p.860; Favazza, 1996, p.261; Möhl, 2006, p.91). Den højeste koncentration af serotonin findes i en del af hjernen, der kaldes raphekernen. Nerverne fra dette sted forbindes med stort set hele hjernen, men særligt med hypothalamus⁴² (Bjørneset, 2003, p.860; Favazza, 1996, p.261). En række undersøgelser har påvist en sammenhæng mellem et lavt serotonin-niveau og selvskadende adfærd. *"Funn har vist at det er en økt risiko for aggresjon både mot en selv og andre ved senket serotonin-nivå. Årsakssammenhengene her er imidlertid ukjente."* (Bjørneset, 2003, p.860). Relateret forskning har omvendt fundet, at forøget serotonin kan mindske selvskadende adfærd (Möhl, 2006, p.91). Winchel og Stanley (1991, p. 314) har gennemgået forskningen på området, og ifølge dem, synes det plausibelt at antage, at et nedsat serotonin-niveau kan forbindes med udviklingen af selvskadende adfærd. Der mangler dog fortsat forskning til at afgøre det endeligt, da den eksakte relation fortsat er uklar.

Ifølge Möhl (2006, p.91) har forskere fundet et forhøjet niveau af adrenalin blandt selvskadende borderline patienter. Adrenalin hører under katekolaminerne (sammen med dopamin og noradrenalin), der både i hjernen og kroppen fungerer som signalstoffer og hormoner, der har forbindelse til kamp eller flugt-situationen. *"Et forøget katekolamin-niveau bevirker, at personen er i en stresstilstand med et forhøjet alarmberedskab (arousal-niveau), som vedkommende måske ikke kan dæmpe på anden måde end ved at skære sig."* (Möhl, 2006, p.91). Et forhøjet alarmberedskab kan eksempelvis forklares med en lav stresstærskel eller et forhøjet stressniveau grundet fx traumer fra barndommen. Selvskade reducerer således en indre spænding af negative følelser, hvilket kan tænkes at forstærke og opretholde adfærden som en maladaptiv copingstrategi (Haines et al., 1995, p.48).

En tredje fysiologisk forståelse og forklaring af selvskadende adfærd involverer endorfiner (naturligt forekommende opioider⁴³ i hjernen) og herunder særligt neurotransmittergruppen enkefalin (Babiker & Arnold, 2004, pp.71-72; Bjørneset, 2003, p.860; Favazza, 1996, p.262; Winchel & Stanley, 1991, pp.309-310). Enkefalin produceres i hjernen og i forskellige kirtler, de er kroppens egne

⁴² Hypothalamus er et område i mellemhjernen, der består af flere grupper af nerveceller, og som kontrollerer det autonome nervesystem og hormonsystemet (Egidius, 2005, p.239). Hypothalamus menes at spille en central rolle i reguleringen af impulsivitet og aggression, og derudover appetit, humør, søvn og sexlyst (Bjørneset, 2003, p.860; Favazza, 1996, p.261).

⁴³ Opioider er smertestillende stoffer, der kan have en euforiserende og afhængighedsskabende effekt. Prototypen er morfin, der udvindes af opiumvalmuens frø kapsel (Egidius, 2005, p.406).

opiumlignende stoffer og har bl.a. som funktion at hæmme smerte og regulere emotioner (Favazza, 1996, p.262; Øverland, 2006, p.40). Den positive forstærkning forbundet med frigivelsen af endogene opioider, er blevet foreslået som en mulig forklaring på gentagende adfærd, der kan frigive opioider (Winchel & Stanley, 1991, p.309). En årsagsforklaring er dermed, at det opioide system, for nogle individer, er ændret på en sådan måde, at der er behov for at stimulere frigivelsen af ekstra opioider for at opretholde en tilstrækkelig balance (Babiker & Arnold, 2004, pp.71-72; Winchel & Stanley, 1991, p.309). Behovet for at frigive endorfiner grundet en ubalance i det opioide system kan således være årsagen til, at der søges ydre metoder til at stimulere frigivelsen, men også den behagelige oplevelse, som følger af frigivelsen af enkefalin, kan tænkes at spille en rolle. *"One theory is that since enkephalins have a generally pleasurable effect (similar to what is experienced by taking opium or heroin), self-mutilators harm themselves to induce their production."* (Favazza, 1996, p.262). Smerten og det fysiske traume ved den selvskadende adfærd kan dermed stimulere frigivelsen af smertereducerende og behagelige endorfiner og enkefalin (Babiker & Arnold, 2004, pp.71-72; Bjørneset, 2003, p.860; Favazza, 1996, p.262). Hvis individet associerer selvskade med den ledsagende behagelige oplevelse, hvilket ifølge Øverland (2006, p.40) er sandsynligt med tiden, kan adfærden være afhængighedsdannende. Dette har givet anledning til betegnelsen; auto-afhængighed, der kan beskrives som en afhængighed af kroppens egne morfinlignende stoffer (Møhl, 2006, p. 92). Personen får et kick af den selvskadende adfærd, hvilket fordrer yderligere adfærd og i sin udviklede form, opfylder cutteren de klassiske tegn på afhængighed (ibid., pp.92-93). Der ses således en stærk trang, tanker der kredser sig om det, toleranceøgning, abstinenssymptomer, psykisk afhængighed af copingmekanismen og fysisk afhængighed af endorfinerne⁴⁴ (Møhl, 2006, pp.92-93).

⁴⁴ Der eksisterer i den forbindelse stort overlap med anden impulsiv adfærd, der også forbindes med afhængighed, eksempelvis bulimi (Møhl, 2006, p.96).

”Hvordan det er?? Det er forfærdeligt... Ja du får en ros når du skærer dig selv fordi der løsnes nogen beta endorfiner som svare til kroppens heroin og morfin... Jeg gør det selv og JA det hjælper mig... Men hvis du spørger hvordan det føles at skære i sig selv vil jeg sige det er et helved.. Det er helved fordi du bliver afhængig, det er et helved fordi du konstant skal skjule det for andre, det er helt fordi du konstant tænker i selvskadende baner med hvor og hvornår du kan gøre det...”

(Skrevet af D på www.girltalk.dk, d.10.04.2010, da en anden bruger på debatforummet E adspurgte, hvordan det føles at cutte).

Oplevelsen kan således anskues som en kontrast til de behagelige endorfiner, der frigives. Nogle beskriver endda, at det er sværere at stoppe med selvskade end andet misbrug (Møhl, 2006, p.94). Det er dog ikke alle, der udvikler afhængighed, eksempelvis udvikler dem, der eksperimenterer med selvskade det ikke nødvendigvis (ibid., p.96). Et problem ved denne afhængighedsmodel er, at mange selvskadere beretter, at de ikke oplever smerte, når de skader sig selv (Bjørneset, 2003, p.860). Det er dog muligt, ifølge Haines et al. (1995), at det er den ekstreme stress, der går forud for en selvskadende episode, som skaber analgesien⁴⁵ og ikke skaden i sig selv. *"The absence of pain during self-mutilation most probably is mediated by an increase in endogenous opiates such as β -endorphins and enkephalins, caused by the extreme stress reaction prior to cutting."* (Haines et al., 1995, p.472). Det synes således muligt, at både smerten og den ekstreme stress kan igangsætte frigivelsen af endorfiner. Fraværet af smerte ved den selvskadende handling, leder derudover tanken hen på dissociation, der som tidligere skrevet, kan bevirke, at vedkommende ikke i samme grad oplever smerten.

Fremstillingen af modellerne er forenklede, idet den biologiske komponent ikke er hovedfokus for dette speciale, men jeg vurderer dem alligevel essentielle for en ordentlig forståelse. Viden om selvskadende adfærds biologiske aspekt mangler, som teorierne om selvskadende adfærds udvikling, fortsat en fuld forståelse (Babiker & Arnold, 2004, p.73; Winchel & Stanley, 1991, pp.314-315). De biologiske disponeringer individet kan have i forhold til at udvikle selvskadende adfærd skal dog naturligvis medtænkes.

⁴⁵ Analgesi betyder smertefrihed (Egidius, 2005, p.35).

3.2.5 Afrundende diskussion

I det ovenstående blev der præsenteret tre psykologiske modeller; affektreguleringsmodellen, grænsemodellen og traumemodellen.

Affektreguleringsmodellen og grænsemodellen synes umiddelbart sammenlignelige, da de begge forklarer den selvskadende adfærd ud fra en fejludvikling. Imidlertid belyses der forskellige fejludviklinger i modellerne, idet affektreguleringsmodellen fokuserer på individets manglende udvikling af affektregulerings- og mentaliseringsevne, mens grænsemodellen fokuserer på individets manglende udvikling af stabile selv-grænser. Affektreguleringsmodellen antager altså, at individet skader sig selv grundet problemer med at forstå og regulere emotioner, mens grænsemodellen forklarer individets behov for selvskade ud fra problemer med at opretholde selvfølelse i adskillelsen fra eller i nærhed med et andet menneske. Der er dog flere fællestræk, eksempelvis fokuserer begge modeller på, at selvskaden sker i forbindelse med svære relationelle situationer, hvor enten affekterne kommer ud af kontrol eller individets grænser sløres, grundet angst for opløsning eller sammensmeltning. De er endvidere hovedsageligt topersoners psykologier, da de fokuserer på relationen mellem omsorgsgiveren og barnet, som afgørende for individets problematikker. Dermed er begge årsagsforklaringer baseret på antagelsen om, at fejludvikling skyldes manglende kvalitet i den primære relation.

Som modsætning kan traumemodellen både være to- og trepersoners psykologi, da den ikke fremhæver en særlig relation over andre, og en traumatisk situation kan involvere en hvilken som helst person. Nærheden i relationen kan dog have indflydelse på sværhedsgraden af traumet, ligesom selve begivenheden og individets sårbarhed. Traumemodellen argumenterer for, at et traume kan resultere i en regression i såvel den mentale funktion, som affektiviteten. Regressionen i udviklingen virker som en central overlevelsismekanisme for individet, men bevirker, at bearbejdningen af traumet og selvets integration bliver påvirket. Traumet kan dermed forhindre, at psykisk ækvivalens og forestilling integreres til en moden mentalisering. Dette leder tanken hen på affektreguleringsmodellen, men hvor den manglende mentalisering under affektreguleringsmodellen afspejler en fejludvikling, repræsenterer den ifølge traumemodellen en regression i individets udvikling. Modellerne kan dog ikke adskilles helt så tydeligt, da individet med begrænset mentaliseringsevne, må være mere sårbar overfor et eventuelt traume, end individet, der har en solidt udviklet mentaliseringsevne. Derudover kan traumatiske oplevelser

medføre samme intrapsyriske deficits, som for det omsorgssvigtede barn, og et traume behøver ikke at være relateret til en enkelt begivenhed, men kan også være udløst af fx omsorgssvigt (Fonagy et al., 2007, p.174).

I kapitlet blev der også præsenteret biologiske forklaringsmodeller, der i deres natur må siges at være væsensforskellige fra de psykologiske modeller.

I det biologiske afsnit blev det tydeliggjort, at forståelsen af selvskadende adfærd også kan indeholde biologiske aspekter. Selvskadende adfærd associeres blandt andet med forskellige neurotransmittere, såsom et nedsat serotonin-niveau (der bevirker en øget risiko for aggression mod selv og andre), og et forhøjet niveau af adrenalin (der er et tegn på et forhøjet alarmberedskab eller en lav stresstærskel), hvormed selvskade kan fungere som en form for regulering. Derudover forbindes selvskade med en ubalance i det opioide system, der medfører et behov for frigivelse af ekstra endorfiner, men kan derudover også have en relation til selvskadens behagelige effekt, som kan medføre afhængighedsudvikling. Biologiske faktorer kan dermed disponere individet for udviklingen af selvskadende adfærd, men kan formentlig ikke alene forklare fx tidspunktet, hvor adfærden påbegyndes. Her har de psykologiske teorier deres relevans. I forbindelse hermed synes det essentielt at nævne, at interpersonelle oplevelser også kan påvirke individet på et biologisk plan. Interpersonelle oplevelser kan nemlig indvirke på den kemiske balance i hjernen, eksempelvis medfører langvarig stress biologiske forandringer (Egidius, 2005, pp.556-557; Möhl, 2006, pp.91-92).

På baggrund af ovenstående kan det konkluderes, at udviklingen af selvskadende adfærd kan forbindes med blandt andet utilstrækkelig tilknytning, manglende udvikling af affektivitet, mentalisering og gennemarbejdning af separations-individuationsfasen, udløsende traumatiske oplevelser, samt biologiske funktioner. Diversiteten i modellerne og den manglende udvikling af en samlet teori, som indeholder alle aspekter, kan afspejle adfærdens kompleksitet og den heterogene gruppe, som selvskadere udgør. Derfor indebærer forståelsen af det enkelte individ en forståelse af, at aspekter fra forskellige modeller kan interagere på forskellig vis. Jo større bredde i forståelsen, des flere tangenter har terapeuten at spille på i forståelsen og i forhold til valg af behandling.

4. FORANDRING

I denne del af opgaven vendes blikket mod det andet aspekt af problemformuleringen; hvorledes forandring opnås. Når vejen mod forandring udforskes synes der umiddelbart at være to typer faktorer, som er væsentlige, nemlig de, der hæmmer og de, der fremmer, behandlingen. Første del af dette kapitel fokuserer derfor på de faktorer, der hæmmer forandring, mens anden del vil fokusere på de elementer, der er fremmende for forandring. Slutteligt vil opnåelsen af forandring ved individet med selvskadende adfærd diskuteres ud fra forskellige perspektiver.

4.1 Del 1: Selvskadende adfærd – en udfordring for terapeuten.

Indtil for nyligt blev personer med selvskadende adfærd opfattet som "*... an untreatable population whose symptoms baffled even their own therapists.*" (Conterio, Lader, & Bloom, 1998, p.209). Individet med selvskadende adfærd blev således anskuet som behandlingsresistent. Andre steder er adfærden beskrevet som meningsløs, afskyelig, skræmmende og mystisk (Favazza, 1996, p.288). Som følge af synet på selvskadende adfærd, fokuserede psykiatrien tidligere sjældent på selvskaden på trods af dets relativt høje prævalens (Favazza, 1996, p.288). I dag er interessen for fænomenet vokset, og der eksisterer flere tilgange til behandling af selvskade, som indtil videre har vist en rimelig effekt⁴⁶. Som beskrevet i indledningen reflekterede det tidlige syn på selvskade manglende viden, og synet er siden gået fra, at se selvskadende som behandlingsresistente til, at de i dag anses for at være blandt de sværeste klienter at behandle (Favazza, 1996, p.290). På trods af de nyere tilgange, repræsenterer selvskaden således stadig en stor udfordring for terapeuten. Det særligt udfordrende ved behandlingen af selvskadende individer, kan forklares fra to forskellige perspektiver: 1) individets afhængighed af og modstand mod at opgive adfærden, og herunder forandringens faser, og 2) de følelser og reaktioner der opstår i terapeuten (og de mennesker, der omgås det selvskadende individ) som følge af adfærden.

⁴⁶ Jf. 4.2 Del 2: Behandlingsstrategier mod forandring.

4.1.1 Klientens manglende ønske om forandring og afhængighed af selvskaden

En årsag til at selvskadere er en stor udfordring for terapeuten er, at selvskadende adfærd oftest spiller en tilsyneladende adaptiv og vital rolle for individet⁴⁷.

Selvskaden tjener multiple funktioner afhængig af tid og sted, hvormed adfærden er en central copingmekanisme for individet, der kan håndtere både de overvældende indre følelser og uoverskuelige ydre forhold (Møhl, 2006). En af årsagerne til, at individet med selvskadende adfærd er svær at behandle, kan forklares ved, at vedkommende opnår en umiddelbar god effekt af selvskade eller at det repræsenterer en beskyttelse mod værre ting, som eksempelvis selvmordsimpulser.

På et psykologisk plan kan selvskade tjene funktioner såsom affektregulering, selvstraf, kontrol og dissociering, grænser og kommunikation. Biologisk set kan selvskade medføre en frigivelse af serotonin, en nedjustering af et forhøjet adrenalinniveau, samt ikke mindst frigivelsen af endorfiner, der kan lede til en afhængighedsdannelse⁴⁸. Som tidligere nævnt kan selvskadende adfærd også spille en rolle på et socialt/kulturelt plan⁴⁹. ”*Self-mutilation cannot be understood and dealt with without recourse to psychology, biology and culture.*” (Favazza, 1996, p.322).

Adfærden kan på dette plan give individet en fornemmelse af identitet. I teenageårene kan særligt individer, der ikke har udviklet klare grænser mellem selv og andre, have behov for noget konkret til at tydeliggøre denne forskel. Selvskade kan dermed skabe en grænse og samtidig en identitet. For nogle kan selvskade endvidere give et hårdt tiltrængt netværk og sammenhold, eksempelvis i en klasse, subgruppe eller gennem samtaler/chat med ligesindede på internetsider, som fx www.girltalk.dk. På den måde kan selvskaderen opbygge relationer gennem selvskaden og dermed mindske en følelse af at være anderledes/forkert og ensom/alene. Derudover kan adfærden medføre en sekundærgevinst i form af ekstra opmærksomhed og en følelse af kontrol. Ud fra et kulturelt/socialt perspektiv er adfærden ydermere kendt for dens evne til at smitte (Møhl, 2006, pp. 107-108).

Grundet selvskadende adfærds vitale funktioner for individet, er en del selvskadere ikke interesseret i at stoppe med adfærden (Møhl, 2006, p.112). Individet kan nemlig på længere sigt blive afhængig af selvskaden som en mestringsstrategi,

⁴⁷ Jf. 3.1 Funktioner.

⁴⁸ Jf. 3.2.4 Selvskadens biologiske forklaringer.

⁴⁹ Det sociale og kulturelle er, som nævnt indledningsvist i afgrænsningen, ikke fokus for specialet. Det nævnes alligevel kort, da det kan have en central betydning for, hvorfor individet udvikler selvskaden og senere ikke ønsker at opgive adfærden.

der især kan regulere den indre spænding (ibid.). Selvskadende adfærd kan i den forbindelse anskues som individets overlevelseselement, hvormed det er forståeligt, at en afskrivning af adfærden må føles angstprovokerende og uoverskuelig for individet. For individet repræsenterer selvskaden umiddelbart en gylden løsning. Problemet med selvskadende adfærd er, at den ikke kan bevirke en længerevarende forandring, men i stedet fungerer som en hurtig løsning, et quick fix.

Selvskaden har også flere fællestræk med afhængighedslidelser. Individet kan nemlig blive afhængig af adfærdens funktion på et psykologisk, biologisk og et socialt/kulturelt plan. Adfærden fungerer som et fix, og som ved anden misbrugsadfærd kan der blive tale om toleranceøgning, abstinenssymptomer og risiko for tilbagefald (Møhl, 2006, pp.93-94). Et andet fællestræk med afhængighedspræget adfærd, samt spiseforstyrrelser, er, at selvskaden repræsenterer en skjult lidelse. Ifølge Rubæk (2009) er en af årsagerne til, at individet holder adfærden skjult, at individet er bekymret for, at nogen skal tage den fra vedkommende. *”Med de muligheder og livsbetingelser, hun oplever at have, vil en frarøvelse af den mestringsstrategi, som selvbeskadigelsen udgør, opleves som den visse død. At den selvskadende adfærd holdes hemmelig, er altså et led i en større overlevelsestrategi.”* (Rubæk, 2009, p.139). Da selvskaden repræsenterer en del af individets reaktionsmønster til at håndtere svære følelser og vanskelige ydre forhold (Møhl, 2006), kan individet især i begyndelsen tænkes at udvise modstand⁵⁰ mod forandring.

4.1.1.1 Forandringens faser

At skabe forandring for individet, der søger terapi, er det altoverskyggende formål med den terapeutiske indsats. Psykoterapeutiske tilgange har dog forskellige forklaringer på, *hvad* forandring er, og *hvordan* det forekommer (Carey, Carey, Stalker, Mullan, Murray & Spratt, 2007, p.178). Ud fra definitionen af psykoterapi (Egidius, 2005, p.475), synes det muligt at udlede, at forandring er en positiv menneskelig udvikling karakteriseret ved bestandige oplevelser af øget velvære, mere righoldigt følelsesliv og autonomi, samt udvidelse af personlige muligheder. Forandring antages, ifølge en anerkendt model om intentionel adfærdsændring, der er

⁵⁰ Modstand drejer sig, ifølge Sandler et al. (1994), om; *”... elementer og kræfter i patienten, som modsætter sig behandlingsprocessen.”* (Sandler et al., 1994, p.120).

udviklet af Prochaska, DiClemente og Norcross (1992, pp.1102-1105), at foregå gennem flere faser. Der nævnes fem faser: før-overvejelse, overvejelse, forberedelse, handling og vedligeholdelse, og når forandringen er integreret som en del af personen, er forandringen termineret⁵¹ (ibid.).

I før-overvejellesfasen ser individet ikke adfærden som et problem, der er behov for at ændre, hvormed der altså ikke eksisterer en intention om forandring (Prochaska & Norcross, 2001, p.443). Hvis individet ikke ønsker at ændre sin adfærd, kan vedkommende tænkes at udgøre en særlig stor udfordring for terapeuten. *"En som ikke oplever at hun har noe problem, vil neppe være tilgjengelig for direkte råd om hvordan endre seg. Det er naturlig å tenke seg at det samme gjelder ungdom med selvskading. De vil ofte oppleve at selvskadingen heller er en løsning, eller de vil oppleve at fordelene med selvskadingen langt over oppveier ulempene."* (Øverland, 2006, p.80). Hvis terapeuten i denne fase forsøger at ændre individets adfærd, vil vedkommende ofte blive mødt med overraskelse, irritation og rationalisering (ibid.). At være terapeut for et individ i før-overvejellesfasen er en stor udfordring, idet adfærden vækker stærke reaktioner hos terapeuten, mens klienten ikke kan se det problematiske. Det er dog essentielt, at terapeuten formår at holde en distance og udvise respekt overfor adfærden, og forsøger at sætte sig ind i klientens oplevelse⁵². Derudover kan terapeuten fokusere på de episoder, hvor de negative konsekvenser af adfærden har været mest fremtrædende (ibid.). På den måde kan terapeuten fordele, at individet efterhånden oplever flere ulemper end fordele ved adfærden.

Når individet bliver opmærksomt på ulemperne ved adfærden og seriøst overvejer en forandring, er vedkommende kommet til overvejellesfasen (Prochaska & Norcross, 2001, p.443). Denne fase er stærkt præget af ambivalens. Her er det, ifølge modellen, essentielt at terapeuten normaliserer og tydeliggør denne ambivalens, og dermed fordrer individets indsigt i adfærden (Prochaska & Norcross, 2001, p.444; Øverland, 2006, p.81). Det er forskelligt hvor lang tid individet er i de forskellige faser, men individet kan ofte være længe i overvejellesfasen. Prochaska og DiClemente undersøgte eksempelvis 200 rygere i overvejellesfasen i 2 år, og efter

⁵¹ Faserne inddrages for at gøre forandringsprocessen mere overskuelig og derudover for at tydeliggøre, hvorfor behandlingen er udfordrende og hvorledes dette kan håndteres. Jeg inddrager derfor kun de første faser, da de har størst relevans herfor, samt kræver størst forklaring.

⁵² Selvskade vækker dog stadig meget stærke reaktioner i terapeuten, hvilket vil blive behandlet i næste afsnit.

de to år havde hovedparten endnu ikke flyttet sig fra denne fase (Prochaska et al., 1992, p.1103). Som terapeut er det derfor vigtigt at væbne sig med tålmodighed.

Forberedelsesfasen karakteriseres ved, at individet har bestemt sig for at ændre adfærd i nær fremtid. Individet forbereder sig her på noget vanskeligt og er optaget af at tænke praktisk. Terapeuten kan på dette stadie fungere som en coach, der bidrager med råd og støtte (Prochaska et al., 1992, p.1104; Prochaska & Norcross, 2001, p.445; Øverland, 2006, p.81).

Modellen om intentionel adfærdsændring er mere omfattende end ovenfor beskrevet, og den omhandler ikke specifikt selvskadende adfærd. Den kan dog illustrere, hvorfor behandlingen er en stor udfordring for terapeuten. Derudover giver den et bud på, hvorfor selvskaderen er blevet opfattet som behandlingsresistent, idet en handlingsorienteret terapi, kan være effektiv med individet i handlingsfasen, men til gengæld ineffektiv og endda skadende for individet i før-overvejsels- eller overvejselsfasen (Prochaska & Norcross, 2001, p.447). Hvis terapeuten således fokuserer på, at få individet til at stoppe med adfærden, uden at lytte ordentlig til, hvor klienten er, vil det resultere i, at individet ikke føler sig forstået og måske endda afslutter behandlingen.

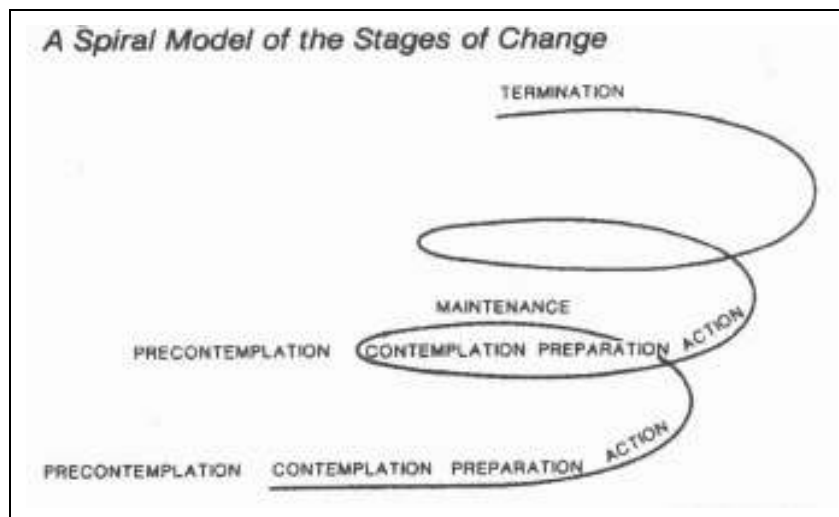
*”... har prøvet alt har prøvet at åben meget op for anden ind
bare sidde og kigge ud i det blå, man det er ligesom om de
ikke forstår mig som jeg godt vil ha at de ser det fra min side
af og forklar dem hvordan jeg har det man det er bare som
om at de ikk kan fatte og forstår det, følder ikke rigtig
forstår, det er som om de bare kigger ned på en, og tænker ja
du er sq for tosse i hovedet dig gider vi sq ikke og hører på du
kan passe dit lort liv og fuck af for hjælp for du sq ikk af os...”*

(Skrevet af F på www.girltalk.dk, d. 06.05.2010, om sine samtaler
med psykologer).

Det essentielle i arbejdet er således, at der lyttes til klienten, og ifølge den ovenfor beskrevne model, at individet behandles i overensstemmelse med, hvor de er i forandringsprocessen. ”The cumulative evidence indicates that tailoring the therapy relationship and treatment intervention to the stage of change can enhance outcome,

specifically in the percentage of patients completing therapy and in the ultimate success of treatment.” (Prochaska & Norcross, 2001, p.443).

I arbejdet med selvskadende klienter, er det som terapeut vigtigt, at forberede sig på en langsommelig proces, der vil kræve meget af terapeuten og klienten. ”... *en endrer sin adfærd sjelden uden tilbagefald og hindringer.*” (Øverland, 2006, p.80). Tilbagefald betyder dog ikke, at individet starter helt forfra (jf. figur 2). For at opnå forandring er det endvidere en forudsætning at individet har en vis grad af motivation og vilje. Udover at klientens indstilling kan hæmme forandring, kan de følelser som selvskaden vækker også have en betydning for, at personer med selvskadende adfærd opfattes som behandlingsresistente.



Figur 2: model fra Prochaska et al. (1992, p.1104)

4.1.2 Terapeutens følelser (modoverføring)

Selvskadende adfærd skaber massive reaktioner fra de mennesker, der omgiver det selvskadende individ (Favazza, 1996, p.288). Det samme gælder for terapeuten, idet ”... *stærke modoverføringsreaktioner er noget af det, der gør behandling af selvskadende adfærd allersværest.*” (Møhl, 2006, p.104).

Freud (1910d, p.78) introducerede oprindeligt modoverføring som et psykoanalytisk begreb for de følelser, der opstår i analytikerens, som følge af patientens indflydelse på hans ubevidste processers. Overføring⁵³, et begreb der

⁵³ Overføringsbegrebet bør anskues som: ”en specifik illusion, som udvikler sig i forhold til en anden person, en illusion der er uerkendt af individet selv, og som i nogle af sine træk repræsenterer en gentagelse af forhold til en vigtig person i hans eller hendes fortid eller en externalisering af et indre objektforhold.” (Sandler et al., 1994, pp.78-79).

ligeledes blev udviklet af Freud, nævnes ofte i forbindelse med modoverføring, idet overføring omhandler patientens tendens til, at følelser og adfærdsmåder fra tidligere relationer overføres på terapeuten, og det dermed kan siges at repræsentere modoverføringens modstykke. Analysen af overføringsfænomener anskues i denne optik som noget helt centralt i det terapeutiske arbejde (Sandler et al., 1994, p.52). Freud opfattede dog modoverføring, som en forhindring for det terapeutiske arbejde, og som noget, der skulle begrænses mest muligt gennem terapeutens egen analyse og re-analyse, så terapeuten kunne forblive et spejl (ibid., pp.100-104). Omtrent 40 år senere introducerede Paula Heimann (1950, pp.81-84) ideen om, at analytikeren kan bruge de følelser, der opleves i relationen til klienten, som en nøgle til indsigt i patientens ubevidste psykiske processer.

Ifølge Sandler et al. (1994) er en anvendelig opfattelse af modoverføring; "... *at se den som henvisende til de specifikt emotionelt baserede reaktioner, som vækkes i analytikeren af patientens specifikke egenskaber.*" (Sandler et al., 1994, p.117). Hermed udelukkes de generelle træk ved terapeutens personlighed, samt indre psykiske struktur, og der er udelukkende fokus på det, som patienten vækker i terapeuten (ibid., p.118). Sandler et al.s forståelse indebærer, at der eksisterer modoverføringsreaktioner hos terapeuten under hele terapiprocessen, at modoverføring kan medføre uhensigtsmæssig håndtering af terapien, og at terapeuten kan få øget indsigt i patienten ved undervejs at undersøge svingninger i egne følelser og holdninger (ibid.). Øverland (2006) beskriver, hvorledes terapeuten kan forstå og opnå indsigt ud fra egne reaktioner i terapien: "*Typen og styrken av behandlerens reaksjoner er med andre ord ofte avskygninger av pasientens reaksjoner. Når du kjenner på den intense fortvilelsen av ikke komme i posisjon, er det nok bare en liten smak på den fortvilelsen pasienten din opplever daglig.*" (Øverland, 2006, p.129). Der argumenteres altså for, at modoverføring både kan give indsigt i, hvorledes klienten oplever verden, og også kan være udgangspunkt for uhensigtsmæssig behandling.

Det virker som et faktum, at selvskadende adfærd vil producere stærke modoverføringsreaktioner i terapeuten. Et citat af Frances (1987) beskriver det tydeligt: "*Of all disturbing patient behaviors, self-mutilation is the most difficult to understand and treat The typical clinician (myself included) treating a patient who selfmutilates is often left feeling a combination of helpless, horrified, guilty, furious, betrayed, disgusted, and sad.*" (Frances, 1987, p.316). Dette bliver i

litteraturen forklaret ud fra forskellige perspektiver, som fx at intense og stormfulde overføringsreaktioner vækker stærke modoverføringsregressioner i terapeuten og at den selvskadende adfærd chokerer og stærke følelser opstår, idet den går imod det menneskelige instinkt om at undgå smerte (Farber, 2002, p.425; Walsh, 2006, p.233; Conterio, Lader & Bloom, 1998, p.209). Det smerter os endvidere at se, at et af vore medmennesker, skader sig for at opleve blot et øjeblikks lettelse fra den smerte, som hun oplever indeni (Rubæk, 2009, p.143). Favazza (1996, p.289) mener dog, at den selvskadende adfærds kraft til at skræmme selv erfarne terapeuter, stammer fra mere end blot modoverføring, idet adfærden derudover skræmmer grundet dets relation til det hellige og rene.

Der eksisterer dermed flere årsager til, hvorfor selvskadende adfærd vækker så voldsomme reaktioner hos de behandlere og mennesker, som omgiver den selvskadende person. Dette reflekterer formentlig, at der er individuelle forskelle på, hvorledes den enkelte klient og terapeut interagerer, og at reaktionen heraf er situationsbestemt. Antageligvis vil nogle terapeuter have lettere ved at behandle klienter med selvskadende adfærd end andre, grundet eksempelvis erfaring med eller særlig viden indenfor dette område. Det er dog ikke blot erfaring og viden, som har indflydelse på terapeutens håndtering af modoverføring, da terapeutens egen personlighed også spiller en rolle. Terapeuter har, som alle andre mennesker, forskellige evner til at rumme og være ved disse svære følelser, og arbejde med betydningen af dem. Hvis en terapeut fx bliver mere påvirket af negative følelser end andre, vil vedkommende antageligvis have større sandsynlighed for at reagere på dem.

Behandlere, der for første gang møder et ungt menneske, som skader sig selv, reagerer ofte med stor omsorg. Möhl (2006) beskriver endvidere, at mødet hos nogle aktiverer et såkaldt "frelsesyndrom", som består i "... *urealistiske forestillinger om, at man som behandler med omsorg, engagement og kærlighed kan udrette mirakler - det vil sige hjælpe, hvor alle andre har fejlet eller givet op.*" (Möhl, 2006, p104). I realiteten er det dog sjældent så enkelt. Hvis selvskaderen efter det første lange stykke tid fortsat vedholder sin selvdestruktive adfærd og dermed afviser behandlerens forsøg på at hjælpe, så omdannes disse omsorgsfulde følelser let til modoverføringsfølelser i form af vrede eller ligefrem had til personen. Vreden eller hadet opstår som følge af følelser af afmægtighed og desperation over ikke at kunne hjælpe (Favazza, 1996, p.290; Rubæk, 2009, p.143). *"Jo tættere vi er på, desto*

stærkere bliver vores følelsesmæssige reaktioner.” (Møhl, 2006, p.10). Disse negative følelser kan resultere i hårdhændet eller ligegyldig behandling af klienten, eller at klienten overføres til et andet afsnit for at slippe af med vedkommende (Favazza, 1996, p.290; Møhl, 2006, p.104).

”Ved nogle af jer kender til det allerede, og at der har været flere emner om det. Men er simpelthen nød til at få det ud. Jeg er lige pt. indlagt på en åben ungdoms psyk. afdeling, og har for første gang besøgt skadestuen fordi afdelingen var i tvivl om strips var nok. Lægen jeg mødte oppe på skadestuen var nok den største idiot jeg nogensinde havde mødt. Han kiggede først på mig og rystede på hovedet, og sagde at det ville blive grimt men at han var nød til at sy mig. Men at han ikke ville bedøve mig - grundlaget er jeg ikke helt klar over. Og da jeg så var færdig med at blive syet, så virkede han nærmest sur og sagde at han ikke ville se mig oppe hos dem igen med sådan noget pjat. Shit hvor følte jeg mig bare ynkelig og lille da jeg gik derfra. Han gjorde virkelig et eller andet, som bare har rystet mig. Tænk at nogle mennesker kan være sådan :s”

(Skrevet af G på www.girltalk.dk, d. 09.10.2009).

Eksempler (som ovenstående) på sådan behandling nævnes overalt i litteraturen og omhandler handlinger fra at ignorere den selvskadende patient, til at individet behandles med elektrochok eller psykofarmaka med tvivlsom begrundelse (Møhl, 2006, p.104; Rubæk, 2009, p.143). Favazza (1996) beskriver endvidere, at nogle klienter, grundet tidligere dårlige erfaringer, vil påstå, at de har forsøgt at begå selvmord, blot for at få en varmere modtagelse⁵⁴ (Favazza, 1996, pp.288-289).

”Pointen er, at selvbeskadigelse skaber massive reaktioner i omgivelserne, og uanset hvor professionel man er, og føler sig, så kan man komme til at reagere mindst lige så stærkt og irrationelt som alle andre.” (Rubæk, 2009, p.144). Hvis modoverføringen, såsom stærke følelser af vrede og had, ikke bevidstgøres eller håndteres forsvarligt, er der en risiko for at behandlere og personale på afdelingerne

⁵⁴ Der er dog også flere, der beskriver gode eller blandede oplevelser på skadestuer og forskellige afdelinger (jf. www.girltalk.dk). Øverland (2006, pp.91-96) beskriver, at selvskadere meget let føler sig krænkede, og det kan i den forbindelse overvejes, om nogle de dårlige rapporteringer også kan bære præg af det.

vil agere deres følelser ud (hvilket de casen ovenfor formentlig er et eksempel på). Hvorledes det kommer til udtryk afhænger af patientens problematik, typen af overføring og hjælperens dispositioner (Øverland, 2006, p.107).

”Det eneste som er sikkert er at du bliver påvirket. Som ellers innenfor arbeid med psykiske lidelser er det derfor viktig å ta egne reaksjoner på alvor. Å erkjenne og bearbejde egne reaksjoner er viktig for å unngå å bli skremt av egne reaksjoner eller spejle uterapeutiske reaksjoner tilbake til pasienten.” (Øverland, 2006, p.127).

I behandlingen af selvskadende individer er det som følge heraf essentielt, at terapeuten er opmærksom på egne emotioner og reaktioner, heriblandt særligt de negative følelser, så vedkommende kan undgå at reagere uhensigtsmæssigt på dem (Walsh, 2006, p.228). Hvis der reageres på dem, sker der formentlig det, at terapeuten reagerer, som patienten forventer, at andre vil reagere, hvormed muligheden for en ny erfaring afskrives – forandring udebliver (Øverland, 2006, p.107). *”... the patient’s projection, splitting, and acting out may provoke a variety of responses in the therapist ranging from the unproductive to the truly dangerous.”* (Feldman, 1988, p.264). Måden hvorpå terapeuten håndterer og reagerer ud fra sin modoverføring er afgørende for, om individet vil forblive i sin problematik eller have mulighed for forandring (Farber, 2002, p.425). Hvis terapeuten formår at anvende modoverføring som en kilde til indsigt, kan det være fremmende for forandring. Udover selvmonitorering, er det ofte også nødvendigt med supervision i behandlingen af selvskadende individer (Rubæk, 2009, p.144).

Øverland beskriver, at han i sit arbejde med individer, der skader sig selv, indimellem har været så slidt, at han har haft lyst til at smide en patient ud af vinduet uden at åbne det først (Øverland, 2006, p.247). Det, som har hjulpet ham i sådanne situationer, er at læse litteratur af og om bedre behandlere end ham selv, og reflektere over situationen, og derved genvinde en forståelse og respekt for patienterne, som kæmper *”...en usynlig kamp mod usynlige fiender. Vi ser kun når de taper noen slag og må kutte seg...”* (Øverland, 2006, p.249).

Selvmonitorering, supervision og læsning af litteratur er måder, hvorpå terapeuten kan fastholde fokus, bearbejde modoverføring, og fremme forandring i det

svære arbejde med individer med selvskadende adfærd. Derudover handler det om at erkende, at behandlingen sandsynligvis vil være svær og langvarig. Det kræver altså grundig overvejelse, om man som terapeut har det overskud, der er nødvendigt for en vellykket behandling. Favazza (1996, p.290) mener, at da selvskadere kræver mere af terapeuten end arbejdet med andre patienter, er den generelle visdom, at terapeuten maksimalt bør arbejde intensivt med to selvskadere ad gangen. Mange selvskadende individer rapporterer endvidere om at have været igennem flere forløb hos forskellige psykologer eller andre behandlere. ”... *patients usually go through several therapists in the course of treatment.*” (Favazza, 1996, p.318). Faren ved at klienterne må igennem flere behandlere er, at det kan mindske deres håb og tro på, at de nogensinde kan komme ud af denne adfærd, og i værste fald, at de opgiver troen på bedring. Sådanne oplevelser må siges at være mere hæmmende for forandring, hvorfor assessment af klienten, samt en vurdering af terapeutens tid og overskud er essentiel. Mangel på bedring kan også hænge sammen med, som beskrevet ovenfor, at individet selv har modstand mod forandring, grundet afhængighed af adfærden på et psykologisk, socialt og/eller fysiologisk plan.

4.2 Del 2: Behandlingsstrategier mod forandring

I afsnittet "Selvskadende adfærd - en udfordring for terapeuten", blev de elementer, der kan besværliggøre og hæmme behandlingen af selvskadende adfærd beskrevet. I dette afsnit vil jeg vende blikket mod, hvorledes forandring kan opnås og hvilke strategier, der kan benyttes med henblik herpå.

En udfordring i arbejdet med selvskadende individer er, at de repræsenterer en meget heterogen population, idet adfærden er kompleks, tjener forskellige funktioner for den enkelte, og indeholder varierende grader af komorbiditet med andre psykiske lidelser⁵⁵ (Muehlenkamp, 2006, p.180). Det problematiske, ved at gruppen af selvskadere er så heterogen, er, at det er svært at kreere en standardiseret behandling, der er effektiv (ibid.). "*God klinisk praksis bygger selvsagt på at behandleren er opdateret på resultater fra forskning, men det har frem til nylig vært få overbevisende studier av effektiv behandling av selvskading.*" (Øverland, 2006, p.187). Der findes dermed endnu ikke tilstrækkelige data til at give en sikker

⁵⁵ Jf. 3.1 Funktioner og 2.4 Komorbiditet.

anbefaling af hvilken behandlingsform, der er mest effektiv i behandlingen af selvskadende adfærd. Selvom forskningen endnu ikke har dokumenteret en overbevisende effekt, har synet på behandling gennemgået en stor ændring. Tidligere blev selvskadere anskuet som behandlingsresistente⁵⁶, mens der i dag eksisterer en større grad af optimisme til behandlingen af selvskadende adfærd, idet der efterhånden er udviklet flere bud herpå. Den nuværende litteratur, er hovedsageligt baseret på behandling af selvskade hos voksne mennesker med personlighedsforstyrrelser, og heriblandt især borderline personlighedsforstyrrelse. *"Det er ikke sikkert at denne kunnskapen er direkte overførbart til ellers godt fungerende ungdom med selvskading, men det er i hvert fall gode nyheter at det etter hvert er utviklet behandlingsformer for denne gruppen."* (Øverland, 2006, p. 188).

I litteraturen og forskningen om behandlingstilgangenes effektivitet i forhold til selvskadende adfærd fremhæves især to behandlingsmæssige tilgange; dialektisk adfærdsterapi (DAT) og mentaliseringsbaseret terapi (MBT) (Møhl, 2006, p.120; Rubæk, 2009, pp.144-145). Den dialektiske adfærdsterapi er udviklet af den amerikanske psykolog Marsha Linehan og hendes kolleger, og den bygger på både kognitive og adfærdsterapeutiske principper, mens den mentaliseringsbaserede psykoterapi er udviklet af Peter Fonagy, psykolog, og Anthony Bateman, psykiater, og er forankret i tilknytningsteori, interpersonel terapi og psykodynamisk terapi (Møhl, 2006, p.120; Rubæk, 2009, pp.144-145).

I det følgende vil jeg først præsentere DAT og MBT hver for sig for derefter at foretage en sammenlignende diskussion af tilgangene og af hvorledes forandring opnås i henhold til de to perspektiver, samt diskutere mere generelle perspektiver på forandring.

4.2.1 Dialektisk adfærdsterapi (DAT)

Linehans dialektiske adfærdsterapi er oprindeligt udviklet med henblik på behandling af kvinder med parasuicidal adfærd⁵⁷ (Ivanoff, Linehan & Brown, 2001, p.154). Med tiden blev det dog tydeligt, at disse kvinder også mødte kriterierne for borderline personlighedsforstyrrelse (BPD), og behandlingen udviklede sig i henhold hertil (Jørgensen, 2009, p.481). DAT har vist sig særligt anvendelig, som en af de eneste

⁵⁶ Jf. 4.1 Del 1: Selvskadende adfærd – en udfordring for terapeuten.

⁵⁷ Parasuicidal adfærd inkluderer både suicidal og selvskadende adfærd (Linehan, 1993, pp.13-15)

videnskabeligt veldokumenterede behandlingsmetoder for denne type klienter; BPD med tilstedeværelsen af parasuicidal adfærd (Muehlenkamp, 2006, pp.171-173; Øverland, 2006, pp.189-191). *"Det er den første psykoterapeutiske model, som kontrollerede kliniske forsøg har påvist er effektiv i behandlingen af denne forstyrrelse."*⁵⁸ (Linehan, 2004, p.17). Ifølge Muehlenkamp (2006, p.175) kan undersøgelsesresultaterne, der påviser den dialektiske adfærdsterapi effektivitet i behandlingen af selvskadende adfærd, dog højst anskues som stærkt lovende, idet forskningen ikke har adskilt selvskadende adfærd fra selvmordsadfærd⁵⁹, samt fortsat ikke kan redegøre for hvilke komponenter af den dialektiske adfærdsterapi, der reducerer den selvskadende adfærd.

Selvskadende adfærd betragtes i DAT som en manglende evne til problemløsning og til regulering af følelser. Udviklingen og opretholdelsen af selvskade ved BPD forklares ud fra en biosocial model, der fokuserer på individets biologiske dispositioner og det omgivne miljø (Linehan, 1993, pp.42-62).

4.2.1.1 Behandlingsfundament

Dialektisk adfærdsterapi er en integrativ terapiform med udgangspunkt i zenbuddhistisk og dialektisk filosofi, indlæringsteori og kognitiv teori (Ivanoff et al., 2001, p.154; Kåver & Nilsonne, 2004, p. 61; Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo & Linehan, 2006, pp.161-162). DAT frembyder en nuanceret forståelse af patientens problematikker og en bred vifte af behandlingsteknikker. Tilgangen er inspireret af zenbuddhismens styring af opmærksomheden på tanker og følelser i nuet, der anskues som centrale for at opnå bedring, da det antages at kunne afhjælpe fastlåsthed i tankerne (Kåver & Nilsonne, 2004, pp.74-75). DAT er endvidere inspireret af indlæringstankegangen, og her hovedsageligt af behavioristen B. F. Skinner (ibid., pp.61-62). Indlæring anskues som havende central betydning for udviklingen og opretholdelsen af selvskadende adfærd, ligesom indlæring af nye erfaringer antages at bane vejen for forandring af menneskets måde at tænke, føle og handle på. Derudover er DAT inspireret af kognitiv teori, og betragter i henhold

⁵⁸ Det skal dog nævnes, at manglen på undersøgelser der fremviser evidens af andre behandlingsmetoder, ikke er det samme som, at metoderne ikke er effektive, men reflekterer til gengæld ofte, at der ikke er foretaget grundige undersøgelser af metoderne (Gullestad, 2001, p.947).

⁵⁹ Sammenblandingen af disse to adfærdsformer til én, under betegnelsen parasuicidal adfærd, er en begrænsning i den eksisterende forskning (jf. 2.3 Selvskade og selvmord).

hertil tanker som en medierende og fastholdende faktor for dysfunktionelle adfærdsmønstre, som fx selvskadende adfærd. Tankerne forklarer dog sjældent alene patientens problemer, hvorfor de adfærdsterapeutiske teknikker fremhæves over de kognitive (Kåver & Nilsonne, 2004, pp.72-73).

Som navnet antyder, er dialektisk adfærdsterapi også stærkt inspireret af og tager udgangspunkt i et dialektisk⁶⁰ verdenssyn, der fx forbindes med Hegel, Marx og den græske filosofi. Dialektikken danner den overordnede ramme for DAT, og præger hele den terapeutiske tilgang, hvormed DAT adskiller sig fra mere traditionel kognitiv adfærdsterapi. Det dialektiske verdenssyn anskuer dele og helheder som gensidigt forbundne, hvilket medfører en kontekstuel forståelse af adfærd (Linehan, 1993, p.31; Lynch et al., 2006, p.462). Den selvskadende adfærd skal dermed anses i relation til den kontekst den forekommer i, idet dele og helheder udvikler sig i kraft af deres gensidige forbundethed med hinanden. Ifølge denne tankegang er forandring det essentielle ved livets natur. Processen hvorved forandring foregår, kan essentielt set forklares ved, at der udvikles en spænding mellem modsatrettede poler, tese og antitese, der leder til forandring, og syntese, som på ny skaber en spændingstilstand (Ivanoff et al., 2001, p.156; Linehan, 1993, p.33; Lynch et al., 2006, p.461;). I spændingsfeltet mellem de modsatrettede poler findes menneskets udviklingspotentialer. Modsætninger kan opstå mellem mange forskellige systemer, og terapeutens opgave er at tydeliggøre modsætningerne og tilvejebringe forudsætningerne for en syntese for klienten (Kåver & Nilsonne, 2004, pp.113-114). Det er især centralt, at terapeuten tager højde for forholdet mellem accept og forandring. *"The core dialectical principle underlying DBT is a balance between encouraging the client to change and accept him or her simultaneously."* (Muehlenkamp, 2006, p.171). I arbejdet med klienten må terapeuten finde en balance mellem på den ene side at bekræfte og anerkende patientens affekter og subjektive oplevelse af verden og på den anden side insistere på og forandre forandring af patientens adfærd (Linehan, 2004, p.25; Lynch et al., 2006, p.461). *"For example, behavior such as mutilation may prove to be both appropriate and valid because it may provide immediate relief from emotional pain or anxiety. At the same time, this*

⁶⁰ Dialektik er oprindeligt et græsk begreb, der betyder ”kunsten at diskutere”. Begrebets indhold varierer i forskellige kontekster og teoretiske perspektiver, men anvendes hovedsageligt som dækkende over: ”... en bestemt måde at modstille argumenter på med henblik på at nå frem til nye indsigter. Dialektik kan også opfattes som en evne til at se to sider af en sag og forstå fænomeners kompleksitet og hurtigt skiftende karakter.” (Kåver & Nilsonne, 2004, p.73).

behavior is highly dysfunctional and in need of change.” (Ivanoff et al., 2001, p.159). Terapeuten må således hjælpe patienten med at komme væk fra en ”enten-eller” til en ”både-og” holdning ved at møde patienten med forståelse, men samtidig stille krav om forandring. Dette er en svær balancegang, idet en positionering i forandring kan medføre, at patienten føler sig misforstået, mens en positionering i accept kan medføre, at klienten ikke føler, at ønsket om forandring tages alvorligt, hvilket i begge tilfælde kan lede til terapiens endeligt (Jørgensen, 2009, p. 485; Lynch et al., 2006, pp.462-463). Individet med borderline personlighedsforstyrrelse er i relation hertil ofte ikke i stand til at se eller endnu mindre at leve med disse modsætningsfulde aspekter, hvorfor denne balance er ekstra udfordrende for denne type klient (Kåver & Nilsonne, 2004, p.73). Dette kan samtidig være et af de elementer, der gør behandlingen af selvskadende adfærd til en udfordring for terapeuten⁶¹.

4.2.1.2 Behandlingsforløb

Dialektisk adfærdsterapi er en kompleks behandlingsmetode, der benytter forskellige behandlingsspor parallelt for at opfylde klientens behov på så effektiv en måde som muligt. Behandlingsprogrammet inkluderer dels ugentlig færdighedstræning i grupper, hvor individet psykoedukeres og undervises ud fra en udførlig manual, og dels individuel psykoterapi, der tilrettelægges efter den enkelte klients behov og hvor mere personlige emner behandles (Kåver & Nilsonne, 2004, pp.76-78; Øverland, 2006, p.190; Muehlenkamp, 2006, p.174; Rubæk, 2009, p.145). Den terapeut, der praktiserer den individuelle terapi, tilbyder derudover telefonkonsultation mellem sessionerne, ud fra visse principper, såfremt klienten har behov herfor (Kåver & Nilsonne, 2004, pp.79-80). Kontinuerlig supervision er endvidere indbygget i programmet for at sikre, at terapeuten arbejder inden for rammerne af DAT, samt for at holde øje med udbrænding hos terapeuten (Kåver & Nilsonne, 2004, pp. 173-177; Rubæk, 2009, p.146).

DAT strukturerer behandlingen ud fra en række faser med klart definerede mål, der angiver retningen for terapien⁶². For behandlingen og i hver af disse faser eksisterer der et målhierarki, som definerer det overordnede mål, samt prioriterer i

⁶¹ Jf. 4.1 Del 1: Selvskadende adfærd – en udfordring for terapeuten.

⁶² I DAT er standardbehandlingen en etårig ambulant behandling (Ivanoff et al., 2001, p.154).

hvilken rækkefølge klientens problematikker skal gribes an (jf. figur 3) (Kåver & Nilsonne, 2004, pp. 83-92).



Figur 3: model fra Kåver og Nilsonne (2004, p. 84)

Det primære mål i orienteringsfasen er at etablere en alliance med klienten, idet en god alliance formentlig vil reducere antallet af klienter, der afbryder behandlingen (Kåver & Nilsonne, 2004, p.85). Klienterne informeres endvidere om terapiens struktur og omfang med henblik på at komme frem til en aftale og forpligtelse om behandling. Hvis individet er selvskadende, skal vedkommende eksplicit udtrykke, at elimineringen af denne adfærd er ønskværdig, samt have den rimeligt under kontrol for at bevæge sig videre til næste fase (Ivanoff et al., 2001, p.157). Derudover udformes der i denne fase en kontrakt med klare rammer og forventninger, der kræver, at såvel klienten som terapeuten engagerer sig i behandlingen (Jørgensen, 2009, pp.489-490). Dette er væsentligt, da terapien er intens og krævende for både klient og terapeut.

Derefter indledes selve terapiarbejdet med den første fase, hvor målet er sikkerhed, hvorfor behandlingen fokuserer på at reducere og eliminere den selvskadende adfærd, samt opretholde den terapeutiske alliance (Ivanoff et al., 2001, p.157; Muehlenkamp, 2006, p.171). *”Første fase av behandlingen har som mål å redusere selvskadingen og selvmordsforsøkene, gjennomgangen av traumatiske hendelser kommer først når denne fasen er fullført.”* (Øverland, 2006, p.191). I den første fase benytter terapeuten i samspill med patienten forskellige teknikker, såsom kædeanalyse, dagbog og hjemmeopgaver, for aktivt at forsøge at identificere og løse patientens dialektiske dilemmaer (ibid.). Hvis selvskadende adfærd forekommer, benyttes det som en kilde til indsigt, samt en måde at hjælpe individet med at forstå, hvad der udløser denne (Muehlenkamp, 2006, p.171; Ivanoff et al., 2001, pp.157-158). Den anden fase har fokus på at bearbejde livshændelser, såsom tidligere traumer, med henblik på at reducere posttraumatisk stress (ibid.). I den tredje fase arbejdes der fremadrettet for at øge klientens selvrespekt og evne til at nå andre mål i livet, og i den sidste fase arbejdes der med at øge patientens engagement i sit liv og relationer for at skabe mere glæde (Kåver & Nilsonne, 2004, pp.84-85).

4.2.1.3 Behandlingsstrategier

Indenfor dialektisk adfærdsterapi eksisterer der forskellige strategier, som er relateret til fordring af forandring, hvori grundtanken er, at behandlingen skal foregå i et validerende miljø. Interventionsteknikkerne, der tager udgangspunkt i kognitiv adfærdsterapi, tilstræber en balance mellem accept og forandring, så terapeuten ikke føler sig invalideret eller kritiseret. Formålet er nemlig at give individet mulighed for nytænkning gennem korrigerende oplevelser. I arbejdet med ændring og modifikation af dysfunktionel adfærd synes især problemløsningsstrategier centrale. Disse strategier retter opmærksomheden mod en specifik afgrænset problemadfærd, såsom selvskadende adfærd, og opdeles i to faser; 1) adfærdsanalyse, og 2) løsningsanalyse (Rubæk, 2009, p.147).

Adfærdsanalysen involverer at afdække de begivenheder, der fører til den selvdestruktive adfærd, samt de mere langsigtede konsekvenser af adfærden. Herunder benyttes ofte en kædeanalyse, som tager udgangspunkt i en situation, hvor den problematiske adfærd er opstået. I kædeanalysen identificeres og beskrives den problematiske adfærd først, hvorefter terapeuten i fællesskab med patienten

analyserer det hændelsesforløb, der førte til adfærden. Heri indgår en identificering af; a) sårbarhedsfaktorer, b) udløsende faktorer, c) betydningsfulde tanker, følelser og adfærd, der har ført til adfærden, og d) konsekvenser af adfærden (Kåver & Nilsonne, 2004, pp.67-68). Analysen bidrager, udover indsigt i hændelsen, med viden om, hvor der kan interveneres og hvilke færdigheder patienten har brug for at lære, for at kunne håndtere lignende situationer mere hensigtsmæssigt (Møhl, 2006, pp.115-117). En kædeanalyse bevirker, at klienten får en nuanceret forståelse af et konkret hændelsesforløb og lærer at forstå og benævne affekter, samt hvorledes elementerne påvirker hinanden (Jørgensen, 2009, p.488). Dette er især væsentligt for det selvskadende individ, som ofte har en forestilling om, at; ”... *selvbeskadigelsen bare skete af sig selv – helt ud af det blå*.” (Rubæk, 2009, p.149). På den måde bliver det øjensynliggjort, at der mellem selvskadeimpulsen og selvskadehandlingen eksisterer en mulighed for at træffe et valg mellem selvskadehandlingen og anden mere hensigtsmæssig problemløsningsadfærd (ibid.).

Løsningsanalysens formål er at minimere problemadfærden, hvilket gøres ved sammen med patienten at træne alternative strategier til problemløsning. I dialektisk adfærdsterapi, eksisterer der fire overordnede strategier til sådan problemløsning; færdighedstræning, kognitiv omstrukturering, eksponering og færdighedskontrol (Rubæk, 2009, p.150). Her er særligt færdighedstræningen en central del af DAT, og er samtidig den eneste del af løsningsanalysen, der adskiller sig fra traditionel kognitiv adfærdsterapi (ibid.). Denne træning involverer udvikling af færdigheder indenfor fire områder; 1) opmærksomhed, 2) relationer, 3) affektregulering, og 4) udholdelse af frustration (Kåver & Nilsonne, 2004, pp.102-109; Linehan, 2004, pp.136-211). Et vigtigt element i færdighedstræningen er, at terapeuten sikrer, at de færdigheder, der udvikles, bliver generaliseret til livet uden for det terapeutiske rum, hvilket eksempelvis kan fordres gennem hjemmeopgaver (ibid.).

Jørgensen (2009, p.491) mener, at behandling af mangler i patientens grundlæggende færdigheder omkring selvregulering og omgang med andre mennesker kan effektiviseres betragteligt ved, som den dialektiske adfærdsterapi, at tilbyde træning i sådanne færdigheder. Han (ibid.) mener dog ikke, at undervisning og færdighedstræning har den store effekt i sig selv, idet det sjældent er nok at korrigere adfærd, men at det i kombination med individuel terapi virker til at være et betydningsfuldt element for behandlingen. En væsentlig fordel ved anvendelsen af DAT er tilgangens teoretiske og tekniske bredde, der er tilpasset en behandling af

individet med selvskadende adfærd. Bredden og kompleksiteten inden for DAT kan dog samtidig anskues som metodens svaghed, idet en stor mængde teknisk viden og færdigheder hos terapeuten er nødvendig for at kunne følge behandlingsprincipperne.

4.2.2 Mentaliseringsbaseret terapi (MBT)

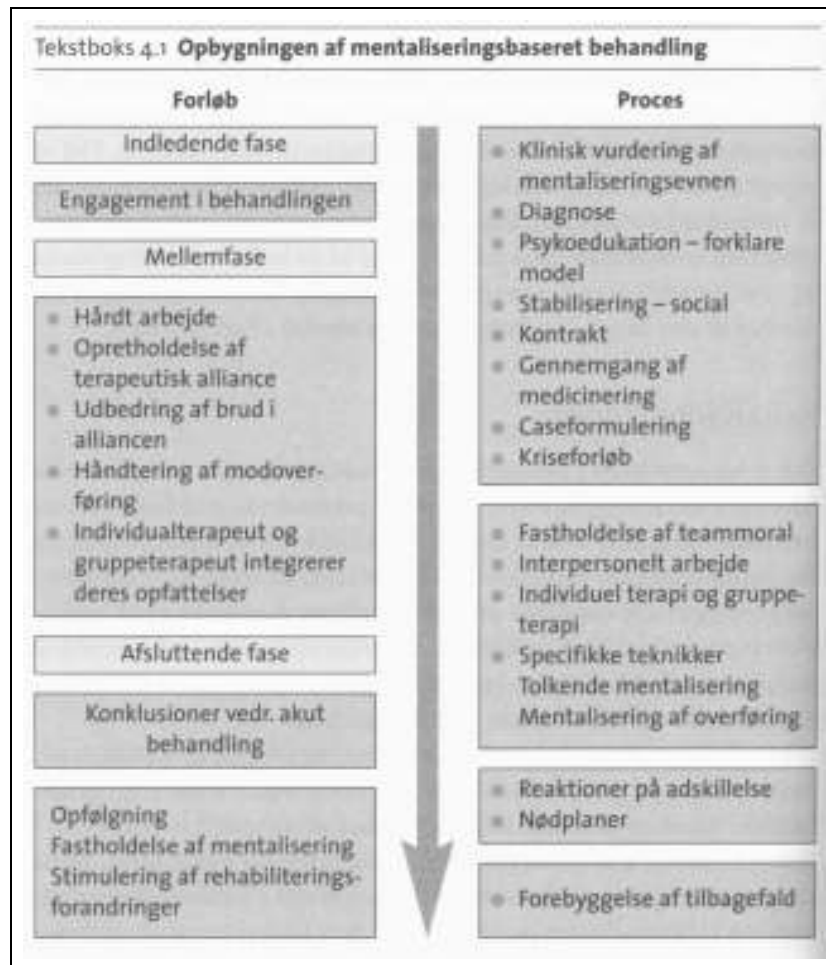
Bateman og Fonagys mentaliseringsbaserede terapi er en nyligt udviklet behandlingsform for personer med borderline personlighedsforstyrrelse, der skal anskues i forlængelse af deres teori om udviklingen af denne forstyrrelse⁶³ (Bateman & Fonagy, 2007, p.25). Tilgangen er inspireret og baseret på en psykoanalytisk forståelse, samt moderne udviklingsteori og tilknytningsteori (Rubæk, 2009, pp.151-152; Øverland, 2006, p.191). Mentaliseringsbaseret terapi har særlig vægt på selvskadende adfærd og selvmordsforsøg, da disse anses som de mest skadelige resultater af en fejlslået mentalisering (Rubæk, 2009, p.152). ”Den synes å ha gode resultater for behandling av pasienter med selvskading...” (Øverland, 2006, p.191). Terapien har således ekstra fokus på selvskade, og har produceret gode resultater i behandlingen heraf.

Behandlingen blev oprindeligt introduceret i et daghospitalsprogram, men er sidenhen endvidere udviklet som et intensivt ambulant program (Bateman & Fonagy, 2007, pp.82-83; Bateman et al., 2007; p.59). Det overordnede formål med mentaliseringsbaseret terapi er, at terapeuten i relationen til klienten assisterer klientens udvikling af mentalisering, så vedkommende på længere sigt vil opleve mindre subjektiv lidelse og færre relationelle konflikter (Bateman & Fonagy, 2007, p.75). Terapiforløbet er intensivt og består af både individuel og gruppeterapi (ibid., pp.82-84).

4.2.2.1 Behandlingsforløb

Den mentaliseringsbaserede tilgang anskuer behandlingsforløbet som inddelt i overordnede faser, der har hver sine mål og specifikke processer (jf. figur 4) (Bateman & Fonagy, 2007, p.75).

⁶³ Jf. 3.2.1 Affektreguleringsmodellen.



Figur 4: model fra Bateman og Fonagy (2007, p.76).

I den indledende fase er det primære mål at foretage en klinisk vurdering af klientens mentaliseringsevne og øvrige personlighedsfunktion, samt at engagere og inddrage klienten i behandlingen (Bateman & Fonagy, 2007, p.75; Rubæk, 2009, p.152). Med henblik på at inddrage klienten, er det afgørende, at en god terapeutisk alliance udformes og at terapeuten fra begyndelsen koncentrerer sig om at udvikle en mentaliserende terapeutisk proces (Bateman & Fonagy, 2007, p.144). Et vigtigt element i denne fase er terapeutens udarbejdelse af en skriftlig caseformulering af klienten (baseret på de første par samtaler), der efterfølgende gives til klienten, og i den efterfølgende terapisession diskuteres og tilpasses nuværende forhold (ibid., pp.89-94). ”Med formuleringen får patienten et konkret eksempel på mentalisering, idet hun ser sin historie og sind forstået og gengivet gennem en andens sind (nemlig terapeutens).” (Rubæk, 2009, pp.152-153).

I mellemfasen er terapeutens overordnede mål at stimulere en stadig voksende evne til mentalisering (Bateman & Fonagy, 2007, p.75; Rubæk, 2009, p.155). Det er i denne fase, at det hårde arbejde for alvor begynder for patienten. *”Denne fase kan forekomme terapeuten lettere, for når den indledende fase er overstået, vil mange af kriserne have lagt sig, engagementsniveauet vil være klart, patientens motivation kan være øget, og evnen til at arbejde i individuel terapi og gruppeterapi kan være mere udtalt.”* (Bateman & Fonagy, 2007, p.97). En af årsagerne til, at det er lettere for terapeuten, er derudover relateret til, at terapeuten på det tidspunkt har fået en bedre forståelse for og indtryk af patienten. Terapeutens arbejde består i denne fase hovedsageligt af at reparere brister i den terapeutiske alliance, opretholde motivationen hos både sig selv og patienten, bevare et fokus på mentalisering, samt beholde en god moral i teamet ved at indbygge supervision og tage nøje hensyn til modoverføringsreaktioner (Bateman & Fonagy, 2007, p.97; Rubæk, 2009, p.155). Fordelene ved supervision er, at der rettes opmærksomhed mod modoverføringsreaktioner, samt at terapeuten i højere grad fastholdes i den mentaliseringsbaserede intervention, og ikke afledes fra modellen for at gå tilbage til egen referenceramme (Rubæk, 2009, p.155). Det er overvejende i mellemfasen, at terapeuten intervenserer i forhold til den selvskadende adfærd (Rubæk, 2009, p.155).

I afslutningsfasen forberedes den sidste intensive behandling, og fokus er derfor primært på interpersonelle og sociale færdigheder hos patienten (Bateman & Fonagy, 2007, p.75). Dette er naturligvis afhængigt af, at den impulsive adfærd er under kontrol (Rubæk, 2009, p.158). Derudover fokuseres der på følelser af tab i forbindelse med den kommende afslutning, på hvorledes fremskridt fastholdes og på udformningen af et individuelt opfølgingsprogram på baggrund af den enkeltes behov (Bateman & Fonagy, 2007, pp. 75-76). Selvom patienterne kan gøre store fremskridt under behandlingen, er det usandsynligt, at patienten, der ofte har været udsat for mange mislykkede behandlinger, efter 18 måneder⁶⁴ vil kunne forlade behandlingen og aldrig vende tilbage (Fonagy & Bateman, 2007, pp. 76, 100-101). Derfor er det essentielt med en opfølgingsplan.

⁶⁴ Der normalt er længden på den mentaliseringsbaserede terapi (Bateman & Fonagy, 2007, p.76).

4.2.2.2 Terapeutisk relation, strategi og teknikker

Den mentaliseringsbaserede terapi indeholder således behandling i overordnede faser, der tilrettelægges i forhold til den enkelte klient. Det overordnede formål er, som tidligere nævnt, at fremme klientens mentaliseringsevne, og som et middel til opnåelsen af dette, er især relationen mellem patient og terapeut vigtig. Den terapeutiske relation antages nemlig at aktivere tilknytningssystemet, hvilket er nødvendigt for udvikling af en evne til at fungere psykologisk i interpersonelle relationer, men forbindes samtidig med iatrogene⁶⁵ skader, idet hæmningen af mentalisering især forbindes med nære tilknytningsforhold (Bateman & Fonagy, 2007, pp. 54, 70-74). For at undgå at skade klienten, er det væsentligt, at terapeuten stimulerer udviklingen af en tryk tilknytning, så patienten har mulighed for at udforske egne og andres mentale tilstande, og dermed udvikle mentaliseringsevnen (ibid., p.24). Dette indebærer, ifølge Bateman og Fonagy (2007), at terapeuten opretholder en: ”... *mentaliserende, nysgerrig, eller ikke-vidende indstilling.*” (Bateman & Fonagy, 2007, p.137). En terapeutisk holdning, hvor terapeuten fungerer i rollen som ekspert og med sikkerhed ved, hvad patienten føler og tænker er ikke mentaliseringsfremmende og bør undgås (ibid., p.146). Derimod må terapeuten være nysgerrig og ikke-vidende og tydeligt forklare, hvordan han/hun er kommet frem til sine forståelser af patienten, samt give plads til at blive korrigeret. Den form for fælles udforskning og fælles iscenesættelse, som er vigtig for klientens mentaliseringsevne, kræver, at terapeuten har et åbent sind, og fokuserer på patientens mentale tilstand, føler sig tryk trods egne fejltagelser, samt er i passende tvivl om egne synspunkter (ibid., p.143).

Generelt set fordrer MBT, at interventionerne bør være enkelte og korte, affektfokuserede (ikke adfærdsrelaterede), sigte på patientens mentale tilstand, og referere til den aktuelle kontekst. Indenfor den mentaliseringsbaserede behandling er fokus nemlig først og fremmest på her-og-nu mellem terapeuten og patienten (Bateman & Fonagy, 2007, pp. 137, 148). Derudover skal der i interventionerne fokuseres på det bevidste eller næsten bevidste indhold frem for ubevidste problematikker, og på at fastholde processen frem for at tolke indholdet. Målet med MBT er, som tidligere skrevet, mentalisering og ikke indsigt, da sådanne tolkninger af ubevidst indhold for individet med begrænset mentaliseringsevne (fx borderline

⁶⁵ Iatrogen betyder: forårsaget af lægen (Brüel & Nielsen, 1998, p.253), hvilket i dette tilfælde henviser til psykologen.

personlighedsforstyrrede), der lettere bliver forvirrede, snarere vil fremkalde uro end integration. Hvor indsigtsgivende tolkninger ved klienter med mindre alvorlige forstyrrelser kan være en katalysator for reorganisering, antages sådanne tolkninger ved borderline personlighedsforstyrrede nemlig nærmere at underminere end forstærke en nyudviklet evne til at finde egentlig mening bag adfærden (ibid., pp.148-149). Det vil altså sige, at tolkninger af ubevidst materiale vil virke forvirrende, angstprovokerende og overvældende for denne type klienter, og kan lede til et mentaliseringssvigt, hvorfor det er nødvendigt at fokusere på at arbejde i den nuværende relation til terapeuten. Interventionsteknikkerne har dermed, som nævnt ovenfor, til formål at stimulere en udvikling af mentalisering, og inkluderer blandt andre beroligelse, støtte, empati, der er vigtige inden udforskning påbegyndes, og klarifikationsteknikker (Bateman & Fonagy, 2007, pp. 165-170; Rubæk, 2009, p.156).

Bateman og Fonagy (2007, pp. 142-144, 188-193) beskæftiger sig også med overføring og modoverføring som en væsentlig del af behandlingen. Overføringen anvendes i MBT som en måde at vise patienten, hvorledes den samme adfærd kan forstås og opleves forskelligt fra flere forskellige vinkler. I modsætning til den psykodynamiske behandling forbindes det aktuelle adfærdsmønster i behandlingssituationen ikke med tidligere eller nuværende relationsmønstre uden for terapien. MBT fokuserer dermed på overføringen som et middel til at udforske og forstå individets mentaliseringsevne, men tolker ikke (ibid.). *”Mentalisering er ikke forklaring og indsigt, men en evne til at skabe og afbryde historier i overensstemmelse med ny erfaring og refleksion.”* (Bateman & Fonagy, 2007, pp.134-135). Modoverføring omtales inden for MBT, som en faktor, der er en uundgåelig del af terapien, idet terapeuten ikke er neutral, men en deltager i en iscenesættende proces. Den er dog væsentlig at fokusere på og forsøge at kontrollere. MBT pointerer endvidere, at det er centralt, at terapeuten er åben og ærlig omkring denne i samspillet med patienten, så en fælles udforskning er mulig, hvilket fordrer en yderligere udvikling af mentaliseringsevnen (ibid, pp.142-144).

Inden for MBT kan flere teknikker anvendes til at udvikle klientens mentaliseringsevne, eksempelvis spiller den empatiske terapeutiske holdning, som beskrevet ovenfor, en vigtig rolle. Dernæst er der fokus på afklaring i kontekster, når patientens mentalisering bryder sammen og udforskning af patientens følelsesmæssige tilstande her og nu. Flere basale mentaliseringsteknikker samles

under to overordnede strategier, der af Bateman og Fonagy (2007, p.179) kaldes ”stop-listen-look” og ”stop-rewind-explore”. Disse strategier beskriver, hvorledes terapeuten skal forsøge at genskabe en mentaliseringsproces i terapien, hvis der sker et sammenbrud og generelt fremme udviklingen af kapaciteten til mentalisering. I tilfælde af et sammenbrud er det dermed essentielt, at terapeuten stopper op, og forsøger at få en forståelse af både den komplekse situation og den affektive proces, der har ført til, at patienten midlertidigt har mistet sin mentaliseringsevne. I nogle tilfælde er det nok at stoppe op og se på situationen fra forskellige perspektiver, mens det i andre sammenhænge er nødvendigt at undersøge sammenbruddet mere grundigt, eksempelvis i forbindelse med selvskadende adfærd, der som tidligere nævnt anses som et af de alvorligste resultater af et mentaliseringssvigt.

Når der skal interveneres i forhold til individet med selvskadende adfærd, hvilket særligt foregår i mellemløbet, anbefaler Bateman & Fonagy (2007, pp. 160-162, 181-182), at terapeuten begynder med støttende og empatiske interventioner, før en udforskning af konteksten for selvbeskadigelsen foretages. Dernæst bør terapeuten benytte strategien ”stop-rewind-explore”, der indbefatter en detaljeret udforskning af tiden op til selvskaden med betoning af følelses tilstande.

”Principperne for interventionen i forhold til selvbeskadigelse er på et overordnet plan affektfokus, hvor man forsøger at flytte opmærksomheden væk fra overfladen og ind i den følelsesmæssige dybde, den interpersonelle kontekst og den personlige betydning af selvbeskadigelsen.” (Rubæk, 2009, p.152). Fokus er dermed ikke på adfærden, kognitive tilstande eller udløsende faktorer. Dialogen omhandler til gengæld mere, hvorledes konteksten interagerer med patientens følelser og mentale tilstand (Bateman & Fonagy, 2007, pp.160-161). Først undersøges de bevidste motiver for selvskaden, uden at terapeuten forsøger at gå ind i mere komplekse psykologiske årsager, da dette blot vil fremmedgøre patienten i forhold til egen oplevelse. Såfremt patientens forklaring er formularagtig og ikke-mentaliserende, bør terapeuten dog på et senere tidspunkt sætte spørgsmålstejn ved en sådan forklaring, idet denne vil forhindre udviklingen af mentalisering. Hvis mentaliseringsevnen udvikles kan denne fungere som en mental stødpude for fremtidige oplevelser⁶⁶, der kunne føre til selvskadende adfærd (ibid.).

⁶⁶ Jf. 3.2.1 Affektreguleringsmodellen.

4.3 Afrundende diskussion

4.3.1 Synet på opnåelse af forandring i forhold til DAT og MBT

I dette afsnit diskuteres den mentaliseringsbaserede terapi og den dialektiske adfærdsterapi med fokus på to relaterede områder; fokus for forandring, og strategier til opnåelse af forandring.

4.3.1.1 Fokus for forandring

Grundlæggende kan DAT og MBT siges at stamme fra forskellige terapitraditioner, idet DAT er en videreudvikling af en kognitiv terapitradition, mens MBT stammer fra det psykodynamiske felt. Det betyder, at forståelsen og tilgangen til mennesket som udgangspunkt er forskelligt. MBT fokuserer på individets nutidige problematikker, som hovedsageligt afspejlende tidligere mangelfyldte relationelle forhold, mens DAT endvidere fokuserer på tanker og adfærd som tillært og som mulige fokus for forandring. I DAT er det derfor muligt direkte at arbejde med afgrænsede problemområder, som fx selvskaden, hvorimod forandring indenfor MBT altid indebærer en dybereliggende forandring af selvet.

Denne forskel bliver tydelig i deres tilgang til forandring. DAT opstiller mål i en hierarkisk model, hvor der først arbejdes med de ydre faktorer, som selvskaden, og derefter arbejdes indad, med mere grundlæggende problematikker. MBT har ikke på samme måde konkrete forandringsmål, men fokuserer mere på at opretholde en proces, hvori individets mentaliseringsevne udvikles. Selvom DAT efter at have arbejdet med den selvskadende adfærd, også fokuserer på mere dynamiske faktorer, synes DAT som udgangspunkt at have et konkret fokus på problemadfærden i forhold til MBT, der fra starten arbejder mere dynamisk.

DAT's fokus på at acceptere, men samtidig arbejde mod forandring af adfærden, kan anskues som konfronterende, og det kan overvejes, om det vil kunne skræmme nogle klienter væk? DAT synes imidlertid, ifølge nyere forskning (Bateman & Fonagy, 2007, p.26), at have en lav drop-out rate. Dette kan relateres til, at behandlingen med dens konkrete udgangspunkt netop er overskuelig for klienten med hæmmet eller manglende mentaliseringsevne, modsat fx overføringsbaseret terapi, der virker mere mystisk, og her er drop-out raten generelt også højere. Det kan

endvidere tænkes, at DAT's fokus på både accept og forandring kan stemme godt overens med selvskadens ambivalens i forhold til at stoppe med selvskaden.

Betyder det, at MBT bliver for mystisk for klienterne, eller måske direkte farlig, grundet det mere overordnede forandringsmål? I begyndelsen af behandlingen imødegår MBT denne potentielle faldgrube, ved at inkludere psykoedukation. Dette kognitive og pædagogiske element tilbyder en mere konkret forståelsesramme af terapien, hvilket fremmer alliancen og mentaliseringsevnen. Allianceopbygning er særligt relevant i arbejdet med selvskadere, da selvskade oftest reflekterer relationelle problemer, og klientgruppen er karakteriseret ved en høj drop-out rate (Favazza, 1998, p. 318). I modsætning til fx overføringsfokuseret terapi pointerer MBT endvidere, at der ikke bør tolkes på ubevidste processer, da dette kan skade klienterne mere, end det kan gavne dem. Dette synes i tråd med DAT, der også har fokus på nuværende problematikker og det, der er meningsgivende for klienten. Det virker plausibelt at konkludere, at det i behandlingen af selvskadere er vigtigt, at terapeuten tydeliggør terapien og rammerne, samt forholder sig på et plan, der relaterer sig til klientens aktuelle mentaliseringsniveau, da fx tolkninger af ubevidste processer og manglende information om terapien forbindes med mentaliseringssvigt, og dermed potentielt drop-out eller dårligere udbytte.

4.3.1.2 Strategier til opnåelse af forandring

Både DAT og MBT repræsenterer integrative terapiformer, der benytter sig af terapeutiske strategier fra forskellige retninger. De pointerer derudover, at det er nødvendigt med flere behandlingsinstanser på én gang samt intensive forløb. I DAT anvendes individuel terapi, færdighedstræning i gruppe, samt telefonrådgivning, mens det i MBT drejer sig om individuel- og gruppeterapi. Hvor MBT's behandlingsinstanser kan kvalificeres som terapi, inddrager DAT yderligere aspekter i form af færdighedstræning og telefonisk rådgivning. Men, hvilken betydning har disse ekstra aspekter? En fordel ved færdighedstræningen er, at individet her får konkret hjælp til at udvikle dets svækkede eller manglende færdigheder. En fordel ved telefonrådgivning er, at det kan hjælpe individet i krisesituationer, når trangen til selvskaden er størst og dermed være en faktor til at stoppe med den selvskadende adfærd. En risiko kan dog være, at individet i denne tilgang bliver afhængig af disse ekstra tiltag for at undgå at skade sig selv, således at der ikke er tale om en egentlig

forandring hos individet. Derved opstår der en chance for tilbagefald efter endt terapi og/eller for symptoms substitution. Samtidig kan det gøre det svært at opretholde rammerne for terapien, hvis klienten fx ringer i overdreven grad. I forhold til DAT, synes MBT i højere grad at placere ansvaret for forandringen på klientens skuldre. Det kan i den forbindelse overvejes, om klienterne i MBT vil skade sig selv mere end i DAT, hvor der er mulighed for at foretage et telefonopkald når lokummet brænder. På den anden side arbejder MBT netop med mentaliseringsevnen, der kan fungere som en stødpude for individet i svære situationer. For at kunne drage konklusioner, kræver det dog videre undersøgelser og forskning på området.

At arbejde mentaliseringsfremmende er ikke et nyt element, som MBT har opfundet eller taget patent på, men en almen faktor i terapi. DAT's dialektiske fokus på at nuancere klientens antagelser, synes eksempelvis i sig selv mentaliserende. Et aspekt, der også kan forbindes til udvikling af mentaliseringsevnen, og som virker sammenligneligt, er DAT's og MBT's fokus på at analysere hændelserne op til utilpasset adfærd, som selvskade, gennem henholdsvis en kædeanalyse eller ”stop-rewind-explore”. I begge disse strategier er fokus nemlig på, at terapeuten i samspil med patienten kortlægger, hvad der er gået forud for den selvskadende adfærd, så detaljeret som muligt. MBT har dog hovedsageligt fokus på relationerne og de tilhørende affektive tilstande, mens DAT har fokus på alle de faktorer, der ledte til adfærden. Dialektisk adfærdsterapi er altså også mentaliseringsfremmende, men dog ikke med samme præcision som MBT, hvor fokus kontinuerligt er herpå.

Som illustreret i gennemgangen af DAT og MBT, spiller relationen en væsentlig rolle i begge tilgange. Vitger (1999, pp.190-192) påpeger endvidere relationen og udviklingen heri og af som det vigtigste omdrejningspunkt i det terapeutiske arbejde mod forandring. Netop relationen er særlig relevant i behandlingen af selvskadende adfærd, idet selvskaden oftest finder sted i forbindelse med relationelle problematikker. MBT og DAT pointerer, at terapeuten skal være nysgerrig og autentisk, og terapeuten fungerer dermed mere som en samarbejdspartner for patienten end en alvidende ekspert. Selvom relationen i DAT anskues som central, levnes der kun begrænset plads til at beskrive, hvilke strategier, der faciliterer en bæredygtig relation. DAT, som metoden beskrives, synes således ikke at forholde sig til, hvis en stærk relation ikke udvikles naturligt, eller hvis patienten ikke kan forklares ud fra teorien. Dette afspejles i en tilsyneladende manglende beskrivelse af den tekniske tilgang til patienten. Det kan ses som

modstykke til MBT, der konkret beskriver, hvordan terapeuten kan intervenere i forskellige kontekster med forskellige klienter. Manglende fokus på relationen i DAT kunne medføre at flere klienter afbrød behandlingen, men da der netop ikke er et højt drop-out, må terapeutterne alligevel tage højde herfor. Forskningen laves dog oftest i forhold til velrenommerede terapeuter, hvor alliancearbejdet antageligvis er en basal færdighed og det kan derfor overvejes, hvilken betydning dette manglende fokus vil have for den mindre kyndige terapeut.

Centralt i arbejdet mod forandring, fremhæves det væsentlige ved psykoedukation, flere samtidige behandlingsinstanser, mentaliseringsfremmende interventioner, samt vigtigst af alt en god alliance, hvor terapeuten fungerer som en samarbejdspartner for patienten.

Selvom DAT og MBT har forskellige overordnede fokus på forandringen af selvskadende adfærd, DAT direkte på adfærden og MBT på affekterne bag, er metoderne lig hinanden, og inkluderer andet og mere end dette fokus. I forbindelse med selvskadende adfærd er det essentielt, at der ikke udelukkende fokuseres på adfærden, da årsagen til klientens selvskadning stikker dybere⁶⁷. På den anden side er det vigtigt, at terapeuten følger adfærdens udvikling, da denne kan give information om patienten, og endvidere indikere selvmordsrisiko, såfremt adfærden mister sin funktion⁶⁸.

4.3.2 Valg af behandlingsmetode til opnåelse af forandring

4.3.2.3 Borderline personlighedsforstyrrelse som baggrund

DAT og MBT er begge udviklet med henblik på at behandle individer med borderline personlighedsforstyrrelse. Som tidligere nævnt⁶⁹ skader mellem 45 og 80 % af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse sig selv, mens kun knap 52 % af selvskadere opfylder kravene for borderline personlighedsforstyrrelse.

Forskning har endvidere vist, at selvskade forekommer i en overraskende stor del af normalbefolkningen, der ikke har eller som ikke har fået sin psykiske lidelse diagnosticeret (Øverland, 2006, p.33). Det er derfor problematisk kun at se adfærden som en del af en borderline personlighedsforstyrrelse. Hvilken betydning kan det

⁶⁷ Jf. 2.5 Afrundende diskussion og 3. Forståelse.

⁶⁸ Jf. 2.3 Selvskade og selvmord.

⁶⁹ Jf. 2.4 Komorbiditet.

have, at tilgangene netop er tilpasset denne personlighedsforstyrrelse? Kan tilgangene, trods dette udgangspunkt, anvendes til opnåelsen af forandring ved samtlige klienter med selvskadende adfærd? Indtil videre er den begrænsede mængde faglitteratur, der eksisterer om behandlingen af selvskade, hovedsageligt baseret på voksne med personlighedsforstyrrelser. Ifølge Øverland (2006, pp.187-188) er det ikke sikkert, at viden om behandlingen af borderline personlighedsforstyrrelse er direkte overførbart til selvskadere uden denne eller anden diagnose. Sammenlignes borderline personlighedsforstyrrelse med gruppen af selvskadere generelt, virker der til at være flere fællestræk, som eksempelvis følelse af tomhed, ustabile forhold til andre, samt en usikker og forstyrret identitetsfølelse⁷⁰ (WHO, 2003, pp.138-139; Gabbard, 2000, pp.416-419). Samtidig kan der dog stilles spørgsmålstejn ved, om selvskaden nødvendigvis er forbundet med impulsivitet, idet en del individer planlægger selvskaden i flere timer eller dage. Selvskadende adfærd og borderline personlighedsforstyrrelse har således fællestræk, men bør ikke ansues som værende det samme, idet selvskadere er en heterogen gruppe, hvor langt fra alle opfylder kriterierne for borderline personlighedsforstyrrelse.

Effekten af MBT og DAT er hovedsageligt søgt bevist blandt individer med borderline personlighedsforstyrrelse med selvskadende adfærd. Der er endnu ikke vist en effekt ved selvskadende adfærd uafhængigt af borderline personlighedsforstyrrelse. ”*Absence of evidence does not mean evidence of absence*” (Gullestad, 2001, p.947). Det kræver således yderligere forskning, at kunne bestemme effekten af behandlingsformerne mere præcist i forhold til hele gruppen af selvskadere. Netop denne forskning kan repræsentere en stor udfordring, idet der endnu ikke er enighed om en fælles definition og selvskade heller ikke eksisterer som en selvstændig diagnose. Dette kan muligvis være en af årsagerne til, at behandlingstilgangene tager udgangspunkt i borderline personlighedsforstyrrelse, idet der så er et grundlag i et anerkendt diagnosesystem. I den forbindelse argumenterer blandt andre Favazza (1996) for, at selvskadende adfærd bør have en separat diagnose på linje med andre forstyrrelser med manglende impuls kontrol såsom trikotillomani og spiseforstyrrelser⁷¹. Samtidig eksisterer der elementer, der taler imod psykiatrisk diagnosticering, som eksempelvis den reduktionistiske tilgang og risikoen for stigmatisering.

⁷⁰ Jf. bilag 3, for resten af diagnosekriterierne.

⁷¹ Jf. 2.2 Klassifikation.

Overordnet synes det svært at konkludere noget endegyldigt omkring, hvilken indflydelse DAT's og MBT's udgangspunkt i borderline personlighedsforstyrrelse har for behandlingen af individet med selvskadende adfærd. Det er ikke sikkert, at det har den store betydning, idet terapeutens fokus, uanset tilgang, er på klienten og at tilpasse behandlingen i relation hertil. Kompetent behandling af klienter bygger nemlig, på tværs af forskellige skoledannelser, på et meget bredt fundament af grundlæggende færdigheder og viden om lidelser (Jørgensen, 2009, p.480). Samtidig er det dog væsentligt, at terapeuten er opmærksom på dette faktum, og grundigt vurderer tilgangenes anvendelighed i forhold til den enkelte klient.

4.3.2.4 Evidensbegrebets indvirkning

På trods af at kompetent behandling relateres til et sæt af grundlæggende færdigheder, eksisterer der i dagens samfund et fokus på, at den virksomhed, der udøves, skal kunne dokumenteres. Forskning, der har anvendt RCT-design (randomised controlled trials) har været særligt vigtig for at etablere psykoterapi som et alternativ til farmakologisk behandling, idet disse designs med randomiserede grupper, ifølge Hougaard (1993, p.240), giver den sikreste dokumentation for en særlig behandlingsmetodes effekt. I forbindelse med det øgede fokus på at evidensbasere psykoterapi, har det samtidigt været muligt at spore en øgende tendens til, at RCT-design fremhæves som guldstandard, hvorudfra terapiens effektivitet vurderes. Årsagen til at det netop er RCT-designet, der værdilægges er formentlig relateret til en historisk tung præference for en medicinsk forskningsmodel, et ”biomedicinsk paradigme”, inden for sundhedsvæsenet (Gullestad, 2001, p.947). Sådanne designs er dog samtidig meget svære at gennemføre, særligt inden for psykologien, hvor undersøgelsesobjektet er subjektivt, og det er umuligt at kontrollere for alle fejlkilder⁷².

Som følge af at evidensbegrebet kobles til RCT-design og dermed det naturvidenskabelige paradigme, har der været en tendens til at konkludere, at terapiformer baseret på en mere eksplicit teknisk rationalitet, som fx DAT, er mere effektive end de mere procesorienterede, såsom MBT (Gullestad, 2001, pp.947-950). En mulig forklaring er, at dynamiske terapeuter ofte ikke har været tilhængere af

⁷² Dette gælder fx også selvom der gives en manual til behandlingen, idet en manual bliver fortolket af den enkelte terapeut.

RCT og derfor ikke har gennemført undersøgelser af denne type. Dette har ført til en tydelig diskrepans når det gælder antal af gennemførte undersøgelser af de respektive terapiformer, men denne mangel på forskning betyder ikke, at de er dokumenteret uvirksomme⁷³ (ibid.). En anden forklaring på den udbredte opfattelse er, at RCT-designets udformning stemmer bedre overens med de mere tekniske terapiformer, som fx DAT. Randomiserede kontrolgruppedesign operer eksempelvis med forandringsmål som at lindre symptomer og subjektivt ubehag knyttet til disse (ibid., pp.945-946). I modsætning hertil arbejder MBT ud fra en mere dynamisk tradition, hvor de ønskede forandringsmål udgør komplekse enheder, der repræsenterer store metodologiske udfordringer. At undersøge dette ud fra RCT-designet er problematisk, hvorimod fx DAT's mål om at eliminere selvskaden i første fase til gengæld er lettere opnåeligt, da dette er i tråd med fokus på symptomlindring. Det nuværende evidensbegreb kan dermed (indirekte) siges at favorisere symptom-baseret forandring, da dette er muligt at undersøge ved hjælp af RCT-design. Selvskadende adfærd er dog meget mere end blot et symptom, der skal forandres, idet der ligger dybere problematikker til grund herfor og selvskaden tjener vitale funktioner for individet. DAT indebærer også mere end symptomlindring, men har indtil videre kun vist begrænset virkninger på den affektive tilstand og interpersonelle funktion (Bateman & Fonagy, 2007, p.67). Disse typer forandringer er dog sværere at undersøge. At tekniske tilgange ofte anskues som mere effektive end dynamiske, synes dermed relateret til en bestemt evidensbaseret tankegang.

Den ovennævnte antagelse om, at kognitivt og adfærdsmæssigt inspirerede behandlingsformer er mere evidensbaserede, bygger altså på det nuværende evidensbegreb, som foreskriver, at psykoterapi skal legitimere sig gennem udvikling af veldefinerede og specifikt virkende procedurer og teknikker. Dette synes dog at være et paradoks, da psykoterapiforskningen, samt de forskellige terapiformer fokuserer på, at relationsvariablerne har en langt større betydning for udbyttet af terapien, end den specifikke terapiform. Generelt synes en diskussion om hvilken terapiform, som er den bedste at være en afsporing i forhold til det generelle fund, at specifikke teknikker kun forklarer en mindre del af variansen. Egenskaber ved patienten, som håb og tro på terapien, og de såkaldte ”nonspecifikke” faktorer, dvs. terapeut og relationsfaktorer, har både hver for sig og samlet en langt større

⁷³ Jf. diskussionen ovenfor.

betydning (Hougaard, 1998). Hougaard tilskriver patienten for cirka 50 % af variansen, mens terapeuten og de relationelle faktorer betyder 30-40 % og teknikfaktorerne mellem 10 og 15 %. Disse procenttal skal selvfølgelig ikke tages alt for bogstaveligt, men som et billede på, hvordan resultater i forskningen oftest falder ud. At terapeutens brug af særlige teknikker kun tilskrives 10 – 15 % er dog ikke ensbetydende med, at teknikken ikke spiller nogen rolle i psykoterapi, men kun at der ikke er de store forskelle mellem sådanne klinisk velrenommerede metoder, der har været genstand for sammenlignelige undersøgelser (Hougaard, 1998, p.195).

Forskellene i behandlingsresultaterne behandlingsformerne imellem er nemlig, ifølge Rønnestad (2008), generelt set forbavsende små. Derudover eksisterer der flere lighedstræk end forskelle mellem de forskellige behandlingstilgange, som eksempelvis deres fokus på, at patienten skal lære at tåle ambivalens frem for absolutthed (Øverland, 2006, p.193), hvilket essentielt set er mentaliseringsarbejde.

Det øgede fokus på effektiviteten af terapi, synes dermed både at have positive og negative implikationer, da det er gavnligt at tvivlsomme eller ligefrem skadelige metoder udelukkes fra behandlingsverdenen, men til gengæld uuhensigtsmæssigt, hvis gode behandlingsformer nedvurderes eller fravælges grundet en bestemt tilgang til psykoterapiforskning. Formålet med afsnittet er ikke at nedgøre det evidensbaserede, men problematisere, at det indebærer en bestemt vinkel, som nogle behandlingsformer ikke passer så godt ind i, og at hvis andre vinkler på evidens i stedet blev lagt til grund, så ville konklusionerne formentlig være anderledes. I en sådan optik kunne MBT fx tænkes at vise sig særligt effektiv. Det synes derfor essentielt at pointere, at evidens af en behandlingsform ikke alene bør være årsagen til anvendelsen af en bestemt behandlingsform, men at den enkelte klient i stedet undersøges grundigt, så en behandlingsform kan udformes i forhold hertil.

4.3.3 Klientens og terapeutens rolle

Hougaard (1998) tilskriver klienterne 50 % af betydningen for, om terapien er effektiv, hvorfor klientens motivation og modstand har en afgørende betydning. Selvskadere har ofte modstand mod forandring, idet selvskade tjener vitale funktioner for individet og ikke blot er et symptom, der kan skiftes ud med noget andet. I arbejdet med selvskaderens modstand anses relationen og terapeutens rolle

som særlig vigtig, da selvskadende adfærd relateres til relationelle problematikker, og en god relation derfor kan være helende i sig selv.

Et element, der kan forklare den manglende forskel på behandlingstilgangenes effekt er endvidere, at gode terapeuter synes at ligne hinanden uanset teoretisk baggrund. *”Dette kan muligens forklares med at erfarne behandlere har en mer personlig tilnærming i sin behandling. Det henger sannsynligvis sammen med at de er mer trygge på egen rolle og derfor friere i sitt valg av terapeutisk fokus. Gjennom å være mer aktiv i behandlingen, kan behandleren overføre sin vitalitet til pasienten.”* (Øverland, 2006, p.193). Her presenterer Øverland (2006) det centrale i, at terapeuten føler sig tryk ved egen rolle, og har en personlig tilgang til klienterne.

Det synes i den forbindelse interessant, at den tilgang der vælges, ofte reflekterer behandlerens faglige forankring mere end en metodes statistiske effekt. *”Er man uddannet i kognitiv adfærdsterapi, vil det være naturligt at vælge DAT, mens en psykodynamisk uddannet terapeut formodentlig vil vælge MBT.”* (Rubæk, 2009, p.145). Dette kan være en god ting, da terapeuten herved kan være mere tryk og autentisk, hvilket er vigtigt for terapiens udfald, men det kan også være problematisk, hvis terapeuten rigtigt binder sig til en enkelt skole og især, hvis tilgangen ikke passer til patienten. Den reflekterende og gode behandler vil dog, uanset hvilken skoledannelse vedkommende bekender sig til, lade sig inspirere af elementer fra forskellige behandlingsmodeller (Jørgensen, 2009, p.398). Det væsentlige i behandlingen og for at skabe forandring er, at terapeuten lytter til sin klient og tilpasser behandlingen hertil.

5. KONKLUSION

Nærværende speciale har forsøgt at belyse, hvordan selvskadende adfærd kan forstås og hvorledes der kan opnås forandring ud fra en overvejende teoretisk baseret referenceramme. Formålet har været at bidrage med viden til et ofte omtalt, men fortsat sparsomt undersøgt område.

Selvskadende adfærd er ikke et nyt fænomen, men har eksisteret gennem menneskehedens historie i forskellige kulturer. På trods af fænomenets udbredelse og den store interesse herfor, er der fortsat ikke enighed om definitionen eller klassifikationen af selvskadende adfærd. Selvskade kan placeres flere steder, og har fortsat ikke sin egen diagnose. Flere mener dog, at dette blot er et spørgsmål om tid. En væsentlig skelnen i forbindelse med selvskade er i forhold til selvmord, da det er væsensforskellige handlinger, der kræver forskellige behandlingstiltag. Det er dog væsentligt, at terapeuten samtidig holder øje med risikoen for selvmord, da individet med selvskadende adfærd har en forøget risiko herfor. Derudover relateres selvskade ofte med andre forstyrrelser, heriblandt især borderline personlighedsforstyrrelse og spiseforstyrrelser. Den stærke relation betyder dog ikke, at alle individer med selvskadende adfærd har andre forstyrrelser.

For at opnå en forståelse af selvskadende adfærd synes det væsentligt at forstå, hvilke funktioner adfærden tjener for det enkelte individ. Ud fra litteraturen, forskningen, samt case vignetter, argumenteres der for, at adfærden har en funktionel værdi for individet, idet den fungerer som en form for copingmekanisme i forhold til svære følelser og situationer, der ikke er håndterbare på anden vis. Selvskade kan anvendes som et middel til at regulere og kontrollere affekter, til at straffe sig selv og til at skabe grænser. Ved at regulere det indre pres eller tomhed kan der endvidere opnås en fornemmelse af kontrol. Selvskadende adfærd kan ligeledes være en form for kommunikation til omgivelserne, selvom dette sjældent er det primære formål. Der eksisterer dermed en mangfoldighed af forskellige funktioner som selvskadende adfærd kan tjene, hvilket varierer i forhold til det enkelte individ.

Ligesom selvskade kan forbindes med forskellige funktioner, kan der også ligge forskellige årsagsforklaringer til grund. Der er endnu ikke udviklet en grundlæggende psykologisk teori, der på én gang kan forklare de forskellige aspekter, der er indeholdt i udviklingen af selvskade. Dette afspejler formentlig

adfærdens kompleksitet og at individer med selvskadende adfærd repræsenterer en heterogen gruppe. På den måde er det væsentligt med et bredt repertoire af teorier. I specialet præsenteres tre psykologiske teorier, som er relevante perspektiver i den nuværende litteratur, men da feltet fortsat er nyt, kan der komme flere og bedre bud til. I affektreguleringsmodellen forstås selvskadende adfærd som et udtryk for, at individet grundet utilstrækkelig tilknytning og spejling, ikke har en udviklet mentaliseringsevne. Dermed opleves verden uoverskuelig og uforudsigelig, og individet oversvømmes hurtigt af uidentificerbare følelser, og må skade sig selv for at regulere og kontrollere disse. Grænsemodellen forklarer selvskade ved, at individet grundet utilstrækkelig tilknytning og indlevelse fra moderen ikke har gennemarbejdet separations-individuationsfasen, og dermed ikke har udviklet stabile grænser mellem selv og andre. I situationer af nærhed eller adskillelse kan selvet opleves som værende i fare for opløsning, hvorfor selvskade kan hjælpe med at etablere grænserne igen. I traumemodellen ansues selvskade som et tegn på, at individets refleksive kapaciteter og helhed i selvoplevelse, som følge af et traume, er svækkede, hvilket medfører et behov for selvskade.

Udover de psykologiske bidrag blev der præsenteret biologiske forklaringsmodeller, der forklarer selvskaden ud fra et nedsat serotonin-niveau, et forhøjet niveau af adrenalin, og/eller en ubalance i det opioide system. Disse kan sjældent forklare udviklingen alene, men kan ansues som værende i et reciprok forhold med de psykologiske problematikker. Til sammen tilbyder årsagsforklaringerne en palet af muligheder i forståelsen af, hvad der bevirker udviklingen af selvskadende adfærd for den enkelte klient. Dette er væsentligt for behandlingen af individer med selvskadende adfærd. Des flere forståelsesmuligheder, des bedre kan terapeuten forstå og tilpasse behandlingen til den enkelte klient, hvilket er væsentligt for opnåelsen af forandring.

For at opnå forandring synes det essentielt at have fokus på to typer faktorer, nemlig de, der forhindrer og de, der fordrer forandring. De faktorer, som kan forhindre forandring, involverer blandt andet klientens manglende ønske om forandring, og afhængighed af selvskaden, grundet selvskadens vitale funktioner. I behandlingen er det derfor essentielt, at terapeuten behandler klienten i forhold til, hvor parat klienten er til forandring, altså i hvilken fase individet befinder sig. Et andet element, der kan forhindre forandring er terapeutens følelser (modoverføring), idet selvskadende adfærd vækker stærke og antiterapeutiske reaktioner hos de

mennesker, der omgiver den selvskadende. Terapeuten skal være opmærksom på de følelser, der opstår i forholdet til klienten, så disse kan anvendes som indsigtsgivende, frem for at komme til at reagere uhensigtsmæssigt herpå. Her er supervision og videnstilegnelse væsentligt.

For at opnå forandring eksisterer der flere behandlingstilgange til selvskadende adfærd, og her tog nærværende speciale udgangspunkt i dialektisk adfærdsterapi og mentaliseringsbaseret terapi. Synet på forandring defineres forskelligt i forskellige behandlingsstrategier, hvormed forandring for én tilgang kan betyde noget ganske andet end for en anden. Inden for DAT anskues forandring som opnåelsen af specifikke mål i specifikke faser, der afgøres ud fra et målhierarki over de væsentlige forandringsmål. DAT arbejder dermed efter konkrete målsætninger ved hjælp af dialektiske principper, samt kognitive og adfærdsmæssige strategier, såsom problemløsning og hjemmeopgaver. Modsat anskues formålet med behandlingen indenfor MBT som mere dynamiske mål, hvor hovedfokus er på udviklingen af mentaliseringsevnen. MBT har ikke på samme måde faser med konkrete mål, men blot en indledende del med fokus på udviklingen af en god behandlingsalliance, en midterfase, hvor den egentlige terapi foregår, samt en afrundingsfase, hvor en opfølgingsplan udformes, så klienten er forberedt på risikoen for tilbagefald. Formålet med behandlingen og synet på opnåelsen er dermed forskellige i de to tilgange, hvorfor strategierne også er forskellige. Centralt i arbejdet med forandring er dog i begge behandlingsformer, at der indgår psykoedukation, at der arbejdes intensivt og mentaliseringsfremmende, samt at der etableres en god alliance.

Begge tilgange er udformet med henblik på behandlingen af klienter med borderline personlighedsforstyrrelse. I behandlingen er det derfor væsentligt, at terapeuten tager højde for, at individet ikke nødvendigvis stemmer overens med hele forståelsesgrundlaget, da kun cirka halvdelen opfylder kravene til borderline personlighedsforstyrrelse, og i stedet sætter klienten i centrum.

Samfundet har i dag et stort fokus på at evidensbasere behandling og ud fra det nuværende paradigme fremhæves DAT ofte som en bedre strategi til opnåelse af forandring. Ud fra forskningen er det vigtigste for opnåelsen af forandring dog ikke den specifikke tilgang, men relationsfaktorerne, de såkaldte ”nonspecifikke” faktorer. Det interessante er endvidere, at selvom samfundet favoriserer nogle terapiformer, synes terapeutterne stadig at vælge ud fra det, der passer til den enkeltes

overbevisning. Dette kan være en god ting, da terapeuten kan virke mere tryk og dermed mere personlig og autentisk, hvilket er vigtigt for terapiens udfald. Når alt kommer til alt er det vigtigste at terapeuten tager udgangspunkt i den enkelte klient og tilpasser behandlingen i henhold hertil.

AFRUNDENDE BEMÆRKNING

Individer med selvskadende adfærd fortjener en respektfuld behandling, hvorfor jeg vil overlade det til en af dem at afrunde:

Selvskade

Tomheden fylder mit sind
Tankerne farer i alle retninger
De vender tilbage til en ting, nemlig selvskaden
Bare at mærke smerten, så jeg igen kan rumme mig selv
Jeg ved det er forkert, men trangen er der
Trangen til for en stund at flytte den psykiske smerte
Til den fysiske smerte, som bedre kan håndteres
At gøre mig selv fortræd er for en stund at være fri for al indre smerte
Den indre ro indfinder sig, og igen kan jeg holde ud at være til

At skade mig selv er en besættelse, jeg tænker på det hver dag
Når jeg vågner er tankerne der, og følger mig hele dagen
Når jeg skal i seng er tankerne der, og følger med mig i drømmene
Selvskaden er ikke for at dø, men for at få fred indeni
Selvskaden er en kraft jeg er blevet slave af
Selvskaden er en rus, befriende og voldsom
Suset smerten giver en følelse af glæde og lykke
For en kort stund kan jeg holde følelser og tankerne ud
Roen og neutraliteten er sat i deres sted
Selvskaden er nu blevet en del af mig
Min måde at håndtere svære følelser på
Min måde at flygte fra mig selv på
Min måde at kunne rumme mig selv på
Selvskaden virker kun så længe den udføres
Bagefter at alting som før.

Vejen ud af den er hård, men en dag vil det ske.

(Skrevet af H på www.girltalk.dk, d. 12.05.2010).

LITTERATURLISTE

Referenceliste

Babiker, G. & Arnold, L. (1997) *The language of injury: comprehending self-mutilation*. Malden: Blackwell Publishing. Kap. 1 (1-19), 2 (20-36), 4 (57-85), 5 (86-103), 7 (127-144).

- 101 sider

Bateman, A. & Fonagy, P. (2007) *Mentaliseringsbaseret behandling af borderline-personlighedsforstyrrelse. En praktisk guide*. København: Akademisk Forlag. Intro (13-32), Kap.: 1 (33-44), 4 (75-102), 7 (137-146), 8 (147-164), 9 (165-193).

- 117 sider

Bateman, A. W.; Ryle, A.; Fonagy & Kerr, I.B. (2007) Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Therapy and Cognitive Analytic Therapy Compared, *International Review of Psychiatry*, February; 19(1), pp.51-62.

- 12 sider

Bertelsen, P. (2003) *Antropologisk psykologi*. København: Frydenlund. (pp.21-44)

- 24 sider

Bjørneset, L. W. (2003) Funksjonelle aspekter ved selvskading. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Oktober, 40(10), pp.857-865.

- 9 sider

Briere, J. & Gil, E. (1998) Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, Correlates, and Functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), October 1998, p. 609-620.

- 12 sider

Carey, T. A., Carey, M., Stalker, K., Mullan, R. J., Murray, L. K. & Spratt, M. B. (2007): Psychological change from the inside looking out: A qualitative investigation. *Counselling and Psychotherapy Research*. 7: 3, 178 – 187.

- 10 sider

Conterio, K., Lader, W. & Bloom, J.K. (1998) *Bodily harm: the breakthrough healing program for self-injurers*. New York: Hyperion. Intro (3-14), Kap.: 1(15-31), 13 (180-195), 15 (209-226), 16 (227-236)

- 73 sider

Doctors, S. (1981) The symptom of delicate self-cutting in adolescent females: A developmental view. *American Society for Adolescent Psychiatry*, 9, pp. 443-460.

- 18 sider

- Doctors, S. R.** (1999) Further thoughts on “self-cutting”: The intersubjective context of self-experience and the vulnerability to self-loss. *Psychoanalytic Review*, 86, pp.733-744.
- 12 sider
- Farber, S. K.** (2002) *When the body is the target: self-harm, pain, and traumatic attachments*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc. Intro (xxiii-xxxiii), Kap. 1 (3-43), 2 (45-96), 15 (425-461)
- 141 sider
- Favazza, A. R.** (1989a). Why patients mutilate themselves. *Hospital and Community Psychiatry*, 40 (2), pp. 137-145.
- 9 sider
- Favazza, A.R.** (1989b). Normal and deviant self-mutilation. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 26, pp. 113-127.
- 15 sider
- Favazza, A. R.** (1996) *Bodies under siege: self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. Baltimore, MA: The Johns Hopkins University Press. (p.4-323)
- 320 sider
- Favazza, A. R.** (1998) The Coming Age of Self-Mutilation. *The journal of nervous & mental disease*, 186 (5), May 1998, pp. 259-268.
- 10 sider
- Favazza, A. R.** (1999) Self-mutilation. I Jacobs, D. G. (Ed.) *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention* (pp. 125-145). San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.
- 21 sider
- Favazza, A.R. & Conterio, K.** (1988) The plight of chronic self-mutilators. *Community Mental Health Journal*, 24 (1), Spring 1988, pp. 22-30.
- 9 sider
- Favazza, A. R. & Conterio, K.** (1989) Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, pp. 283-289.
- 7 sider
- Favazza, A. R. & Rosenthal, R. J.** (1990) Varieties of pathological self-mutilation. *Behavioural Neurology*, 1990, 3, pp. 77-85.
- 9 sider
- Favazza, A.R. & Simeon, D.** (1995) Self-Mutilation. I Hollander, E. & Stein, D. (ed.) *Impulsivity and Aggression*. New York: Wiley. Kap. 12 (pp. 185-200).
- 16 sider

- Feldman, M. D.** (1988) The Challenge of Self-Mutilation: A Review. *Comprehensive Psychiatry*, 29 (3), pp. 252-269.
- 18 sider
- Folkman, S. & Lazarus, R.S.** (1988) Coping as a mediator of emotion. *Journal of personality and social psychology*, 1988, 54 (3), pp.466-475.
- 10 sider
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Elliot, L.J. & Target, M.** (2002) *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press. (pp.1-20).
- 20 sider
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E. L. & Target, M.** (2007) *Affektregulering, mentalisering og selvets udvikling*. København: Akademisk Forlag. Intro (13-30), Kap. 1 (33-71), 4 (143-195), 5 (196-240), 9 (323-350)
- 183 sider
- Frances, A.** (1987) Introduction (to the section on self-mutilation). *Journal of Personality Disorder*, 1, p.316.
- 1 side
- Freud, S.** (1910d) Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie”. G.W. VIII (pp.104-115), S. Erg., S.E. XI. Dansk udgave: De fremtidige chancer for den psykoanalytiske terapi, i: *Afhandlinger om behandlingsteknik*, Hans Reitzels Forlag, 1992, pp.75-83.
- 9 sider
- Freud, S.** (1920) Beyond the Pleasure Principle. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XVIII (1920-1922): Beyond the Pleasure Principle, Group Psychology and Other Works, pp. 1-64.
- 64 sider.
- Gabbard, G.O.** (2000) *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice* (3.edition). Washington DC: American Psychiatric Publishing. (pp. 411-461)
- 51 sider
- Gammelgaard, J.** (1993) *Katharsis: sjælens renselse i psykoanalyse og tragedie*. København: Hans Reitzels Forlag. Kap. 2 (62-103), 6 (182-198)
- 59 sider
- Graff, H. & Mallin, R.** (1967) The syndrome of the wrist cutter. *American Journal of Psychiatry*, 124, pp. 36-42.
- 7 sider
- Gratz, K. L.** (2001) Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the deliberate self-harm inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23 (4), pp. 253-263.
- 11 sider

- Gratz, K. L.** (2006) Risk factors for deliberate self-harm among female college students: the role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76 (2), pp. 238-250.
- 13 sider
- Gratz, K. L.; Conrad, S. D. & Roemer, L.** (2002) Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72 (1), pp.128-140.
- 13 sider
- Gullestad, S.E.** (2001) Hva er evidensbaseret psykoterapi? Tidsskrift for Norsk Psykologforening, vol. 38, pp. 942-951.
- 10 sider
- Haines, J.; Williams, C. L.; Brain, K. L. & Wilson, G. V.** (1995) The psychophysiology of self-mutilation. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 (3), pp. 471-489.
- 19 sider
- Hougaard, E.** (1993) Psykoterapeutisk effektforskning. I: Rosenberg, N. K.; Mortensen, K. V.; Hougaard, E.; Lund, S. & Theilgaard, A.: *Klinisk psykologisk forskning: En indføring I metoder og problemstillinger*. Slangerup: Dansk Psykologisk Forlag. Kap. 15 (pp.227-259).
- 33 sider
- Hougaard, E.** (1998). Hvad gør en god psykoterapeut „god“? Perspektiver fra empirisk forskning. *Psyke & Logos* 19(1): 191-219.
- 29 sider
- Ivanoff, A.; Linehan, M.M. & Brown, M.** (2001) Dialectical Behavior Therapy for Impulsive Self-Injurious Behaviors. I: Simeon, D. & Hollander, E. (2001) *Self-injurious behaviors*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc. Kap 7 (pp.149-173)
- 25 sider
- Jørgensen, C. R.** (2009) *Personlighedsforstyrrelser. Moderne relationel forståelse og behandling af borderlinelidelse*. (2.ed.) Viborg: Hans Reitzels Forlag. (pp. 416-425, 478-491).
- 24 sider
- Klonsky, D. E.** (2007) The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, pp. 226-239.
- 14 sider
- Kåver, A. & Nilsson, Å.** (2004). *Grundbog i dialektisk adfærdsterapi – teori, strategi og teknik*. Dansk Psykologisk Forlag. Kap. 3 (48-57), 4 (61-75), 5 (76-82), 6 (83-92), 7 (93-101), 8 (102-109), 9 (113-121), 10 (122-134), 15 (173-177)
- 86 sider

- Levenkron, S.** (1998) *Cutting : understanding and overcoming self-mutilation*. New York: W.W. Norton & Company. Preface (9-11), Intro (17-21), Kap. 1-4 (22-71)
- 58 sider
- Linehan, M.M.** (1993) *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press. Kap. 1 (3-27), 2 (28-65).
- 63 sider
- Linehan, M. M.** (2004). *Manual til dialektisk adfærdsterapi – færdighedstræning*. Dansk Psykologisk Forlag. Kap. 1-5 (17-127), 7-10 (136-211)
- 186 sider
- Lynch, T.R.; Chapman, A.L.; Rosenthal, M.Z.; Kuo, J.R. & Linehan, M.M.** (2006) Mechanisms of Change in Dialectical Behavior Therapy: Theoretical and Empirical Observations. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 62(4), pp. 459-480.
- 22 sider
- Madge, N.; Hewitt, A.; Hawton, K; de Wilde, E. J.; Corcoran, P.; Fekete, S.; van Heeringen, K.; De Leo, D. & Ystgaard, M.** (2008) Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49:6, pp.667-677.
- 11 sider
- Meldgaard, T. H. & Frederiksen, A.H.** (2009) En pause fra virkeligheden – evaluering af girltalk. Socialt Udviklingscenter SUS. (pp.100-104) Hentet d. 31.07.2010 fra <http://www.girltalk.dk/pdf/evalueringssrapport-en-pause-fra-virkeligheden.pdf>
- 5 sider
- Menninger, K. A.** (1938) *Man against himself*. New York: Harcourt, Brace & World, Inc. Kap. 1 (pp. 3-9), del 4 (pp. 229-285)
- 64 sider
- Mortensen, K. V.** (2003) *Fra neuroser til relationsforstyrrelser. Psykoanalytiske udviklingsteorier og klassifikationer af psykopatologi*. København: Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag A/S. Kapitel A1 (pp. 351-385).
- 35 sider
- Muehlenkamp, J. J.** (2005) Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75 (2), pp. 324-333.
- 10 sider
- Muehlenkamp, J. J.** (2006) Empirically supported treatments and general therapy guidelines for non-suicidal self-injury, *Journal of Mental Health Counseling*, April, 28(2), pp.166-185.
- 20 sider

- Møhl, B.** (2006) *At skære smerten bort – en bog om cutting og selvskadende adfærd*. København: PsykiatriFondens Forlag. (pp. 5-139)
- 135 sider
- Nock, M. K.; Joiner, T. E.; Gordon, K. H.; Lloyd-Richardson, E. & Prinstein, M. J.** (2006) Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, pp. 65-72.
- 8 sider
- Pao, P.-N.** (1969) The syndrome of delicate self-cutting. *British Journal of Medical Psychology*, 42, pp. 195-206.
- 12 sider
- Pattison, E. M. & Kahan, J.** (1983) The Deliberate Self-Harm Syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 140 (7), pp. 867-872.
- 6 sider
- Prochaska, J. O. & Norcross, J. C.** (2001) Stages of change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, Winter, Vol 38(4), pp.443-448.
- 6 sider
- Prochaska, J.O.; DiClemente, C.C. & Norcross, J.C.** (1992) In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, September, Vol 47(9), pp.1102-1114.
- 13 sider
- Ross, S. & Heath, N.** (2002) A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31 (1), February, pp. 67-77.
- 11 sider
- Rubæk, L.** (2009) *Selvskadens psykologi*. Dansk Psykologisk Forlag. (pp. 9-187)
- 179 sider
- Rønnestad, M. H.** (2008) Evidensbaseret praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. Vol. 4 (pp.444-454).
- 11 sider
- Sandler, J.; Dare, C. & Holder, A.** (1994) *Patienten og analytiker*. Psykoanalysens kliniske struktur, 2.ed. Kbh.: Hans Reitzels Forlag. Kap. 4 (52-77), 6 (100-119).
- 46 sider
- Shaw, S.N.** (2002) Shifting Conversations on Girls’ and Women’s Self-Injury: An Analysis of the Clinical Literature in Historical Context. *Feminism & Psychology*, 2002, 12 (2): 191-219.
- 29 sider

- Simeon, D. & Favazza, A. R.** (2001) Self-injurious behavior. In: Simeon, D. (Ed) & Hollander, E. (Ed) (2001) *Self-injurious-behaviors: Assessment and treatment*. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc., xii. (pp.3-28).
- 26 sider
- Skytte, B.** (2007) *Cutting og anden selvskadende adfærd – ligheder, forskelle og funktioner*. Psykologisk Institut, Aarhus Universitet: Kandidatafhandling. (pp. 1-30, 91-100)
- 40 sider
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B.** (2009) Selvskading og spiseforstyrrelser. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr. 9, 2009, 129: 877-881.
- 5 sider
- Sommerfeldt, B. & Skårderud, F.** (2009) Hva er selvskading? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr. 8, 2009, 129: 754-758.
- 5 sider
- Stanley, B.; Gameroff, M. J.; Michalsen, V. & Mann, J. J.** (2001) Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *The American Journal of Psychiatry*, 158 (3), pp. 427-432.
- 6 sider
- Strong, M.** (2000) *A bright red scream: self-mutilation and the language of pain*. London: Virago Press. Intro (xv-xx), Kap. 1 (1-16), 2, (17-28), 3 (29-63), 4 (64-84).
- 90 sider
- Suyemoto, K.L.** (1998) The Functions of Self-Mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18 (5), pp. 531-554.
- 24 sider
- Suyemoto, K. L. & MacDonald, M. L.** (1995) Self-cutting in female adolescents. *Psychotherapy*, 32, pp. 162-171.
- 10 sider
- Svirko, E. & Hawton, K.** (2007) Self-Injurious Behavior and Eating Disorders: The Extent and Nature of the Association. *Suicide & Life – Threatening Behavior*; Aug 2007; 37, 4, pp. 409-421.
- 13 sider
- Søndergaard, P. S.** (2007) *Når livet gør ondt – om selvskadende adfærd blandt unge*. Vejle: Kroghs Forlag A/S. Kap. 2 (pp.24-33)
- 10 sider
- van der Kolk, B. A.; Perry, C. & Herman, J. L.** (1991) Childhood origins of self-destructive behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 148 (12), pp. 1665-1671.
- 7 sider

- Varvin, S.** (2003) *Mental surviving strategies after extreme traumatisation*. Copenhagen: Multivers ApS Forlag. (pp.17-88, 150-155)
- 78 sider
- Veague, H. B.** (2008) *Cutting and Self-Harm*. New York: Chelsea House. Kap. 1 (1-16), 2 (17-27), 4 (51-69)
- 46 sider
- Vitger, J.** (1999) Kurative faktorer ved psykoanalytiske teorier. *Matrix*. Nr. 3, pp. 188-204.
- 17 sider
- Walsh, B. W.** (2006) *Treating self-injury: a practical guide*. New York, NY: The Guilford Press. Kap. 1 (3-20), 2 (21-31), 3 (32-47), 4 (48-53) 15 (221-228), 16 (231-243).
- 72 sider
- Walsh, B.W. & Rosen, P.M.** (1988) *Self-mutilation: theory, research, and treatment*. New York: The Guilford Press. Kap. 1 (3-14), 2 (15-38), 3 (39-53).
- 51 sider
- Whitlock, J.; Eckenrode, J. & Silverman, D.** (2006) Self-injurious behaviors in a College Population. *Pediatrics*, 2006, 117 (6), pp.1939-1948.
- 10 sider
- Winchel, R. M. & Stanley, M.** (1991) Self-injurious behavior: A review of the behavior and biology of self-mutilation. *The American Journal of Psychiatry*, 148 (3), pp. 306-317.
- 12 sider
- WHO, ICD-10** (2003) *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier*. 1. Udgave, 10. reviderede oplag. København: Munksgaard.(pp.8-9, 138-139, 146-147).
- 6 sider
- Zöllner, L.** (2002) *Unges (mis)trivsel*. Odense: Center for selvmordsforskning. (pp.4-20)
- 17 sider
- Øverland, S.** (2006) *Selvskadning – en praktisk tilnærming*. Bergen: Fagforlaget. Kap 1. (13-44), 2 (47-60), 3 (61-78), 4 (79-121), 5 (125-140), 7 (187-193), Epilog (247-250).
- 132 sider
- Leksika*
- Egidius, H.** (2005) *Psykologisk leksikon* (2. udgave). København: Hans Reitzels Forlag.

Pensumliste

I alt: 3122 sider

Gammelt pensum (523 sider)

Bateman, A. & Fonagy, P. (2007) *Mentaliseringsbaseret behandling af borderline-personlighedsforstyrrelse. En praktisk guide*. København: Akademisk Forlag. Intro (13-32), Kap.: 1 (33-44), 4 (75-102), 7 (137-146), 8 (147-164), 9 (165-193).

- 117 sider

Bertelsen, P. (2003) *Antropologisk psykologi*. København: Frydenlund. (pp.21-44)

- 24 sider

Favazza, A. R. (1998) The Coming Age of Self-Mutilation. *The journal of nervous & mental disease*, 186 (5), May 1998, pp. 259-268.

- 10 sider

Gabbard, G.O. (2000) *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice* (3.edition). Washington DC: American Psychiatric Publishing. (pp. 411-461)

- 51 sider

Gullestad, S.E. (2001) Hva er evidensbaseret psykoterapi? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, vol. 38, pp. 942-951.

- 10 sider

Hougaard, E. (1993) Psykoterapeutisk effektforskning. I: Rosenberg, N. K.; Mortensen, K. V.; Hougaard, E.; Lund, S. & Theilgaard, A.: *Klinisk psykologisk forskning: En indføring i metoder og problemstillinger*. Slangerup: Dansk Psykologisk Forlag. Kap. 15 (pp.227-259).

- 33 sider

Hougaard, E. (1998). Hvad gør en god psykoterapeut „god“? Perspektiver fra empirisk forskning. *Psyke & Logos* 19(1): 191-219.

- 29 sider

Mortensen, K. V. (2003) *Fra neuroser til relationsforstyrrelser. Psykoanalytiske udviklingsteorier og klassifikationer af psykopatologi*. København: Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag A/S. Kapitel A1 (pp. 351-385).

- 35 sider

Møhl, B. (2006) *At skære smerten bort – en bog om cutting og selvskadende adfærd*. København: PsykiatriFondens Forlag. (pp. 5-139)

- 135 sider

Pattison, E. M. & Kahan, J. (1983) The Deliberate Self-Harm Syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 140 (7), pp. 867-872.

- 6 sider

Rønnestad, M. H. (2008) Evidensbaseret praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. Vol. 4 (pp.444-454).
- 11 sider

Sandler, J.; Dare, C. & Holder, A. (1994) *Patienten og analytikeren*. Psykoanalysens kliniske struktur, 2.ed. Kbh.: Hans Reitzels Forlag. Kap. 4 (52-77), 6 (100-119).
- 46 sider

Søndergaard, P. S. (2007) *Når livet gør ondt – om selvskadende adfærd blandt unge*. Vejle: Kroghs Forlag A/S. Kap. 2 (pp.24-33)
- 10 sider

WHO, ICD-10 (2003) *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier*. 1. Udgave, 10. reviderede oplag. København: Munksgaard.(pp.8-9, 138-139, 146-147).
- 6 sider

Nyt pensum (2633 sider)

Babiker, G. & Arnold, L. (1997) *The language of injury: comprehending self-mutilation*. Malden: Blackwell Publishing. Kap. 1 (1-19), 2 (20-36), 4 (57-85), 5 (86-103), 7 (127-144).
- 101 sider

Bateman, A. W.; Ryle, A.; Fonagy & Kerr, I.B. (2007) Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Therapy and Cognitive Analytic Therapy Compared, *International Review of Psychiatry*, February; 19(1), pp.51-62.
- 12 sider

Bjørneset, L. W. (2003) Funksjonelle aspekter ved selvskading. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Oktober, 40(10), pp.857-865.
- 9 sider

Briere, J. & Gil, E. (1998) Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, Correlates, and Functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), October 1998, p. 609-620.
- 12 sider

Carey, T. A., Carey, M., Stalker, K., Mullan, R. J., Murray, L. K. & Spratt, M. B. (2007): Psychological change from the inside looking out: A qualitative investigation. *Counselling and Psychotherapy Research*. 7: 3, 178 – 187.
- 10 sider

Conterio, K., Lader, W. & Bloom, J.K. (1998) *Bodily harm: the breakthrough healing program for self-injurers*. New York: Hyperion. Intro (3-14), Kap.: 1(15-31), 13 (180-195), 15 (209-226), 16 (227-236)
- 73 sider

- Doctors, S.** (1981) The symptom of delicate self-cutting in adolescent females: A developmental view. *American Society for Adolescent Psychiatry*, 9, pp. 443-460.
- 18 sider
- Doctors, S. R.** (1999) Further thoughts on “self-cutting”: The intersubjective context of self-experience and the vulnerability to self-loss. *Psychoanalytic Review*, 86, pp.733-744.
- 12 sider
- Farber, S. K.** (2002) *When the body is the target: self-harm, pain, and traumatic attachments*. Northwhale, NJ: Jason Aronson Inc. Intro (xxiii-xxxiii) (11s), Kap. 1 (3-43), 2 (45-96), 15 (425-461)
- 141 sider
- Favazza, A. R.** (1989a). Why patients mutilate themselves. *Hospital and Community Psychiatry*, 40 (2), pp. 137-145.
- 9 sider
- Favazza, A.R.** (1989b). Normal and deviant self-mutilation. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 26, pp. 113-127.
- 15 sider
- Favazza, A. R.** (1996) *Bodies under siege: self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. Baltimore, MA: The Johns Hopkins University Press. (p.4-323)
- 320 sider
- Favazza, A. R.** (1999) Self-mutilation. I Jacobs, D. G. (Ed.) *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention* (pp. 125-145). San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.
- 21 sider
- Favazza, A.R. & Conterio, K.** (1988) The plight of chronic self-mutilators. *Community Mental Health Journal*, 24 (1), Spring 1988, pp. 22-30.
- 9 sider
- Favazza, A. R. & Conterio, K.** (1989) Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, pp. 283-289.
- 7 sider
- Favazza, A. R. & Rosenthal, R. J.** (1990) Varieties of pathological self-mutilation. *Behavioural Neurology*, 1990, 3, pp. 77-85.
- 9 sider
- Favazza, A.R. & Simeon, D.** (1995) Self-Mutilation. I Hollander, E. & Stein, D. (ed.) *Impulsivity and Aggression*. New York: Wiley. Kap. 12 (pp. 185-200).
- 16 sider

- Feldman, M. D.** (1988) The Challenge of Self-Mutilation: A Review. *Comprehensive Psychiatry*, 29 (3), pp. 252-269.
- 18 sider
- Folkman, S. & Lazarus, R.S.** (1988) Coping as a mediator of emotion. *Journal of personality and social psychology*, 1988, 54 (3), pp.466-475.
- 10 sider
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Elliot, L.J. & Target, M.** (2002) *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press. (pp.1-20).
- 20 sider
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E. L. & Target, M.** (2007) *Affektregulering, mentalisering og selvets udvikling*. København: Akademisk Forlag. Intro (13-30), Kap. 1 (33-71), 4 (143-195), 5 (196-240), 9 (323-350)
- 183 sider
- Frances, A.** (1987) Introduction (to the section on self-mutilation). *Journal of Personality Disorder*, 1, p.316.
- 1 side
- Freud, S.** (1910d) Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie”. G.W. VIII (pp.104-115), S. Erg., S.E. XI. Dansk udgave: De fremtidige chancer for den psykoanalytiske terapi, i: *Afhandlinger om behandlingsteknik*, Hans Reitzels Forlag, 1992, pp.75-83.
- 9 sider
- Gammelgaard, J.** (1993) *Katharsis: sjælens renselse i psykoanalyse og tragedie*. København: Hans Reitzels Forlag. Kap. 2 (62-103), 6 (182-198)
- 59 sider
- Graff, H. & Mallin, R.** (1967) The syndrome of the wrist cutter. *American Journal of Psychiatry*, 124, pp. 36-42.
- 7 sider
- Gratz, K. L.** (2001) Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the deliberate self-harm inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23 (4), pp. 253-263.
- 11 sider
- Gratz, K. L.** (2006) Risk factors for deliberate self-harm among female college students: the role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76 (2), pp. 238-250.
- 13 sider

- Gratz, K. L.; Conrad, S. D. & Roemer, L.** (2002) Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72 (1), pp.128-140.
- 13 sider
- Haines, J.; Williams, C. L.; Brain, K. L. & Wilson, G. V.** (1995) The psychophysiology of self-mutilation. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 (3), pp. 471-489.
- 19 sider
- Ivanoff, A.; Linehan, M.M. & Brown, M.** (2001) Dialectical Behavior Therapy for Impulsive Self-Injurious Behaviors. I: Simeon, D. & Hollander, E. (2001) *Self-injurious behaviors*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc. Kap 7 (pp.149-173)
- 25 sider
- Jørgensen, C. R.** (2009) *Personlighedsforstyrrelser. Moderne relationel forståelse og behandling af borderlinelidelse*. (2.ed.) Viborg: Hans Reitzels Forlag. (pp. 416-425, 478-491).
- 24 sider
- Klonsky, D. E.** (2007) The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, pp. 226-239.
- 14 sider
- Kåver, A. & Nilsson, Å.** (2004). *Grundbog i dialektisk adfærdsterapi – teori, strategi og teknik*. Dansk Psykologisk Forlag. Kap. 3 (48-57), 4 (61-75), 5 (76-82), 6 (83-92), 7 (93-101), 8 (102-109), 9 (113-121), 10 (122-134), 15 (173-177)
- 86 sider
- Levenkron, S.** (1998) *Cutting : understanding and overcoming self-mutilation*. New York: W.W. Norton & Company. Preface (9-11), Intro (17-21), Kap. 1-4 (22-71)
- 58 sider
- Linehan, M.M.** (1993) *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press. Kap. 1 (3-27), 2 (28-65).
- 63 sider
- Linehan, M. M.** (2004). *Manual til dialektisk adfærdsterapi – færdighedstræning*. Dansk Psykologisk Forlag. Kap. 1-5 (17-127), 7-10 (136-211)
- 186 sider
- Lynch, T.R.; Chapman, A.L.; Rosenthal, M.Z.; Kuo, J.R. & Linehan, M.M.** (2006) Mechanisms of Change in Dialectical Behavior Therapy: Theoretical and Empirical Observations. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 62(4), pp. 459-480.
- 22 sider

- Madge, N.; Hewitt, A.; Hawton, K; de Wilde, E. J.; Corcoran, P.; Fekete, S.; van Heeringen, K.; De Leo, D. & Ystgaard, M.** (2008) Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49:6, pp.667-677.
- 11 sider
- Menninger, K. A.** (1938) *Man against himself*. New York: Harcourt, Brace & World, Inc. Kap. 1 (pp. 3-9), del 4 (pp. 229-285)
- 64 sider
- Muehlenkamp, J. J.** (2005) Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75 (2), pp. 324-333.
- 10 sider
- Muehlenkamp, J. J.** (2006) Empirically supported treatments and general therapy guidelines for non-suicidal self-injury, *Journal of Mental Health Counseling*, April, 28(2), pp.166-185.
- 20 sider
- Nock, M. K.; Joiner, T. E.; Gordon, K. H.; Lloyd-Richardson, E. & Prinstein, M. J.** (2006) Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, pp. 65-72.
- 8 sider
- Pao, P.-N.** (1969) The syndrome of delicate self-cutting. *British Journal of Medical Psychology*, 42, pp. 195-206.
- 12 sider
- Prochaska, J. O. & Norcross, J. C.** (2001) Stages of change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, Winter, Vol 38(4), pp.443-448.
- 6 sider
- Prochaska, J.O.; DiClemente, C.C. & Norcross, J.C.** (1992) In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, September, Vol 47(9), pp.1102-1114.
- 13 sider
- Ross, S. & Heath, N.** (2002) A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31 (1), February, pp. 67-77.
- 11 sider
- Rubæk, L.** (2009) *Selvskadens psykologi*. Dansk Psykologisk Forlag. (pp. 9-187)
- 179 sider

- Shaw, S.N.** (2002) Shifting Conversations on Girls’ and Women’s Self-Injury: An Analysis of the Clinical Literature in Historical Context. *Feminism & Psychology*, 2002, 12 (2): 191-219.
- 29 sider
- Simeon, D. & Favazza, A. R.** (2001) Self-injurious behavior. In: Simeon, D. (Ed) & Hollander, E. (Ed) (2001) *Self-injurious-behaviors: Assessment and treatment*. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc., xii. (pp.3-28).
- 26 sider
- Skytte, B.** (2007) *Cutting og anden selvskadende adfærd – ligheder, forskelle og funktioner*. Psykologisk Institut, Aarhus Universitet: Kandidatafhandling. (pp. 1-30, 91-100)
- 40 sider
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B.** (2009) Selvskading og spiseforstyrrelser. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr. 9, 2009, 129: 877-881.
- 5 sider
- Sommerfeldt, B. & Skårderud, F.** (2009) Hva er selvskading? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr. 8, 2009, 129: 754-758.
- 5 sider
- Stanley, B.; Gameroff, M. J.; Michalsen, V. & Mann, J. J.** (2001) Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *The American Journal of Psychiatry*, 158 (3), pp. 427-432.
- 6 sider
- Strong, M.** (2000) *A bright red scream: self-mutilation and the language of pain*. London: Virago Press. Intro (xv-xx), Kap. 1 (1-16), 2, (17-28), 3 (29-63), 4 (64-84).
- 90 sider
- Suyemoto, K.L.** (1998) The Functions of Self-Mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18 (5), pp. 531-554.
- 24 sider
- Suyemoto, K. L. & MacDonald, M. L.** (1995) Self-cutting in female adolescents. *Psychotherapy*, 32, pp. 162-171.
- 10 sider
- Svirko, E. & Hawton, K.** (2007) Self-Injurious Behavior and Eating Disorders: The Extent and Nature of the Association. *Suicide & Life – Threatening Behavior*; Aug 2007; 37, 4, pp. 409-421.
- 13 sider

- van der Kolk, B. A.; Perry, C. & Herman, J. L.** (1991) Childhood origins of self-destructive behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 148 (12), pp. 1665-1671.
- 7 sider
- Varvin, S.** (2003) *Mental surviving strategies after extreme traumatisaton*. Copenhagen: Multivers ApS Forlag. (pp.17-88, 150-155)
- 78 sider
- Veague, H. B.** (2008) *Cutting and Self-Harm*. New York: Chelsea House. Kap. 1 (1-16), 2 (17-27), 4 (51-69)
- 46 sider
- Walsh, B. W.** (2006) *Treating self-injury: a practical guide*. New York, NY: The Guilford Press. Kap. 1 (3-20), 2 (21-31), 3 (32-47), 4 (48-53) 15 (221-228), 16 (231-243).
- 72 sider
- Walsh, B.W. & Rosen, P.M.** (1988) *Self-mutilation: theory, research, and treatment*. New York: The Guilford Press. Kap. 1 (3-14), 2 (15-38), 3 (39-53).
- 51 sider
- Whitlock, J.; Eckenrode, J. & Silverman, D.** (2006) Self-injurious behaviors in a College Population. *Pediatrics*, 2006, 117 (6), pp.1939-1948.
- 10 sider
- Winchel, R. M. & Stanley, M.** (1991) Self-injurious behavior: A review of the behavior and biology of self-mutilation. *The American Journal of Psychiatry*, 148 (3), pp. 306-317.
- 12 sider
- Zøllner, L.** (2002) *Unges (mis)trivsel*. Odense: Center for selvmordsforskning. (pp.4-20)
- 17 sider
- Øverland, S.** (2006) *Selvskadning – en praktisk tilnærming*. Bergen: Fagforlaget. Kap 1. (13-44), 2 (47-60), 3 (61-78), 4 (79-121), 5 (125-140), 7 (187-193), Epilog (247-250).
- 132 sider

Godkendelse af pensumrammen

Undertegnede specialevejleder godkender hermed, at specialet udarbejdet af Karen Boelt Jensen opfylder studieordningens krav til pensumrammen, der indebærer et pensum på min. 2500 sider, hvoraf højst 750 sider er tidligere anvendt pensum.

14/7 2010 

Anne Birgitte Døssing

APPENDIX

Bilag 1: Girltalk godkendelse

Fra: **Karen Boelt Jensen** (karenboelt@hotmail.com)

Sendt: 5. marts 2010 10:41:59

Til: christina@girltalk.dk

Kære Christina og andre på girltalk.dk

Jeg er psykologistuderende på Aalborg Universitet på tiende semester. Jeg har valgt at skrive speciale om selvskadende adfærds funktion for unge kvinder i dag, og hvorledes der kan opnås forandring. I forbindelse med læsning af forskellig litteratur og søgning på internettet, er jeg stødt på jeres hjemmeside. Jeg har læst flere af debatindlæggende, og det har øget min viden og indlevelse i pigernes oplevelser. Derfor tænker jeg, at mit teoretiske speciale ville nyde godt af sådanne debatindlæg som illustrationer på, hvad pigerne oplever. Jeg vil derfor høre, om jeg må benytte enkelte fortællinger fra debatindlæggende på girltalk.dk i mit speciale? Jeg vil selvfølgelig sikre anonymiteten og behandle materialet med stor respekt!

Mange hilsner
Karen Boelt Jensen

Fra: **Christina Høi** (christina@girltalk.dk)

Sendt: 5. marts 2010 11:02:11

Til: karenboelt@hotmail.com

Kære Karen!

Tak for din mail, og respekt for at passe på vores brugere.

Du er velkommen til at anvende indlæg fra vores åbne forum, så længe at du skriver, hvor du har citaterne fra. Det er dog ikke tilladt at lægge spørgsmål og lign ind til vores brugere, men ok at bruge uddrag af indlæg. Du kan altså som udfrastående kigge med på siden, men ikke oprette en bruger og interagere med brugerne.

Og held og lykke med specialet! Det er et spændende og vigtigt emne som du har valgt!

Kh Christina

Christina Høi

Kommunikation

Tlf: 51880299 - christina@girltalk.dk - Ågerupvej 66 - 2750 Ballerup

GirlTalk.dk - Alle har brug for én at tale med

Bilag 2: Klassifikationsskema

Table 1-1. Classification of self-injurious behaviors					
Category	Behaviors	Tissue damage	Rate	Pattern	Disorders
Stereotypic	Head banging Self-hitting Lip or hand chewing Skin picking or scratching Self-biting Hair pulling	Mild to severe (even life threatening)	Highly repetitive Fixed	Fixed Contentless Driven	Mental retardation Autism Lesch-Nyhan Cornelia de Lange Prader-Willi
Major	Castration Eye enucleation Limb amputation	Severe or life threatening	Isolated	Impulsive or planned Concrete symbolism	Psychosis (schizophrenia, affective, organic) Intoxications Severe character disorders Transsexualism
Compulsive	Hair pulling Skin picking Nail biting	Mild to moderate	Repetitive	Compulsive (with impulsive traits) Ritualized Sometimes symbolic	Trichotillomania Stereotypic movement disorder with self-injurious behavior
Impulsive	Skin cutting Skin burning Self-hitting	Mild to moderate	Isolated or habitual, not highly repetitive	Impulsive (may have compulsive traits) Ritualized Often symbolic	Borderline/antisocial personality disorder Other impulsive personality disorders Abuse/trauma/dissociation/posttraumatic stress disorder Eating disorders

Bilag 2: skema fra Simeon og Favassa (2001, p.5).

Bilag 3: BPD kriterier

F60.3 Emotionelt ustabil personlighedsstruktur

Disordo personalitatis cum instabilitate emotionali

Karakteriseres ved en udtalt tendens til at handle impulsivt og uden hensyntagen til konsekvenserne. Humøret er uberegneligt og lunefuldt. Der er tilbøjelighed til følelsesudbrud og manglende evne til at styre affektudladninger, og tendens til stridbar og konfliktsøgende adfærd, særligt når impulsive handlinger hindres eller bremses. Der skelnes mellem to typer: den impulsive type, som overvejende karakteriseres af følelsesmæssig instabilitet og manglende impuls kontrol, og borderline typen, som yderligere karakteriseres af usikkerhed med hensyn til selvopfattelse, livsmål og indre valg, af intense og ustabile forhold til andre mennesker og af en tendens til selvdestruktiv adfærd, herunder suicidal handlinger og -forsøg. De to typer angives ved et fjerde ciffer:

F60.30 Emotionelt ustabil personlighedsstruktur, impulsiv type
Disordo personalitatis cum instabilitate emotionali, typus impulsivus

A. Generelle kriterier for F60 opfyldte

B. ≥ 3 af følgende, heraf altid (2):

- (1) tendens til at handle impulsivt og uoverlagt
- (2) stridbarhed, især ved impulsfrustration
- (3) affektlabilitet, eksplosivitet
- (4) manglende udholdenhed
- (5) ustabil og lunefuldt humør

F60.31 Emotionelt ustabil personlighedsstruktur, borderline type
Disordo personalitatis cum instabilitate emotionali, typus limitaris

A. Generelle kriterier for F60 opfyldte

B. Foruden 3 fra F60.30 B, mindst 2 af følgende:

- (1) forstyrret og usikker identitetsfølelse
- (2) tendens til intense og ustabile forhold til andre
- (3) udtalt tendens til at undgå at blive ladet alene
- (4) tendens til selvdestruktivitet
- (5) kronisk tomhedsfølelse