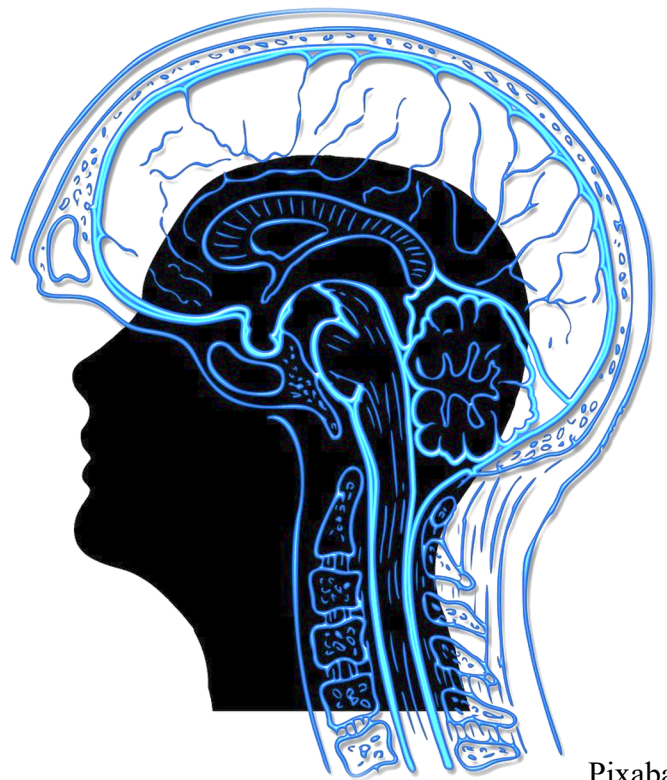


Non-suicidal selvskade og afhængighed af psykoaktive stoffer

- Et teoretisk speciale om at udvide forståelsen af selvskade i relation til afhængighed



Pixabay

Malene Klarborg Holst

Studienummer: **20173491**

Nikoline Binderup

Studienummer: **20173439**

10. semester

Speciale i Psykologi

Vejleder: **Casper Schmidt**

Rapportens samlede antal tegn: 237.204

Svarende til antal normalsider: 98.8

Aalborg Universitet

30.05.2022

Abstract

The intention of this master thesis is to examine Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) in the light of Addiction of Psychoactive Drugs (APS) from a general psychological perspective, and how the general definition of normality and sickness is influenced by the diagnostic classification systems and the current society. NSSI is a phenomenon where a person inflicts harm on themselves with no intention of suicide. At this moment NSSI is not an independent diagnosis but only a symptom of other psychiatric illnesses and presented in The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 as a diagnosis for further research. Studies have shown that NSSI and APS have similar aspects, where addiction can be seen as a type of indirect self-harm. We seek to investigate whether we can view and expand our understanding of NSSI by looking at the possible addiction aspects of self-injurious behavior. This is done through an eclectic and social constructivist approach and by using the critical interpretive synthesis (CIS) model to select relevant literature. We present the empirical background for our thesis through the bio-psycho-social model, where we focus on understanding the phenomena through risk and maintenance factors as well as treatment options for both. This creates the base for a comparison, where we find that several factors are the same and that there is a complex interaction between the biological, psychological and social factors in both phenomena. We find that they share a neurological effect, where the amygdala and endogenous opioids play an important role in both. There are also elements of positive and negative reinforcement, where the harmful behaviors can become effective yet maladaptive coping strategies, and anxiety disorders and depression often occur simultaneously with NSSI and APS. They also share specific personality traits such as sensation or novelty seeking, impulsivity and reduced ability to evaluate consequences of actions. Unstable family relations, negative relations to peers and the need to be part of a group are also important for understanding NSSI and APS. We find that auto-addiction can occur in persons who engage in NSSI, where the body will become addicted to its own natural substances, which leads to addiction-like symptoms such as cravings, abstinences and increase in tolerance. We use this knowledge to find ways in which we can specify the criteria for NSSI-D by including these addiction aspects and by using the diagnosis for substance addiction as an inspiration. This also leads to an increase in the focus on identifying specific subgroups of patients engaging in NSSI with the purpose of bettering assessment and treatment options. In our thesis we

understand these phenomena in the context of how the definition of normality and illness can push the individual to a breaking point in a society that already is heavily focusing on performance and self-realization. Both the society and the individual are seeking explanations of deviations through the diagnostic classification systems and craving diagnoses to be able to gain access to treatment and support from the healthcare system. In this chase for diagnoses and creating the best version of yourself we end up in a society where NSSI and APS becomes signs of inadequacy that in reality are symptoms of a narrowed definition of normality, which makes it difficult to remain and be seen as healthy. Lastly in our thesis we reflect on our profession as upcoming psychologists and our methodological approach.

Indholdsfortegnelse

1. INTRODUKTION	1
1.1. FORSKNINGSSPØRGSMÅL	2
1.2. BEGREBSAFKLARING	3
2. SPECIALETS METODOLOGISKE TILGANG.....	5
2.1. ALMENPSYKOLOGIEN	5
2.2. SPECIALETS ANVENDTE PSYKOLOGISKE DISCIPLINER	5
2.3. DEN EKLEKTISKE TILGANG	6
2.4. ERKENDELSESINTERESSE	7
2.5. FORHOLDET MELLEM SUBJEKT OG OBJEKT	8
2.6. VIRKELIGHEDSSYN OG VIDENSSYN	9
2.6.1. <i>Ontologi - kvadrantmodellen</i>	9
2.6.2. <i>Epistemologi</i>	10
2.7. VIDENSKABSTEORETISK TILGANG.....	11
2.8. LITTERATURSØGNING	12
3. PSYKIATRIENS FORSTÅELSE AF PSYKISK LIDELSE.....	15
3.1. KLASSEFIKATION AF PSYKISK LIDELSE	15
3.2. PSYKIATRIENS SYN PÅ NORMALITET OG SYGDOM	18
3.3. SYGDOMSMODELLER FOR DESKRIPTIV PSYKOPATOLOGI	19
3.3.1. <i>Diatese-personlighed-stress modellen</i>	19
3.3.2. <i>Udviklingspsykopatologiske model</i>	19
3.3.3. <i>Bio-psyko-sociale model</i>	20
4. NON-SUICIDAL SELVSKADE	22
4.1. ET HISTORISK TILBAGEBLIK PÅ SELVSKADE.....	22
4.2. HVORDAN DEFINERES NON-SUICIDAL SELVSKADE?	24
4.2.1. <i>Opdeling af selvskade</i>	25
4.2.2. <i>Hvad sker der i hjernen, når man selvskader?</i>	26
4.3. DIAGNOSEKRITERIER	28
4.4. EPIDEMIOLOGI OG FOREKOMST	29
5. AFHÆNGIGHED AF PSYKOAKTIVE STOFFER	31
5.1. ET HISTORISK TILBAGEBLIK PÅ AFHÆNGIGHED	31
5.2. HVAD ER AFHÆNGIGHED?.....	32
5.2.1. <i>Den neurologiske effekt af psykoaktive stoffer</i>	33
5.3. DIAGNOSEKRITERIER	35
5.4. EPIDEMIOLOGI OG FOREKOMST	36
6. UDVIKLING OG FASTHOLDELSE AF NSSI OG APS	39
6.1. RISIKOFAKTORER.....	39
6.1.1. <i>Ved non-suicidal selvskade</i>	40
6.1.2. <i>Ved afhængighed af psykoaktive stoffer</i>	48
6.2. VEDLIGEHOLDENDE FAKTORER	56
6.2.1. <i>Ved non-suicidal selvskade</i>	56
6.2.2. <i>Ved afhængighed af psykoaktive stoffer</i>	59
7. BEHANDLING	62
7.1. BEHANDLING AF NON-SUICIDAL SELVSKADE	62
7.2. BEHANDLING AF AFHÆNGIGHED AF PSYKOAKTIVE STOFFER	64

8. SAMLET FORSTÅELSE AF NON-SUICIDAL SELVSKADE OG AFHÆNGIGHED AF PSYKOAKTIVE STOFFER	69
8.1. UD FRA DEN NEUROLOGISKE EFFEKT PÅ HJERNEN	69
8.2. UD FRA DEN UDLAGTE LITTERATUR OM DE TO FÆNOMENER	70
9. DISKUSSION.....	74
9.1. NORMALITET OG SYGDOM I ET SAMFUNDSPERSPEKTIV	74
9.1.1. <i>Hvordan definerer vi, hvad som er afvigende og normalt?</i>	74
9.1.2. <i>Diagnosekultur</i>	80
9.2. SPECIALETS BIDRAG.....	88
9.3. REFLEKSIONER OVER PSYKOLOGENS ROLLE	92
9.4. METODOLOGISK DISKUSSION OG REFLEKSION	95
10. KONKLUSION.....	99
11. REFERENCELISTE	101
12. PENSUMLISTE.....	115

Bilag A: Indledende søgestrengene gennem CIS-modellen

Bilag B: Key processes in critical interpretive synthesis

Bilag C: Opsummering af de fremsatte diagnosekriterier i DSM-5 for NSSI-D og SUD

1. Introduktion

Psyriske lidelser er en enorm bekostning for samfundet, og er en af de mest udbredte sygdomme i Danmark. Det estimeres, at hver fjerde dansker bliver ramt af en psykisk lidelse inden, at de er blevet 50 år, og at ca. 15% af børn og unge har, inden de bliver 18 år, været i kontakt med psykiatrien. Der er sket en stor vækst i antallet af patienter i psykiatrien, hvor der fra 2010-2018 har været en stigning på 34% (Social- og Ældreministeriet, 2020). Psykisk lidelse er blevet et politisk fokusområde, hvor der i 2020 blev fremlagt en 10-års plan, som skal give psykiatrien et kapacitetsløft. Formålet med 10-års planen er at sikre adgang til behandling, og at gøre det nemmere, hurtigere og mere overskueligt at få hjælp. Derudover ønskes der, at fokus i højere grad bliver orienteret mod psykosociale behandlinger og at mindske brugen af psykofarmaka (Toft, 2022). Hvad ingen dog forudså var, at COVID-19 pandemien ramte hele verden og lagde et yderligere pres på en allerede belastet psykiatri. I 2021 forekom der også en stigning i henvisninger til psykiatrien på 27%, hvoraf konsekvensen er blevet lange ventetider samt forsinkede og forlængede behandlingsforløb (Andersen, 2021).

De lange ventetider i psykiatrien fører til overfyldte afdelinger, hvor den næste patient hele tiden står klar i køen og venter på, at det bliver deres tur til at få hjælp. Social- og Ældreministeriet (2020) udtaler, at bl.a. unge der selvskader i ventetiden tyer til hemmelige netværk på sociale medier for at finde frem til ligesindede og modtage støtte og hjælp derigennem. Men hvordan kan det ske, at både samfundet, psykiatrien og det enkelte menneske bliver presset i sådan en grad, at der bliver skabt en så stor mængde af behandlingskrævende patienter? For at modtage behandling i dag i den offentlige sundhedssektor kræver det en diagnose, hvorfor det er blevet særligt vigtigt at kunne opsætte bestemte tilstande som officielle diagnoser. Dette er blandt andet relevant ift. fænomenet non-suicidal selvskade, som på nuværende tidspunkt ikke er en selvstændig diagnose, men blot optræder som symptom på anden psykisk lidelse. En patient der selvskader vil dermed ikke være berettiget til at modtage behandling for adfærden, medmindre de får stillet en anden diagnose komorbidt. Dette er problematisk, da det virker til, at særligt mange unge i dag gør brug af selvskade og anden skadende adfærd, hvor de i en dansk undersøgelse fra 2015 finder, at ca. 30% af de 18-25-årige og 32% af 26-30-årige angiver at have skadet sig selv på et tidspunkt i deres liv (Møhl & Rubæk, 2020). Det involverer dermed næsten en tredjedel af alle

unge mellem 18-30 år, og det er derfor relevant at undersøge non-suicidal selvskade generelt og som en behandlingskrævende diagnose for at kunne tilbyde personer i denne patientgruppe muligheder i sundhedsvæsenet, såfremt de ikke opfylder kriterierne for anden lidelse. For at kunne overveje indførelsen af og udarbejde diagnosen og kriterierne, må man vide, hvad non-suicidal selvskade er. Der er flere måder, man kan anse selvskade på, og forskning har bl.a. fundet frem til, at afhængighed af psykoaktive stoffer kan ses som en form for indirekte selvskade. Vi finder det derfor også interessant at se selvskade i lyset af afhængighed ift., hvordan dette kan udvide vores forståelse af mulige afhængighedsaspekter involveret i non-suicidal selvskade (Møhl, la Cour & Skandsen, 2014). Lotte Rubæk og Bo Møhl (2016), som er to store forskere inden for selvskade i Danmark, har også sat spørgsmålstegn ved, om non-suicidal selvskade kan være et afhængighedssyndrom. Disse undren leder os over i følgende problemformulering:

Hvordan kan vi ud fra et almenpsykologisk perspektiv, med inddragelse af psykiatriens og samfundets syn på psykisk lidelse, forstå non-suicidal selvskade og afhængighed af psykoaktive stoffer, og hvordan kan vi anskue mulige afhængighedsaspekter i selvskadende adfærd?

1.1. Forskningsspørgsmål

Vi har opsat følgende forskningsspørgsmål for at kunne besvare den ovenstående problemformulering:

- 1) Hvordan kan vi med udgangspunkt i den bio-psyko-sociale model forstå non-suicidal selvskade og afhængighed af psykoaktive stoffer?
- 2) Hvordan ligner og adskiller fænomenerne non-suicidal selvskade og afhængighed af psykoaktive stoffer hinanden?
- 3) Hvordan kan vi anskue psykisk lidelse ud fra psykiatriens sygdomsforståelse, og hvilken betydning har det for tilgangen til non-suicidal selvskade og afhængighed af psykoaktive stoffer?
- 4) Hvordan kan vi forstå definitionen af og synet på normalitet og sygdom i det aktuelle samfund?

Gennem det første spørgsmål ønsker vi at udvide vores forståelse af de to fænomener samtidigt med, at vi får udlagt relevant litteratur inden for områderne. Dette falder under besvarelsen af den første del af problemformuleringen ift. at forstå fænomenerne ud fra et almenpsykologisk perspektiv. Dette leder til spørgsmål to, hvor vi, ud fra den fremlagte litteratur og besvarelsen af det første forskningsspørgsmål, kan sammenholde vores viden om non-suicidal selvskade og afhængighed af psykoaktive stoffer. Ved at se på fænomenernes ligheder og hvordan de adskiller sig fra hinanden, udvider vi vores forståelse yderligere, og bidrager til besvarelsen af problemformuleringen. Gennem arbejdet med det tredje og fjerde forskningsspørgsmål kan vi besvare, hvordan psykiatriens og samfundets syn har indflydelse på vores forståelse af psykisk lidelse og herunder også non-suicidal selvskade og afhængighed af psykoaktive stoffer. Dette leder alt sammen frem til, at vi kan udlægge de mulige afhængighedslignende aspekter af selvskade samt dets betydning for forståelsen af non-suicidal selvskade i både en klinisk og samfundsmæssig kontekst.

1.2. Begrebsafklaring

Non-suicidal selvskade (Non-suicidal self-injury, NSSI) er en form for selvskade, hvor der ikke er en intention om selvmord forud for handlingen. Vi har valgt at fokusere på dette fænomen, da vi har en forståelse af, at der er andre biologiske, psykologiske og sociale faktorer, som gør sig gældende ved selvskade med intentioner om selvmord. Begrundelsen af dette valg ligger også i, at vi ikke ønsker at undersøge selvmord, da dette er et andet komplekst fænomen, som relaterer sig til selvskade, men stadig adskiller sig på mange måder. Det andet fænomen vi vil undersøge, er *afhængighed af psykoaktive stoffer* (APS). Vi har valgt at fokusere på denne form for afhængighed, da vi, ud fra vores initiale søgning på selvskade som fysiologisk afhængighed, blev interesserede i, om der forekommer lignende neurologiske effekter ved selvskade, som når man indtager et kemisk stof. Dette ledte os til spørgsmålet om, hvorvidt kroppen kan blive afhængig af de naturlige stoffer, som bliver udløst ved den selvskadende adfærd som fx kroppens eget morfin og adrenalin. American Psychological Association (APA) har opsat en definition af psykoaktive stoffer, som værende ethvert stof, som har signifikante effekter på psykosociale processer såsom tænkning, perception og emotioner. Psykoaktive stoffer inkluderer dem, som bevidst bliver indtaget for at skabe en ændret bevidsthedstilstand, som hallucinogener, opioider og

cannabis, eller for at forbedre en psykisk lidelse som fx antidepressiva, beroligende midler og antipsykotisk medicin. Landsforeningen for psykisk sundhed i Danmark har på deres hjemmeside defineret psykoaktive stoffer som stimulerende, euforiserende og beroligende stoffer af forskellig art, der kan findes i blandt andet alkohol, hash, amfetamin, kokain, heroin, opioider og medicin. Et overdrevent brug kan give alvorlige psykologiske og fysiske skader samt være vanedannende og afhængighedsskabende (SIND).

I forlængelse af ovenstående mener vi, at det er relevant at udlægge forskellene mellem stofbrug, stofmisbrug og afhængighed. I oversættelsen fra de engelske termer for afhængighed til dansk, opstår der udfordringer ift. at kunne skelne mellem begreberne 'dependency' og 'addiction', hvor begge på dansk oversættes til afhængighed og gør det svært at differentiere mellem dem. Altman, Everitt, Glautier, Markou, Nutt, Oretti, Phillips og Robbins (1996) har udlagt begrebsafklaringer på brug (eng. use), misbrug (eng. misuse), dependency og addiction. Ifølge Altman og kollegaer (1996) er *addiction* en form for ekstrem, psykopatologisk tilstand karakteriseret ved manglende kontrol over ens stofbrug. *Dependence* refererer til en tilstand, hvor man har brug for et stof for at kunne fungere inden for normalen, og hænger ofte sammen med toleranceopbygning og abstinenser. *Misbrug* af stoffer karakteriseres ved, at forbruget af stoffet fører til problemer for individet som fx. psykopatologi og kriminalitet. Til sidst er der *brug*, som dækker over indtagelse af stoffer uden et medicinsk formål. Hverken misbrug eller brug kan fortælle om en patients psykopatologiske tilstand, og anvendes derfor ikke i kliniske miljøer (Altman et al., 1996). I dette speciale arbejder vi ud fra begrebet afhængighed som en blanding mellem dependency, addiction og misbrug. Vi ser dermed afhængighed som en psykopatologisk tilstand, karakteriseret ved toleranceopbygning, abstinenser, og hvor forbruget kan have negative konsekvenser for individet i deres liv.

2. Specialets metodologiske tilgang

I følgende kapitel vil vi præsentere specialets metodologiske afsæt, som vil danne rammen for vores besvarelse af problemformuleringen og forskningsspørgsmålene. Vi vil udlægge metodologiske begreber, vores anvendte discipliner, erkendelsesinteresser og eklektiske tilgang. Derudover vil vi fremlægge relevante teorier og specialets videnskabsteoretiske ståsted samt tilgangen til litteratursøgning.

2.1. Almenpsykologien

Gennem en almenpsykologisk tilgang kan man undersøge et genstandsfelt, hvor forskellige perspektiver fra psykologien kan skabe et billede af mennesket som en helhed, og af mennesket der konstant er i interaktion med samfundet. Almenpsykologien er et felt med mange definitioner. Vi vil i vores speciale arbejde ud fra perspektivet om at skabe en forståelse for dét, som er fælles for mennesker. Det fælles er de almene love, som kun tilhører mennesket, og disse kan bl.a. undersøges gennem psykologiske discipliner. Når man undersøger et felt ud fra menneskets almene love, beskæftiger man sig med den typiske voksne menneskelige psyke (Fog, 2008). Almenpsykologien kan placeres inden for den nomotetiske videnskab, da denne fokuserer på lovmæssigheder og antagelsen om, at alle mennesker er ens. Dog er det diskuteret, hvorvidt psykologien som disciplin faktisk kan placeres inden for både den ideografiske og nomotetiske videnskab (Møhl & Simonsen, 2017). Vores formål er at undersøge NSSI og APS ud fra et teoretisk perspektiv og derigennem udlede de lovmæssigheder, der kan være inden for feltet. Da den psykologiske profession placerer sig mellem de to former for videnskab, vil vi, samtidigt med at undersøge lovmæssighederne, også udlægge de individuelle og unikke aspekter ved fænomenerne.

2.2. Specialets anvendte psykologiske discipliner

I dette speciale vil elementer fra både personlighed-, social-, udviklings- og neuropsykologi blive inddraget. Vi vil inddrage teori fra personlighedspsykologien til at se på personlighedsstrukturer og deres sammenhæng med udviklingen af en psykopatologisk tilstand. Vi anvender socialpsykologiske tilgange til at beskrive forholdet, der findes mellem individet og samfundet. Herunder vil vi inddrage perspektiver på samfundets indflydelse på normalitet og sygdom, samt værdier,

overbevisninger og fællestræk der kan være i bestemte grupper. For at forstå hvorfor at nogle mennesker udvikler psykisk lidelse, medtager vi udviklingspsykologien, hvor fokus særligt er på psykiatriens sygdomsmodeller, der forklarer hvordan sygdomme opstår samt sensitive perioder i barnets udvikling. Neuropsykologien er med til at give os en grundlæggende forståelse for, hvad der sker i hjernen, når en person selvskader eller tager psykoaktive stoffer. Derudover placerer vi os i forståelsen af, at individets biologiske, individuelle og sociale dispositioner altid vil have en gensidig påvirkning på hinanden. Vi vil også inddrage et mere praktisk orienteret perspektiv på den kliniske psykologi og medicinske tradition, hvor vores fokus særligt vil være på psykiatriens rolle i samfundet samt ift. vores syn på og forståelse af psykisk lidelse.

2.3. Den eklektiske tilgang

Vi har valgt at anvende den eklektiske tilgang, da vi mener, at vi arbejder med to meget komplekse fænomener. Ved at inddrage forskellige perspektiver, erkendelsesinteresser og en videnskabsteoretisk tilgang vil vi komme nærmere en forklaring af vores genstandsfelt, og derigennem besvare specialets problemformulering. Et af argumenterne for at anvende en eklektisk tilgang er også, at den kan bidrage til at forklare, hvordan fænomener er forbundet på komplekse måder (Sonne-Ragans, 2019). Dette er en del af formålet med specialet, da vi netop undersøger NSSI som et afhængighedsfænomen.

Eklekticisme betyder at udlægge, og i dette ligger, at forskellige tilgange og tanker udvælges og sættes sammen. Udvælgelsen af tilgange kan krydse ind i forskellige videnskaber eller discipliner med formålet i at opsætte en mere kompleks ramme for at forstå genstandsfeltet. Salter og Hearnalder kalder dette for konceptuel interdisciplinaritet, som er kendetegnet ved at fremlægge nye forståelser og udfylde eventuelle huller i den eksisterende viden. Med den eklektiske tilgang menes, at det enkelte perspektiv kun udgør en del af den samlede forklaring af et genstandsfelt. Dog arbejder man også ud fra en forståelse af, at tilgangen ikke vil kunne inddrage alle perspektiver, og dermed aldrig give en fuldkommen forklaring. Eklekticismen opdeles i praktisk og teoretisk, hvor vi arbejder ud fra den teoretiske eklekticisme, som inddrager forskellige teorier og metoder til at undersøge et afgrænset fænomen. Målet er, at sammensætningen af perspektiver vil forbedre den eksisterende teoretiske forståelse af et komplekst fænomen (Sonne-Ragans, 2019).

Da tilgangen er en samling af forskellige teorier, modeller og videnskaber, er det svært at skabe et decideret teoretisk grundlag for eklekticismen. Hele ideen med den eklektiske tilgang er at bryde grænserne for vidensproduktion. Dog skal man stadig bevare gyldigheden og autonomien af hver forståelse, man inddrager, og ikke forsøge at opløse den enkeltes forklaringskraft. Heri ligger også en af tilgangens svagheder, da det er op til den enkelte forsker at udvælge teorier og tilgange. Når man arbejder ud fra en eklektisk tilgang, er det derfor vigtigt at forholde sig kritisk til sin egen udvælgelse og faglighed. I det ligger, at man både skal afklare sine begreber og de termer, som danner baggrunden for sammensætningen. Derudover skal man reflektere over, hvordan man ønsker at indbringe forskellige perspektiver, og med hvilket formål (Sonne-Ragans, 2019). I dette speciale vil vi derfor udlægge vores begrundelser for valg af perspektiver, og sikre en reflekteret og kritisk tilgang over de perspektiver vi vælger at indbringe og vores anvendelse af dem.

2.4. Erkendelsesinteresse

Specialet tager afsæt i et almenpsykologisk perspektiv med en teoretisk erkendelsesinteresse, og inddrager: natur-, human- og samfundsvidenskab (Sonne-Ragans, 2019). Begrebet erkendelsesinteresse, som blev udlagt af den tyske filosof og sociolog Jürgen Habermas, understreger, at ingen teori er fri for ideologi, og at man kan minimere risikoen for fejltolkning, overfortolkning og misfortolkning ved at afklare den teori, man anvender. Habermas beskriver tre forskellige videnskaber ud fra teoriernes erkendelsesinteresse, hvor der henvises til forskellige genstandsfelter og videnskabspositioner. Vi vil i dette speciale tage udgangspunkt i en teoretisk erkendelsesinteresse, hvor empiriindsamlingen tager udgangspunkt i human-, natur og samfundsvidenskaberne (Sonne-Ragans, 2019). Vi ønsker med den teoretiske erkendelsesinteresse at fokusere på genstandsfeltet i lyset af forskellige videnskabelige grundlagsproblemer inden for psykologiens forskellige discipliner. Med inddragelse af den humanvidenskabelige tilgang vil vi forsøge at forstå og fortolke det specifikke og det indlejrede i en historisk kontekst. Med den samfundsvidenskabelige tilgang er formålet at forbedre viden om samfundsmæssige forhold, hvor vores fokus er at undersøge lovmæssigheder omhandlende menneskelige kollektiver og grupper. Formålet med den naturvidenskabelige tilgang er at fremsætte almene lovmæssigheder om et forskningsfelt, som repræsenterer både den naturlige og sociale virkelighed. Her

vil vi inddrage klassifikationssystemerne International Classification of Diseases (ICD) og The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), da disse fungerer som modeller, der definerer det generelle og objektive inden for vores genstandsfelt. Specialet teoretiske grundlag er derfor baseret på teoretiske og empiriske studier med forskellige erkendelsesinteresser, hvorimod at vores overvejende videnskabsteoretiske tilgang til genstandsfeltet baseres på et humanvidenskabeligt tilhørsforhold; nemlig socialkonstruktivismen.

2.5. Forholdet mellem subjekt og objekt

Det centrale i videnskabeligt arbejde er forholdet mellem subjekt og objekt, hvor subjektet er den, der undersøger, og objektet er det, der undersøges (Sonne-Ragans, 2019). Der stilles spørgsmålstejn ved relationen mellem subjekt og objekt i den ontologiske forstand, hvilket henviser til, hvordan vi som mennesker er konstrueret. Forholdet mellem subjekt og objekt kan anvendes til at beskrive dét, der er mellem menneske og verden, og danner baggrunden for videnskabernes grundlagsproblemer. Vi følger forståelsen af, at subjektet ikke blot er et subjekt, og objektet ikke kun er et objekt - de er enheder, som er afhængige af hinanden, og er skabt af en menneskelig virksomhed. Ved ikke at forstå modstillingen som en enhed, der er afhængig af hinanden, vil det medføre et tab af kompleksiteten (Sonne-Ragans, 2019). Med dette speciale skriver vi os ind i de psykologiske grundlagsproblemer, som går på tværs af videnskaberne, hvor vi forsøger at se problemfeltet om selvskade og afhængighed i både et psykologisk og et samfundsaktuelt perspektiv. Med grundlagsproblemer refererer vi til nogle abstrakte adskillelser, der repræsenteres i virkeligheden. Formålet i humanvidenskaberne er rettet mod at kunne forstå det menneskelige subjekt, og det der bestemmer og former det menneskelige valg. Objektet kan være den menneskelige subjektivitet i sammenhæng med virkeligheden, eller det kan være et objekt, som er blevet produceret af subjektet. Modstillingen mellem subjekt og objekt i dette speciale retter fokus mod grundlagsproblemer som; krop-psyke og sygdom-sundhed. I samfundsvidenskaberne undersøges objektet som et subjekt, der er indlejret i en institutionel, kulturel, samfundsmæssig samt historisk kontekst, med fokus på det menneskelige kollektiv. Vi vil her have fokus på følgende grundlagsproblemer; mikro-makro, sprog-verden, individ-gruppe. I naturvidenskaberne undersøges betingelser og principper. Formålet med inddragelse af teori fra dette perspektiv er at undersøge hypoteser og love, der er afgrænset af størst mulig kontrol over observationer af

naturfænomener. I de naturvidenskabelige grundlagsproblemer forholder vi os til; model-virkelighed og kompleksitet-reduktion (Sonne-Ragans, 2019).

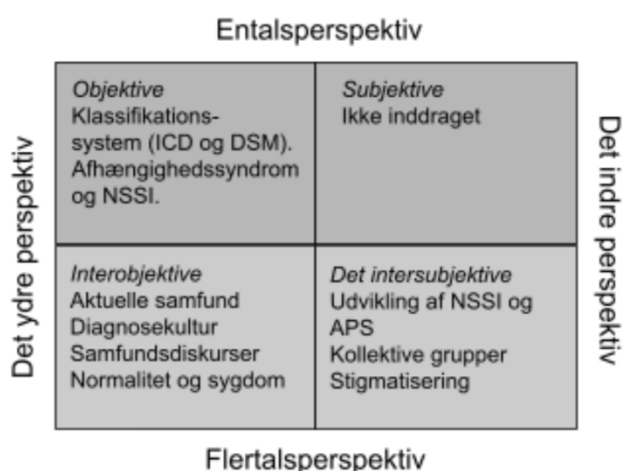
2.6. Virkelighedssyn og videnssyn

I følgende afsnit vil vi afklare speciales ontologiske og epistemologiske antagelser ved at inddrage kvadrantmodellen af Ken Wilber (Rønn, 2017) samt Roy Baskhars kritiske realisme (Sonne-Ragans, 2019).

2.6.1. Ontologi - kvadrantmodellen

En måde at præcisere sit genstandsfelt på er ved at beskrive sine ontologiske grundantagelser. Ontologi defineres som læren om det virkelige eller det, som der kan findes i vores verden. Det ontologiske ståsted er vigtigt for vores videnskabelige undersøgelse, da det danner baggrund for, hvordan vi ser og beskriver virkeligheden. Vi inddrager Ken Wilbers kvadrantmodel (Rønn, 2017) for at præcisere vores ontologiske placering. Ved at sætte specialets genstandsfelt i relation til modellen vil vi gennem et pluralistisk videnssyn forstå de anvendte teorier samt anskue vores genstandsfelt ud fra forskellige perspektiver, som vi finder i psykologien. Baggrunden for modellen, er Wilbers' kritik af videnskabernes dualistiske modstilling om bl.a. adfærd-intention, subjekt-objekt og indre-ydre. If. Wilber fører dette til, at videnskaberne har lukket og placeret sig i forskellige områder. I modellen opstiller Wilber, at alting har et ydre og et indreperspektiv i både et entals- og flertalsperspektiv. Til at undersøge genstandsfeltet er subjekt-objekt, ental-flertal, indre-ydre, intersubjektivitet-interobjektivitet og første-, anden og tredjepersonsformer (Rønn, 2017).

I dette speciale anvender vi kvadrantmodellen til at undersøge vores genstandsfelt (se Figur 2.1.). For at kunne beskrive et genstandsfelt fyldestgørende er det nødvendigt at kunne udlægge teori, som tilsammen danner summen af kvadrantmodellen. Dette mener vi dog, er en mere omfattende opgave



Figur 2.1. Specialets anvendelse af Ken Wilbers' kvadrantmodel (Rønn, 2017).

end hvad vi tidsmæssigt har mulighed for. Derfor vil vores primære fokus rette sig mod det objektive, interobjektive og intersubjektive.

Objektiv-kvadranten, fokuserer på det generelle, observerbare, kvantificerbare og adfærdsmæssige (Rønn, 2017). Vi vil primært have fokus på teori omhandlende klassifikationssystemerne, DSM og ICD, dets diagnosticering af afhængighedssyndrom og tilføjelse af NSSI. Interobjektivt-kvadranten omhandler sociale systemer, befolkningsgrupper, kommunikation, lovgivning og mekanismer, der styrer menneskets sociale handlinger (Rønn, 2017). Med det interobjektive kvadrant vil vi beskrive det aktuelle samfunds påvirkning af individet, hvor vi inddrager teori om samfundsdiskurser og diagnosekultur. Til at forstå psykiske lider i et samfundsperspektiv inddrager vi ligeledes psykiatriens forståelse af normalitet og sygdom. Intersubjektivt-kvadranten har fokus på det kollektive, grupper, kultur og samfund. Her vil vi have fokus på NSSI og APSs udvikling gennem tiden samt det kollektive, der hører til disse grupper. Her vil vi ligeledes have fokus på den forhandling eller interaktive proces, der sker blandt disse mennesker og ift. stigmatisering. Et område, der går på tværs af den objektive og intersubjektive kvadrant, er perspektivet om normalitet og sygdom. Psykiatriens objektive forståelse af normalitet og sygdom påvirker samfundsmæssige forståelser af, hvad der defineres som raskt og sygt. Subjektiv-kvadranten er den sidste kvadrant i modellen, og bliver ikke inddraget i dette speciale, da vi ikke har fokus på individets oplevelse af, hvordan det er at have et afhængighedsproblem eller selvskadende adfærd.

2.6.2. Epistemologi

Epistemologi er læren om videnskab og kan anvendes til at klarlægge teoriens vidensfelt (Sonne-Ragans, 2019). I dette speciale ligger vi os op ad Bashkars kritiske realisme, som er en udvikling af den videnskabelige realisme og et opgør med det positivistiske videnssyn. Bashkar mener, at den videnskabelige erkendelse har en systematisk interesse i at forklare den struktur og adfærd, der er uafhængig af tanker. Viden er ifølge Bashkar social produceret og videnskabelige teorier, uafhængig af om de kan observeres med det blotte øje, kan beskrive forhold, der findes i virkeligheden. Derfor mener han, at dét som ikke nødvendigvis er definerbart, sagtens kan påvirke den konstruktion, som mennesket er en del af. Virkeligheden som består i den kritiske realisme, er foranderlig, flertydig, dynamisk, kompleks og afhængig af sociale

begreber. Da virkeligheden rummer en enorm kompleksitet, er det nødvendigt at belyse genstandsfeltet fra flere sider. Gennem den kritiske realisme advokeres det for, at virkeligheden ikke udelukkende er det, som man har adgang til (Sonne-Ragans, 2019), hvorfor vi i dette speciale opstiller en undersøgelse af NSSI og APS med et socialkonstruktivistisk udgangspunkt.

2.7. Videnskabsteoretisk tilgang

En af grundtankerne i den socialkonstruktivistiske tilgang er, at: *”Det, vi betragter som verden, afhænger i høj grad af, hvilken tilgang vi har og vores tilgang afhænger af de sociale relationer, vi er en del af”* (Gergen, 2010). Tankegangen bag socialkonstruktivismen er, at når vi definerer verden og genstandene i den, så gør vi det ud fra et bestemt standpunkt, som altid vil involvere vores sociale relationer. Verden bliver konstrueret ud fra vores kommunikation med andre. Heri ligger også tilgangens største potentiale, da vi altid kan ændre vores konstruktion af virkeligheden ved fx at anse og kommunikere problemer som muligheder. Vi er i princippet frie til at konstruere virkeligheden uden bånd fra traditioner og historie (Gergen, 2010).

Ifølge Kenneth Gergen (2010) er der fem kerneantagelser i socialkonstruktivismen. Den første omhandler, at vores forståelse er uafhængig af *det, der er*. Kernen af socialkonstruktivismen ligger i valg og muligheder, hvor vi har kraften og magten til at beskrive, definere og skabe den virkelighed, vi er en del af. Den næste antagelse omhandler, hvordan vi bruger sproget til at afbilde vores erfaring, forståelse og oplevelse af verden til andre. Ud fra hvem vi er, har vi forskellige ordforråd til at beskrive og forklare ting. Forskellige fagfolk har fx forskellige fagtermer til at beskrive den samme genstand (Gergen, 2010). Den tredje antagelse lægger vægt på, hvordan vi i interaktion med andre følger et sæt regler om, hvad der er acceptabelt. En kulturs traditioner skaber konstruktioner, som er nyttige for netop denne. Kulturen er også med til at konstruere *sandheden*, som også afhænger af nytteværdien for kulturen, hvor andre kulturers sandheder samtidigt kan forkastes. De sidste to antagelser omhandler fremtiden, som vi former gennem konstruktioner og beskrivelser. Konstruktivismen opretholder både kulturelle traditioner og har samtidigt magten til at ændre og skabe ny mening. For at kunne gøre dette skal vi reflektere over vores traditioner og vurdere, hvad som skal bestå, og hvad som skal ændres. At finde frem til dette er svært, da der ikke findes universelt gyldige svar. Alle gode grunde, argumenter og forklaringer vil

altid finde sted inden for en tradition med dens eksisterende konstruktioner. Gergen (2010) mener, at hvis vi vil opbygge en anden fremtid, så må vi være klar på at tvivle på alt det, som vi tidligere har accepteret som virkeligt eller sandt.

På baggrund af vores eklektiske tilgang er det vigtigt, at vi forholder os kritiske til de teorier, tilgange og modeller vi indbringer. Gergen (2010) beskriver selv flere kritikpunkter, og i forbindelse med vores speciale er socialkonstruktivismens tilgang til psykiske tilstande særligt relevant. Et kritikpunkt er her, hvorvidt at man som konstruktivist overhovedet anerkender og forholder sig til bevidstheden og psyken (Gergen, 2010). Denne kritik stammer fra, at socialkonstruktivismen primært arbejder ud fra den observerede verden, og hvordan vi gennem sociale relationer diskuterer, kommunikerer og konstruerer definitioner. Dermed opstår en udfordring i, hvordan man som psykologisk socialkonstruktivist forstår bevidstheden. Gergen (2010) udlægger, at psykiske fænomener altid er virkelige, for de som lever med dem. Socialkonstruktivismen fokuserer på, hvordan vi forstår og udlægger psykiske tilstande ud fra de traditioner, som vi er en del af. Vi er bl.a. som danske psykologistuderende en del af en vestlig tradition inden for vores specifikke profession. Vi anvender derfor et bestemt sprog til at beskrive psykiske tilstande, og har en bestemt forståelse af virkeligheden inden for feltet. Gergen (2010) lægger her vægt på vigtigheden i at være åben overfor alternativer uden for ens tradition for ikke at afvise og udelukke andre. I vores speciale søger vi at forstå NSSI og APS, og holde os åbne over for forståelser uden for vores tradition.

2.8. Litteratursøgning

Da vi arbejder med et teoretisk speciale, tager vi udgangspunkt i empiri, som allerede er blevet undersøgt og udlagt. Vores litteratursøgning bliver derfor vigtig ift. at finde relevant viden om genstandsfeltet og for at skabe vores empiriske grundlag. Vi anvender critical interpretive synthesis (CIS) model (Dixon-Woods, Cavers, Agarwal, Annandale, Arthur, Harvey, Hsu, Katbamna, Olsen, Smith, Riley & Sutton, 2006), som metodisk baggrund for vores litteratursøgning. CIS-modellen er blevet mere populær gennem de sidste par år, hvor den siden 2018 er anvendt i over 200 studier ved søgning af 'cited by' artikler på PubMed. Baseret på titler og abstracts på de undersøgelser, som er udgivet i 2022, kan vi se, at modellen ofte anvendes i forbindelse med undersøgelser af tematikker inden for sundhedsområdet.

Med CIS-modellen arbejder man ud fra at bruge åbne litteratursøgninger på baggrund af opsatte forskningsspørgsmål til at integrere teori og empiri for derigennem skabe ny viden. De åbne litteratursøgninger bliver lavet ud fra brede søgestrengte og kriterier for at identificere relevant litteratur, som efterfølgende tematiseres (Dixon-Woods et al., 2006). Vi har lavet to sideløbende tematiseringer ud fra vores to fænomener: selvskade og afhængighed, med flere tematiseringer inden for hvert fænomen (se Bilag A). Fælles for begge søgninger er, at vi startede ud med flere brede søgestrengte, hvor vi primært anvendte abstracts til at identificere beslægtede begreber for at sikre, at vi dækkede hele forskningsområdet og orienterede os i forskningsemnet. Derudover har vi særligt i starten af litteratursøgningen gjort brug af kædesøgning, hvor vi har fundet nye tekster gennem allerede identificerede artikler eller bøger.

Dixon-Woods (2006) ser det som, at man kan anvende selve litteratursøgningen som en del af analyseprocessen, ved løbende at opsætte foreløbige forskningsspørgsmål og fænomenforståelser, der også er med til at fungere som en rettesnor for litteratursøgningen. Disse spørgsmål og forståelser kan ændres løbende i søgningen for at sikre, at man får afdækket et bredt område af den eksisterende forskning. Ændringerne kan laves på baggrund af en samlet forståelse af hele den indtil da identificerede litteratur (Dixon-Woods, 2006). Efter den første tematisering, hvor vi fik en forståelse for genstandsfeltet, kunne vi opstille forskningsspørgsmål til at målrette vores litteratursøgning yderligere. Anden tematisering gik på at vurdere teksters relevans og tematisere disse ud fra vores foreløbige forskningsspørgsmål og fænomenforståelser.

En ofte opsat kritik af denne metodiske tilgang til litteratursøgning er, at den ikke muliggør en klassisk kvalitetssikring af søgningen gennem et struktureret litteraturreview (Dixon-Woods et al., 2006) som fx PRISMA-modellen (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, The PRISMA Group, 2008). Vi har ikke udarbejdet et systematisk review af flere årsager. Vi har valgt at fokusere og undersøge to særligt komplekse fænomener, som begge er empirisk velundersøgte i forskningsfeltet. Stringente litteratursøgninger indenfor alle aspekter af fænomenerne ville derfor have været enormt tidskrævende for specialet, og ikke være realistisk ift. også at få undersøgt fænomenerne ud fra vores ønskede formål. Dixon-Woods og kollegaer

(2006) mener også, at mange af de konventionelle reviewtyper er mangelfulde ift. at afdække nye forbindelser inden for et genstandsfelt, da de kan blive fastholdt i deres tidligere antagelser. Da vores speciale netop har til formål at udlægge eventuelle nye forbindelser mellem to fænomener, ser vi derfor ikke et systematisk review som en passende tilgang til litteratursøgningen. For stadig at sikre kvaliteten af vores søgning, har vi selv opsat nogle kriterier for de inddragede tekster, hvor de skulle være peer-reviewed studier, som kunne findes gennem søgemaskiner som AUB, Google Scholar, PsycInfo eller PubMed. Dixon-Woods og kollegaer (2006) har også udformet en række metodiske overvejelser for processen for at kvalitetssikre CIS-modellens tilgang til litteratursøgning (se Bilag B). Et vigtigt aspekt i at opnå kvalitet i sin undersøgelse, er at forholde sig kritisk til de anvendte teorier og den identificerede evidens, og fremlægge denne kritik. Vi har løbende fremlagt kritik af både vores metodiske og teoretiske tilgange, hvilket vi vil fortsætte med for at sikre kvaliteten af vores undersøgelse.

3. Psykiatriens forståelse af psykisk lidelse

Vi vil i følgende kapitel udlægge psykiatriens forståelse af psykisk lidelse med henblik på at undersøge forskningsspørgsmålet: *Hvordan kan vi anskue psykisk lidelse ud fra psykiatriens sygdomsforståelse, og hvilken betydning har det for tilgangen til non-suicidal selvskade og afhængighed af psykoaktive stoffer?* Vores udlægning af teori ift. den første del af spørgsmålet, vil senere danne grundlaget for vores besvarelse af den anden halvdel. Vi vil i de kommende afsnit arbejde ud fra følgende grundlagsproblemer; sygdom-sundhed, model-virkelighed og kompleksitet-reduktion. Ved at udlægge psykiatriens sygdomsforståelse ud fra klassifikationssystemerne ser vi både på, hvordan man udarbejder en model til at beskrive en virkelighed, og hvordan man i dette arbejde kan komme til at reducere komplekse fænomener. Gennem dette vil vi også fremlægge psykiatriens syn på sygdom og sundhed ved at indbringe dets definitioner, sygdomsbegreber og modeller samt dens videnskabsteoretiske ståsted.

3.1. Klassifikation af psykisk lidelse

Til at undersøge hvordan psykiatrien forstår psykisk lidelse, vil vi tage udgangspunkt i de to klassifikationssystemer ICD og DSM. ICD er udarbejdet af World Health Organization (WHO), hvor den nyeste udgave, psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser ICD-10, er fra 1994, og anvendes i psykiatrien i Danmark til diagnosticering af psykisk lidelse. I ICD-10 er psykiske lidelser inddelt i 11 hovedkategorier og 440 kategoriseringer, hvor der kan gives en diagnose, hvis en person opfylder nogle definerede symptomer (Simonsen, 2017). DSMs første udgave udkom i 1952 med 106 diagnoser, hvor den nuværende version, DSM-5 fra 2013, består af mere end 400 forskellige psykiske diagnoser (Møhl & Simonsen, 2017; American Psychiatric Association, 2013).

Den første udgave af DSM var baseret på Adolf Meyers psykobiologiske tilgang, hvor han mente, at psykisk lidelse opstod på grund af personlighedens reaktion på biologiske, sociale og psykologiske faktorer (Mortensen, 2006). I 1968 udkom anden version af DSM, hvor psykiske lidelser ikke længere blev set som en reaktion, og her fik DSM sin teoretiske referenceramme. I DSM-3 så man for første gang en direkte ændring i de diagnostiske kriterier samtidig med, at klassifikation blev baseret på en deskriptiv tilgang (Mortensen, 2006). Med indførelsen af ICD-10 er der kommet større

lighed mellem de to systemer, hvor både ICD-10 og DSM-5 arbejder ud fra samme princip om, at diagnoserne bliver givet, når bestemte symptomer, kan observeres. Beskrivelserne i dag er ateoretiske og ætiologiske, og er samlinger af symptomer. Vi vælger at medtage begge klassifikationssystemer, da megen forskning på det psykiatriske område sker i USA og dermed anvender DSM, hvor ICD medtages, da det er den som bruges i Danmark (Mortensen, 2006).

Formålet med at udarbejde klassifikationssystemer som ICD og DSM er at forbedre kommunikationen mellem fagpersoner ved at skabe et universelt kommunikationsværktøj. Derudover kan det også danne baggrunden for en systematisk viden ift. forskning i psykiske lidelser, og gøre det nemmere at uddanne nye behandlere, da de kan følge klassifikationens begreber og kriterier. Ligeledes har man med et sådant system mulighed for at undersøge prævalens- og incidenstal, om hvor ofte en psykisk lidelse forekommer i befolkningen. Klassifikation er overvejende baseret på et ætiologisk system, hvor områder af sygdomme er afgrænsede og beskrevet på baggrund af kendte årsager. Klassifikation tager altså udgangspunkt i symptomer, oplevelser, adfærd og beskrivelser, som danner rammen for psykiatriens deskriptive psykopatologi. For ikke at gøre et ætiologisk klassifikationssystem sårbart overfor kritik, bliver den understøttet af fænomenologien med fokus på individets unikke oplevelser. Til at organisere personens oplevelser og beskrivelser, bliver de sammenholdt med en prototype, hvilket betyder, at man undersøger, om personen ligner den typiske patientgruppe for en specifik lidelse. Begrebet om prototype blev indført i DSM-3 i 1980 og i den somatiske udgave af ICD-10 i 1993, hvor fokus var at forbedre psykiatrisk diagnostik. Derudover blev polytetiske principper inddraget, hvor patienten først vil kunne få en diagnose, såfremt de opfylder en række diagnostiske kriterier. Med disse defineres den tidligere kategorielle tilgang i psykiatrien, hvor forståelsen var, at man enten var syg eller rask. Kategorier inden for psykiske lidelser vil ofte flyde sammen, hvortil det kan blive nødvendigt at diagnosticere patienten med andre komorbide lidelser. Den dimensionelle tilgang har, modsat den kategorielle, en forståelse af, at symptomer kan overlappe hinanden, hvis der er en fælles ætiologisk årsag. Den polytetiske-kategorielle tilgang ses i de nuværende klassifikationssystemer, hvor de nyeste versioner har en hierarkisk opbygning, hvor nogle diagnoser udelukker andre (Simonsen, 2017).

En udfordring for begge klassifikationssystemer er, at der ikke er klarhed over, hvordan begreber skal bruges, hvilket kan medføre en reduktionistisk forståelse mellem normalitet og sygdom (Mortensen, 2006). Der er dog endnu ikke fundet et bedre alternativ til begrebet sygdom. De tidlige forståelser af normalitet og sygdom har lagt sig op ad den klassiske biomedicinske tilgang. Før ICD og DSM blev udviklet, vurderede man individets sygdomsudvikling ud fra apparatfejlsmodellen. I denne model ansås psykisk lidelse, som en fejl i organismes komplette funktion, og Uffe Jensen (1986) udlægger, at forståelsen af sygdom kunne sammenlignes med fejlfinding på en bil. Apparatfejlsmodellen så det ideelle menneske som grundlæggende psykisk sund, og arbejdede ud fra en mekanisk forståelse af individet. Ved inddragelse af den medicinske forståelse, kunne afvigelser bedst forklares. Apparatfejlsmodellen er blevet kritiseret for ikke at medtage de omkringliggende faktorer i forståelsen af sygdomme (Jensen, 1986), hvorfor der i dag er kommet et større fokus på at inddrage andre sygdomsbegreber, som også inkluderer en persons livsomstændigheder i form af den kulturelle og sociale kontekst (Crowe, 2000). I mange år, og stadig i dag, har specificitetsmodellen været fundament for klassifikation, og indgår i flere udgaver af ICD og DSM. Denne model har set specifikt på sygdommes prognose, diagnose og behandling, hvor sygdommen var en uafhængig enhed af den kulturelle kontekst (Horwitz, 2015).

I psykiatrien kan psykisk lidelse anskues ud fra en socialkonstruktivistisk, biomedicinsk og fænomenologisk tilgang. Psykiater Finn Jørgensen og sociolog Boel Ulff-Møller skrev i 1972, at sygdomme er en social konstruktion, og at psykisk lidelse er menneskeskabt. Det betyder, at diagnoser kan blive sproglige konstruktioner, som er med til at fremstille individets historie, vaner, viden og holdninger i samfundet (Simonsen, 2017). Modsat den socialkonstruktivistiske tilgang er den naturvidenskabelige. Her er psykisk lidelse defineret ud fra afgrænsning, årsag, forløb og prognose. En tredje måde at forstå psykiske lidelser på er ud fra den fænomenologiske tilgang, hvor fokus er på individets bevidsthed, oplevelser og socialisering. Hvis sygdomsforståelser anvendes isoleret, vil de blive reduktionistiske i deres forståelse af psykisk lidelse (Simonsen, 2017).

3.2. Psykiatriens syn på normalitet og sygdom

For at kunne klassificere noget som patologisk, må man definere, hvad der anses som værende normalt. Begreber som normalitet og sygdom står i en dialektisk relation til hinanden, men der kan ofte forekomme en glidende overgang mellem det patologiske og det raske. Gennem tiden er disse begreber blevet forstået på forskellige måder, hvor det har været underforstået, at en normal psyke er det samme som psykisk sundhed. Fraværet af psykisk lidelse betyder dermed, at individet er psykisk sundt, og ligger indenfor den definerede normalitet. De to amerikanske psykiatere Daniel Offer og Melvin Sabshin har beskrevet fire perspektiver på normalitet, som de definerer; *sundhed*, *utopi*, *gennemsnit* og *proces* (Møhl & Simonsen, 2017). Normalitet som sundhed er lig med den klassiske forståelse i den biomedicinske tilgang. Her forstås sundhed som et fravær af psykisk lidelse med fokus på at fjerne symptomer. Normalitet som utopi refererer til den ideelle funktion. Denne tilgang strækker sig ind i psykoanalysens forståelse om, at den ideelle person er en rask person. Normalitet som gennemsnit anvendes til at beskrive normal adfærd i en gruppe eller befolkning, hvilket betyder, at gennemsnittet eller normalfordelingen i befolkningen er med til at definere, hvad der er normalen. Den sidste er normalitet som proces, hvor normal adfærd er et resultat af forskellige interagerende systemer, og hvor evnen til at overkomme udviklingsopgaverne i livet defineres som succes.

At forstå en patients symptomer er en vigtig del af udredningsforløbet, og for at kunne definere potentielle afvigelser er det ligeledes vigtigt at vide noget om symptomernes frekvens i befolkningen. Den største udfordring i at undersøge afvigelser fra normaliteten er, at det, der i patienten er rask, kan blive overset på grund af manglende sammenligning med normalen (Møhl & Simonsen, 2017). I takt med at DSM og ICD er blevet videreudviklede, er tilstande, som før var anset som almindelige eller hverdagsproblematikker, i dag opfattet som sygdomme. Opdateringen af systemerne kan være en fordel, da normalitetsbegrebet løbende ændres, og tidligere patologiske tilstande kan derfor blive del af en ny normal og fjernes som diagnose. På nuværende tidspunkt er der stadig tilstande, som endnu ikke er anerkendte eller kategoriseret som lidelser. Nye diagnoser kan være med til at give en mere præcis diagnostik og øge fokus på patologiske lidelser, som har en stigende forekomst i befolkningen (Møhl & Simonsen, 2017).

3.3. Sygdomsmodeller for deskriptiv psykopatologi

Psykiatrien gør brug af den deskriptive psykopatologi, hvor individets symptomer kan observeres og beskrives i relation til den observerede adfærd. Dette værktøj er essentielt som diagnostisk redskab i vurderingen af en patient. For at imødekomme kritikken om at være symptomfikseret, er der udviklet sygdomsmodeller, som kan anvendes til at forstå udviklingen af psykisk lidelse. Her bliver patientens symptomer sat i relation til deres personlighed, tidligere traumer, socialisering og generelle livsforløb (Simonsen, 2017). Psykiatriens aktuelle sygdomsmodeller kan ses, som et modspil til den tidligere nævnte apparatfejlsmodel udlagt i afsnit 3.1. Apparatfejlsmodellen fokuserer på psykisk lidelse, som en udvikling af fejl, der skal rettes. I både diatase-personlighed-stress, den udviklingspsykopatologiske og i den bio-psyko-sociale model er fokus på den normale udvikling og forståelsen af, at mennesker kan udvikle sig forskelligt (Rosenberg, 2016). Anvendelsen af de nye modeller viser forskellen mellem psykiatriens tidlige syn på udviklingen af psykopatologi, fremsat ud fra apparatfejlsmodellen, og skiftet til en mere holistisk forståelse af individet.

3.3.1. Diatase-personlighed-stress modellen

Diatase-personlighed-stress modellen blev oprindeligt udarbejdet for bedre at kunne forstå udviklingen af skizofreni. Diatase betyder sygdomsanlæg, og henviser til den sårbarhed individet har og de forudsætninger, der går forud for udviklingen af en sygdom. Modellens tilgang til udvikling af psykisk lidelse er, at den medfødte sårbarhed varierer fra person til person. Det betyder, at hos nogle vil fx en relativ lille stresspåvirkning kunne føre til, at en psykopatologisk tilstand udløses. Personlighed placeres i midten af denne model, da den vurderes til at have stor indflydelse på, hvordan en person vil kunne håndtere omkringliggende stresspåvirkninger. Derfor vil en patients personlighed også kunne føre til øget eller nedsat risiko for patologiske reaktioner (Simonsen, 2017).

3.3.2. Udviklingspsykopatologiske model

Udviklingspsykopatologi blev første gang beskrevet i 1974 af den amerikanske børnepsykolog Thomas Achenbach. Udviklingspsykopatologi samler det biologiske, sociale og psykologiske perspektiv, men har også fokus på at forstå de årsager og mekanismer, der ligger bag udvikling og forandring i individet (Væver, Lunn &

Harder, 2010). Forståelsen i modellen er, at der er forskellige grene, som viser de udviklingsstier, individet kan følge gennem livet. En normal udvikling vil være en vej uden for mange afvigelser, hvorimod en afvigende udvikling er symboliseret ved en udviklingsvej, der ligger i yderkanterne. Det centrale er, at hverken den normale udvikling eller den afvigende udvikling følger en komplet lineær linje. To kernebegreber indenfor modellen er ækvifinalitet og multifinalitet (Cicchetti & Rogosch, 1996). Ækvifinalitet beskriver, hvordan der kan være forskellige udviklingsstier til det samme symptom, og dermed også være flere udviklingshistorier til psykisk lidelse. Multifinalitet er, at det samme udgangspunkt kan føre til forskellige udviklingsstier. Dette betyder, at personer der vurderes at være i samme risikogruppe, kan senere udvikle sig forskelligt fra hinanden (Møhl & Simonsen, 2017).

3.3.3. Bio-psyko-sociale model

Vi vil gå mere i dybden med den bio-psyko-sociale model, da denne danner baggrund for besvarelsen af følgende forskningsspørgsmål: *Hvordan kan vi med udgangspunkt i den bio-psyko-sociale model forstå non-suicidal selvskade og afhængighed af psykoaktive stoffer?* Vi anvender den bio-psyko-sociale model, da vi mener, at modellen understøtter vores metodiske valg af en eklektisk tilgang, og bidrager til at skabe en nuanceret forståelse ved at se fænomenerne fra flere vinkler. Derudover skriver Møhl & Simonsen (2017), at der er konsensus om, at den bio-psyko-sociale model er god at anvende i forståelsen af afhængighed, hvilket understøtter vores valg.

Den bio-psyko-sociale model blev udlagt af den amerikanske psykiater Roy Grinker, men krediteres dog ofte til George Engel (Ghaemi, 2010). Engel ønskede med den bio-psyko-sociale model at fremme vægtningen af den kliniske interaktion mellem patient og læge frem for laboratorieprøver og patologiske undersøgelser. Modellen blev særligt populær i psykiatrien, og med tiden blev den brugt som et forsvar mod den vindende biologiske forståelse. Den bio-psyko-sociale model er opstillet ud fra en hierarkisk forståelse af mennesket, som begynder ved atomer og molekyler, videre til menneskets bevidsthed og adfærd, og slutter ved vores interaktion med andre i både grupper og i samfundet. Modellen tager udgangspunkt i en holistisk forståelse af individet, hvor helheden er vigtigere end delene. Brugen af den bio-psyko-sociale model i dag indeholder oftest en ligelig vægtning af de biologiske, psykologiske og sociale perspektiver ift. at forstå psykopatologi og udviklingen heraf (Ghaemi, 2010).

Modellen indbringer dermed forskellige perspektiver, og bevæger sig udover forskellige erkendelsesinteresser og teoretiske ståsteder (Møhl & Simonsen, 2017).

Modellen har gennem tiden fået kritik, og en af de største kritikpunkter går på den eklektiske tilgang, som er central for modellen. Kritikken ligger i faren ved at ligestille alt, og dermed inkludere og acceptere alle perspektiver. Modellen vejleder ikke fagpersoner i valget af teorier, og det er derfor op til den enkelte at udvælge relevante teoretiske retninger. Ifølge Ghaemi (2010) kan dette blive problematisk, da fx den psykologiske del ofte arbejder ud fra psykoanalytiske perspektiver og ikke medtager mere eksistentielle eller spirituelle teoretisk funderede tilgange. Der er en god pointe i, at alle lidelser har en biologisk, psykologisk og social komponent, men modellen hjælper ikke til at forklare, hvordan disse faktorer interagerer og skaber sygdomme. Derudover besværliggør det arbejdet med at specificere betydningen af forskellige faktorer ift. ætiologi, patogenese og behandling (Ghaemi, 2010). Modellen hjælper os i dette speciale til at udlægge relevante faktorer og se fænomener fra flere forskellige perspektiver, men vi skal selv analysere og arbejde med de fund, som den støtter os i at finde. Når vi gør dette, skaber vi en mere dybdegående forståelse, som ikke kun har fokus på at udlægge men også på at sætte fundene i relation til hinanden.

Ghaemi (2010) lægger vægt på, at modellen kan strækkes langt inden for alle tre dele, og at perspektiverne kan spænde bredt, og endda for bredt, i deres forståelser. Modellen er grænseløs i form af, at det er en evig proces i altid at kunne indbringe flere perspektiver og udvide sin forståelse. Der kan også ske en skæv fordeling i vægtningen af biologi, psykologi og de sociale faktorer. Nogle lidelser har fx et mere biologisk grundlag, mens andre særligt omhandler psykosociale faktorer. Derfor skal man være opmærksom på ikke altid at søge en ligelig fordeling i vægtningen af de tre. Ghaemi (2010) udlægger, at det til tider er gavnligt at kunne specificere et område mest muligt. Derfor opstår endnu et kritikpunkt af modellen, da den ikke lægger op til specifikation og reduktion af genstandsfeltet (Ghaemi, 2010). Vi vil i dette speciale imødekomme denne kritik ved at opstille en problemformulering og forskningsspørgsmål, og dermed fokusere vores undersøgelse mest muligt. Den bio-psyko-sociale model vil hjælpe os ift. vores teoretiske forståelse af de to komplekse fænomener. Samtidigt mener vi, at den vil sikre, at vi ikke reducerer fænomenerne ved kun at udlægge én del af de mange faktorer.

4. Non-Suicidal Selvskade

Vi finder det relevant at udlægge litteratur om selvskade ift. det historiske syn på selvskadende adfærd, definitionen af NSSI, diagnosekriterierne og forekomsten i samfundet før, at vi kan arbejde videre med fænomenet. Gennem kapitlet søger vi derudover at afgrænse fænomenet, og skabe et fundament for vores senere besvarelser af problemformuleringen og forskningsspørgsmålene.

4.1. Et historisk tilbageblik på selvskade

For at forstå fænomenet selvskade og dets udvikling, vil vi udlægge et historisk tilbageblik på, hvordan synet og forståelsen af selvskade har ændret sig gennem tiden. Dette gør vi, da både forskningsfeltet og den kliniske praksis, har haft udfordringer med at afklare fænomenet, og stadig har det i dag. Selvskade er et begreb, som først blev fremlagt af Karl Menninger i 1959, hvor han forudså, at man i fremtiden ville se mange patienter, som var vedvarende selvdestruktive. I 1967 kalder psykiaterne Harold Graff og Richard Mallin også de selvskadende patienter for de nye kroniske patienter (Møhl, 2015).

Hvis vi ser længere tilbage i historien, optræder personer der selvskader tidligt i litteraturen. Armando Favazza (2009) pointerer, at der allerede i Markusevangeliet i Biblen nævnes et tilfælde af repetitiv cutting. I historien møder Jesus en mand, som menes at være besat af en dæmon, som får ham til at skære i sig selv med sten. Jesus uddriver dæmonen ved at tillade ånden at skifte til en flok af 2000 svin, som løber ud i havet og begår selvmord (Markus if. Favazza, 2009). Denne tidlige skildring af cutting giver os en forståelse af, at personer der udfører selvskade, gør det på grund af indre dæmoner. Endnu tidligere historiske fund viser, at selvskadende adfærd og kropsmodificering også kan være del af en kulturel praksis. Dette ses i de 20.000 år gamle Gargas huler i Sydfrankrig, hvor der er håndaftryk med manglende fingerspidser på alle fingre undtaget tommelfingeren. Adfærden kan dermed også forstås ud fra et samfundsmæssigt perspektiv, hvor betydningen af ikke-suicidal selvskade kan komme fra tanker om helbredelse, religiøse overbevisninger og som del af en social orden (Favazza, 2009). Vi vil i de følgende afsnit derfor udlægge den historiske udvikling ud fra disse tre domæner.

For at sikre og bibeholde et godt helbred, har nogle kulturer gjort brug af kropsmodificering og ligefrem lemlæstelse. Inden for videnskaben er fjernelsen af lemmer i medicinske øjemed blevet anvendt længe. Der er fundet tusindvis af gamle kranier, som er blevet trepeneret, hvor en del af kraniet er skåret ud, og hjernen derved er blevet blotlagt. Praksissen blev brugt til at behandle fx svær hovedpine, epilepsi og psykiske lidelser. Tanken bag var, at onde ånder kunne forlade kroppen gennem hullet i kraniet (Favazza, 2009). Andre lignende praksisser ses hos shamaner, som har til formål at behandle syge personer både psykisk og fysisk, hvor de gennem ritualer opnår kontakt til åndeverdenen. Hos shamaner er kropsmodificeringen og lemlæstelsen en del af at kunne blive genfødt som shaman med kraften til at helbrede andre. Dette gøres med tanken i, at shamanen først selv må gennemgå ekstrem lidelse og blive healet for at kunne hjælpe andre. Favazza (2009) beskriver, hvordan dette kan give et andet perspektiv til vores forståelse af personer, som selvskader. Den selvskadende adfærd er dermed ikke kun en metode til midlertidig lindring af følelsesmæssige tilstande, men kan også føre til genfødsel og fordre personlig udvikling (Favazza, 2009).

I forskellige religioner kan der også være spirituelle årsager bag at modificere sin krop. Oftest sker adfærden i et forsøg på at komme tættere på Gud eller som en form for offergave. Kultur er med til at sikre den sociale orden, og heri bliver der ofte gjort brug af ritualer, hvor modificering eller skade indgår. Helt tilbage til Stenalderen er der blevet udført farlige overgangsritualer, hvor barnets overgang til voksen markeres ofte gennem manddomsprøver. I nogle tilfælde blev kropsmodificering og selvskade også anvendt til at kontrollere magtforholdet mellem mænd og kvinder. I det gamle Kina blev kvinders fødder bundet så stramt, at de ikke kunne gå og dermed ikke løbe væk. I flere afrikanske lande fjernes kvindens klitoris, og selve skedeindgangen syes sammen for at sikre, at kvinden er jomfru og for at mindske den seksuelle lyst (Favazza, 2009). Selvskade kan dermed også bruges imod en, og i disse tilfælde virker det til at være en selvskade tvunget af eksterne faktorer, og ikke noget individet selv initierer.

Ud fra historien om synet på og betydningen af selvskadende adfærd kan vi se, at det er vigtigt at medtage kultur, spiritualitet og overbevisning ift. at forstå selvskade. Vi forstår det som, at der er et skel mellem den selvskadende adfærd, som vi fokuserer

på, og den skabt af social orden, spiritualitet eller religiøse overbevisninger. Mange ritualer i kulturer indebærer kropsmodificering, men i flere af de ovennævnte eksempler udføres skaden mod nogle, som ikke nødvendigvis selv ønsker det og med andre formål. Møhl (2015) opstiller forskellen i den kulturelle og patologiske selvskade, hvor den første er forbundet med stolthed og den sidste med skam. Historien fra Markusevangeliet kommer tættere på den forståelse, som vi har på selvskade i dag. Heri er personen, der selvskader, plaget af indre dæmoner, som kan sættes fri ved hjælp af den skadende adfærd.

4.2. Hvordan defineres non-suicidal selvskade?

Hvis kropsmodificering og skade alene ikke kan betegnes som selvskade, hvordan kan vi så yderligere forstå fænomenet? Selvskade kan være mange forskellige ting og komme til udtryk på meget forskellige måder. Det kan både være skade, man påfører sig selv, men i nogle tilfælde også skade påført af andre. Som fremlagt i afsnit 1.2 vil vi i dette speciale arbejde ud fra selvskade uden intention om selvmord, hvor The International Society for the Study of Self-injury i 2007 fremførte en definition på ikke-suicidal selvskade, som lyder følgende: *“en direkte, forsætligt selvpåført og socialt uacceptabel ødelæggelse af kropsvæv, der medfører umiddelbar fysisk skade og/eller smerte udført uden intention om selvmord”* (Møhl, 2015, p. 21). Et af de centrale kriterier for NSSI er, at der ikke er en intention om selvmord bag handlingen. En vigtig del af denne definition ligger også i, at skaden skal være direkte, hvilket betyder, at den skal have umiddelbare fysiske konsekvenser. Dette udelukker lidelser, som indirekte kan have fysiske konsekvenser som spiseforstyrrelser, indtagelse af overdosis af medicin eller afhængighed af stoffer og alkohol. Skaden skal også være udført med intention, og altså ikke være opstået ved et uheld, samt føre til vævsødelæggelse (Møhl, 2015). Derudover karakteriseres NSSI ved moderat intensiv skade på kroppen, hvor mild skade med en høj forekomst i normalbefolkningen, som læbebid, at pille i sårskorper og neglebidning, ekskluderes. De mere alvorlige og stereotypiske typer af selvskade, hvor den første ofte forekommer i forbindelse med psykoser, og den anden ved bl.a. udviklingsforstyrrelser, er også ekskluderet. Et andet aspekt er, at adfærden skal være socialt uacceptabel og dermed afvige fra kulturens normer og værdier (Hooley, Fox & Boccagno, 2020). Dermed må selvskade også kunne forstås som værende kulturelt betinget, og afhængig af samfundets aktuelle syn på normalitet og afvigelse. Tatoveringer, piercinger og skade forårsaget af religiøse

årsager er fx generelt socialt accepteret, og anses derfor ikke som selvskade (Fink-Jensen, Hesse & Møhl, 2017).

4.2.1. Opdeling af selvskade

Selvskade kan overordnet set inddeles i to kategorier: den direkte og den indirekte. Som tidligere nævnt, gør vi brug af ISSSs definition af NSSI, hvor skaden skal være direkte. Under direkte selvskade indgår det at skære, slå, kradse og brænde sig selv. Derudover indgår også handlinger som at bide sig selv, stikke nåle ind under huden, sy sig selv, gnide huden til brandsår eller at hælde syre på huden. Fælles for alle er, at den selvpåførte skade viser sig på personen gennem ar, sår eller lignende (Møhl, 2015). Nogle former af direkte selvskade har også et kompulsivt præg, som fx head-banging, hvor personen slår sit hoved gentagne gange mod en genstand. Under disse kompulsive selvskademetoder findes også selvstændige diagnoser, som det at trække hår ud, kaldet trikotillomani, og skin-picking, hvor huden forsøges trukket af eller pilles i. En af de sidste måder, som hører under den direkte selvskade, er de selvpåførte frakturer eller det at sluge genstande som fx lightere og hårnåle, der dog er væsentligt sjældnere end de andre nævnt ovenfor (Møhl, 2015).

Selvskadende adfærd kan også defineres indenfor fire områder; 1) metode i form af hvordan man udfører skaden fx ved cutting eller at slå sig selv, 2) lokaliseringen på kroppen, 3) hyppighed og 4) graden af fysisk skade, som inddeles i mild, moderat og alvorlig. Lokaliseringen kan være med til at vurdere sværhedsgraden, hvor det tyder på, at det at skære sig i ansigtet eller kønsorganerne i højere grad er forbundet med psykopatologi end fx at skære på armene eller benene. Hvor skaden påføres, kan også sige noget om årsagen bag. Møhl (2015) beskriver, at der er en større risiko for, at personer, som er blevet seksuelt misbrugt, gør skade på deres kønsorganer. Sværhedsgraden af selvskade kan placeres på et kontinuum baseret på kropslige skader, der går fra mild til alvorlig.

Nock & Favazza (2009) har opsat en skelnen mellem alvorlig, stereotyp og moderat samt overfladisk selvskade. Den alvorlige er den mest ekstreme og sjældne, og er kendetegnet af at være kaotisk og ofte med permanent vansiring som konsekvens. Denne type ses ofte i forbindelse med psykotiske tilstande, hvor personer fx amputerer en kropsdel. Den stereotype har ofte en form for rytme og et mønster, og den er

tilsyneladende den eneste form, som kan foregå med andre til stede. Den kan komme til udtryk ved fx head-banging og ses ofte hos mentalt retarderede, autister og personer med tourettes. Til sidst er den moderate eller overfladiske, som også er den med højest forekomst. Den er kendetegnet ved lav dødelighed og overfladisk vævsbeskadigelse, og ses ofte i forbindelse med fx spiseforstyrrelser og personlighedsforstyrrelser (Rubæk, 2009).

4.2.2. Hvad sker der i hjernen, når man selvskader?

Flere områder i hjernen er vurderet til at være involveret ved NSSI. Et studie har undersøgt NSSI, med formålet i at måle emotionel billedprocessering med International Picture System (IAPS) (Plener, Bubalo, Fladung, Ludolph & Lulé, 2012). Patienterne i denne undersøgelse viste generelt øget blod-ilt-niveau-afhængighed, også kaldet BOLD, (eng. blood oxygenation level dependent) aktivitet i venstre superior parietal korteks, hippocampus, amygdala og bilateralt anterior cingulær korteks og i den højre del af cerebellum. Særligt er cerebellum mere sensitiv til øget arousal hos patienter med NSSI og ved præsentation af IAPS med billeder af selvskadende materiale, viser det sig særligt i den mediale orbitofrontale korteks, inferior parietale, samt inferior og mediale frontale korteks (Plener et al., 2012). Cerebellum er en struktur der ligger mellem pons i hjernestammen og occipitallappen, hvis funktion er bevægelse, kontrol og balance, og har forbindelse til den præfrontale korteks (Gade & Johansen, 2021). Derudover er frontalt regulerede områder, som anterior cingulær korteks, medial præfrontal korteks og dorsolateral og insula, involveret i NSSI. Den frontale korteks, som rummer den mediale, orbitale og ventro- og dorsolaterale frontallap, orbital og medial struktur, som alle er anset for at være central ift. NSSI (Dahlgren, Hooley, Best, Sagar, Gonenc & Gruber, 2018). Den mediale frontallap indeholder både den præfrontale og paralimbiske korteks, og står for kroppens forskellige kontrolsystemer, motivation og målrettet adfærd. Både den orbitale præfrontale del, der ligger på undersiden af frontallappen, og den nederste del af den mediale præfrontale korteks, er centrale i det emotionelle kredsløb og belønningssystemet. På ydersiden af frontallappen er den ventro- og dorsolaterale præfrontale korteks, som er en struktur knyttet til kognitive områder bagtil i hjernen. De eksekutive funktioner, som er lokaliseret i den ventro- og dorsolaterale del af hjernen, er en samlet betegnelse for kontrolfunktioner, som bl.a. involverer individets evne til beslutningstagning, planlægning, kontrol af handlinger, fleksibilitet og

hæmning af impulser (Gade, 2021). Når en person udøver NSSI, opstår der en forstyrrelse af de eksekutive funktioner, som forårsager øget perseveration, risikofuld beslutningstagning, besvær ved at hæmme impuls og nedsat spatial arbejdshukommelse (Dahlgren et al., 2018).

Hjernens signalstoffer, kaldet neurotransmittere, spiller også en rolle ved NSSI. De primære stoffer der er involveret, er adrenalin, noradrenalin og kortisol, som er stresshormoner og en del af hypothalamus-hypofyse-binyre-aksen (HPA-aksen). HPA-aksen er involveret ved NSSI, da den dominerende adfærd ved selvskade er impulsivitet, sårbarhed, aggressioner, øget forekomst af negative emotioner og en nedsat evne til at regulere disse samt en mulig afhængighed af den selvskadende adfærd (Klonsky, Muehlenkamp, Lewis & Walsh, 2011). Sher og Stanley (2009) har beskrevet, at en svækkelse i transmissionen af serotonin ligeledes spiller en rolle ved NSSI, og at dette kan forårsage aggressioner mod personen selv eller andre. Derudover hænger en reduceret serotonintransmission også sammen med depression og irritation, som ofte forekommer samtidigt med NSSI (Klonsky et al., 2011).

Brown og Plener (2017) mener, at NSSI kan forekomme ved, at der er abnormaliteter i HPA-aksen, det *endogene opioid system* (EOS) samt i processeringen af emotionel, fysisk og social stimuli. EOS er et system i kroppen, der naturligt producerer neuropeptider, som bliver bundet til opioid receptor, der frigiver stoffer, der fungerer som smertestillende. Denne frigivelse har til formål at reducere negative affekter eller stressrespons (Johnson, McKernan & Bruehl, 2022). Oplevelser, der har været stressfulde i barndommen, kan have vedvarende indflydelse på, hvordan stress håndteres, og påvirke det autonome nervesystem og HPA-aksen. HPA-aksen er med til at sætte kroppen i alarmberedskab, hvor serotonin regulerer impulsivitet, aggression, humør, søvn og appetit. Derudover udløses kortisol fra binyrebarken under indflydelse af HPA-aksen. Dette system har til formål at sende feedback for at kunne hæmme og aktivere funktioner, der skal forberede kroppen på at modstå stresspåvirkning. Et ændret frontolimbisk system anses som værende centralt ved NSSI, og har betydning for emotionsprocessering og udtrykning heraf. Det frontolimbiske system involverer bl.a. amygdala, som er et område for processering af emotioner og fornemmelser af stress. Personer med NSSI har en mere aktiv og sensitiv amygdalarespons, hvilket kan være med til at forklare tendensen til impulsivitet og

sensitivitet. En hyperaktiv amygdala vil forårsage intens, impulsiv og forhastede reaktioner i situationer, der ligner tidligere oplevede traumatiske hændelser (Brown og Plener, 2017). Det autonome nervesystem frigiver adrenalin og noradrenalin, som aktiverer den sympatiske del af det autonome nervesystem. Et forhøjet niveau af adrenalin, forårsaget af en uhæmmet stressrespons, kan påvirke individets evne til koncentration, dets hukommelse og søvnmønster, som alle er problematikker, der er kendt ved selvskadende adfærd (Møhl, 2015).

Endogene opioider frigives, når der forekommer fysisk skade og fungerer, som kroppens naturlige smertestillende, der på mange måder minder om morfin. Frigivelsen af endogene opioider, som sker ved selvskade, kan være med til at forklare, hvordan adfærden fører til en positiv ændring i humør samt nedsætter smertepåvirkningen under handlingen. Undersøgelser viser, at personer der selvskader generelt har et lavere niveau af endogene opioider. Dette lave niveau kan være forårsaget af biologiske eller genetiske faktorer, men kan også være forårsaget af miljømæssige faktorer som fx barndomstraumer. Ved brug af selvskadende adfærd øges niveauet af endogene opioider, og derigennem opnås en følelsesmæssig og fysiologisk homeostase. Studier af EOS kan bidrage til forståelsen af ætiologien og opretholdelse af NSSI (Klonsky et al., 2011).

4.3. Diagnosekriterier

Som nævnt i kapitel 1 indgår NSSI på nuværende tidspunkt ikke som en selvstændig diagnose, men er i DSM-5 opsat som en diagnose til yderligere undersøgelse. Klassifikationen af selvskade i Danmark ligger under kategorien F63 i ICD-10, Vane- og impulshandlinger, i undergruppen F63.8 Andre vane- og impulshandlinger. Denne underkategori defineres som andre former for gentagen og vedholdende maladaptiv adfærd, som ikke nødvendigvis er sammenhængende eller sekundær til en kendt psykisk lidelse. Adfærden vil ikke have nogen fornuftsmæssig årsag, og impulserne vil være svære at beherske og kontrollere. Forud for den selvskadende adfærd vil der forekomme en spændingsfølelse, som efter handlingen vil afløses af en følelse af lettelse (WHO ICD-10). I den nuværende version DSM-5 er selvskade kun opstillet som et symptom på andre lidelser, som borderline personlighedsforstyrrelse (BP), depression i forbindelse med selvmordsforsøg og stereotypisk bevægelseslidelse (eng. Stereotypic Movement Disorder). Favazza (2009) foreslår, at den repetitive

selvskadende adfærd skulle indgå under navnet bevidst selvskade syndrom (eng. deliberate self-harm syndrome), og hvis det stadig skal indgå under en paraplybetegnelse, foreslår han impuls kontrolslidelser uden videre specifikation (eng. Impulse-Control Disorder Not Otherwise Specified).

4.4. Epidemiologi og forekomst

Særligt blandt yngre mennesker udgør selvskade et stort sundhedsproblem i Danmark, og omkring hver femte unge har på et tidspunkt i deres liv skadet sig selv (Møhl, 2015). Som Menninger forudså i 1959 er der sket en stor vækst i forekomsten af NSSI siden 1980'erne, og i dag er antallet af personer, der selvskader, stadig stigende. Dog er det vanskeligt at vurdere, hvor hyppigt selvskade er i de forskellige befolkningsgrupper. Endnu sværere har det vist sig at være at undersøge livstidsprævalensen, da forskning herom ikke har været metodologisk ensartet i måden at undersøge selvskadende adfærd, og da NSSI endnu ikke er opstillet som en selvstændig diagnose. Ved undersøgelser, hvor deltageren har haft mulighed for enten at svare ja eller nej til spørgsmål om, hvorvidt de har selvskadet med vilje, er livstidsprævalensen vurderet til 12,5%. I undersøgelser hvor deltageren kunne angive konkrete selvskadende handlinger er livstidsprævalens beregnet til at være 23,6% (Møhl, 2015). Børn der selvskader er ikke undersøgt i særligt stort omfang, men det antages, at det ikke forekommer så ofte hos børn, som ikke også lider af en psykisk lidelse eller er påvirket af belastninger. Prævalensen hos børn mellem 5 til 10 år anslås til at være 1,3%, og ved børn som har angst er den 6,2% og ved adfærdsforstyrrelser er den 7,5%. Omkring 5% af børn påbegynder selvskade inden 10-års alderen og andre undersøgelser peger på at omkring 25% debuterer før 12-års alderen. Typen af selvskade som ses hos mindre børn er at bide, kradse eller slå sig selv, hvor de større børn, teenagere og voksne oftere anvender selvskade metoder i form af at slå, skære eller brænde sig selv (Møhl, 2015).

Unge voksne fra 17 til 25 år er den befolkningsgruppe, som har størst risiko for at udvikle selvskadende adfærd. I flere undersøgelser ses det hos denne aldersgruppe, at op til 25% i gymnasiet på et tidspunkt har skadet dem selv. Særligt i denne aldersgruppe er prævalenstallet stærkt forhøjet ved psykiatiske patienter med henholdsvis 60% ved døgnpatienter og 42% ved ambulante patienter. Der ses generelt en forskel mellem kliniske og ikke-kliniske tilfælde, hvor unge i behandling for andre

psykiske lidelser har et højere prævalenstal end unge, som ingen psykisk lidelse har, hvor prævalenstallet er omkring 10-15%. Ved ældre over 60 år er selvskade især forbundet med selvmordsforsøg, hvor risikofaktorerne ofte udgør fysisk sygdom eller psykisk lidelse, problemer med økonomi, arbejde og skilsmisse (Møhl, 2015).

5. Afhængighed af psykoaktive stoffer

Ved at udlægge den historiske udvikling af synet på og anvendelsen af begrebet afhængighed, og den senere diagnose, ønsker vi at få en bedre forståelse af fænomenet og komme nærmere en afklaring. Som ved NSSI bliver denne udlægning fremlagt med formålet i senere at kunne bidrage til vores besvarelser af problemformuleringen og forskningsspørgsmålene.

5.1. Et historisk tilbageblik på afhængighed

Afhængighed er et begreb der gennem tiden, har været svært at definere. Det engelske ord 'addiction' stammer fra det romerske ord 'diccere' der oversat til dansk betyder 'at tale' og 'addicere' betydende 'at tale til', og bliver med tiden brugt til at beskrive en selvdestruktiv adfærd. Samtidigt bliver ordet også brugt positivt til at beskrive dedikation til noget som fx et mål eller en aktivitet. Under reformationen i England anvendte engelske litterære også ordet 'addict' i forbindelse med at beskrive et aktivt valg eller en præference (Rosenthal & Faris, 2019). I dette kan vi se en af grundene til, at afhængighed er et svært begreb at definere, da det både kan forstås som dedikation og selvdestruktion.

I dag kan ordet afhængighed forstås som et auto-antonym, et ord med flere betydninger, hvor en er det modsatte af en anden. Denne forståelse kommer bl.a. af, at man i dag taler om såkaldte positive afhængigheder. Positive afhængigheder er et fænomen udlagt af William Glaser, og kan fx være dedikation til sin egen sundhed, shopping og lignende. I begrebet positiv afhængighed ligger, at adfærden styrker individets generelle funktionsniveau, og at der er flere positive konsekvenser end negative ved adfærden (Rosenthal & Faris, 2019). I daglig tale ser vi også, at ordet 'afhængig' er blevet en del af vores ordforråd, hvor Peele (2000) også mener, at ordet bliver brugt så meget, at det har mistet sin betydning. Rosenthal og Faris (2019) er enige og beskriver, at afhængighed i dag er et begreb, som skaber mange frustrationer i både forskningsverdenen og indenfor klassifikationssystemerne. Selve ordet afhængighed har været udskældt i lang tid, og blev af den årsag også udeladt af de fire udgaver af DSM fra DSM-3 til DSM-5-R. Årsagen hertil var, at ordet blev betragtet som værende for lægmands frem for videnskabeligt og med for mange mulige fortolkninger. Den manglende enighed skaber konceptuelle vanskeligheder i

forskningsfeltet i forsøget på at afgrænse og forstå fænomenet (Rosenthal & Faris, 2019).

I 1800-tallet vandt en psykiatrisk tilgang indpas ift. at anse afhængighed som et fænomen og en patologisk lidelse. Ifølge Miller, Forcehimes og Zweben (2011) var Philippe Pinel, Benjamin Rush og Sigmund Freud store fortalere for at anse overforbrug af alkohol, som en medicinsk lidelse med flere biologiske faktorer involveret. Dette ses fx ved, at Pinel fremsatte en teori om sammenhængen mellem melankoli og overforbrug af alkohol. Derudover oprettede Rush i 1841 en institution, som udelukkende behandlede alkoholikere. Freud berørte og arbejdede også med afhængighed, og han prøvede endda selv psykoaktive stoffer for at undersøge dets medicinske formål, og udviklede heraf selv en afhængighed. I 1849 beskriver den svenske læge Magnus Huss for første gang de skadelige konsekvenser af overdrevet alkoholindtag, og bruger ordet alkoholiker og alkoholisme (Miller et al., 2011). Forskningen om afhængighed i dag, berører flere områder. Hvis man søger på 'addiction' på PsycInfo, kommer der 1517 artikler op, som er udgivet indtil videre i 2022. I det brede indekstern 'addiction' spænder artiklerne fra at omhandle psykoaktive stoffer, som amfetamin og opioider, til mobil- gaming- og internetafhængighed. Hvis vi ser på de indekstermer, der relaterer sig til APS, er der over hundrede artikler med termet 'substance use disorder', hvor det samme er gældende for termene 'alcohol drinking patterns' og 'drug usage'. Det virker dermed til, at psykoaktive stoffer stadig fylder en del i forskningsfeltet, men der er også kommet et fokus på nye fænomener. Med denne gennemgang er vi dermed ikke kommet så meget nærmere en decideret afklaring af fænomenet afhængighed, men vi har opnået et større forståelse for dualiteten der ligger i både betydningen af ordet og synet på adfærden.

5.2. Hvad er afhængighed?

Generelt set indgår tre komponenter ved både de negative og positive afhængigheder; 1) det er noget, som bliver gjort regelmæssigt, gentagne gange og af vane, 2) der er en kompulsiv komponent, som til dels virker til at være uden for individets bevidste kontrol, og 3) det indebærer ikke nødvendigvis et stof (Miller et al., 2011). Et af de store spørgsmål inden for dette fænomen er, hvornår et forbrug bliver en afhængighed og en lidelse. Normalt bliver meget sygdom anset ud fra en dikotomisk tilgang, hvor

man enten har en sygdom eller ikke. Afhængighed er en af de lidelser, som ikke falder under dette princip. Som lidelse skal det anses som værende i en gråzone og placeret på et kontinuum ift. sværhedsgraden for den enkelte person. Dette skaber bedre muligheder ift. at finde frem til risikofaktorer for afhængighed, og er bl.a. med til at skabe en samfunds kontrol for indtagelse af bestemte stoffer som fx Sundhedsstyrelsens anbefalinger for indtagelse af alkohol (Jensen, Davidsen, Møller, Román, Kragelund, Christensen og Ekholm, 2022). Denne kontrol gør det nemmere at identificere en klinisk afhængighed, da linjen mellem patologi og normalitet bliver tydeligere (Miller et al., 2011).

5.2.1. Den neurologiske effekt af psykoaktive stoffer

Nogle af de hjerneområder som er involveret ved indtagelse af stoffer, er basalganglia, amygdala og den præfrontale cortex. Basalganglierne spiller en rolle i form af motivation og herunder også de behagelige effekter af sunde aktiviteter som fx at spise, socialisere og at have sex. De er også med til at skabe vaner og rutiner, og er en del af hjernens belønningssystem. Psykoaktive stoffer gør, at systemet bliver overaktivt, og ved gentagen eksponering vænner hjernen sig til tilstedeværelsen af stoffet. Dette fører med tiden til nedsat sensitivitet overfor stoffet, og gør det samtidigt sværere at føle behag af andet end selve stoffet. Som tidligere nævnt i afsnit 4.2.2 har amygdala flere funktioner i hjernen og er bl.a. involveret i følelser som stress, angst, irritabilitet og ubehag. Alle disse følelser karakteriserer også abstinensperioden ved ophør af et stofforbrug, og er med til at forklare, hvorfor personer ofte får tilbagefald. Med tiden bliver systemet så sensitivt, at stoffet ikke længere giver en følelse af behag, men fungerer som en midlertidig lettelse af det ubehag, ophør af stoffet giver. Sammenlagt med påvirkningen på de to andre førnævnte områder, vil indflydelsen på den præfrontale cortex gøre, at en person med APS vil søge stofferne kompulsivt og samtidigt nedsætte impulshæmning. Nogle stoffer, som opioider, påvirker også hjernestammen, som kontrollerer basale livsvigtige funktioner som hjerterytme, vejrtrækning og søvn. Forstyrrelsen af dette område er med til at forklare hvorfor, at en høj dosis kan føre til død (NIDA, 2022).

Det som adskiller psykoaktive stoffer fra andre substanser, er deres evne til at ændre centralnervesystemet. Stoffer kan påvirke hjerneområder, hvori livsvigtige funktioner styres, og senere også være med til at vedligeholde forbruget. Nogle typer af stoffer,

som fx marijuana og heroin, ligner i deres kemiske strukturer naturlige neurotransmittere, og kan derfor også aktivere neuroner. Neuronerne bliver dog ikke aktiveret på samme måde som ved de naturlige neurotransmittere, men fører til, at signaler, som hjernen ikke kender, bliver sendt gennem netværket (NIDA, 2022). Denne type af stoffer kaldes agonister, da de aktiverer og forstærker transmittersystemer i hjernen i en grad, der er meget mere intens end de naturlige (Miller et al., 2011). Andre stoffer som amfetamin og kokain får enten neuronerne til at frigive unormalt store mængder naturlige neurotransmittere eller forhindrer genbrug af dem. Dette fører til, at den normale kommunikation mellem neuroner bliver forstyrret eller forstærket (NIDA, 2022). I tabel 5.1. fremgår en liste over psykoaktive stoffer og de neurotransmittere, som er forbundet med dem.

Psykoaktive stof/ stofgruppe	Aktiverede receptorsystemer	Undertrykte receptorsystemer
<i>Alkohol</i>	GABA, endorfin	NMDA glutamat, acetylkolin
<i>Barbiturater*</i>	GABA	NMDA glutamat
<i>Benzodiazepiner</i>	GABA	
<i>Stimulanser</i>	Dopamin, noradrenalin, serotonin	
<i>Koffein</i>	Dopamin, acetylkolin	Adenosin
<i>Nikotin</i>	Acetylkolin	
<i>Opioider</i>	Endorfin	
<i>Marijuana</i>	Cannabinoid	Glutamat
<i>Psykedeliske stoffer</i>	Serotonin, dopamin	Acetylkolin
<i>Steroider</i>	Steroid (testosteron)	

Tabel 5.1. Neurotransmittere særligt påvirket af psykoaktive stoffer (Miller et al., 2011).

Psykoaktive stoffer påvirker hjernen ved at forstyrre den måde, hvorpå neuroner sender, modtager og bearbejder signaler gennem neurotransmittere. Neurotransmitteren dopamin er central i de fleste typer af afhængighed, da den er en vital del ift. belønning, og er med til at øge chancen for, at man gentager en aktivitet.

Når man indtager stoffer, bliver der ofte udløst en meget stor mængde af dopamin, som forstærker individets kobling mellem stoffet og den efterfølgende følelse af behag. Dopaminfrigivelsen lærer hjernen at søge efter stofferne på bekostning af andre sundere aktiviteter som fx mad og socialisering (Volkow, Koob & McClellan, 2016). Ved brug af stimulerende stoffer som fx kokain og amfetamin bliver dopamin, noradrenalin og serotonin påvirket, hvor fx både stimulanser og alkohol øger serotoniniveauet. Serotonin er kendt for at have en sammenhæng med følelsen af glæde og lykke, men ved indtagelse af to eller flere psykoaktive stoffer, kan der opstå en reaktion kaldet serotonin syndrom. Stofferne kan øge produktionen og aktiviteten af serotonin, hvilket fører til en række kognitive, autonome og somatiske påvirkninger, som kan lede til en komatøs tilstand. Gamma-aminobutyric acid (GABA) er forbundet med psykoaktive stoffer, der har en sløvende effekt som fx alkohol, benzodiazepiner og barbiturater. GABAs funktion er at stoppe affyringer i neuronerne og derigennem reducere hjernens aktivitet. Derfor kan de lokaliseres i både det limbiske system, thalamus og hypothalamus for bl.a. at reducere følelser af angst og sørge for skeletal muskelafslapning (Csiernik, 2019). De psykoaktive stoffer øger aktiviteten af GABA-transmitterne, som normalt reducerer den neurale aktivitet i hjernen, og hæmmer samtidigt NMDA (N-methyl-D-aspartate) glutamat, som normalt aktiverer hjernen. Dermed fører påvirkningen af GABA til, at centralnervesystemets funktioner langsomt nedsættes. De naturlige neurotransmittere, endogene opioider, spiller en central rolle i kroppens evne til at lindre smerte. Illegale opioider efterligner kroppens egen endogene opioider og stimulerer kunstigt kroppens smertelindrende system (Miller et al., 2011). Påvirkningen sker primært gennem endogene opioider, men også sekundært ift. GABA, dopamin, noradrenalin og serotonin (Csiernik, 2019).

5.3. Diagnosekriterier

Der er og har altid været udfordringer med at skabe diagnostiske kriterier for afhængighed, som vi udlagde i afsnit 5.1. Da afhængighed begyndte at indgå i DSM, blev alkoholisme og stofafhængighed grupperet med sociopatiske personlighedsforstyrrelser. Heri indgik også personer med seksuelt afvigende eller antisocial adfærd. Til fælles for disse diagnoser er, at de ansås som værende en trussel mod samfundsordenen, og blev fulgt af en del stigmatisering. I de første versioner af DSM blev afhængighed beskrevet og anset som et symptom på en underliggende

hjerne- eller personlighedsforstyrrelse, og altså ikke en lidelse i sig selv (Miller et al., 2011; Nathan, Conrad & Skinstad, 2016), som også gør sig gældende ved NSSI.

I ICD-10 under F19 opdeles afhængighed i psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af psykoaktive stoffer eller alkohol. Dette betyder, at ICD-10 skelner mellem skadeligt brug og afhængighed, hvor et ønske i fremtiden dog er, at disse kategorier bliver lagt sammen i ICD-11. I dag er der en opdeling af ni forskellige underkategorier for at kunne specificere lidelsen mest muligt. Underkategorierne består af F1x.0 akut intoksikation, F1x.1 Skadelig brug, F1x.2 Afhængighedssyndrom, F1x.3 Abstinensstilstand, F1x.4 Delirøs abstinensstilstand, F1x.5 Psykotisk tilstand, F1x.6 Amnestisk syndrom fremkaldt af alkohol eller andre psykoaktive stoffer, F1.x.7 Residuale tilstande og fremkaldt af alkohol eller andre psykoaktive stoffer, F1.x.8 Andre psykiske eller adfærdsmæssige lidelser og forstyrrelser, F1.x.9 Psykiske eller adfærdsmæssige lidelser eller forstyrrelser, uspecificeret. I specialet vil vi primært tage udgangspunkt i F1x.2, Afhængighedssyndrom, udviklet ved repetitiv brug af et psykoaktivt stof, defineres ved adfærdsmæssige, kognitive og fysiologiske symptomer. Dette omfatter et stærkt behov for at indtage stoffet, en svækket kontrol og konstant vedligeholdelse af forbruget trods skadelige konsekvenser (WHO ICD-10, 1994). I DSM-5 ligger APS under diagnosen *Substance Use Disorder* (SUD), og vi har i bilag C fremlagt de opsatte diagnosekriterier. Der er opsat otte kriterier, hvor patienten for at opfylde diagnosen skal have et problematisk forbrug af stoffer, som har ført til signifikante funktionsnedsætter og være plaget af forbruget, hvilket manifesterer sig i mindst to kriterier inden for de seneste 12 måneder (Saunders, 2017).

5.4. Epidemiologi og forekomst

Da der findes mange psykoaktive stoffer, har vi valgt at udlægge nogle af de mest kendte, der anvendes i Danmark. Vi har til dette primært fundet empiri gennem Danmarks Statistik omhandlende afhængighedsbehandling, forgiftninger og stofrelaterede dødsfald. Vi tager udgangspunkt i forgiftninger og dødsfald eftersom, at de er med til at give en indikation af omfanget af personer med et potentielt skadeligt og farligt forbrug.

Overforbrug og skadeligt forbrug af alkohol er en af de mest udbredte afhængigheder i Danmark. I 2020 havde 14.000 personer kontakt til sundhedsvæsenet på grund af

akut alkoholforgiftning. Tallet, sammenlignet med 2019 og 2018, er dog faldet, hvor der var henholdsvis 15.000 og 16.000 personer. Der rapporteres en klar overvægt af mænd ift. kvinder med en fordeling på 71% og 29% (Sundhedsdatastyrelsen, 2021a). En akut alkoholforgiftning er dog ikke lig med alkoholafhængighed, men det kan indikere et potentielt overforbrug eller farligt forbrug af alkohol. Tal fra en undersøgelse i 2015 viser også, at i 2013 drak 8,5% af befolkningen over højrisikogrænsen for alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge, og 20,6% af befolkningen over lavrisikogrænsen opsat af Sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen & SSI, 2015). I det Nationale Alkoholbehandlingsregister kan vi antallet af personer med et skadeligt alkoholforbrug, hvor der i 2020 var 19.190 patienter i en offentlig finansieret alkoholbehandling (Sundhedsdatastyrelsen, 2020).

Danskernes nikotinformbrug er også blevet undersøgt, og i 2020 indhentede Danmarks Statistik information fra 13.785 personer i alderen 15-79 år. De finder, at 18 % ryger dagligt eller lejlighedsvist, men at der generelt set er sket et fald fra 2019. Ud af disse angiver 31% at være meget afhængige af nikotin og 36% angiver at være lidt afhængige (Sundhedsstyrelsen, 2021a). Hos både nuværende rygerne og eksrygere er der en højere dødelighed sammenlignet med folk, som aldrig har røget. Overdødeligheden er størst for storrygerne og for personer mellem 35-74 år. Årligt dør 15.798 ekstra personer blandt eksrygere og rygere sammenlignet med personer, der aldrig har røget. Der ses flest dødsfald blandt mænd, og hvis man inddrager andre faktorer, som BMI, fysisk inaktivitet og alkoholforbrug, er der stadig en overdødelighed for rygere og eksrygere. Hos storrygerne, der ryger over 15 cigaretter dagligt, sænkes gennemsnitslevealderen med 11,0 år for mænd og 10,1 år for kvinder sammenlignet med ikke-rygere (Sundhedsstyrelsen, 2016).

Ift. danskernes forbrug af psykoaktive stoffer som amfetamin, kokain og hash var der et fald under COVID-19 pandemien, og mellem 2019 og 2020 er der også sket et fald i antallet af patienter i stofafhængighedsbehandling. Ifølge Danmarks Statistik var der i 2020 aktuelt 16.023 patienter i behandling, med en overvægt af mænd (n = 11.875), hvor i alt 17.783 havde haft et kontaktforløb ift. behandling. Hvis man kigger i dødsårsagsregistret fra 2020 er der rapporteret 545 dødsfald som enten; a) afhængighed af psykoaktive stoffer, toksikomani, b) alkoholisk psykose/ alkoholafhængighed og c) forgiftningsulykker med narkotika, psykodysleptika og

psykotrope stoffer (Sundhedsdatastyrelsen, 2021b). Rigspolitiet har rapporteret 256 narkotikarelaterede dødsfald, som ofte er forårsaget af et blandingsbrug med et gennemsnit på fire til fem stoffer pr. dødsfald. I de rapporterede dødsfald var en klar overvægt af mænd, som udgjorde 79%. I 1993 var gennemsnitsalderen ved dødsfald 33 år og i 2020 er den steget til 41,7 år, hvor unge under 30 år udgjorde 21,1% af samtlige dødsfald. Derudover blev der registreret i alt 3.526 forgiftninger med illegale psykoaktive stoffer, hvor unge under 25 år udgjorde 28% og igen ses der en overvægt af mænd på 62%. Opioider og kokain er årsagen bag de fleste skadestuebesøg på grund af forgiftning, og der er sket en generel stigning af forgiftninger ved disse stoffer fra 2010 til 2020 (Sundhedsstyrelsen, 2021b).

6. Udvikling og fastholdelse af NSSI og APS

Vi vil i det følgende kapitel udlægge relevant teori, for at kunne besvare forskningsspørgsmålet: *Hvordan kan vi med udgangspunkt i den bio-psyko-sociale model forstå non-suicidal selvskade og afhængighed af psykoaktive stoffer?* For at kunne opnå denne forståelse vil vi fokusere på de faktorer, som kan gøre en sårbar for at udvikle NSSI og afhængighed af psykoaktive stoffer, og de som kan være med til at vedligeholde. Vi har valgt at fokusere på risiko- og vedligeholdende faktorer, for at få et mere dybdegående indblik i de mekanismer og komponenter, som udgør de to fænomener. Ved at udlægge disse faktorer i forlængelse af begrebsafklaringen, får vi også en bedre forståelse for, at der er mange aspekter, der tilsammen udgør psykiske lidelser. Vi søger i dette speciale at arbejde med fænomenerne på et generelt niveau, og dette kræver, at vi får udlagt så meget af forskningsområdet som muligt, hvilket vi gør ud fra CIS-modellen. Derudover vil vi løbende inddrage relevant teori, som stammer fra forskellige grene af psykologien og de tre videnskaber, vi har udlagt i afsnit 2.4. Vi går på tværs af erkendelsesinteresserne samtidigt med, at vi fokuserer på inddragelsen af forståelser fra vores egen profession.

6.1. Risikofaktorer

Risikofaktorer kan involvere mange forskellige aspekter, og kan både være biologisk funderede, som fx arv fra forældre, men også faktorer som personlighed, tilknytning til omsorgspersoner og udvikling kan have betydning. Risikofaktorer benævnes ofte også disponerende faktorer, og Oltmanns og Emery definerer det således;

„begivenhed eller omstændighed, der er korreleret med en øget sandsynlighed eller risiko for, at en lidelse udvikles og potentielt kan bidrage til, at denne lidelse opstår. (...) Psykiske lidelser synes at opstå som en følge af et samspil mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer“ (Oltmanns & Emery if. Fink-Jensen et al., 2017, p. 114).

Oltmanns og Emerys beskrivelse af risikofaktorer har den samme vægtning af samspillet mellem de tre aspekter som den bio-psyko-sociale model. Derfor finder vi det oplagt at arbejde ud fra denne forståelse af risikofaktorer.

6.1.1. Ved non-suicidal selvskade

NSSI er en kompleks adfærd, der opstår gennem et krydsfelt af sociale, psykologiske og biologiske mekanismer (Kaess, Hooley, Klimes-Dougan, Koenig, Plener, Reichl, Robinson, Schmahl, Sicorello, Schreiner & Cullen, 2021). I følgende afsnit vil vi fremlægge de mulige mekanismer, der kan øge risikoen for at udvikle selvskadende adfærd.

6.1.1.1. *Biologiske og genetiske komponenter*

Under barnets udvikling forekommer *sensitive perioder*, som er en periode, hvor barnet er særligt modtageligt overfor miljøpåvirkninger (Berk, 2013). Når barnet begynder at gå i puberteten, sker der mange ændringer i livet med fx seksualitet, relationer og yderlig separationsproces. Den unge skal påbegynde vejen fra barndom til selvstændighed og skabe sin identitet. De hormonelle forandringer og stressfaktorer i denne periode, hvor barnet er mellem 11 og 17 år, beskrives som værende årsagen til manges debut med selvskadende adfærd (Møhl, 2015). Et spædbarns hjerne kan moduleres af miljøpåvirkninger, og bliver den moderlige omsorg problematisk, kan barnet blive udsat for stressfyldte responser. Denne tidlige interaktion menes at spille en rolle ift. stresskapacitet og en persons måde at håndtere stress på senere i livet, som kan være en risikofaktor for udviklingen af NSSI (Klonsky et al., 2011).

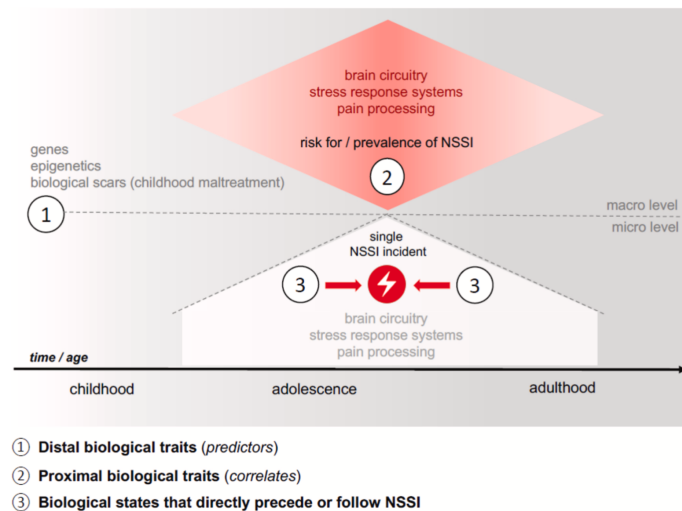
Forskellige biologiske faktorer antages at spille en rolle ift. NSSI. To neuroudviklingsmæssige mekanismer anses som værende centrale for øget risiko; sensitivitet for socioaffektiv smerte og belønning. I de sensitive perioder i ungdommen sker der både store skift i den unges liv, men samtidig foregår der også en vigtig udvikling af kortikale og subkortikale limbiske regioner, der er nødvendige for processeringen af socioaffektiv information. Dette resulterer i en udviklingsperiode, som kendetegnes ved en forhøjet socioaffektiv smerte, som kan være forudgående for NSSI (Cummings, Mattfeld, Pettit, McMakin, 2021). Cummings og kollegaer (2021) definerer socioaffektiv smerte, som en stressfuld oplevelse, der opstår af aktuel eller potentiel psykologisk afstand fra sociale omgivelser eller tætte relationer. En opfattelse af afvisning, eksklusion og manglende involvering i det sociale, giver individet en oplevelse af ikke at være relevant og værdsat i sociale situationer. Den medfødte socioaffektive smerte, øger risikoen for at foretage selvskade for at reducere eller flygte fra smerten. Dette understøttes af involveringen af negativ forstærkning af

NSSI. Negativ forstærkning er en proces, hvor en persons adfærdsrespons bliver gjort stærkere ved at danne en sammenhæng med en adfærd og en aversiv stimuli. En negativ forstærkning, sammen med en socioaffektiv smerte, danner fundamentet for, at et individ kan udholde smerten ved NSSI. Dette eftersom at individet har lært, at den selvskadende adfærd altid vil efterfølges af en belønning og en periode, hvor individet er fri fra den socioaffektive smerte. Belønning-forudsigelsesfejl (eng. reward-prediction error) er en reaktion på negativ forstærkning, hvor man lærer at associere adfærd med belønnende udfald, der er bedre end forventet (Cummings et al., 2021). Neurologisk er denne belønning-forudsigelsesfejl kodet af en fasiske dopaminfrigivelse fra de neuroner, som er lokaliseret i det ventrale tegmentale område og projekteres fra mesencephalons dopaminiske celler til kortikale områder, som den orbitofrontale og ventromediale præfrontale cortex samt til subkortikale områder, med involvering af ventral striatum og hippocampus (Cummings et al., 2021).

Hjernens neuroplasticitet i ungdommen skaber en sårbarhed for udviklingen af psykisk lidelse (Kaess et al., 2021). Viden omkring hjernens betydning i forbindelse med NSSI har i mange år været begrænset af neuronforbindelsernes kompleksitet. Kaess og kollegaer (2021) udlægger en model over biologiske faktorer og mekanismer involveret i NSSI, og skelner her mellem *træk*- og *tilstandsfaktorer*. Et træk er et relativt stabilt adfærdsmønster eller en biologisk funktion, som går forud for patofysiologi. Dog er denne ikke nødvendigvis sammenhængende med NSSI, men ofte set ift. abnormaliteter relateret til en prædisponering af en bestemt adfærd. Disse træk kan være en *distal* risikofaktorer, hvilket betyder, at sårbarheden overfor NSSI kan være medfødt eller opstået meget tidligt i livet og ofte udviklet over en længere periode. Modsat defineres en *proksimal* tilstand som en midlertidig tænkning, følelse, optrædelse og måde at relatere til andre på. Forskning af NSSI ift. dette, har fokuseret på at forstå den biologiske proces af en selvskade episode, som strækker sig over umiddelbart før, under og umiddelbart efter (Kaess et al., 2021).

Figur 6.1. illustrerer forskellige kategorier af biologiske faktorer, som inddeles i proksimale og distale træk samt biologisk tilstand. De proksimale træk er risikofaktorer, som involverer individets hjernestruktur og funktion, og er den

underliggende biologiske forklaring på NSSI. En af de kendte problematikker ift. personer der selvskader er, at de har en nedsat evne til emotionsregulering og impuls kontrol (Kaess et al., 2021). I de proksimale biologiske træk er det sociale eller selvorienterede neurale system relateret til, hvordan unge mennesker tænker om



Figur 6.1. Model over de biologiske faktorer ved NSSI (Kaess et al., 2021)

dem selv. Personer som selvskader har ofte problemer med jævnaldrende eller forældre og bliver ofte mobbet. Den del af hjernen, der foretager processering af selvet og andre mennesker, har forbindelser til det frontolimbiske netværk, og kaldes *den sociale hjerne* (Kaess et al., 2021). Stressorerne, der forekommer i den sociale hjerne, kan overvurdere den sociale trussel, og føre til en øget sensitivitet ift. at kunne regulere følelsen af at blive afvist i sociale relationer. Et andet biologisk træk ved NSSI er sensitivitet over for belønning. Personer der selvskader udviser reduceret respons over for belønning af positive oplevelser og impulser. Områder, som involverer belønningsnetværket, er bl.a. ventral striatum, orbitofrontal korteks og anterior cingulær korteks (Kaess et al., 2021). Den biologiske tilstand går direkte forud for NSSI, og er et område, hvor det er begrænset, hvad der er undersøgt om tilstanden grundet etiske og praktiske årsager. I få studier er den neurobiologiske tilstand i det frontolimbiske system undersøgt, ift. smertens indvirkning før, under og efter en selvskadende episode ved måling af smertetærskel. Det er her fundet, at unge med NSSI generelt har en højere kortisolrespons på smerte (Kaess et al., 2021).

For de distale biologiske træk spiller den genetiske prædisposition en stor rolle og baseret på en større undersøgelse, kan de genetiske faktorer forklare mellem 37-59% af variansen i NSSI (Kaess et al., 2021). Forskellige genotyper er blevet undersøgt ift. NSSI, hvortil enzymet monoamine oxidase A er blevet forbundet med en øget risiko for at udvikle selvskadende adfærd. Typisk er en bestemt type gensammensætning relateret til, at individet har anden psykisk lidelse. Bl.a. ses der en sammenhæng

mellem NSSI og polymorfisme i haplotypen af catechol-O-methyltransferase hos voksne med affektiv lidelse. Der er også her begrænsninger i den forskning, der undersøger genetiske effekter eller interaktioner ved NSSI, som er med til at gøre det udfordrende at estimere forekomsten af genetiske faktorer (Kaess et al., 2021). Sher og Stanley (2009) udlægger relevante fund inden for NSSI og genetisk disponering heraf. De fremhæver at NSSI kan forekomme som biprodukt ved Lesch-Nyhan syndromet, som er en sjælden medfødt stofskiftesygdom. Denne biokemiske forandring, der forårsager NSSI, ved Lesch-Nyhan opstår, når individet mangler et enzym kaldet hypoxanthin guanin phosphoribosyltransferase. Derudover kan man ved at se på individets kromosomsammensætning undersøge den genetiske disposition for NSSI. Dette ses bl.a. ved kromosom 22, hvor en fordobling og splejsning heraf vil være et genetisk udtryk for selvskadende adfærd. Sker der en genetisk polymorfi, som er en variation i DNA-sekvens, af enzymet catechol-o-methyltransferase på kromosom 22, forekommer en forandring i mu-opioiders receptorer, der skaber frigivelse af endogene opioider ved affektiv smerte (Sher & Stanley, 2009).

Viden om epigenetik kan være med til forklare, hvordan menneskets genetiske disponering og det miljø, som mennesket vokser op i, kan spille en rolle ift. udviklingen af psykopatologi (Kaess et al., 2021). Miljøpåvirkninger tidligt i livet kan være i relationer mellem barnet og omsorgspersoner eller blandt jævnaldrende. Såfremt et barn bliver forsømt af signifikante personer, kan det føre til en forandring i kroppens evne til at modstå stressreaktioner (Kuhlman, Chiang, Horn & Bower, 2017). Disse stressreaktioner vil forårsage en frigivelse af stresshormoner, som omtalt i afsnit 4.2.2. HPA-aksen udvikles i løbet af de første par leveår, og bliver barnet forsømt i denne periode, vil HPA-aksen frigive større mængder af kortisol, som med tiden vil forårsage hyperresponsivitet ved stresspåvirkning. Bliver centralnervesystemet belastet, er det sårbart overfor stoffet glukokortikoid, der produceres i binyrebarken, og påvirker den neurale udvikling. En tryk og omsorgsfuld barndom kan beskytte mod HPA-aksens hyperrespons og mod overproduktion af glukokortikoid, og føre til at hormonniveauet bliver holdt nede (Kuhlman et al., 2017).

I afsnit 4.2.2 har vi udlagt, at endogene opioider spiller en rolle ift. NSSI, og hvilken virkning de har på hjernen. To hypoteser er fremlagt ift. sammenhængen mellem endogene opioider og selvskade; *smertehypotesen* og *afhængighedshypotesen* (Møhl,

2015). Vi vil i dette afsnit beskrive smertehypotesen, da denne kan forstås som værende en risikofaktor for eller årsagen til, at en person begynder at selvskade. Smertehypotesen omhandler, at en person kan være i en mangeltilstand af endogene opioider. Selvskade bliver en måde, hvorpå individet kan øge niveauet af endogene opioider for at genoprette homeostase, der er med til at skabe en psykisk balance i kroppen. Der er i denne forbindelse argumenteret for, at mennesker, der anvender NSSI, har en formindsket smertesensitivitet og et øget behov for stimulering, hvorved de udsætter sig selv for skadelige situationer, der kan nedregulere hyperarousal (Rubæk & Møhl, 2016).

6.1.1.2. Komorbiditet

Det er vigtigt at være opmærksom på komorbide psykiske lidelser i arbejdet med at diagnosticere og behandle NSSI. Både for at kunne differentiere patientens symptomer, og for at kunne målrette behandlingen bedst muligt. Selvskade ses ofte sekundært til andre lidelser, hvor adfærden ofte bliver en form for copingstrategi, som skal behandles derefter. I praksis betyder det, at man ofte bør fokusere på den primære lidelse, men samtidig ikke negligere selvskaden, da den stadig er farlig for patienten. Derfor er det vigtigt at have viden om, hvilke andre lidelser der ofte forekommer samtidigt med NSSI (Møhl, 2015). Dette inkluderer depression, angstlidelser som posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD), stof- og alkoholafhængighed samt spiseforstyrrelser (Klonsky et al., 2011). En undersøgelse af Larsen og Helweg-Larsen (2016) finder en sammenhæng mellem scoren på forskellige skalaer i spørgeskemaet SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire) og selvskade for både drenge og piger. Dette gælder især ved mange ADHD-symptomer, emotionelle problemer, angst, depression, og hvis den unge har et forbrug af stoffer eller alkohol (Larsen & Helweg-Larsen, 2016). BP er dog en af de lidelser, der oftest forekommer samtidigt med NSSI (Sher & Stanley, 2009), og i DSM-5-R er NSSI et af de diagnostiske kriterier, hvorfor tilfælde af NSSI ofte fører til mistanke om BP. Det er vigtigt at kunne adskille borderline patienter med selvskade fra NSSI-patienter, da det kan hindre en korrekt patientforståelse og behandling, og dermed have negative konsekvenser for patienten. En mulig forklaring på sammenhængen mellem selvskade og BP er, at de begge er associeret med negative følelser, som er svære for personen selv at regulere, og præget af emotionel dysregulering. En anden lidelse som oftest sættes i relation til selvskade, er selvmord. Der er klare forskelle mellem suicidal adfærd og NSSI, som definitionen

af NSSI også fremhæver, men de forekommer alligevel ofte samtidigt. Mange af de personer, som praktiserer NSSI, rapporterer også om selvmordstanker, og i perioder kan den skadende adfærd og selvmordstanker føre til deciderede selvmordsforsøg, hvor NSSI kan forekomme igen efter et mislykket forsøg (Klonsky et al., 2011). Det tyder dermed på at psykisk lidelse og NSSI er risikofaktorer for hinanden, og at særligt BP og selvmordstanker ofte optræder komorbide.

6.1.1.3. Personlighedens betydning

Personligheden spiller en central rolle for individet, og involverer tankemønstre, følelser og adfærd. Derudover kan personligheden også være med til at fortælle, hvordan vi vil reagere i en bestemt situation. Personlighedspsykologi omhandler forskellene og lighederne i personers opførsel og handlinger, hvor man fx ikke kan vurdere en person til at være indadvendt, hvis ikke man også har karakteriseret en udadvendt. For at kunne opnå en forståelse for menneskelig adfærd bør man anse personligheden fra flere vinkler. Personlighedspsykologien beskæftiger sig indenfor flere felter og kan medtage både biologiske, psykologiske og sociale komponenter i sin forståelse (Larsen, Buss, Wismeijer, Song, van den Berg & Jeronimus, 2021). Gennem en persons liv er ungdommen en særligt udfordrende periode ift. udviklingen af autonomi, venskaber og romantiske forhold samt skabelsen af en personlig og social identitet. Denne periode er også forbundet med, at personlighedstræk kan øge risikoen for udviklingen af bestemte psykopatologier (Lüdtke, Weizenegger, Rauber, Contin, In-Albon & Schmid, 2017). Personlighedsstrukturen er relevant at inddrage, da den er central for at forstå udviklingen af selvskadende adfærd.

Som vi tidligere har udlagt i afsnit 6.1.1.1, er en af de kendte faktorer i NSSI emotionel og kognitiv dysregulering samt svækket impuls kontrol. Personlighedstræk har indflydelse på strategier for emotionsregulering og evnen til at kunne identificere løsninger (Koposov, Stickle & Ruchkin, 2021). Koposov og kollegaer (2021) har undersøgt personlighedstræk ift. NSSI og finder en lavere score på følgende træk: *self-directedness*, *reflektering af utroværdighed*, *impulsivitet* og *ubeslutsomhed*. Svækkelse af impuls kontrol kan være relateret til personer med NSSIs søgen efter øjeblikkelig lettelse af ubehag uden at vurdere konsekvenserne. Det tyder også på, at problemer med emotionsregulering kan være sammenhængende med lavere scorer på *self-directedness*. I studiet finder de også, at selvtranscendens har en betydning ift.

NSSI. Robert Cloninger er en amerikansk psykiater og genetiker, som beskæftiger sig med at undersøge det biologiske, psykologiske og sociale fundament for psykisk sundhed og lidelse (Larsen et al., 2021). Cloninger (1987) mener, at en høj selvtranscendens hænger sammen med overtænkning, og en generel mangel på at foretage logiske handlinger. Selvtranscendensen kan belyse adskillelsen mellem omgivelserne og individet, som kan påvirke NSSI. Blandingen af en lav self-directedness og høj selvtranscendens ses ofte ved personer med NSSI, men også ved andre psykiske lidelser som personlighedsforstyrrelser, depression og bipolar lidelse (Koposov et al., 2021).

Som nævnt ovenfor har personer, som foretager NSSI, ofte problemer med emotionsregulering. Disse problemer ses både på et individuelt og interpersonelt niveau. Alexitymi er et personlighedstræk karakteriseret ved vanskeligheder med at beskrive, genkende, identificere og skelne egne samt andres følelser (Miscioscia, Angelico, Raffagnato & Gatta, 2022). Personer med et højere niveau af alexitymi, har en tendens til at have impulsiv-aggressiv adfærd på grund af emotionel dysregulering (Miscioscia et al., 2022). Et studie af Khan og Jaffee (2022) har fundet, at dette personlighedstræk kan udvikles, hvis et barn er blevet udsat for omsorgssvigt. Alexitymi kan være en mulig risikofaktor for NSSI, og denne forbindelse opstår på grund af vanskeligheden i at være opmærksom på emotioner, og bidrager til udfordringerne med emotionsregulering (Miscioscia et al., 2022). En anden risikofaktor er, individets impulsivitet eller spændingssøgende (eng. sensation-seeking) adfærd, som kan få en til at gøre noget ekstremt og være villig til at løbe en risiko i jagten på spænding (Klonsky et al., 2011). Spændingssøgende adfærd måles ofte ved at bruge Zuckermans Sensation Seeking Scale (SSS). Personer med højere scorer på dette personlighedstræk er i risiko for at udvikle NSSI, da de er mere villige til at acceptere den smerte, der følger med den stimulering, selvskadende adfærd kan give (Kentopp, Conner, Fetterling, Delgadillo & Rebecca, 2021).

Rozin, Guillot, Fincher, Rozin og Tsukayama (2013) har beskrevet, at en mild form for masochisme, som personlighedstræk, er sammenhængende med NSSI. Masochisme forstås ofte som en seksuel adfærd, men ifølge Rozin og kollegaer (2013) kan det også ses som en adfærd, hvor individet vælger at lide og finder behag i aversive begivenheder. En anden undersøgelse finder, at mild masochisme og antisociale

personlighedstræk korrelerer med de mildere former for NSSI. Ved de alvorlige tilfælde af selvskadende adfærd ses der kun en sammenhæng med antisociale personlighedstræk (Greitemeyer & Sagioglou, 2021). Generelt er antisocial adfærd særligt en risikofaktor for udviklingen af NSSI for piger, hvor drenge med antisociale træk ofte udvikler andre former for psykiske lidelse (Larsen & Helweg-Larsen, 2016).

6.1.1.4. Sociale faktorer og betydningen af relationer

Ift. sociale faktorer har relationer i barn- og ungdommen betydning for unges generelle trivsel. Det ses derfor også, at vanskeligheder i barnets sociale liv kan føre til psykisk sårbarhed (Fleming, Merry, Robinson, Denny, & Watson, 2007). Generelt er børn og unge særligt sårbare for at udvikle psykopatologi, som vi også har udlagt i afsnit 6.1.1.1.

Det er veldokumenteret, at børn som har været udsat for omsorgssvigt, misbrug eller overgreb er særligt sårbare for at påbegynde selvskade. Andre negative relationer præget af følelsesmæssigt omsorgssvigt, kritiske forældre og manglende fortrolighed mellem børn og forældre fører også til større sandsynlighed for at udvikle NSSI (Wedig & Nock, 2007; Yates, 2009). Larsen og Helweg-Larsen (2016) fremlægger i en dansk registerundersøgelse, af børn i 9.klasse der selvskader, sammenhængen mellem flere sociale, familiemæssige og individuelle faktorer. Der indgik i undersøgelsen 1848 drenge, hvoraf 142 rapporterede selvskadende adfærd. De finder for drenge en sammenhæng mellem følgende faktorer; manglende fortrolighed med mor, alkoholproblemer i den nærmeste familie, udsat for forældrevold, flere belastende oplevelser i det seneste år og udsat for seksuelle overgreb. Ud af 1581 piger som deltog i undersøgelsen, rapporterede 360 piger selvskade, og tallet er dermed en del højere end drengenes. Ift. de psykosociale faktorer for de 360 piger er sammenhængen signifikant ved samtlige faktorer, hvor nogle af disse er; dårlig økonomi i familien, spiser som regel ikke sammen med forældrene, ofte ude om natten og forældre som ofte skændtes. Dette viser, at pigerne særligt påvirkes af en kompleks sammensætning af psykosociale risikofaktorer. På grund af forskellene mellem drenge og piger, har det ikke været muligt at fremlægge en generel model for sammenhængen mellem selvskade og de psykosociale faktorer (Larsen & Helweg-Larsen, 2016).

Resultater fra flere forskningsundersøgelser har vist, at relationer til jævnaldrende også har en betydning for risikoen for at udvikle NSSI. Larsen og Helweg-Larsen (2016) fremlægger fra den danske registerundersøgelse, at mange adfærds- og kammeratproblemer har en signifikant sammenhæng med selvskade. Nock og Cha (2009) definerer selvskade, som en adfærd, der kan blive observeret og modelleret via andre både gennem andre jævnaldrende og medier. Deliberto og Nock (2008) finder, at 38% af de adspurgte unge, som havde udøvet selvskadende adfærd, havde lært om det gennem jævnaldrende. Syed, Kingsbury, Bennett, Manion og Colman (2020) rapporterer lignende fund, og anser selvskade som potentielt socialt smittende. Risikoen i at have en tæt relation med nogen som selvskader, skal dog forstås i sammenhæng med andre faktorer. Børn og unge kan blive inspireret af jævnaldrende ift. at finde måder, hvorpå de selv kan håndtere negative oplevelser og følelser. At være omgivet af personer der selvskader bliver dermed først en risiko, når individet selv oplever stressende eller traumatiske episoder, og søger en måde at håndtere dem på (Baetens, Greene, Van Hove, Van Leeuwen, Wiersema, Desoete & Roelants, 2021). Mobning gennem barndom og ungdomsårene er også fundet til at øge risikoen for at selvskade. Dette er især gældende for yngre børn og unge samt for personer, der er blevet stemplet som mobbeoffer og afvist af deres jævnaldrende. Generelt ses der en forhøjet risiko hos unge, som mangler tætte og støttende venskaber præget af følelser af afbrudte forbindelser til andre samt psykologisk stress (Baetens et al., 2021). Hertil finder flere studier, at social støtte fra jævnaldrende er med til at minimere risikoen for at påbegynde NSSI og til at øge chancen for et succesfuldt ophør (Syed et al., 2020; Schwartz-Mette & Lawrence, 2019).

6.1.2. Ved afhængighed af psykoaktive stoffer

Nogle individer har en øget sårbarhed og dermed større risiko for at udvikle et overforbrug og APS, hvor nogle faktorer overlapper med dem udlagt ift. NSSI. Altman og kollegaer (1996) mener, at forskningen af stofafhængighed er multidisciplinær og arbejder på både et molekylært, psykiatrisk og sociologisk niveau. Derudover mener de, at mange af forskerne inden for feltet er for optagede og fokuserede på ét type stof og inden for ét videnskabeligt område, hvorfor de glemmer at se og finde lighederne mellem forskellige afhængigheder samt, hvordan forskellige videnskabelige positioner samlet kan bidrage til en dybere forståelse (Altman et al., 1996). Vi vil i følgende afsnit

udlægge risikofaktorer for at udvikle APS og medtage både biologiske komponenter, genetik, personlighedens indflydelse og sociale faktorer i personens opvækst og liv.

6.1.2.1. Biologiske komponenter og genetiske dispositioner

Vi udlagde i afsnit 5.2.1, hvilken effekt indtagelse af stoffer har på hjernen. Når man indtager psykoaktive stoffer, bliver belønningssystemet i hjernen aktiveret, og dette kan være starten på en fysisk afhængighed. Dette sker eftersom, at belønningssystemet normalt aktiveres i forbindelse med behovsopfyldelse, hvilket skaber en positiv forstærkning. Denne aktivering af neurotransmittersystemer gør, at man ønsker at gentage oplevelsen, og derfor vil tage stoffet igen (Fink-Jessen et al., 2017). Vedvarende forbrug må derfor være en større risikofaktor for at udvikle en afhængighed af stoffet, og selv påbegyndelsen af et forbrug er en risikofaktor i sig selv. Det er dog ikke alle, som udvikler en afhængighed på grund af at have indtaget stoffer én gang, og det er derfor væsentligt at se på andre faktorer, som kan bidrage til at øge risikoen.

Et andet interessant aspekt i den biologiske forståelse af APS er de genetiske faktorer. Den arvelige komponent ved skadelig brug og APS vurderes at ligge mellem 50-80%, hvor værdien stiger afhængig af stofforbrugets omfang. Informationen om de genetiske disponerende faktorer er fundet af Kendler (2001) gennem tvillingestudier, hvor han ud fra observation kunne se, at der ved enæggede tvillinger var tre til fire gange større sammenfald med afhængighed end ved tveæggede. Caspi, McClay, Moffitt, Mill, Marin, Craig, Taylor og Poulton (2005) finder også, at en DNA-variation i COMT-genet er sammenhængende med cannabisaafhængighed hos unge. Unge med COMT-valin-158-allelen havde også en større risiko for at udvikle psykoser. Ift. den tidligere nævnte sensitivitet finder forskningen, at nogle mennesker er mere tilbøjelige til at udvikle et skadeligt brug og afhængighed af psykoaktive stoffer (Fink-Jessen et al., 2017).

Forskningen har også haft fokus på fostre, som har været eksponeret for rusmidler under graviditeten. Generelt ser man, at disse børn har en øget risiko for at have en lav fødselsvægt, blive født for tidligt og have udviklingsforstyrrelser. Derudover kan helt nyfødte børn udvikle neonatalt abstinenssyndrom, hvor de bliver født med abstinenser, fordi de er blevet eksponeret for rusmidler gennem placentaen under graviditeten

(Fink-Jessen et al., 2017; Miller et al., 2011). Ved alkoholafhængighed, som er den mest undersøgte, arbejder man også med begrebet føtalt alkoholsyndrom (Fink-Jessen et al., 2017) og et såkaldt 'alkohol-gen' (Nielsen & Becker, 2017). Hos alkoholafhængige er der fundet flere biologiske fællestræk, som er genetiske dispositioner. Dette er bl.a. en lavere amplitude ved bestemte elektroencefalografiske bølger (P300) og en lavere aktivitet af en række enzymer. Børn af forældre med et skadeligt forbrug af alkohol har oftere disse biologiske ændringer, og er derfor særligt sårbare for selv at udvikle en afhængighed (Nielsen & Becker, 2017).

6.1.2.2. Komorbiditet

Statens Institut for Folkesundhed finder, at der er en tæt sammenhæng mellem brug af psykoaktive stoffer og psykiske lidelser, hvor årsagssammenhængen endnu er uafklaret (Kjølner, Juel & Kamper-Jørgensen, 2007). I 2020 havde 2.752 patienter med en stofrelateret hoveddiagnose og 7.336 med en stofrelateret bidiagnose kontakt til psykiatrien i Danmark. Ud af patienterne har de fleste et skadeligt forbrug af cannabis eller et blandingsbrug af flere eller andre psykoaktive stoffer ved både hoved- og bidiagnoserne (Sundhedsstyrelsen, 2021b). Personer med en høj sensitivitet over for angst som fx patienter med PTSD eller panikangst, er mere modtagelige overfor de afslappende effekter af alkohol (Kilpatrick, Acierno, Saunders, Resnick, Best & Schnurr, 2000) og nikotin (Griesler, Hu, Schaffran & Kande, 2011). Kilpatrick og kollegaer (2000) finder fx, at personer med PTSD har en større risiko for at udvikle et skadeligt forbrug af cannabis og illegale stoffer. Der er også fundet en sammenhæng mellem lidelserne ADHD og ODD (Oppositional Defiant Disorder) og nikotinafhængighed. Ift. en sammenhæng mellem nikotinafhængighed og depression mener Griesler og kollegaer (2011), at dette skyldes ens bagvedliggende faktorer, og ikke kan ses som en decideret prædiktør for det ene eller det andet. Vanemæssigt indtag af nikotin ses oftere samtidigt med andre afhængigheder som alkohol og andre stoffer (Dick, Agrawal, Wang, Hinrichs, Bertelsen, Bucholz, Schuckit, John Kramer, Nurnberger, Tischfield, Edenberg, Goate & Bierut, 2007). Det er dog svært at konkludere, hvorvidt nikotinformbruget fører til andre afhængigheder eller psykiske lidelser, men der er påvist en forbindelse mellem dem.

Nogle stoffer er i sig selv mere afhængighedsskabende end andre, og giver dermed en større risiko for at udvikle afhængighed. Miller og kollegaer (2011) har opsat en tabel

over, de typer af psykoaktive stoffer, som har det største potentiale til at føre til afhængighed (se Tabel 6.1.).

Potentiale til at føre til stofafhængighed	Psykoaktive stof
Meget højt	Amfetamin, kokain, nikotin, heroin og andre opiater
Højt	Koffein
Moderat	Alkohol, marijuana, benzodiazepiner
Lav	Psykedeliske stoffer, steroider
Meget lav	Antidepressivt, antimanisk og antipsykotisk medicin

Tabel 6.1. Potentiale til at føre til stofafhængighed (Miller et al., 2011, p. 42).

Som vi udlagde i afsnit 5.4, er blandingsbrug særligt ofte til stede ved narkotikarelaterede dødsfald i Danmark. Forskningen bakker op om tendensen til blandingsbrug blandt personer, der er afhængige, og finder, at personer der er afhængige af ét type stof, ofte også anvender andre (Kilpatrick et al, 2000). Afhængighed af illegale stoffer er en af de hyppigste lidelser, som forekommer samtidigt med alkoholafhængighed (Miller et al., 2011). Blandingsbrug er ikke kun en risikofaktor ift. at udvikle afhængighed af andre stoffer, men øger også risikoen for at overdosere og dø. Der ses derudover en sammenhæng mellem blandingsbrug og adfærdsforstyrrelse (eng. conduct disorder) samt svær depression. Ved de personer, som har et blandingsbrug, er der forskelle i de demografiske variable modsat dem, som kun bruger ét stof. Disse personer er oftest yngre mænd, som aldrig har været gift og har en lavere socioøkonomisk status (Dick et al., 2007). De demografiske variable kan derfor også være en risikofaktor for at udvikle et blandingsbrug.

Når en person har et skadeligt forbrug af et stof eller et blandingsbrug, har de ofte også en komorbid psykiatrisk lidelse. Den patologiske version af en antisocial personlighed, den antisociale personlighedsforstyrrelse, er særligt hyppig i sammenhæng med afhængighed (Dick et al., 2007; Helle, Watts, Trull & Sher, 2020). BP er også fundet til ofte at forekomme samtidigt med alkoholafhængighed. Generelt tegner der sig et mønster af, at personlighedsforstyrrelser karakteriseret ved impulsivitet og emotionel dysregulering, ofte ses samtidig med alkoholafhængighed. I amerikanske reviews over

psykiatriske patienter, er der fundet en forekomst af, at 46-49% af personer med diagnosticeret BP også opfylder kriterierne for alkoholafhængighed, hvor det for antisocial personlighedsforstyrrelse er 68%. Ved undersøgelse af personer diagnosticeret med alkoholafhængighed opfyldte henholdsvis 12-17% kriterierne for BP og 19-22% for antisocial personlighedsforstyrrelse (Helle et al., 2020).

6.1.2.3. Personlighed og adfærd

Vi har i afsnit 6.1.1.3 udlagt, hvordan vi kan anvende personlighedspsykologien til at forstå selvskade, og ift. APS kan personligheden ligeledes være med til gøre individet sårbar for at udvikle en afhængighed. Vi kan forstå personlighedens betydning for APS gennem Cloningers tredimensionelle personlighedsmodel (eng: tridimensional personality model), som er opsat ud fra personlighedstræks sammenhængen med bestemte neurotransmittere. Modellen anvendes især i psykiatrien, og bruges ofte i arbejdet med at forstå forskellige typer af afhængighed og motivationen for at begynde og vedligeholde et overforbrug (Larsen et al., 2021). I teorien indgår tre temperamentstræk, som hver er koblet til en neurotransmitter. Det første træk er *nysgerrighed* (eng. novelty seeking), som hænger sammen med lave niveauer af dopamin, hvor det lave niveau skaber en tilstand, hvor man er drevet til at søge stoffer eller oplevelser, som øger niveauet fx gennem nye eller spændende ting. Andet træk er *skadeundvigelse* (eng. harm avoidance), som bliver koblet til lavere niveauer af serotonin. Personer med lave niveauer af serotonin er særligt sensitive over for ubehagelige stimuli, og er konstant opmærksomme efter tegn på potentielle skadelige eller smertefulde oplevelser. Sidste træk er *belønningsafhængighed* (eng. reward dependence), som relaterer sig til lavere niveauer af noradrenalin. Personer som har lave niveauer vil være mindre udholdende i arbejdet mod et mål, og vil give hurtigere op (Larsen et al., 2021).

Et af de træk, som er relateret til personer med APS, er spændingssøgende adfærd. Zuckermans definition af spændingssøgende adfærd og Cloningers nysgerrighed er fundet at have en sammenhæng, og de to begreber menes at arbejde ud fra samme forståelse, og vi forstår derfor disse begreber som ens. En undersøgelse finder, at unge, som scorer højt på tests for spændingssøgende adfærd, også har en stærkt forøget risiko for at eksperimentere og udvikle APS (Wingo, Nesil, Choi & Li, 2016). Charles, Mathias, Acheson og Dougherty (2017) beskriver, at stofbrugere, sammenlignet med

ikke-stofbrugere, rapporterer større spændingssøgende adfærd som 12-årige samt større eksponering for stress mellem 12 og 15 år. Andre studier understøtter dette og finder, at nysgerrighed og spændingssøgende adfærd er risikofaktorer for at udvikle et alkoholforbrug tidligt i livet og udvikle dette til en afhængighed (Franques, Auriacombe, Piquemal, Verger, Brisseau-Gimenez, Grabot & Tignol, 2003; Skóra, Pattij, Beroun, Kogias, Mielenz, Vries, Radwanska & Müller, 2020). I et studie af Franques og kollegaer (2003) beskriver, at afhæmning (eng. inhibition) var den faktor, hvor opioid afhængige lå højere end kontrolgruppen og en gruppe af ekstremsportsudøvere. Dette betyder, at personer, som er spændingssøgende, ofte undervurderer eller accepterer risici, som en rimelig pris for den belønning som sensationen eller oplevelsen giver (Franques et al, 2003), hvilket vi også har udlagt som en faktor ved NSSI. Dette stemmer overens med Cloningers forståelse af nysgerrighed, hvor personer med lave niveauer af dopamin er særligt drevet til at søge spænding gennem fx stoffer for at kunne øge dopaminniveauet (Larsen et al., 2021). I disse resultater er det vigtigt være opmærksom på spørgsmålet om kausalitet. I de studier som vi har udlagt, er kausalitet ikke undersøgt, og det er derfor ikke muligt at vurdere, hvorvidt spændingssøgende adfærd er årsagen til eller en konsekvens af involveringen i stofbrug.

Personligheden kan ikke kun bruges til at vurdere en persons risiko for at udvikle en afhængighed. Den kan også være med til at forudsige eller forklare, hvilket stof en person højst sandsynligvis vil anvende (Altman et al., 1996). Ud fra Cloningers personlighedsteori vil personer med en stor nysgerrighed og en lav skadeundvigelse, hvilket karakteriserer en antisocial personlighed, i teorien vælge et stof, som er stimulerende og undgå beroligende, da de har brug for meget stimulation for at være glad. Omvendt vil personer med lav nysgerrighed og høj skadeundvigelse vælge angstdæmpende medicin. Personer som scorer højt for neuroticisme i form af være ængsteligt anlagt og umoden har ofte en afhængighed af nikotin og benzodiazepiner, da disse kan være med til at reducere en øget stressreaktivitet. Individer, som scorer højt på nysgerrighed og skadeundvigelse, vil være mest tilbøjelig til at få et blandingsbrug med både stimulerende og beroligende effekter. Valget og forbruget af stoffer er dog individuelt, og kan ikke altid kobles direkte til et personlighedstræk (Altman et al., 1996). Dog er det med til at give os viden om, hvilke stoffer en bestemt personlighed er særligt sårbar over for at udvikle en afhængighed af.

Andre personlighedsfaktorer kan også føre til en øget risiko for at udvikle APS. Særligt antisocial adfærd kan bindes sammen med risiko for at udvikle alkoholafhængighed (Dick et al., 2007; Helle et al., 2019). Denne personlighed er mest sårbar for at udvikle en afhængighed, som er karakteriseret ved tidlig debut, aggression og en manglende evne til at holde sig fra stoffet. Modsat har personer med en passiv-afhængig eller ængstelig personlighed større risiko for at få APS med sen debut og sporadisk brug, som er præget af manglende selvkontrol og følelser af skyld og frygt for at være afhængig (Altman et al., 1996). Dick og kollegaer (2007) finder, at personer med en alkoholafhængighed samtidigt med en anden stofafhængighed havde højere scorer på Cloningers træk nysgerrighed, men de finder ingen forskelle ift. skadeundvigelse eller belønningsafhængighed.

6.1.2.4. Sociale faktorer og gruppedynamikker

Som mennesker indgår vi i både store og mindre grupper. De store grupper kaldes ofte sociale kategoriseringer og er for os fx 'kvinde', 'dansker' og 'studerende'. Når man undersøger mindre grupper, kigger man ofte på gruppedynamikkerne. En vigtig del af at være del af en gruppe, er at se sig selv som en del af gruppen (Fraser & Burchell, 2001; Tajfel, 1982). De grupper, som vi alle indgår i, er også med til at forme vores sociale identitet. I nogle sociale grupper kan indtagelse og forbrug af rusmidler være statusgivende og en del af gruppetilhørsforholdet. Omvendt kan det at tage rusmidler i andre grupper forbindes med lav social status (Frederiksen, Bakke, Jürgensen, Nielsen, Rasmussen, Dalum & Nielsen, 2012). For at forstå hvordan det, at indgå i en gruppe, kan blive en risikofaktor at udvikle en afhængighed, vil vi indbringe teori af Henri Tajfel (1982).

Tajfel har udarbejdet the *Social Identity Theory* (SIT), som er bygget på tre hovedbegreber; *social kategorisering*, *social identitet* og *social sammenligning* (Fraser & Burchell, 2001). Teorien lægger vægt på, at mennesket udleder sin identitet gennem sociale kategorier og gruppetilhørsforhold. Man indgår i både eksterne og interne grupper, hvor de eksterne er kategoriseret ud fra ydre kendetegn som fx 'psykolog' eller 'patient', hvor man ikke nødvendigvis i gruppen har et stærkt tilhørsforhold til hinanden. De interne er til gengæld karakteriseret ved, at medlemmerne føler sig som del af gruppen. Det er gennem kategoriseringer og gruppetilhørsforhold, at individet

skaber sin sociale identitet (Tajfel, 1982). Ift. risikofaktorer for afhængighed er vi særligt interesserede i, hvordan personer kan være i risiko for at udvikle en afhængighed på grund af et gruppetilhørsforhold.

Tajfel opstiller, at vi gennem en social sammenligning finder forskellene mellem os og andre, og dette kategoriserer vi også os selv ud fra. Vi vurderer, om de mennesker vi møder, er en del af vores gruppe, *egengruppen*, eller en anden, *fremmedgruppen* (Hogg & Abrams 1988; Tajfel, 1982). Ud fra dette perspektiv kan vi forstå, hvordan indtagelse af rusmidler kan være med til at definere en gruppe. For at blive kategoriseret som værende en del af gruppen af både andre og en selv, må man tilpasse sig gruppens normer og værdier. Man kan være nødsaget til at opretholde et forbrug eller skadeligt overforbrug for at blive i gruppen, og ikke blive kategoriseret som en del af fremmedgruppen. Denne selvkategorisering og sociale sammenligning har betydning for individet ift. at være selvsikker omkring sin egen forståelse af verden, og hvor man placerer sig i den. Individets selv defineres på baggrund af egengruppen, og er med til at øge selvværdet og selvtilliden (Hogg & Abrams, 1988). Vi forstår ud fra teorien, at usikre individer med lavere selvtillid og selvværd er ekstra sårbare for at udvikle afhængighed gennem egengrupperne, såfremt at forbrug af psykoaktive stoffer er en del af gruppens identitet.

En anden gruppe som mange indgår i, er familien. Følelsen af at tilhøre en familie er vigtig for vores sociale identitet. For at bibeholde en positiv selvfølelse, skal de grupper, som individet indgår i, blive anskuet i samfundet som værende af høj værdi. Når dette ikke sker, kan det påvirke individets selvfølelse og lede til lavere selvværd og selvtillid (Fraser & Burchell, 2001). Som tidligere beskrevet er individer med lav selvværdsfølelse og selvtillid i risiko for at forblive i grupper, som kan have negative konsekvenser, på grund af behovet for at øge disse følelser. I forskningen af risikofaktorer for APS har flere undersøgelser også fokus på familiens betydning. I en undersøgelse af Kilpatrick og kollegaer (2000) finder de, at en risikofaktor for udviklingen af afhængighed er ophobning af afhængighed i familien. Børn af forældre, som er afhængige, er i større risiko for selv at begynde et forbrug og udvikle en afhængighed. Unge som har en forælder, der er afhængig af alkohol og andre stoffer, har flere psykologiske problemer (Dick et al., 2007). Vold og overgreb kan også øge risikoen, hvilket gælder både fysisk vold, seksuelt overgreb, men også det at være

vidne til vold. Det har en negativ psykologisk påvirkning at være vidne til vold, og kan være ekstremt stressende og traumatiserende, selvom man ikke selv er offeret. Kilpatrick og kollegaer (2000) finder, at det at være vidne til vold er en større risikofaktor for at udvikle en stofafhængighed end fx ophobning i familien. I familier med eksisterende afhængighed, vold og overgreb kan vi forstå det som, at den sociale identitet bliver negativ, hvilket fører til lavere selvfølelse. Dette bidrager til at gøre individet mere sårbar overfor negative indflydelser i forsøget på at fastholde andre gruppetilhørsforhold.

6.2. Vedligeholdende faktorer

Vedligeholdende faktorer er forhold som kan opretholde en problematik, og er altid vigtige at identificere for at kunne udarbejde en behandlingsplan. Det dækker over flere interpersonelle forhold for patienten, dennes familie, samfund eller større systemer, som bidrager til at forværre frem for at løse problemet. Disse faktorer kan være både biologisk, psykologisk og socialt anlagte (Møhl & Rubæk, 2020). I følgende afsnit vil derfor udlægge faktorer som kan være med til, at personer fortsætter en skadende adfærd, selvom den har store konsekvenser for deres liv, helbred og relationer.

6.2.1. Ved non-suicidal selvskade

Møhl (2015) opsætter, at det er nødvendigt at undersøge nærmere, hvad der vedligeholder selvskade. Dette eftersom, at viden om disse er vigtigt ift. at behandle selvskade, særligt i arbejdet med at forhindre at det bliver en mestringsstrategi. De vedligeholdende faktorer ved NSSI kan bl.a. involvere det omkringliggende miljø samt affektive, biologiske og kognitive elementer (Klonsky et al., 2011). I afsnit 6.1.1.1 beskrev vi smertehypotesen ift., at de lave niveauer af endogene opioider kan være en risikofaktor for NSSI. Yates (if. Rubæk & Møhl, 2016) har i samme forbindelse udlagt afhængighedshypotesen, som også omhandler sammenhængen mellem endogene opioider og selvskade. Der kan ske en positiv automatisk forstærkning, når en person begynder at påføre skade på sig selv. Personen vil fortsætte adfærden for at opnå samme behagelige tilstand, skabt på grund af frigivelsen af endogene opioider, som de før har oplevet. Frigivelsen af disse neurotransmittere kan skabe en fysiologisk afhængighed med samme effekt som ved indtagelse af morfin eller heroin (Pritchard, Fedchenko & Lewis, 2021). Når kroppen bliver afhængig af kroppens egne opioider,

kaldes det en *auto-addiction*, hvor der ses de samme symptomer, som ved APS. Der opstår bl.a. cravings, svækket evne til at styre forbruget, abstinenssymptomer ved ophør og opbygning af tolerance (Møhl, 2015). Personer, som foretager NSSI, beskriver også ofte, at de har svært ved at stoppe på grund af den øgede tolerance (Pritchard et al., 2021). Derudover kan adfærden få en dominerende rolle i personens liv ift. prioritering og tidsforbrug, hvor de også kan fortsætte skaden på trods af indsigt i de negative konsekvenser, det medfører. Abstinenssymptomerne, selvskadens psykologiske og dens fysiske funktion er med til at øge risikoen for tilbagefald ved ophør (Møhl, 2015).

Vi har afsnit 6.1.1.3 udlagt, hvordan individets tanker om sig selv og andre kan være en risikofaktor. Udover at øge risikoen for NSSI kan det også være med til at vedligeholde den selvskadende adfærd. Dette kommer til udtryk ved, at en persons tanker kan være rettet mod ikke at være god nok, ingen venner have eller, at man fortjener smerten. En anden vedligeholdende faktor er håndteringen af negative emotioner. Ofte er det stærke negative følelser, som udløser en NSSI-episode, hvor skaden har til formål at give en kortvarig lindring af følelserne (Klonsky et al., 2011; Swannell, Hazell, Harrison & Taylor, 2010). Den kendte forståelse af selvskade, som en måde at aflade emotionel stress, kan også ses fra et biologisk perspektiv. I den forbindelse er det relevant at se på individets mu-opioider, som giver en følelse af at løfte humøret. Affektregulering ved selvskade kan være en af årsagerne til, at NSSI opretholdes. Den psykologiske smerte, der opleves ved selvskade, er forbundet med personens forsøg på at reducere eller flygte fra socioaffektiv smerte. Forhøjet sensitivitet for belønning er ligeledes med til at vedligeholde selvskadende adfærd, og der, hvor man oplever størst belønning, er ved negativ forstærkning frem for positiv forstærkning. Det vil sige, at den socioaffektive information, der er sensitiv over for negativ social forstærkning, er medvirkende til at vedligeholde NSSI (Cummings et al., 2021). Der er ligeledes stærk evidens for, at selvskadende adfærd opretholdes gennem negativ forstærkning, som vil fjerne, det som er aversivt (Klonsky et al., 2011).

NSSI er også blevet undersøgt som en form for coping mekanisme eller strategi. Copingstrategier referer til en persons orientering og aktivitet som respons til en stressor. Dette inkluderer både kognitive og adfærdsmæssige handlinger, som bliver

brugt til enten at løse et problem, kaldet konfronterende coping (eng. approach coping), eller for at undvige problemet (eng. avoidant coping). Disse to former kaldes også problemfokuseret og emotionsfokuseret coping (Allem, Soto, Baezconde-Garbanati & Unger, 2015). For flere personer som selvskader er adfærden en maladaptiv, men meget effektiv, copingstrategi. Det tyder på, at de har andre copingstrategier, men at de ikke kan modstå trangen til at selvskade længe nok til at forsøge at anvende en anden strategi (Hauber, Boon & Vermeiren, 2019). Holdt op mod en kontrolgruppe finder Andover, Pepper og Gibb (2007), at kvinder, der selvskader, oftere har en undvigende copingstrategi og i mindre grad gør brug af social støtte. Grundet selvskadens effektivitet i at reducere stressende situationer og negative tilstande kan indlæringen af denne adfærd, som en copingsstrategi, være med til at vedligeholde adfærden.

Individet er konstant i interaktion med omverden, og det er derfor også væsentligt at se på de miljømæssige faktorer, som kan være med til at vedligeholde NSSI. Dette kan bl.a. være relationer til familie, jævnaldrende og andre hverdagsproblematikker. I nogle tilfælde kan NSSI opstå ved deltagelse i et fællesskab eller en gruppe. Ift. at forstå sociale vedligeholdende faktorer, ser vi det relevant at medtage internettets betydning. Internettet, computere og smartphones har gjort det nemt at være i kontakt med omverdenen, hvilket kan have en indflydelse på selvskadende adfærd (Konieczna & Jacobsen, 2019). Dette kommer bl.a. til udtryk på en platform som Instagram, hvor brugere kan dele billeder og opslag med hinanden. Der blev i 2020 sat fokus på, hvordan unge mennesker kommunikerer med hinanden i private online fællesskaber og netværk på Instagram om både selvmord, selvskade og lignende (Høj & Kristiansen, 2020). Her fortalte en yngre pige også om, hvordan man i disse fora kan inspirere og kopiere hinanden samt lære nye metoder at selvskade på. Derudover fortalte pigerne også om, hvordan flere af dem har fået kendskab til netværket gennem andre medpatienter under indlæggelse på psykiatriske afdelinger (Sørensen, 2020a). Vi ved ud fra SIT af Tajfel, at individets sociale identitet og gruppetilhørsforhold har stor betydning for følelsen af selvværd. Vi forstår det som, at det kan være en vedligeholdende faktor at indgå i disse fællesskaber, da det er en del af gruppeidentiteten at selvskade og fordi, at personen der selvskader, kan blive bekendt med nye og potentielt farligere metoder.

6.2.2. Ved afhængighed af psykoaktive stoffer

Nielsen og Becker (2017) beskriver, at der ved alkoholafhængighed, som ved NSSI, kan ske både positive og negative effekter, som kan være med til at vedligeholde et forbrug. Når man drikker alkohol, sker der en positiv forstærkende effekt på hjernens belønningssystem, som i begyndelsen er med til at øge chancen for, at man fortsætter sit forbrug. Med tiden vil de positive effekter erstattes af negative, hvor ophør eller reduktion af forbruget fører til abstinenser i form af ubehagelige fysiske og psykiske symptomer. Det skaber et behov for at vedligeholde forbruget, for at undgå ubehag (Nielsen & Becker, 2017). Miller og kollegaer (2011) beskriver, at der ved et vedvarende forbrug, ikke altid opstår en decideret fysisk afhængighed. I mange tilfælde kan der dog stadig opstå en psykisk afhængighed i form af, at personen omlægger sit liv, for at få adgang til stoffet. At få og indtage stoffet bliver centralt i personens liv, og deres eksistens afhænger af stoffet. I denne søgen kommer de ofte ud i problemer med både kriminalitet, brud af sociale relationer og økonomiske vanskeligheder (Miller et al., 2011). Dette kan blive en vedligeholdende faktor, da det er vanskeligt at vende tilbage til sit tidligere liv, når først stofferne har fået brændt alle broer til det liv, man kendte før. Ved de biologiske risikofaktorer fremlagde vi, hvordan hjernens produktion af dopamin stiger mere ved indtagelse af rusmidler end ved andre lystbetonede aktiviteter. Ved et fast forbrug over længere tid, sker der derfor også ændringer i hjernens belønningssystem. Der kan opstå hyperaktivitet eller en øget sensitivisering, som er med til at skabe en stærkere trang eller craving af stoffet (Altman et al., 1996). Dette kan være med til at forklare hvorfor, at personer med APS prioriterer af at få stoffet over andre ting som sociale relationer, økonomiske problemer og fare. Selv ved ophør vil dopaminsystemet forblive ændret, hvilket fører til abstinenser og udfordringer med at holde sig fra stofferne og fører ofte til, at man får et tilbagefald (Fink-Jensen et al., 2017; Nielsen & Becker, 2017).

Når man kunstigt aktiverer hjernens neurotransmittersystemer, kan der opstå toleranceøgning eller opbygning (Altman et al., 1996). Første gang man prøver et stof, vil man oftest få den stærkeste effekt. Mange beskriver ofte, at de bruger resten af deres liv på at opnå den samme følelse. Psykoaktive stoffer har en tendens til at blive mindre potente ved vedvarende forbrug, og forbrugeren må øge dosis for at få samme effekt. Med tiden bliver systemet mættet, og kroppens naturlige aktivitet af

neurotransmittere bliver reduceret på grund af den kunstige aktivering. Dette fører til, at forbrugeren til sidst må anvende stoffet for bare at føle sig normal (Miller et al., 2001). Toleranceøgningen kan dermed være med til at vedligeholde et skadeligt forbrug, og endda føre til en forværring af adfærden. Som vi udlagde i afsnit 6.1.2.2 har mange personer, der er afhængige, et blandingsbrug, hvor fx forbrug af alkohol og rygning ofte forekommer samtidigt. Ved at blande lignende stoffer kan man øge virkningen af begge stoffer, og opnå en meget stærkere effekt, som også varer længere. Da stofferne forbliver i kroppen i længere tid, øger man til gengæld også risikoen for en overdosis, som kan føre til død. Indtagelse af to stoffer med forskellig virkning kan skabe en farlig sammensætning, hvor effekten er uforudsigelig og kan føre til dårlig dømmekraft (Miller et al., 2001). Denne vedligeholdende faktor i form af et øget og kombineret forbrug er særdeles farlig, og kan få fatale konsekvenser for individet.

Vi beskrev i afsnit 6.1.1.1, hvordan der i barndommen er sensitive perioder, hvor individets udvikling er særligt sårbar for stressorer. Det er også i barndommen, at copingstrategierne formes, og barndomstraumer er fundet til at have en effekt på både copingstrategi og fremtidigt problematisk forbrug af stoffer (Allem et al., 2015; Ayres, 2020). Der er lavet studier om, hvordan man kan forstå forbrug af illegale stoffer som en form for copingstrategi. Særligt er der fundet en sammenhæng mellem den undvigende copingstrategi og brug af psykoaktive stoffer (Allem et al., 2015; Ayres, 2020). Ayres (2020) finder, at en kognitiv undvigende copingstrategi er en prædikativ værdi for sværhedsgraden af stofforbrug og risikoen for at udvikle et problematisk forbrug. Personer som bruger stoffer har ofte færre copingstrategier, og dem de har, er tit undvigende og maladaptive. Den undvigende coping fører ofte til både problematisk stofforbrug og kriminalitet. Denne form for coping har derfor også fået sit eget begreb og kaldes kriminel coping. Brugen af psykoaktive stoffer kan også fungere som en effektiv undvigende copingstrategi, da de kan hjælpe individet til hurtigt at lindre følelsen af ubehag (Allem et al., 2015; Ayres, 2020). Denne måde at håndtere stressorer og negative følelser kan føre til fysiologisk afhængighed, da individet har svært ved at etablere andre sundere copingstrategier på grund af effektiviteten af stofferne (Allem et al., 2015). En undvigende copingstrategi udviklet af barndomstraumer, er altså derfor en risikofaktor for at udvikle et problematisk forbrug af illegale psykoaktive stoffer. Derudover kan dette blive en vedligeholdende faktor i

form af at udvikle en kriminel copingstrategi, hvor stofferne får en adaptiv funktion i at hjælpe individet til at undvige ubehag og negative følelser.

7. Behandling

I følgende afsnit vil vi udlægge behandlingsmulighederne for NSSI og APS. Vi vil fortsat tage udgangspunkt i den bio-psyko-sociale model og vil derfor bruge denne inddeling til at udlægge behandlingerne. Vores formål med at fremlægge behandlingsmuligheder er både at bygge videre på besvarelsen af vores forskningsspørgsmål 1), og for at kunne have et fundament til at besvare spørgsmål 2) omhandlende, hvordan de to fænomener ligner og adskiller sig fra hinanden.

7.1. Behandling af non-suicidal selvskade

Det er vigtigt at behandle selvskade, da NSSI potentielt kan føre til selvmord. I starten fungerer adfærden som en copingstrategi, men den kan udvikle sig og føre til selvmordstanker, selvmordsforsøg og død, når den selvskadende adfærd ikke længere er nok til at nedregulere de negative følelser. Selvom det set udefra kan virke nemt at stoppe med at skade sig selv, er dette ikke tilfældet for langt de fleste. Det kræver ofte lang tids iagttagelse af og refleksion over egen adfærd, før man succesfuldt kan stoppe. I psykiatrien giver selvskadende adfærd alene ikke adgang til behandling, og det kan derfor være svært at få stoppet adfærden tidligt (Møhl & Rubæk, 2017). Komplexiteten af selvskadende adfærd gør det også svært at behandle, da det omhandler en ændring i både individets følelser, tanker og adfærd. Derudover har vi omtalt, hvordan selvskade kan være afhængighedsskabende, hvor den fysiske trang til at selvskade er et yderligere aspekt, som bør og må medtages i behandlingen (Møhl & Rubæk, 2020). Der er forskellige måder, hvorpå selvskade kan behandles, og dette kan bl.a. være med medicinsk eller psykoterapeutisk behandling.

Den medicinske behandling af NSSI bruges til 21-50% af de personer som selvskader, og meget forskelligt medicin er i den forbindelse blevet forsøgt og undersøgt. Opioid-receptor-antagonister, som Naloxene eller Naltrexone, er fundet til at have bedst effekt på behandling af NSSI. Derudover kan behandling af NSSI ved BP-patienter med selektive serotoninoptagshæmmere (SSRI) medvirke til at nedsætte angst, vrede, impulsivitet og humørsvingninger samt nedregulere patientens negative emotioner. Psykofarmaka som typiske og atypiske antipsykotika har også effekt på NSSI, og her især de atypiske antipsykotika, som kan blokere for dopamin og 5-HT-receptorer. Da selvskade på nuværende tidspunkt er et nonspecifikt symptom til anden diagnose, har

man endnu ikke nok evidens for behandlingsmuligheder, som udelukkende fokuserer på NSSI (Sher & Stanley, 2009; Møhl, 2015). Fysisk aktivitet og træning kan også anvendes som en behandlingsmetode til selvskadende adfærd. Denne behandling er dog ikke undersøgt systematisk, men forskning peger på, at fysisk aktivitet kan medvirke til at modstå selvskadesimpulser. Dette kommer også til udtryk ved, at personens trang og aktive behov for selvskade ikke er så massivt under et træningsforløb, hvorfor at træning sideløbende med anden behandling for selvskade kan være velegnet (Møhl, 2015).

En medicinsk behandling af NSSI kan med god effekt også understøttes af psykoterapeutisk behandling. For behandling af selvskade er der ikke fastsat nogle klare og primære retningslinjer, og derfor heller ikke til hvilke former for psykoterapi, der anbefales (Møhl, 2015), og de fleste behandlingsformer til selvskade er oprindeligt udviklet til personlighedsforstyrrelser (Møhl & Rubæk, 2020). Dialektisk adfærdsterapi (DAT) er én af behandlingsmetoderne, som er vurderet til at have god evidens for behandling af NSSI (Mehlum, 2020). DAT er et langvarigt terapeutisk forløb, og er udviklet af den amerikanske psykolog Marsha Linehan i 1960'erne. Fokus i udviklingen af DAT har været på behandling af BP, som er karakteriseret ved problemer med følelsesregulering samt sårbarhed og reaktivitet (Møhl, 2015). DAT kan også anvendes til at nedbringe den selvskadende adfærd ved at fokusere på at udvikle patientens mindfulness, emotionsregulering og stresstolerance (Kothgassner, Goreis, Robinson, Huscsava, Schmahl, Plener, 2021). Denne behandlingsmetode er med til at bearbejde den negative forstærkning, omtalt i afsnit 6.2.1, der er involveret i NSSI. I DAT er formålet at få patienten til at indse de negative forstærkninger, og ved at identificere disse, kan det være med til at motivere indsatsen i behandlingen. DAT arbejder også med en dialektik mellem validering-konfrontation og accept-forandring (Møhl & Rubæk, 2020). Mange patienter med emotionel dysregulering har tendens til sort/hvid-tænkning, hvilket kan udfordre behandlingssituationen (Møhl, 2015). Hvis terapeuten udfordrer patienten mere end de kan håndtere, ved fx at pålægge patienten for store forventninger eller ved udelukkende at anvende acceptstrategier, der ikke skaber forandring, vil terapien kunne gå i stå (Møhl & Rubæk, 2020). Under behandling af selvskadende adfærd er der også sociale processer involveret, og i forbindelse med indlæggelse kan der være mulighed for, at den dysfunktionelle adfærd bliver forstærket. Dette kan bl.a. andet forekomme ved, at

patienten får meget omsorg og opmærksomhed efter en selvskadende hændelse. DAT arbejder med dette i form af, at patienten skal have denne opmærksomhed forud for en selvskadende hændelse og ikke efter. Dette vil være med til at styrke copingstrategien til ikke at være selvdestruktiv (Møhl, 2015). Mentaliseringsbaseret terapi (MBT) er ligeledes en terapiform, som blev udviklet til behandling af BP og anvendes i dag som et ambulant tilbud. Mentaliseringsteorien omhandler det at kunne forstå egen og andres adfærd, og også om at kunne se sig selv udefra og andre indefra. De to former for behandling rummer mange forskelle og ligheder. Fælles for dem er, at de har en opbygning og forløb, som er struktureret. Til gengæld viser deres teoretiske baggrund, at DAT har fokus på individets adfærd, hvor MBT har fokus på følelser, tanker og fantasier. Derudover har DAT fokus på at lære patienten de færdigheder, der skal til for at undgå NSSI, hvorimod MBT træner patientens evne til at mentalisere for at undgå mentaliseringssvigt, der kan føre til NSSI (Møhl & Rubæk, 2020).

En svækkelse i individets følelsesregulering er centralt for selvskadende adfærd, og kan derfor være det, som skal sættes fokus på ved behandling. Emotion Regulation Group Therapy (ERGT) er udviklet af Gratz (2007), og er et 14 ugers forløb med fokus på følelsesregulering. ERGT er et supplerende værktøj til patienter, som allerede er i anden psykoterapeutisk behandling, og fungerer som et tiltag udelukkende med fokus på den selvskadende adfærd (Møhl, 2015). ERGT er udviklet på baggrund af forståelsen af, at NSSI foretages ud fra et behov om at kunne regulere følelser. Den følelsesmæssige dysregulering vil kunne øge risikoen for at selvskade, og ved en bedre følelsesmæssig regulering, vil der være mindre risiko og behov for NSSI (Møhl & Rubæk, 2020). Derfor er der i denne tilføjelse til behandlingen fokus på at lære patienten en anden måde at forholde sig til og regulere følelser på. Formålet med behandlingen er ikke, at patienten skal fjerne eller have fuld kontrol over emotioner men nærmere at lære og informere patienten om andre måder at tilgå emotioner på. Det kan bl.a. være gennem opmærksomhed, accept af emotioner, impuls kontrol, emotionsregulerende strategier og en åbenhed mod at arbejde med negative emotioner (Dahlberg, Wetterberg, Lundh & Sahlin, 2018).

7.2. Behandling af afhængighed af psykoaktive stoffer

Det er vigtigt, at patienter med afhængighed kommer i behandling, da der er en større dødelighedsrisiko forbundet med forbrug af psykoaktive stoffer og særligt

blandingsbrug (Dick et al., 2007). Miller og kollegaer (2011) mener, at der i mødet med patienter, er et for stort fokus på diagnosticering, og ikke nok på bare at lytte til patienten. Hvis man går ind i mødet uden formål om at diagnosticere, kan det være med til at skabe en bedre relation mellem patient og behandler, hvor personen fx ikke føler sig stigmatiseret. Der anbefales ofte forskellige behandlingsmuligheder afhængig af, hvordan personen er påvirket af afhængigheden og sværhedsgraden af den (Miller et al., 2011).

Den medicinske behandling for afhængighed varierer ofte efter hvilket stof, patienten bruger. Der er dog nogle generelle forhold, som gør sig gældende på tværs af stoftyper. Den medicinske og psykosociale behandling anses af nogle som hinandens modsætninger, men ofte er den medicinske en forudsætning for, at patienten kan indgå i andre former for behandling. Ligesom ved NSSI ses oftest den bedste effekt af behandling ved at kombinere farmakoterapi og psykosocial intervention (Antonelli, Fattore, Sestito, Di Guida, Diana & Addolorato, 2021; Ege, 2004). Vi vil fokusere på den farmakologiske tilgang til behandling og ikke udlægge den medicinske behandling, som ofte bliver givet sideløbende på grund af anden psykisk lidelse. Behandlingen af en fysisk afhængighed starter altid med en afgiftning, hvor patienten hjælpes ud af stofforbruget. Dette gør man enten abrupt eller gradvist, da abstinenssymptomerne i nogle tilfælde kan blive livstruende (Ege, 2004). Ved behandling af nogle psykoaktive stoffer anvender man ofte en agonist, som udløser en kemisk reaktion lignende den ved indtagelse af samme stof. Denne behandling gør man også brug af ift. at vedligeholde afholdenhed, og nedsætte risikoen for at patienten får tilbagefald. Man kan også anvende antagonist, der kan blokere effekten af det anvendte stof, men dette har generelt vist sig at have begrænset effekt, og er kun velundersøgt ved behandling af opioidafhængighed. Valget af antagonist eller agonist afgøres af, hvilket stof patienten er afhængig af (Rastegar, 2020).

Udover at behandle afhængighed med medicin kan man også anvende transkraniel magnetisk stimulation (TMS). Antonelli og kollegaer (2021) har udarbejdet et review over undersøgelser omhandlende denne behandlingsform, da der på nuværende tidspunkt kun er få andre effektive medikamenter tilgængelige for afhængighedsbehandling. TMS er en ikke-invasiv hjernestimuleringssteknik, som ændrer celleaktiviteten i den cerebrale korteks gennem en magnetisk puls. I reviewet

undersøger de effekten af TMS på patienter i behandling for alkohol, tobak eller kokainafhængighed, hvor forskningen viser, at det er muligt at reducere cravings og indtagelse af stoffer ved at fremkalde forandringer i neurotransmittere og øge udløsningen af dopamin. Det vurderes til at være en behandlingsform med fremtidigt potentiale, da der ud fra de få kliniske studier ses positive resultater hos patienterne, og da det er et alternativ til medicinsk behandling (Antonelli et al., 2021).

Som vi nævnte ved NSSI, kan man også inddrage kroppen i behandlingen på andre måder end at give medicin. Alessi, Rash og Pescatello (2020) finder, at ved at styrke patienten i at udføre regelmæssig fysisk aktivitet kan man øge sandsynligheden for at få et positivt udfald af behandlingen. Patienterne viste forbedringer i deres generelle fysiske aktivitetsniveau og på væsentlige psykosociale funktioner som fx større tro på egne evner. Fysisk aktivitet kan generelt være med til at reducere negative følelsestilstande, som ofte forekommer hos personer med stofafhængighed, og i mange tilfælde fører til et tilbagefald (Alessi et al., 2020). Det har fx vist sig at have en positiv effekt på angst- og depressive symptomer, og er samtidigt fundet til at reducere cravings af stofferne, abstinenssymptomer og stress (Alessi et al., 2020; Hallgren, Vancampfort, Giesen, Lundin & Stubbs, 2017). At anvende fysisk aktivitet som en del af behandlingen kan dermed være med til at reducere nogle af de omkringliggende udfordringer for patienten, og derigennem øge chancen for et positivt udfald af behandlingen.

En anden måde at tilgå behandlingen på er ved at inddrage en psykologisk tilgang. Her er kognitiv adfærdsterapi (KAT) en af de mest anvendte adfærdsorienterede interventioner. Når man anvender KAT til behandling af afhængighed, fungerer det, som en tidsbegrænset behandlingsform, der varer over flere sessioner. I terapien arbejder man med kognitive, affektive og miljømæssige risici for stofbrug, og giver individet træning i at anvende andre copingstrategier for at hjælpe til at forblive stoffri og formindske skade. Magill, Ray, Kiluk, Hoadley, Bernstein, Tonigan og Carroll (2019) har undersøgt 30 randomiserede studier ift. effekten af KAT på behandling af afhængighed af alkohol og andre psykoaktive stoffer. De finder, at KAT er effektiv i behandling af disse lidelser, hvor udfaldene var mellem 15-26% bedre end gennemsnittene hos kontrolgrupper, der modtog ingen eller minimal behandling. Spears, Hedeker, Li, Wu, Anderson, Houchins, Vinci, Hoover, Vidrine, Cinciripini,

Waters og Wetter (2017) har undersøgt mindfulness i sammenligning med KAT ift. patienter i behandling for rygestop. Her finder de, at MBT har lignende effekter på en række psykosociale mekanismer som KAT. Dog oplevede de, at patienterne ikke altid lavede meditationer mellem sessionerne, og de mener, at MBT vil have en bedre effekt, såfremt det praktiseres mere regelmæssigt. Generelt ses en tendens i terapeutisk behandling, at hyppig kontakt og målrettet timing af behandlingssessioner, kan øge effekten af behandlingen. Benitez, Frankforter, Nich og Kiluk (2022) har undersøgt sammenhængen mellem stofforbrug og terapeutisk kontakt. I perioder lige op til og efter behandling havde patienterne et nedsat stofforbrug, som steg igen i dagene efter. Et vigtigt aspekt for den terapeutiske behandlingseffekt ligger derfor også i at kunne tilbyde den rette frekvens af behandlingen.

I den tidlige forståelse af ordet *addict* blev der skelnet mellem et aktivt valg med det enkelte menneske som agent og en passiv form med guddommelig indblanden (Rosenthal & Faris, 2019). Som nævnt i afsnit 5.1 har historiens syn på afhængighed altid kredset om de samme spørgsmål. Skal man anse afhængighed som en synd eller en lidelse, og skal behandlingen derfor være moralsk eller medicinsk? (Crocq, 2007). Spiritualitet og religion kan derfor også være en faktor i at overkomme en stofafhængighed, for de personer, som praktiserer dette. Særligt spiritualitet virker til at have en mulig positiv effekt på at opnå en succesfuld behandling. I et studie af Kelly og Eddie (2020) rapporterer de, at deres patienter enten slet ikke blev hjulpet af deres spiritualitet eller, at det gjorde hele forskellen i at overkomme deres problemer. Studiet finder dog også, at det primært særligt hjalp afroamerikanere mere end kaukasiske personer, og spansktalende amerikanere oplevede i endnu mindre grad, at religion og spiritualitet gjorde en forskel. De konkluderer, at det kan være relevant at inddrage spiritualitet og religion i en klinisk praksis, hvis man har mulighed for at tilbyde individuel behandling til patienter (Kelly & Eddie, 2020). Denne implementering af spiritualitet eller religion i behandling kommer også til udtryk i Anonyme Alkoholikeres (AA) tilgang til komme ud af alkoholafhængighed i form af de 12 trin. Med de 12 trin skal personen gennem visse faser i arbejdet med at stoppe et alkoholforbrug. Mange af disse faser inkluderer Gud, men AA skriver selv, at principperne der anvendes i de 12 trin er universelle og kan bruges af enhver uanset deres personlige tro. I stedet skal man bruge principperne til derigennem at opnå visdom, som fx at man er magtesløs overfor alkohol, at man indrømmer over for Gud

og andre, at man har fejl og er indstillet på at bede Gud om at fjerne disse fejl. Denne spirituelle og religiøse tilgang til behandling kan dermed også anvendes til en generel population, og gennem tro skabe et fællesskab.

Vi har i afsnit 6.1.1.4 udlagt, hvordan sociale relationer kan være en risikofaktor for NSSI. Relationer til andre kan dog også anvendes indenfor behandling af stofafhængighed. Her har Ashford, Meeks, Curtis og Brown (2019) undersøgt en behandlingsform baseret på en forståelse af, at individer som selv er i bedring efter fysisk eller psykisk lidelse, særligt er kvalificerede til at støtte andre i lignende situationer ud fra deres egne oplevelser. Denne type behandling kaldes peer-recovery-support-service (PRSS), og har også til formål at føre personer med afhængighed ind i fællesskaber, hvor stoffer ikke er en del af miljøet. I deres undersøgelse finder de, at PRSS kan være fordelagtig i behandlingen af alle former for stofafhængighed. Derudover virker det også godt i forbindelse med interventioner, hvor støtte fra fællesskaber kan føre til, at personen søger den passende hjælp i det kliniske system (Ashford et al., 2019). En anden behandling eller interventionsform er netværks-støtte (NS), som vil hjælpe personer med afhængighed til ændre deres sociale netværk, så de indgår i miljøer, som er mere støttende ift. afholdenhed. Litt, Tennen, Kadden og Hennessy (2021) har undersøgt NS i forbindelse med alkoholafhængighed og pakke-kognitiv-adfærdsterapi (eng. packaged-cognitive-behavioural therapy, PCBT), hvor patienterne rapporterede, at de efter behandling havde reduceret deres alkoholindtag og havde færre kontakter, der drak. Derudover rapporterede de, at de havde en nedsat trang til at drikke, når de var i selskab med personer, som ikke drak. NS-behandling kunne dermed, ved at ændre de sociale netværk, være med til at skabe en reducere af alkoholindtaget sammenlignet med PCBT-behandlingen (Litt et al., 2021). De sociale relationer kan dermed også aktivt medtages i behandlingsforløbet, og støtte patienten i at omlægge sit liv og opretholde afholdenhed.

8. Samlet forståelse af non-suicidal selvskade og afhængighed af psykoaktive stoffer

I de foregående kapitler har vi med udgangspunkt i den bio-psyko-sociale model udlagt de faktorer, som kan øge risikoen og være med til at fastholde NSSI og APS, og arbejdet ud fra grundlagsproblemer som krop-psyke, individ-gruppe, model-virkelighed og kompleksitet-reduktion. Vi har fremlagt flere biologiske, psykologiske og sociale faktorer, som er med til at vise kompleksiteten i disse fænomener. Ved at bruge en sygdomsmodel ved vi dog, at vi også kommer til at reducere virkelige fænomener, da der kan være viden, som vi ikke får inddraget. Vi vil i dette kapitel besvare forskningsspørgsmålet: *Hvordan ligner og adskiller fænomenerne non-suicidal selvskade og afhængighed af psykoaktive stoffer hinanden?* Vores besvarelse vil tage udgangspunkt i den litteratur, vi har udlagt i de forudgående kapitler, og dermed også fungere som en opsamling på vores besvarelse af det første forskningsspørgsmål.

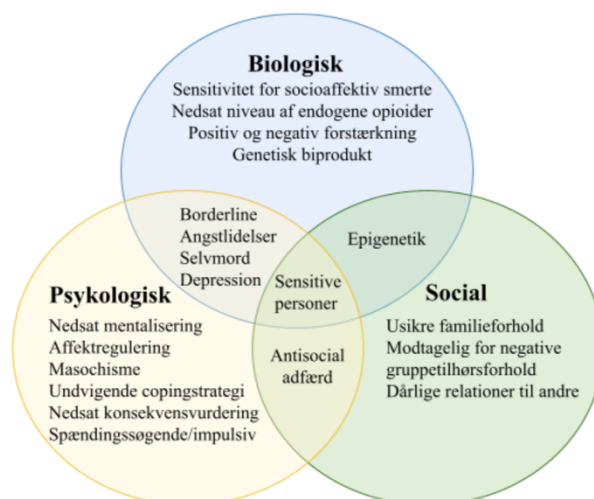
8.1. Ud fra den neurologiske effekt på hjernen

Den neurologiske effekt på hjernen er et af de områder, som startede vores interesse for at undersøge NSSI og APS i relation til hinanden. Derfor har vi i dette speciale haft et særligt fokus på at inddrage de neurologiske processer, hvilket vi har udlagt i afsnit 4.2.2 og 5.2.1. Der er flere hjerneområder, som er involveret i både NSSI og APS, dette er bl.a. amygdala og den præfrontale cortex. Indflydelsen på den præfrontale cortex ved APS fører til, at personen søger stofferne kompulsivt og samtidigt bliver impulshæmning nedsat. Påvirkningen af den præfrontale cortex fører ved begge til, at individet bliver motiveret til at udføre den skadende adfærd, får problemer med at hæmme impulserne og aktiverer også hjernens belønningssystem. Forskellen heri bliver, at APS fremstår med et mere kompulsivt præg, hvor NSSI i højere grad er drevet af emotionelle tilstande. Ved APS er særligt også basalganglia centrale, hvor hjernens belønningssystem lokaliseres, hvor cerebellum er fundet til at være sensitiv for øget arousal ved NSSI. Vi har derudover beskrevet påvirkningen af neurotransmittere ved både NSSI og APS. De primære ved NSSI er stresshormoner og endogene opioider, som frigives i HPA-aksen, hvor overaktivitet med tiden vil skabe abnormaliteter i EOS. Psykoaktive stoffer påvirker ligeledes centralnervesystemet, og

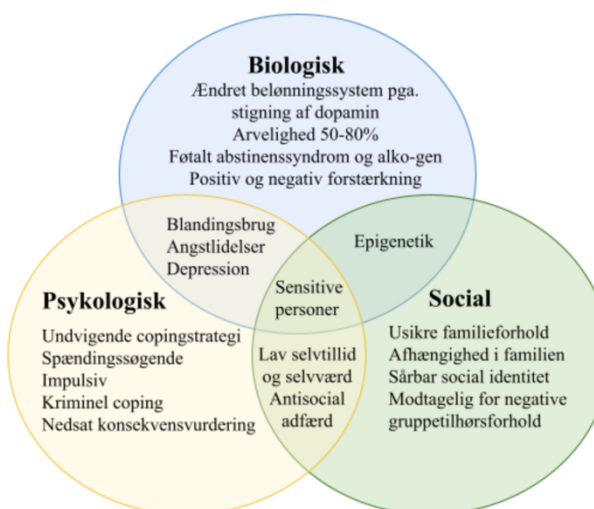
kan føre til, at systemet bliver overaktivt, hvor især GABA er involveret ved indtagelse af flere stoffer. De tidligere nævnte endogene opioider, som frigives ved selvskade, findes også i psykoaktive stoffer som morfin eller heroin, som ved indtagelse kunstigt skaber lignende effekter i hjernen. Ved både NSSI og APS bliver serotonin og dopamin påvirket, og fører til en følelse af behag samt øger sandsynligheden for, at man gentager den skadende adfærd igen. Dopaminfrigivelsen ved NSSI er dog også påvirket af involveringen af belønning-forudsigelsesfejlen, der opstår som reaktion på, at individet har lært, at den selvskadende adfærd er forbundet med belønning ift. at den socioaffektive smerte forsvinder. Ift. APS skaber forbrug af stoffer varige ændringer i belønningssystemet, hvor frigivelsen af dopamin stiger markant ved indtagelse fremfor andre aktiviteter. Ved begge sker derfor en form for forstærkning, hvor den skadelige adfærd bliver knyttet til en positiv følelse eller tilstand.

8.2. Ud fra den udlagte litteratur om de to fænomener

Vi har i figur 8.1. og 8.2. udarbejdet en opsummering af vores fund inden for hvert fænomen ud fra den bio-psyko-sociale model. Vi vil i dette afsnit uddybe de forskelle og ligheder, som vi har set mellem fænomenerne i de foregående kapitler. I vores udlægning af de biologisk funderede risikofaktorer finder vi, at indtagelse af stoffer kan medføre en positiv forstærkning, der ændrer hjernens belønningssystem, og som kan føre til afhængighed. Belønning er også fundet til at være central ved NSSI sammen med sensitivitet for socioaffektiv smerte ofte forårsaget af stresspåvirkninger i barndommen. Generelt kan stress i barndommen under de sensitive



Figur 8.1. Non-suicidal selvskade indsat i den bio-psyko-sociale model.



Figur 8.2. Afhængighed af psykoaktive stoffer indsat i den bio-psyko-sociale model.

perioder øge risikoen for NSSI. Personer med APS har også en forhøjet risiko, hvis de har en forælder, som er afhængig og hvis moderen fortsatte sit forbrug af psykoaktive stoffer under graviditeten. Vi har ikke fundet lignende forskning om selvskade og graviditet, men det kunne være interessant at undersøge, hvorvidt der kan ses en effekt på fosteret, hvis moderen har selvskadet under graviditeten. Den arvelige komponent ved APS vurderes til at ligge mellem 50-80%, hvor de genetiske faktorer ved NSSI kan forklare mellem 37-59% af variansen. Både NSSI og APS kan forekomme samtidigt med andre lidelser og tilstande. Der ses en sammenhæng mellem begge fænomener og diverse angstlidelser som fx PTSD og depression. Personer der er afhængige af et stof, er også ofte afhængige af et andet, og blandingsbrug er derfor en af de hyppigste komorbide tilstande. Ved NSSI ses til gengæld en stærk forbindelse til BP samt suicidale tanker og adfærd. Selvom vi ikke har fremlagt en decideret sammenhæng mellem afhængighed og BP, har vi i arbejdet med at udlægge risikofaktorer for personlighed fundet, at en antisocial personlighed og personlighedsforstyrrelse er en risikofaktor for begge lidelser. Begge lidelser har dermed forbindelser til andre psykiske tilstande, men differentierer ift. hvad der oftest forekommer samtidigt. I tråd med den antisociale personlighed har vi set på, hvilke andre personligheds- og adfærdstræk som har en forbindelse til NSSI og APS. Her finder vi, at ved begge fænomener scorer personerne ofte højere på spændingssøgende adfærd. Dette kommer ofte til udtryk ift. impulsivitet og manglende hæmning, hvor personen ikke vurderer konsekvenserne af sine handlinger eller vælger at acceptere de risici, der er forbundet med handlingen. De to lidelser adskiller sig en smule ift., at emotionsregulering spiller en større rolle hos patienter med NSSI, end hos de som er afhængige. Dog mener vi, at denne forbindelse stadig er til stede ved APS, da vi i afsnit 6.2.2 har udlagt, hvordan forbrug af psykoaktive stoffer kan være en form for copingstrategi.

Vi har i afsnit 6.1.1.4 og 6.1.2.4 udlagt de sociale faktorer, som kan være en risiko for at begynde med NSSI eller få et forbrug af psykoaktive stoffer. Vi ser visse ligheder ift., at relationer til andre, i form af gruppetilhørsforhold, spiller en rolle ved begge fænomener. I dette ligger også tendensen til, at gruppemedlemmer kan introducere andre for en skadelig adfærd eller et farligt stof. Derudover ser vi, at familien har en betydning for individets sårbarhed, hvor afhængighed hos forældre er fundet til at være en risikofaktor for APS. Det samme er gældende for negative relationer til andre i form

af at have været udsat for mobning, overgreb og vold. Generelt er individet i risiko for at udvikle en patologi, når de er sårbare og har lavt selvværd og selvtillid. Unge, som vokser op i usikre familieforhold med negative relationer til jævnaldrende, bør særligt fokuseres på i den præventive behandling, da de er i risiko for at udvikle NSSI eller APS. De sociale risikofaktorer virker dermed til at være forholdsvis ens for begge lidelser.

De vedligeholdende faktorer er vigtige ift. at forstå, hvorfor nogle personer fortsætter en skadelig adfærd, hvor vi kan se nogle af de samme faktorer ved NSSI som ved APS. Bl.a. andet kan både selvskade og brug af rusmidler blive til meget effektive, men også maladaptive copingstrategier, som gør det svært for personen at anvende andre strategier. NSSI er blevet anset for at være et resultat af impuls kontrol, men det peger også på, at der er et afhængighedsaspekt, som vi i afsnit 6.2.1 omtalte som auto-addiction. Her oplever personer med NSSI de samme symptomer, som personer der er afhængige af psykoaktive stoffer. Dette er grundet den sensitive amygdala, som skaber abstinenser, hvis personen ophører med NSSI, hvor der ligeledes opstår cravings, svækket evne til at styre sine handlinger, toleranceopbygning og øget risiko for tilbagefald. Disse symptomer karakteriserer også en afhængighedstilstand, hvor følelser som stress, angst, irritabilitet og ubehag også er til stede. Amygdala vil med tiden blive så overaktiv, at selvom individet selvskader eller indtager psykoaktive stoffer, vil det ikke give den samme lettelse, hvilket kan være med til at øge forbruget og derigennem vedligeholde det.

Som vi udlagde i kapitel 7, er der flere måder at tilgå behandling af både NSSI og APS. Fælles for begge lidelser er, at det er gavnligt at anvende en kombineret tilgang med både medicinske og psykosociale tiltag. Eftersom at både NSSI og APS er maladaptive copingstrategier, bør man af den grund altid overveje at hjælpe patienten ud af sit forbrug, før man tilbyder anden behandling. Dette bliver der allerede gjort ved APS, men det kan og bør også overføres til behandling af NSSI (Møhl, 2015). Der er også fundet evidens for, at ved at indføre fysisk aktivitet som en tilføjelse til behandlingen, kan man reducere negative emotioner, cravings, hæmme impulser og dermed nedsætte risikoen for tilbagefald ved både NSSI og APS. Ved medicinsk behandling af selvskade og afhængighed kan man bruge agonister og antagonist. Ved behandling af NSSI henvender den medicinske tilgang sig ofte til at reducere den fysiske trang,

som personer der selvskader kan opleve. I disse tilfælde kan man bruge opioid-receptor-antagonister, som også anvendes ved afgiftning af patienter med illegal opioidafhængighed. Ved andre typer af psykoaktive stoffer anvendes der dog oftere en agonist behandling, og vi har også udlagt behandlingsformen TMS, som har vist sig lovende i behandling af afhængighed. I selvskade ligger det medicinske behandlingsfokus mere på at behandle komorbide lidelser som BP. Dette gør man ved at anvende SSRI-præparater, som er med til at nedsætte angst, vrede, impulsivitet og humørsvingninger samt nedregulering af patientens negative emotioner. Den medicinske behandling af selvskade hindres af, at selvskade endnu ikke er en individuel diagnose men blot et symptom på anden lidelse, som behandlingen dermed ofte retter sig imod.

De psykoterapeutiske tilgange til behandling er dog mere forskellige. Ved NSSI bruger man ofte DAT og MBT, hvor KAT og mindfulness oftere anvendes til behandling af afhængighed. Der findes også sociale behandlingsformer som fx ERGT og PRSS, som begge inddrager ligesindede i behandlingen. Den ene fungerer som en gruppebehandling for personer der selvskader, hvor den anden opsætter et mere mentor-lignende program for at holde personer med afhængighed ude af negative og skadelige miljøer. Til sidst har vi ved afhængighed udlagt, hvordan man kan indbringe en patients religion og spiritualitet i behandlingen, hvilket dog har vist blandede resultater. Vi kan dermed se, at der er visse ligheder inden for behandlingerne, hvor der ved begge kan bruges forskellige former for adfærdsterapi og mentaliserings orienteret terapi samt terapi, der inddrager ligesindede som støtte.

9. Diskussion

I følgende kapitel vil vi diskutere flere områder, som er med til at besvare vores problemformulering og forskningsspørgsmål. Vi vil arbejde med grundlagsproblemer fra alle tre videnskaber som sygdom-sundhed, mikro-makro, individ-gruppe, sprog-verden, model-virkelighed og kompleksitet-reduktion. Derudover vil vi bruge diskussionen på at reflektere over, hvad vores speciale kan bidrage med, vores fag samt vores metodologiske tilgang. Formålet med dette ligger også i at efterfølge vores videnskabsteoretiske ståsted og eklektiske tilgangs vægtning af at forholde sig reflekteret til sit eget arbejde.

9.1. Normalitet og sygdom i et samfundsperspektiv

I følgende afsnit vil vi besvare forskningsspørgsmålet: *Hvordan kan vi forstå definitionen af og synet på normalitet og sygdom i det aktuelle samfund?* Det er relevant at anskue fænomener, psykiske lidelser og diagnoser ud fra et samfundsperspektiv, da både vi, og de, er med til at konstruere den virkelighed, vi alle indgår i. Vi udlagde i afsnit 3.1 også hvordan, at sygdomme er en social konstruktion, og at psykisk lidelse er menneskeskabt, hvor diagnoser bliver sproglige konstruktioner, som fremstiller samfundet. Peter Ege (2004) opstiller også, at misbrug er en social diagnose, som er kulturelt og politisk bestemt. Det er derfor ikke et værdineutralt ord eller diagnose. Misbrug er fx et ord og en gruppe af mennesker, som samfundet tager moralsk afstand fra. Dette bl.a. eftersom at misbrug bliver set på som værende noget destruktivt for både individet selv men også for omgivelserne og samfundet (Ege, 2004). Vi har i specialet valgt at anlægge en socialkonstruktivistisk tilgang. Derfor søger vi at besvare spørgsmålet ved at se på den måde, hvorpå samfundet både skaber og skabes af den virkelighed, der konstrueres. Vi vil i de følgende afsnit berøre, hvordan samfundet, psykiatrien og klassifikationssystemer er med til at definere normalitet og sygdom.

9.1.1. Hvordan definerer vi, hvad som er afvigende og normalt?

Vi vil i følgende afsnit forholde os til flere grundlagsproblemer som sygdom-sundhed, mikro-makro og individ-gruppe. Hvordan vi definerer sygdom og dermed også, hvad som er normalt, har løbende ændret sig, og i selve begrebet sygdomsdefinition ligger én forståelse. Den oprindelige definition af normalitet havde en naturalistisk forståelse af, at når kroppens organer ikke var syge, så var individet sundt. I 1948 definerer WHO

sundhed som “*en tilstand af total fysisk, mental og social velvære, og ikke blot fravær af sygdomme og svagelighed*” (Rasmussen, 2020, p. 27). Dette markerede et skift, hvor sundhed ikke kun blev karakteriseret som fraværet af sygdom. Individet blev i højere grad pålagt ansvaret for at udvikle sit potentiale og evne til at håndtere dagligdagens udfordringer. Ift. den aktuelle forståelse er “*sundhed blevet til en performance til at realisere sig selv ved at aktualisere individets potentialer*” (Rasmussen, 2020, p. 27). Fokus er her på at opnå en balance mellem alle forhold i både det fysiske, psykiske og sociale liv for at undgå sygdom. Derudover skal der også være plads til at kunne glædes ved sig selv, og over ikke at tilpasse sig alle statistiske forhold. Når man fremmer sundhed ved at undgå at fokusere på sygdom, kan det dog også pålægge individet en følelse af at skulle indgå i en konstant og aldrig færdig forbedringsproces. Der er altid en mulighed for at realisere og aktualisere sig selv mere (Rasmussen, 2020). Vores forståelse og definition af sundhed i dag handler derfor mere om, hvordan individet kan aktualisere sine potentialer, og i mindre grad om decideret at undgå sygdom. Dette gør det endnu sværere at definere normalitet og sygdom, da grænserne herimellem bliver mere udviskede, hvor sundhed og sygdom kan eksistere samtidigt.

Et af de teoretiske perspektiver, som vi vil bruge til at belyse dette område, er opsat af Michel Foucault. Foucaults tilgang har et socialt perspektiv, hvor måden hvorpå mennesker bruger sproget, er bundet op til, hvordan vi konstruerer sociale identiteter og indgår i forskellige grupper og institutioner. *Diskurser* er måder at opfatte, forsimple og kategorisere verdenen på, og hver diskurs skaber sine egne sandheder (Inglis & Thorpe, 2012). Dette hænger også sammen med individets forståelse af rigtigt og forkert samt, hvad man skal gøre for at passe ind i samfundet (Jones, 2012) og dermed også, hvordan man kategoriserer afvigelse. Den aktuelle diskurs i samfundet er derfor også med til at afgøre, hvordan vi ser på psykisk lidelse samt NSSI og APS. Generelt ser vi en tendens til, at synet på psykisk lidelse er ved at ændre sig, hvor fx Psykiatrifonden har haft stort fokus på at mindske tabu og fordomme mod personer med psykiske lidelser (Psykiatrifonden). Psykisk lidelse er blevet prioriteret højere i Danmark, hvilket bl.a. kan ses i det øgede politiske fokus på psykiatrien og regeringens løfte om at opruste, som dog faldt til jorden (Hansen, 2021). Som nævnt i afsnit 3.2 har forekomsten af adfærd, tilstande og lidelser i befolkningen også betydning for, hvad vi definerer som raskt og sygt. Forskning peger på, at en tredjedel af alle danskere i løbet af deres liv, på et tidspunkt vil kunne opfylde kriterierne og få

en psykiatrisk diagnose (Petersen, 2015), og vi mener, at dette kan være med til at forklare eventuelle skift i diskurserne. I takt med at flere og flere bliver en del af minoritetsgruppen, bestående af folk med psykiske lidelser, vil majoriteten skifte og dermed også den dominerende samfundsdiskurs. Ændringen af diskurserne kan tænkes at føre til mindre stigmatisering, få flere til at søge hjælp og generelt øge fokus på psykisk lidelse. Det er dog ikke altid, at det øgede fokus kun bringer positive ting med sig. Et øget fokus på psykisk lidelse og det, som afviger, kan også være med til at sygeliggøre ellers normale tilstande. Gennem tiden er der kommet mange nye diagnoser til i klassifikationssystemerne, og opsættelsen af nye kriterier ændrer løbende på, hvem som opfylder kravet om en diagnose (Frances & Nardo, 2013). Dette er med til at føre til det, som Møhl og Simonsen (2017) beskriver som en indsnævring af normalitetsbegrebet, der står modsat det udvidede sygdomsbegreb. Diskurser er dermed vigtige at medtage, når man ønsker at forstå betydningen af, hvad som patologiseres i samfundet, og hvordan vi kan sætte det i relation til NSSI og APS. Udgangspunktet for normalitet og sygdom er netop bundet på grundlaget for de kulturelle, sociale samt økonomiske holdninger, der er i samfundet og skaber diskurserne (O'Reilly & Lester, 2016).

9.1.1.1. Har kultur en betydning for vores definition af normalitet og sygdom?

Det er interessant at inddrage kultur ift. at forstå, hvordan nogle former for selvskadende adfærd og indtagelse af bestemte rusmidler ikke i samme grad sygeliggøres i samfundet. Dette er også med til at afgøre, hvordan samfundet definerer normalitet og sygdom inden for psykiske lidelser og fænomener. Møhl (2015) opsætter fx, at folk, der får tatoveringer eller plastikkirurgi, ikke bliver kategoriseret som selvskade patienter, selvom de også bevidst påfører smerte på deres krop. Derudover kan vi se, hvordan forbrug af bestemte psykoaktive stoffer kan blive en del af kulturen og identiteten i et samfund. Vi mener, at dette fx er gældende for alkohol, men også ift. indtagelse af koffein i kaffe eller energidrikke. Der har tidligere været et stort fokus på danske unges såkaldte 'drukkultur', hvor vi ad flere gange er kåret til at være det land, hvor de unge drikker mest. Men alkoholkulturen ses også i mange andre befolkningsgrupper og på tværs af social klasse, profession og alder (Jensen, Davidsen, Møller, Román, Kragelund, Christensen & Ekholm, 2022; Mikkelsen, Søndergaard & Mencke, 2020). Et eksempel herpå er traditioner, der er bundet op om alkohol, hvor vi selv, som nye studerende, mærkede til dette under den såkaldte rusperiode i starten af

vores tid på universitet. Formålet med rusperioden er at skabe et socialt fællesskab på årgangen, og knytte bånd til studerende på egen såvel som ældre årgange. Mange af aktiviteterne involverer alkohol som fx Pubcrawl, semesterfest og rusturen (Vestergaard, 2018). Indtag af alkohol bliver en del af normen i disse fællesskaber, og vi mener, at dette kommer af, at den dominerende diskurs i samfundet også accepterer forbrug af alkohol. Omvendt virker det til at forholde sig med fx kokain eller amfetamin, hvor forbrug af disse stoffer i højere grad problematiseres (Lakmann, 2020), hvor vi ser samme tendens ift. selvskade. Der er sket en ændring af normen, hvor fx flere får tatoveringer, piercinger og plastikkirurgi (Helsborg, 2017; Tvede, Munksgaard & Simonsen, 2021). Dette er teknisk set en adfærd, som volder individet skade, og er en form for kropsmodificering, som dog bliver udført af en anden person.

Vi har i Danmark reguleret visse rusmidler ved at opsætte love og bekendtgørelser for fx tatoveringer og plastikkirurgi. Indtagelse og besiddelse af nogle psykoaktive stoffer er blevet gjort strafbart jf. bekendtgørelse af lov om euforiserende stoffer §1 og §3, det er ikke længere tilladt at reklamere for nikotinprodukter (Sundhedsministeriet, 2021), og vi har aldersgrænser på køb af alkohol jf. bekendtgørelse af lov om forbud mod salg af tobak og alkohol til personer under 18 år, §2. Der er dermed tiltag i vores samfund, som sørger for at regulere vores indtagelse af psykoaktive stoffer. Samfundet laver også ekstra reguleringer, når det omhandler unge og kropslige ændringer, hvor det er ulovligt at lave tatoveringer eller udføre kosmetisk kirurgi på personer under 18 år, jf. tatoveringsloven §10 og bekendtgørelse om kosmetisk behandling §3. Samfundsdiskursen er generelt med til at forme lovene omhandlende forbruget af psykoaktive stoffer. Lovgivningen er omvendt også med til at påvirke diskursen, ved at kategorisere afvigelse. Det samme gør sig gældende for selvskade, hvor de aktuelle diskurser og tendenser i samfundet er med til definere og skabe kriterierne for diagnoser. Diagnoserne bliver hermed også en måde, hvorpå samfundet kan vurdere, hvilke former for selvskadende adfærd, som er patologiske. Spørgsmålet er her, hvordan man laver vurderingen af, hvad som er afvigende.

Som vi tidligere har udlagt i afsnit 3.2, er forekomsten af adfærd, tilstande og lidelser i befolkningen med til at definere sygdom og normalitet. En af måderne hvorpå vi kan forstå, hvorfor man gør brug af nogle stoffer ulovlige og ikke andre, er derfor ved at se på mængden af personer i normalbefolkningen, som har et forbrug af stoffet, samt

de skadelige konsekvenser indtagelse kan have. Det er estimeret, at 44% af danskerne drikker kaffe hver dag, hvor hele 63,9% af de 55-74-årige dagligt starter dagen med kaffe (Aarup, 2019). Ift. alkoholforbrug har 85,4% i 2021 drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder (Jensen et al., 2022). Dette tyder på, at både koffein og alkohol er en del af de fleste danskeres liv. Vi kan dermed konkludere, at majoriteten har et forbrug af disse stoffer, hvor vi modsat ser, at kun 4% af de 16-44-årige havde taget andre illegale stoffer end hash i 2021 (Olsen et al., 2022). Overvægten af personer, som indtager alkohol og koffein kan være med til at forklare, hvorfor det ikke i samme grad karakteriseres som sygeligt eller afvigende. En anden måde at anskue opdelingen af legale og illegale stoffer er ved at se på skadespotentialer af stoffet. Det kræver væsentligt større mængder koffein sammenlignet med andre psykoaktive stoffer, før det kan få fatale konsekvenser. Et forbrug af koffein bliver for voksne potentielt først farligt efter 50-100 kopper kaffe (Tobberup, 2020), hvilket de færreste drikker. Alkohol har et lidt højere skadespotentiale, hvor risikoen øges, hvis man drikker mere end 10 genstande om ugen eller 4+ genstande ved én lejlighed (Becker & Nielsen, 2022). Ved et stof som kokain er der ikke opsat nogen nedre grænse eller lavrisikogrænse (Hesse, 2020), hvorfor skadespotentialer i selv små mængder må vurderes højt. Ud fra dette kan vi forstå, at stoffer kan gøres ulovlige på baggrund af deres risiko for skade for brugeren, og ikke kun fordi de anvendes af majoriteten i samfundet.

9.1.1.2. Social smitte, sociale medier og synet på normalitet

Sociale relationer til andre kan også være med til at påvirke vores syn på normalitet og sygdom. Det kan både være positivt at møde ligesindede, men det kan også føre til *social smitte*. Social smitte defineres som, at den selvskadende adfærd kan smitte i miljøer, hvor der er tæt kontakt til andre. For at man kan konkludere, at der er tale om social smitte, skal NSSI forekomme hos mindst to personer i samme tilhørsgruppe og inden for ét døgn (Jarvi, Jackson, Swenson & Crawford, 2013). Den sociale smitte kan indlæres og observeres flere steder som fx på de sociale medier, i psykiatrien og i skolegården (Møhl, 2015), som vi også har udlagt i afsnit 6.1.1.4. Smitten kan medvirke til, at NSSI udvikles, men også vedligeholdes på trods af, at individet modtager behandling for selvskade. Social smitte er ekstra relevant at være opmærksom på ift. gruppebehandling eller indlæggelse af patienter med bl.a. NSSI. Den sociale smitte, kan være med til at øge prævalenstallet for lidelsen, da det fører til

flere nye tilfælde, og det kan samtidigt også eksponere patienter for nye selvskadende teknikker. Ifølge Möhl (2015) kan nogle af årsagerne til smitte under gruppebehandling være; at personen ser, at andre oplever en positiv effekt ved selvskade, øget konkurrence om støtte og opmærksomhed ved personale, udvidelse af grænser for selvskade teknikker samt ønske om at være med i et socialt fællesskab. Den sociale smitte er vigtig, da selvskadende adfærd menes at være et globalt stigende fænomen af epidemisk karakter (Meinert & Seeberg, 2017).

I forlængelse af ovenstående finder vi det interessant at se på sociale medier, og hvorvidt de kan spille en rolle ift. social smitte og synet på normalitet. Sociale medier og internettet gør det muligt for os at dele historier, inspiration og tanker med personer fra hele verden. Dette skaber et rum for at møde ligesindede og muligheden for at blive oplyst om andres måde at leve på (Jørgensen, 2019; Østermark & Lichscheidt, 2018). I det seneste par år har der været et øget fokus på skyggesiderne af de sociale medier, og hvordan de kan have en negativ indflydelse på brugerne. I Danmark satte bl.a. DR-dokumentaren 'Døde Pigers Dagbog' gang i debatten om skjulte netværk på Instagram, hvor især unge piger delte ud af suicidale tanker, grafiske billeder og selvskadende adfærd (Sørensen, 2020a; 2020b). Danske medier, som TV2 og Politiken, rapporterede i 2018 lignende tendenser inden for rusmidler, hvor de skrev, at steder som Facebook flyder med narko (Jakobsen, 2018), og at køb af illegale rusmidler kun er én google-søgning og ét klik væk (Valdimarsson, 2018). Med en stor forekomst af personer, som bruger sociale medier, har forskningen fået et øget fokus på at undersøge både sociale medier i sig selv men også i relation til psykiske lidelser. Alene på søgemaskinen PsychInfo er der i de seneste fem år fra 2017 til 2022 udgivet 8676 artikler, hvori sociale medier er sat som indekstern. Sammenlignet med fem år forinden, fra 2011 til 2016, var der 3733 udgivne artikler. På baggrund af forskningens øgede fokus, er sociale medier så også af betydning for vores forståelse af NSSI og APS? For at besvare dette vil vi se på, hvorvidt sociale medier på den ene side kan være med til at normalisere psykisk lidelse, men også hvordan de kan skabe giftige fællesskaber, hvor skadelig adfærd kan inspirere, smitte og øge forekomsten.

I en reklame for den tidligere nævnte DR-dokumentar, hører man, hvordan disse Instagram fællesskaber er med til at skabe et univers, hvor selvskade er almindeligt (P3 Essensen, 2020). Brugere får dermed skabt et miljø, hvori selvskade er det

normale, og hvor den dominerende samfundsdiskurs forkastes. De, som bruger netværket, giver selv udtryk for, at det er rart at være omkring folk, som forstår og støtter dem, og samtidigt kunne være en del af et sammenhold og fællesskab. De ser dog også, hvordan netværkene kan være med til at fastholde sygdom på grund af et ønske om ikke at give slip på fællesskabet, og at det er let at komme til at blive inspireret og smittet af andres selvskade og selvmordstanker (Sørensen, 2020a; 2020b). Der rapporteres generelt om manglende forskning på området om sammenhængen mellem sociale medier og selvskade (Biernesser, Sewall, Brent, Bear, Mair & Trauth, 2020; Nesi, Burke, Bettis, Kudinova, Thompson, MacPherson, Fox, Lawrence, Thomas, Wolff, Altemus, Soriano & Liu, 2021). Den forskning der dog er på området, bakker op om de tendenser, som bliver udlagt i DR-dokumentaren. Nogle undersøgelser finder, at de online sociale netværk og relationer til andre kan være beskyttende faktorer for at udvikle selvmordstanker (Massing-Schaffer, Nesi, Telzer, Lindquist & Prinstein, 2020), mens andre finder, at de online netværk skaber et uhensigtsmæssigt forum præget af sammenligning og eksponering for andres selvskadende adfærd (Biernesser et al., 2020). Vi kan forstå populariteten af disse netværk som en måde, hvorpå, at de personer, der selvskader, søger fællesskaber, hvor de ikke bliver opfattet som syge eller afvigende. På grund af den dominerende samfundsdiskurs, som anser selvskade som værende skadeligt og som tegn på psykisk lidelse eller mistroivsel, kan brugerne søge anerkendelse og accept andre steder samt sikre en social identitet gennem gruppetilhørsforholdet. Som i afsnit 6.1.2.4 med APS, kan vi ud fra Tajfels teori, forstå det som, at brugerne af netværket er nødsaget til at fortsætte den selvskadende og destruktive adfærd for at forblive en del af gruppen og bevare sin identitet. Vi forstår det som, at sociale medier dermed kan være med til at skabe minoritets fællesskaber, hvori bestemte samfundsdiskurser forkastes, og baner vejen for, at ellers afvigende adfærd accepteres og tilmed tilskyndes. Derudover kan det være med til at forstærke den sociale smitte, da de online netværk samler væsentligt flere mennesker end gruppeterapi eller indlæggelser, hvorfor flere potentielt kan påvirke hinanden.

9.1.2. Diagnosekultur

Følgende afsnit vil bidrage til besvarelsen af forskningsspørgsmålene tre og fire omhandlende psykiatrien og samfundets definition og syn på psykisk lidelse, og have fokus på flere grundlagsproblemer som sygdom-sundhed, mikro-makro, sprog-verden,

model-virkelighed og kompleksitet-reduktion. For at kunne forstå det aktuelle samfunds syn på sygdom og sundhed inddrager vi Svend Brinkmann (2015a) forståelse af fænomenet *diagnosekultur*, og i forlængelse heraf det diagnostiske sprog og individets ret til at være rask i samfundet. Klassifikationssystemerne og deres model over normalitet og sygdom bliver påvirket af virkeligheden og tendenserne inden for psykisk lidelse i samfundet. Diagnoserne i vores kultur skaber en sygelig revolution, hvor både den sociale og intellektuelle betydning af sygdomsbegrebet ændrer sig. Vi forholder os dermed både på et makroniveau ift. at anskue samfundet, sproget og klassifikationssystemerne, men også på et mikroniveau ved at diskutere, hvordan disse instanser er med til at påvirke individets ret til at være rask.

Men hvad er diagnosens funktion i samfundet? Diagnosens funktion er, som beskrevet i afsnit 3.1, at forbedre kommunikationen blandt fagfolk og forskningen samt at kunne beskrive psykiske lidelser. Ifølge Nikolas Rose (2015) har diagnoser et socialt udtryk, og bør derfor også ses som et socialt fænomen. Rose opstiller nogle af diagnosens funktioner, som er; retten til behandling, betaling af udgifter for behandling, løn under sygdom, adgang til ydelser, tildeling af midler og særlige uddannelsestilbud, vurdering af incidens, prævalens og forskning, men også som grundlag for tvangsindlæggelser. Disse funktioner opstår på baggrund af, at diagnoser er dybt forankrede i den aktuelle samtidsforståelse af sygdomsbehandling. Rose (2015) lægger vægt på, at når en person opsøger en læge, har man i dag en forventning om at få en diagnose, der kan forklare de symptomer, som man oplever (Rose, 2015). Udbredelsen af klassifikationssystemerne har i psykiatrien medført det, som Brinkmann (2015a) definerer som sygdomsspecificitet, hvilket er når en sygdomskategori automatisk henviser til en eksisterende tilstand. Raben Rosenberg (if. Brinkmann, 2015a) beskriver dette, som et komplekst forhold, hvor diagnoserne bliver en definition på, hvad der legitimeres i den virkelighed, som diagnosen eksisterer i. Derudover mener Rosenberg, at måden hvorpå diagnoser udpeges ud fra en videnskabelig håndteringspraksis, er med til at skabe en medikalisering af afvigende tilstande (Brinkmann, 2015a).

Ovenstående leder ind i diskussionen om, hvorvidt psykiatriske diagnoser ligner medicinske diagnoser. Dette kommer fra antagelsen om, at psykiske lidelser og medicinske sygdomme er kulturløse entiteter, hvor symptomerne er fri fra kulturelle

påvirkninger, og dermed er sammenlignelige. Horwitz (2015) beskriver, at de almindelige variationer af psykiske lidelser mere skildrer en psykosomatisk sårbarhed og modtagelighed end en specifik væren. Det er her centralt at se på, hvordan kulturelle faktorer har indflydelse på den generelle modtagelighed overfor lidelser. Dette kan være med til at forklare, hvorfor klassifikationssystemerne har behov for at blive revideret og udgivet på ny. I de udgaver af DSM, som er udkommet efter 1980, og arbejdede ud fra specificitetsmodellen (se afsnit 3.1), forekommer der en stor mængde af komorbiditet mellem psykiske lidelser, som kan være et direkte resultat af et system, som er defineret med udgangspunkt i somatiske sygdomme. Dette har ført til et ønske om i højere grad at anerkende kulturens rolle, men hvor det stadig er vigtigt ikke at underkende den mulige underliggende fysiologiske udvikling af psykiske lidelser. Som fagperson er det vigtigt også at kunne forholde sig til symptomkonstellationer og kategorier, da disse skaber handlingsteknikker og behandlingstilbud specifikt til den enkelte psykiske lidelse. Dog skal man også kunne medtage det kulturelle aspekt, da psykiske lidelser i dag er socialt forstået, hvorfor det er nødvendigt, at diagnoser også bliver defineret som et socialt anliggende (Horwitz, 2015).

I de sidste mange år er der kommet større fokus på personlig frihed og individualisering i takt med, at der er sket ændringer i samfundet. Mennesket er ikke længere kontrolleret af traditioner, familie, religion eller tilhørende samfundsklasse. I det nuværende samfund lever vi i en tid, hvor det i høj grad er op til individet at realisere sit fulde potentiale. Det moderne liv skaber mulighed for fleksibilitet for dem, som har den psykologiske og sociale evne til at kunne håndtere de fordele, som medfølger. Dog falder ansvaret for eget liv hos personen selv, hvor utilstrækkelighed er lig med nedsat evne til at overkomme samfundets krav (Petersen, 2015). Dette stemmer overens med måden at anskue normalitet som utopi, udlagt i afsnit 3.2, og dets relation til sygdom, hvor Rasmussen (2020) netop beskriver at hvis ikke individet kan opnå sit fulde potentiale bliver man anset som værende syg. Anvendelsen af NSSI som copingstrategi kan være et symbol på individets manglende evne til at kunne leve op til de krav, som samfundet stiller. Hvis der opstår en oplevelse af utilstrækkelighed, kan dette forstærke følelser som skam og selvhad, som er med til at fastholde personen i en selvskadende adfærd. Ved at skade sig selv, kan individet genvinde kontrol og metaforisk skære samfundets krav væk. På denne måde kan vi forstå NSSI som en

social patologi, der er blevet udbredt i en kultur, der kræver, at individet altid er i kontrol og evner at opnå sit fulde potentiale (Møhl, 2020).

På grund af samfundsudviklingen og diagnosekulturen er individets arbejdsmarkedsevne også særligt i fokus. Det betyder, at så mange mennesker der kan arbejde, skal gøre det (Andersen & Kessing, 2019). Det er de gode præstationer, vi hylder og gør værdifulde i samfundet. For nogle personer fører dette ansvar, fokus på selvrealisering og præstationspres til, at de søger måder, hvorpå de kan fremme deres præstation (Petersen, 2015). En måde at gøre dette på er ved at bruge de såkaldte study drugs, som har set en øget forekomst i både Nordamerika og flere lande i Europa gennem det seneste årti. Study drugs er receptpligtig medicin, som fx Adderall, Ritalin og Modafinil, der ofte bliver ordineret til personer med opmærksomhedsproblemer som ADHD. Begrebet dækker også over betablokkere, koffeinpiller og andre former for opkvikkende substanser. Forbrug af disse kan fremme individets præstation på både arbejdsmarkedet og under uddannelse. De anvendes særligt af universitetsstuderende i jagten på at klare sig godt og få gode karakterer (Petersen, Petersen, Poulsen & Nørgaard, 2021; Petersen, 2018). Ved forbrug af study drugs er der risiko for at opbygge en psykologisk afhængighed, hvor gentagen brug af stofferne i stressfulde perioder kan forhindre, at individet anvender andre copingsstrategier (Petersen et al., 2021). Der bliver rapporteret om en række fysiske bivirkninger ved præparaterne, som søvn- og appetitmangel, som dog af mange brugere også er de ønskede effekter (Petersen, 2018). Study drugs kan dermed ses, som et fænomen opstået på grund af samfundets øgede fokus på præstationer, hvor individets værdi i højere grad bliver holdt op på dets nytte for arbejdsmarkedet, hvilket fører til unødvendig medicinering af det raske menneske.

9.1.2.1. Befolkningens diagnostiske sprog

For at kunne undersøge grundlagsproblemet sprog-verden, vil vi se på, hvordan det diagnostiske sprog er blevet en del af den almene befolknings hverdagssprog. Derudover vil det bidrage til vores forståelse af, hvordan psykiatriens fagsprog påvirker, hvordan vi ser på psykisk lidelse i samfundet. DSM-3 blev den første udgave, hvor sproget blev organiseret, og denne systematik har fulgt med op til DSM-5. I dag anvendes det diagnostiske sprog til at beskrive menneskelige lidelseserfaringer, som kræver medicinsk eller behandlingskrævende tiltag (Johnsen & Christiansen, 2015).

At have et sprog for diagnostik blandt den almene befolkning har en betydning for både de økonomiske, politiske og sociale sammenhænge samt til at begribe den menneskelige og subjektive selvforståelse. Denne udlicitering af det diagnostiske sprog til den enkelte kommer ikke uden en pris. På den ene side hjælper det individet med at forstå individuelle udfordringer, men på den anden side skaber det et u hensigtsmæssigt skred i vores forståelse af det normative. Individet vil derfor kæmpe for at følge med tiden og tilpasse sig, hvilket stemmer overens med nutidens definition af sygdom, beskrevet i afsnit 9.1.2. Men hvad har egentlig gjort, at sproget, der oprindeligt tilhørte psykiatrien, nu anvendes af alle? Et kulturelt element i besvarelse af dette spørgsmål kan være, at samtidens diagnoser beskriver individets subjektive oplevelse af det, som Alain Ehrenberg (if. Johnsen & Christiansen, 2015) beskriver som *utilstrækkelighed*. I slutningen af det 20. århundrede stod mennesket i en kamp om frihed og ophør af sociale forventninger og krav, hvor individet i dag pålægges ansvaret om at skabe sig selv og være suveræn af eget initiativ; alle skal altså være originale og helt sin egen. Utilstrækkeligheden kan manifestere sig som en indre uro. En uro som samfundet bliver nødt til at have en årsagsforklaring på. Dette kan være én af grundene til, at individet hyppigere opsøger forklaringer i diagnoserne i håbet om at få tilstrækkelige handlemuligheder og en forklaring på dets symptomer. Det øgede antal diagnoser i DSM kan være fordi, at man gennem forskning er blevet bedre til at forstå og differentiere diagnoser. På den anden side kan det også forklares ud fra udviklingen af et diagnostisk ordforråd, hvor individer har mulighed for at forstå sit subjektive indre i lyset af en patologisk dimension. At få en diagnose og forstå sig selv i relation til denne, kan være med til at lette noget af presset, der pålægges individet i dagens samfund (Johnsen & Christiansen, 2015).

9.1.2.2. Retten til at være rask og overdiagnosticering

I forlængelse af ovenstående vil vi se på, hvorvidt individets ret til at være rask kan indskrænkes af psykiatriens reduktionistiske menneskesyn, forståelse af normalitet og sygdom og mulige overdiagnosticering. Heri vil vi undersøge grundlagsproblemer sygdom-sundhed, mikro-makro og kompleksitet-reduktion, samt bidrage til besvarelsen af forskningsspørgsmål tre. Som nævnt i afsnit 9.1.1 kan en ændring i samfundsdiskurserne sætte fokus på psykisk lidelse og de dertilhørende konsekvenser som fx stigmatisering. Samfundet har et ønske om at kategorisere mennesket, og før at de kan få del i de ydelser som følger diagnosen, kræver det at blive diagnosticeret,

kodet, kategoriseret og klassificeret (Hvas, 2015). Det, som følger efter diagnosen, kan på den ene side være at give individet mulighed for at få behandling og hjælp, men på den anden side kan det, at blive placeret i en kategori kan give en årsagsforklaring og være med til at skabe en fortælling om sig selv. Individet kan derigennem skabe en fortælling om, hvorfor tingene er, som de er, men det kan også fastholde personen i en sygdomsrolle og forhindre dem i at blive raske. Diagnosen kan være et udtryk for, at individet har brug for en pause for samfundets krav og kan give en form for ansvarsfraskrivelse i, at symptomerne ikke er noget, man selv er skyld i (Hvas, 2015). Hvas (2015) sætter spørgsmålstejn ved, om retten til at være rask dermed bliver tilsidesat på grund af det, som medfølger en diagnose. Hun mener, at den opdeling, der er mellem de, som har en diagnose, og de som ikke har, giver en forkert forståelse af, hvad der er normalitet, og hvad der er sygdom. Når vi ser diagnosen som et dikotomisk forhold, kan den blive for afgrænset, hvor Hvas (2015) mener, at man nærmere bør se det på et kontinuum, hvor der er en overgang mellem det raske og det syge. Når denne overgang er for fastsat, er der risiko for, at nogle lidelser ender i en gråzone. Hvas (2015) mener, at det i nogle tilfælde kan gøre mere skade end gavn at få en diagnose. Diagnosernes centrale rolle i samfundet og for individet øger risikoen for sygeliggørelse, overdiagnostik og medikalisering i sundhedssystemet, netop fordi det pålægger individet, der ligger i gråzonen, at få en diagnose, såfremt man ønsker hjælp.

Med den bio-psyko-sociale model ønskede Engel at bevæge sig væk fra den reduktionistiske tilgang til mennesket, som han mente prægede psykiatrien (Ghaemi, 2010). Der skulle mere fokus på kompleksitet og ontologi for at undgå at anse og tilgå mennesket reduktionistisk. I dag bliver psykiatrien stadig kritiseret for at være reduktionistisk i form af, at man søger forklaringer på komplekse fænomener ud fra kun ét perspektiv; den biologiske forståelse af underliggende forandringer (Johansen, Larsen & Düring, 2021). I takt med at der bliver brugt stigende mængder af psykofarmaka, og bredden i de diagnostiske kriterier er blevet større, er at psykiatrien blevet kritiseret for at fejlfortolke symptombeskrivelser og vurdering af behandling (Götzsche, 2015). Dette har i dag ført til overdiagnosticering, og Götzsche (2015) mener, at psykiatriens diagnostiske inflation kan ses overalt i samfundet. Overdiagnosticering er når, at man unødvendigt gør et menneske til en patient ved at identificere problemer i hverdagslivet, som en tilstand der kræver medicinering (Brodersen, Schwartz, Heneghan, O'Sullivan, Aronson & Woloshin, 2018). At

vurdere om en adfærd eller forhold er en psykisk lidelse afhænger af hvordan lidelsen defineres. Bl.a. beskrev vi afsnit 4.3, at NSSI ikke er defineret som en selvstændig diagnose, men blot et symptom på anden psykisk lidelse. Ege (2012) mener, at diagnosekriterierne for afhængighedssyndrom i ICD-10 er for brede, og at kriterierne afhænger for meget af hinanden. Det er for nemt at opfylde flere kriterier, hvis man opfylder et. Dette er bl.a. gældende, hvis personen opfylder kriteriet om tvang, da det også fører til opfyldelse af kriteriepunkterne om svækket evne til at styre indtagelse, standse eller nedsætte forbruget samt vedblivende brug trods erkendt skadevirkning. Ifølge Ege bør disse ikke være kriterier i sig selv, da de blot er en operationalisering af adfærden trang.

Det er nemmere at diagnosticere en patient i et samfund, som er opmærksom på diagnostik, når der er fagpersoner, som kan tage udgangspunkt i klassifikationssystemer. Der ligger dog en erkendelse i, at det indsnævrede sygdomsbegreb og den ateoretiske forståelse i klassifikationssystemerne, også kan skabe overdiagnostik i psykiatrien. Men hvilken betydning har overdiagnosticering for det enkelte individ? Det største problem ved overdiagnostik er, at patienten får medicin, som ikke er nødvendig. Vurderingen kommer af en subjektiv afgørelse, som i høj grad er baseret på egne observationer, og gennem et upræcist diagnostisk værktøj, som er nødt til at reducere menneskelig kompleksitet, og dermed risikerer både at under- og overdiagnosticere (Udforsk Sindet, 2020). På nuværende tidspunkt giver klassifikationssystemer som DSM og ICD dog de bedste muligheder for at kunne vurdere, hvorvidt der forekommer psykisk lidelse i et individ. Overdiagnosticering kan dog også opstå af andre årsager, som fx uklare definitioner og et øget fokus på tidlig opsporing. Fokus på forebyggelse af lidelse frem for behandling, defineres som *risikotænkning*, og er ideen om, at hvis en lidelse opspores i tiden, vil den gennem medicin eller livsstilsændringer kunne afværges. Ved at give en såkaldt *risikodiagnose* vil det dog også føre til, at individet vil blive kategoriseret som sygt på trods af, at det ikke oplever symptomer (Hvas, 2015).

9.1.2.3. Underdiagnosticering og stigmatiserings betydning for at søge behandling

Som nævnt i det forrige afsnit kan brugen af et upræcist diagnostisk værktøj og reduktion af menneskelig lidelse forårsager både over- men også underdiagnosticering. Dette fører til, at nogle psykiske lidelser bliver overset og negligeret, hvor en del af

forklaringen kan ligge i en stigmatisering af visse lidelser. I afsnit 9.1.1 beskrev vi, at ændringerne af diskurserne kunne føre til mindre stigmatisering, få flere til at søge hjælp og generelt øge fokus på psykisk lidelse. Det er vigtigt at reducere stigmatisering, da det kan være blandt årsagerne til, at personer ikke opsøger hjælp (Alkohol & Samfund, 2015). Denne stigmatisering kommer bl.a. af, at mennesker med et skadeligt forbrug af psykoaktive stoffer ofte bliver omtalt som misbrugere, som vi i afsnit 9.1 har udvalgt til at have negative konnotationer (Alkohol & Samfund, 2015; Jørgensen, 2015). Det samme gør sig gældende ved selvskade, hvor en af myterne er, at patienterne gør det for at få opmærksomhed (Møhl & Rubæk, 2020). I forlængelse af dette er der opstået et nyt fænomen, kaldet *neostigmatisering*, som er, når fagpersoner ikke møder patienter i deres problemer. Dette forekommer, når individet på eget initiativ opsøger hjælp til at håndtere fx sin afhængighed, hvor fagpersoner vurderer, at personen ikke er egnet til at modtage hjælp, da de har et funktionsniveau, som stadig gør dem i stand til at indgå på arbejdsmarkedet. Afhængighedsproblemer bliver ofte nedtonet, og individet oplever et ressourceorienteret samfund, der ikke anerkender, at forbruget er et problem. Et moderat forbrug af psykoaktive stoffer kan nærmest fremstå ønskværdigt, da forbruget stadig tillader, og muligvis fremmer, præstationen på arbejdet eller under uddannelsen (Andersen & Kessing, 2019), som vi i afsnit 9.1.2 har udlagt, er tilfældet ved brug af study drugs. Eftersom stigmatiseringen både forekommer i det brede samfund og i sundhedsvæsenet kan det føre til underdiagnosticering, da patienterne ender med ikke at opsøge hjælp og behandling.

Samme underdiagnosticering kan forekomme ved NSSI, hvor en del af årsagen ligger i den manglende selvstændige diagnose og de deraf manglende behandlingsmuligheder. Det er dog stadig relevant at se på, hvad der ligger til grund for, at man ikke modtager behandling på trods af, at adfærden har en skadelig påvirkning på individet. Selvskade er generelt et misforstået fænomen, hvor NSSI ofte bliver underrapporteret, fordi fagpersoner tolker det som selvmordsforsøg (Thippaiah, Nanjappa, Gude, Voyiaziakis, Patwa, Birur & Pandurangi, 2021) eller som et symptom på BP (se afsnit 4.3). Personer som selvskader oplever ofte stigmatisering i mødet med både samfundet og sundhedsvæsenet, hvor de fortæller, at fagpersoner ikke tager dem alvorligt (Thastum & Khodaie, 2017). Møhl (2015) argumenterer for, at mange myter om selvskade opstår på grund af manglende viden og søgen efter årsagsforklaringer, og som ved APS kan det føre til, at patienterne ikke opsøger hjælp. Som tidligere nævnt

er en af myterne, at patienterne gør det med ønsket om at få opmærksomhed, og at man derfor ikke bør give dem det. Andre myter er, at det tolkes som et ikke gennemført selvmordsforsøg, at de nemt kan stoppe og en holdning om, at de enten altid eller aldrig bør indlægges. Myterne kan også påvirke fagpersoners holdning til patienterne, da de kan føle sig provokerede, eftersom de har en opfattelse af, at den selvskadende adfærd bruges som manipulation. I virkeligheden er mange personer der selvskader skamfulde og bekymrede for, at nogen skal opdage selvskaden, og de forsøger derfor at skjule det grundet den stigmatisering, adfærden medfølger. Dette kan føre til underrapportering og dermed også underdiagnosticering, da mange som selvskader slet ikke tager kontakt til sundhedsvæsenet, bliver misforstået eller fejldiagnosticeret (Møhl, 2015).

9.2. Specialets bidrag

I forbindelse med udarbejdelsen af vores speciale, har vi overvejet, hvad det kan bidrage med til forståelsen af de to fænomener. Ud fra vores problemformulering: *Hvordan kan vi ud fra et almenpsykologisk perspektiv, med inddragelse af psykiatriens og samfundets syn, forstå non-suicidal selvskade og afhængighed af psykoaktive stoffer, og hvordan kan vi anskue mulige afhængighedsaspekter i selvskadende adfærd?*, har vi haft fokus på at anskue NSSI ud fra viden om APS. I følgende afsnit vil vi udlægge, hvad vores speciale kan lede til, og derigennem også reflektere over vores rolle som psykologer og forholder os kritisk til vores valg og brug af metode.

9.2.1. En tilføjelse af NSSI i klassifikationssystemerne?

Dette afsnit vil bidrage til besvarelsen af forskningsspørgsmålet: *Hvordan kan vi anskue psykisk lidelse ud fra psykiatriens sygdomsforståelse, og hvilken betydning har det for tilgangen til non-suicidal selvskade og afhængighed af psykoaktive stoffer?* En af de måder hvorpå vi kan forstå, psykiatriens syn på og tilgang til NSSI, er ud fra DSMs opsatte forskningsdiagnose. Vi vil udlægge de foreløbige diagnosekriterier og diskutere de mulige kliniske implikationer, de kan have i udredning af patienter. Vi mener, det er relevant at forholde sig til ift., hvilke implikationer det kan have for NSSI diagnosen, såfremt man også inddrager de afhængighedsaspekter, der er involverede.

Som beskrevet i afsnit 4.3 er selvskade hverken i ICD-10 eller DSM-5 opsat som en selvstændig diagnose, men som forskningsdiagnosen *NSSI-D*. Dette betyder, at man undersøger, hvorvidt det fremadrettet vil give mening at indføre den som selvstændig diagnose (Møhl & Rubæk, 2020). Den manglede officielle diagnose fører til nogle

begrænsninger for den behandling, som en patient kan modtage i sundhedsvæsenet. Uden diagnose hører disse patienter hverken til inden for det psykiatriske, somatiske eller sociale område. Mikkel Brøndsted (2018) mener, at ved at gøre NSSI til en selvstændig diagnose, vil det, blandt unge uden anden psykisk lidelse, være nemmere at få hjælp fra det psykiatriske og sociale system. Dog mener han også, at der vil der være risiko for at sygeliggøre en stor del af befolkningen. Såfremt det skulle blive en selvstændig diagnose, vil den selvskadende adfærd blive set som det centrale symptom for lidelsen, og behandlingsforløbet vil dermed rette sig mod at reducere adfærden frem for de bagvedliggende årsager og problematikker (Brøndsted, 2018).

Det er derfor relevant at overveje, hvilke diagnostiske udfordringer det vil kunne medføre at inddrage selvskade som en selvstændig diagnose. Hooley og kollegaer (2020) fremlægger de kliniske diagnosekriterier ved NSSI-D (se bilag C), som er opdelt i seks overordnede kriterier. Det første kriterie omhandler, at patienten bevidst har påført skade på sig selv fem eller flere gange indenfor de sidste 12 måneder. Hooley og kollegaer (2020) mener, at det er problematisk, at tærsklen er sat så lavt ift. at kunne differentiere mellem en klinisk og subklinisk gruppe af patienter, der selvskader. En løsning på dette vil være at hæve tærsklen, for derigennem bedre at kunne identificere de personer, som har brug for behandling i psykiatrien. Det er vigtigt, at behandlingen bliver tilbudt de rigtige patienter, så den kan være med til at forebygge en eventuel udvikling i den skadende adfærd, som kan føre til mere alvorlige skader og selvmordsforsøg. For at opfylde kriterie B skal patienten have udført den selvskadende adfærd med forventningen om, at en af de følgende ting ville efterfølge handlingen; 1) lettelse fra negative følelser eller tanker, 2) løsning af et interpersonelt problem eller 3) fremkaldelse af en positiv følelsestilstand. I dette negligeres dog andre motivationer for den selvskadende adfærd, som fx håndtering af suicidale tanker og selvafstraffelse, hvilket er vigtigt at vide i behandlingsøjemed. Et andet problem er, at NSSI-D ikke tager højde for, at motivationen for at selvskade kan variere og være påvirket af kulturelle aspekter. At få udlagt patientens motivation kan dog hjælpe fagpersoner til at differentiere mellem de kliniske og subkliniske patienter i de tilfælde, hvor der er andre motivationelle faktorer som fx et ønske om at være en del af en gruppe eller at intimidere andre (Hooley et al., 2020).

Kriterie C omhandler tilstanden lige før den selvskadende adfærd, hvor en af følgende skal forekomme; 1) negative tanker eller følelser, 2) optagethed af den planlagte selvskadende adfærd, som er svær at kontrollere, og 3) hyppige tanker om selvskadende adfærd - selvom det ikke fører til handling (Hooley et al., 2020). I en undersøgelse af Brausch, Muehlenkamp og Washburn (2016) argumenterer de for, at dette kriterie ikke er særligt anvendeligt i en klinisk kontekst til at identificere NSSI-D patienter, eftersom at det ikke hjælper til at skelne mellem klinisk signifikant NSSI og mindre alvorlig, sporadisk selvskade. Ved kriterie D er der fokus på den sociale accept af adfærden (Hooley et al., 2020). Adfærd som er socialt, kulturelt accepteret, som fx tatoveringer og piercinger eller skade påført i en religiøs eller kulturel kontekst, er ekskluderet fra diagnosen. Dette kriterie har en større diagnostisk værdi, da det er med til at udelukke mindre, men mere almindelige former for selvskade som fx at pille i sårskorper og bide negle, og det er derfor med til at afgrænse patientgruppen. I forlængelse af dette er kriterie F, hvor den selvskadende adfærd ikke skal kunne forklares ud fra en anden psykisk eller somatisk lidelse. Derudover må adfærden ikke kun forekomme i forbindelse med psykotiske episoder, i påvirket tilstand, i perioder med delirium eller være stereotypisk og repetitiv. Dog er der behov for yderligere afgrænsning ift. fortolkningen af dette kriterie, da personer i fx en remissionsperiode eller personer, der tidligere i livet har haft en psykose, ikke nødvendigvis bør ekskluderes fra at få NSSI-D, såfremt at deres tilstand møder alle andre kriterier (Hooley et al., 2020). Det sidste kriterie E omhandler, at NSSI skal resultere i signifikant funktionsnedsættelse eller føre til problemer i patientens sociale liv eller inden for andre vigtige områder. Dette kan være problematisk for udredningen, da NSSI er kendt for at øge humøret og reducere ubehag, og patienten føler derfor ikke altid selv, at adfærden plager dem. Det er dog også dette kriterie, som er fundet til at kunne differentiere bedst mellem de kliniske og subkliniske patienter. Man skal dog også være opmærksom på, om patienters lavere score på målinger af livstilfredshed og højere scorer på psykopatologi kan forklares ud fra andre komorbide lidelser som depression eller BP. Hvis man skal diagnosticere en patient med NSSI-D, er det vigtigt at afklare, hvorvidt NSSI i sig selv er årsagen til patientens udfordringer (Hooley et al., 2020).

NSSI som en selvstændig diagnose er et stort skridt i forståelsen af selvskadende adfærd uden suicidal intention. For at kunne blive anvendt i praksis kræver det dog en

mere klar og præcis definition af, hvad NSSI egentlig er og indebærer. Hooley og kollegaer (2020) mener, at det, at anerkende NSSI-D som en diagnose, vil være en stor fordel og føre til flere muligheder inden for udredning og behandling. Dog er det problematisk at opstille en diagnose, hvor der endnu ikke er fundet evidens for en effektiv behandlingsmetode (Brown & Plener, 2017). At indføre NSSI som en diagnose i de kommende udgaver af DSM og ICD, vil dermed kræve en klar og bred enighed om definitionen af NSSI samt yderligere undersøgelser ind i effektive behandlingsmuligheder, så patienterne også kan bruge diagnosen til noget.

9.2.2. Fysiologisk afhængighed som subgruppe af selvskade patienter

Vi har i specialet undersøgt mulige afhængighedsaspekter ved NSSI, og har udlagt hvordan de to fænomener deler nogle risikofaktorer, vedligeholdende faktorer, behandlingsmuligheder og neurologiske effekter. I foregående afsnit udlagde vi de foreløbige kriterier, der er opsat i for NSSI-D i DSM, og i afsnit 5.3 fremlagde vi diagnosekriterierne for SUD og vi mener, at det er relevant at sammenligne de opsatte kriterier, for at se på mulige ligheder og forskelle i den diagnostiske forståelse af NSSI og APS. Ved at sammenligne diagnosekriterierne, finder vi det interessant at se på, hvorvidt vi kan anvende psykiatriens betegnelse af SUD som inspiration for NSSI-D.

De overlappende faktorer vi har udlagt i kapitel 8, har ført til overvejelser om, hvorvidt vi kan identificere en bestemt subgruppe af patienter der selvskader, hvor fysiologisk afhængighed er en af årsagerne bag adfærden. Klonsky og kollegaer (2011) beskriver, at personer der udøver NSSI ikke er en homogen gruppe, men at der i stedet findes flere subgrupper. Såfremt at man kan identificere disse subgrupper, kan man også målrette og tilpasse udredning og behandling bedre til den enkelte. Klonsky og kollegaer (2011) mener også, at man i arbejdet med at identificere subgrupperne, bør gå ud fra NSSI-træk og funktioner samt de medfølgende kliniske udfordringer og psykosociale livshistorier. Ud fra dette vil det i fremtidig forskning være interessant at undersøge disse aspekter yderligere med formålet i at identificere subgrupperne ved selvskade. Dette vil muligvis kunne hjælpe til at specificere begrebsforståelsen, som vi tidligere i afsnit 4.1 har udlagt, er et problem i forskningsfeltet, og dermed også diagnosekriterierne. Derudover vil det skabe et grundlag for at afprøve specifikke behandlinger for hver subgruppe af patienter, ved at basere det ud fra de træk, funktioner, kliniske udfordringer og psykosociale faktorer, der ligger til hver.

En anden måde at præcisere diagnosen på er ved at sammenholde diagnosekriterierne for SUD (se Bilag C). Hvis vi sammenligner DSMs diagnosekriterier for NSSI-D og SUD, er der flere ligheder, men også områder, som kan bruges til at præcisere diagnosekriterierne for NSSI. Begge diagnoser arbejder ud fra de seneste 12 måneder, men ved SUD er der ikke opsat noget krav for antal af gange, som man har taget stoffer. Såfremt at man opsatte et minimums antal ved SUD, ville dette formodentlig føre til, at mange personer uden patologi vil kunne opfylde kriteriet. Den samme problematik er dog opsat ved NSSI-D, hvorfor man kunne lade sig inspirere af SUD, og fjerne kriteriet om fem eller flere selvskadende episoder, og i stedet blot henvise til kriterie E i NSSI-D. Kriterie B ved NSSI-D minder om kriterie H(2) ved SUD, hvor der henvises til, at adfærden udføres for at lindre negative tilstande. I kriterie B er der dog større fokus på emotionelle tilstande, hvor kriterie H(2) omhandler lindring af abstinenssymptomer. Her ser vi en forskel i tilgangen til de to lidelser, hvor afhængighed har et større medicinsk og biologisk fokus, hvor der ved selvskade mere er fokus på psykosociale faktorer, hvilket også ses i kriterie C og D for NSSI-D. Som tidligere nævnt ses der ligheder mellem kriterie E samt flere kriterier ved SUD som D og F. De omhandler alle, hvordan adfærden fører til signifikante problemer for individet. I en revurdering af NSSI-D diagnosen kunne det være relevant at medtage den viden, vi har udlagt i afsnit 6.2.1 om, at den selvskadende adfærd kan fremmes af en fysisk trang, som opsat i kriterie A ved SUD. Dette vil kunne inddrage en mere biologisk tilgang til lidelsen i diagnosekriterierne. I foregående afsnit udlagde vi også, hvordan kriterie E kan være problematisk ved NSSI-D, da adfærden har en positiv effekt, og dermed ikke af alle patienter rapporteres som at påvirke dem negativt. For at præcisere dette, kunne en mulig løsning være at indbringe kriterie B fra SUD. Heri ville den selvskadende adfærd ikke kun føre til negative tilstande, men samtidigt være præget af ikke succesfulde forsøg på at skære ned eller kontrollere forbruget. Ved at inddrage elementer fra diagnosekriterierne for SUD, kan det måske hjælpe til at identificere kliniske NSSI-patienter.

9.3. Refleksioner over psykologens rolle

Vi mener, at det er vigtigt at reflektere over psykologens rolle, da vores valg af metodiske og videnskabsteoretiske tilgang samt CIS-modellen alle vægter refleksion højt. Derudover er det gavnligt på dette sted i vores uddannelse at sætte den viden i

spil, som ligger i den psykologiske profession. Vi vil også fokusere på, hvordan vi mener, at vi kan anvende den viden, vi har fået gennem dette speciale, i arbejdet som psykologer. Når vi om ganske kort tid bliver færdiguddannede, skal mange af os ud og arbejde med mennesker, som har eller skal udredes for en diagnose. De forståelser vi igennem dette speciale har opnået, vil komme til at påvirke vores virke som psykolog samt være med til at forme, hvordan vi ser mennesket i den kliniske praksis. Spørgsmålet bliver her, hvordan vi gør dette, og hvordan vi kan hjælpe et menneske, der har en diagnose. Både psykiatriens klassifikationssystemer, forståelsen af normalitet og sygdom samt samfundets betydning herfor har en stor påvirkning på, hvordan diagnoser manifesterer sig hos individet og i samfundet. For psykologen ville det, at ændre på samfundsdiskurserne og dets forståelse af normalitet og sygdom, være en opgave, der nok ikke ville kunne løses af den enkelte. Det samme gør sig gældende for klassifikationssystemernes anvendelse. Der, hvor vi som psykologer kan bidrage til forståelsen af et menneske og den biomedicinske, er med viden om opvækst og miljø ved at inddrage faktorer, der ligger ud over kroppens og hjernens funktion. Mortensen (2010) lægger også vægt på, at psykologen i dag har brug for at kunne trække på viden fra både human-, samfunds- og naturvidenskaben, da faget befinder sig mellem alle tre, hvilket vi har søgt at efterkomme i specialet. I nogle tilfælde står psykologen også overfor en problematik med diagnostiske definitioner, der kan udfordre arbejdet med at sætte mennesket i centrum og tåle den kompleksitet, det medfører. Dette kan vi gøre ved ikke udelukkende at forstå sygdom ud fra ét perspektiv, men i stedet anlægge et almenpsykologisk udgangspunkt, hvor forskellige paradigmer og nuancer vil kunne supplere forståelsen.

Ift. de problematikker, som eksisterer i psykiatrien og samfundet, har psykologen mon også en rolle i dette? I et psykologisk virke må den analytiske sans og blik for detaljen ikke undermineres ved at forstå mennesket ud fra lovmæssigheder. Selvom NSSI ikke er en selvstændig diagnose, er der ingen grund til at antage, at det ikke eksisterer i den virkelige verden jævnfør den socialkonstruktivistiske tilgang til psykiske lidelser. Som kommende psykologer anerkender vi den nuværende brug af klassifikationssystemet i psykiatrien, men vi er ligeledes opmærksomme på de kritikpunkter, der har været ift. en vag definition af psykisk lidelse, dets ateoretiske udfordring samt dets overførbare til at blive et diagnostisk sprog i samfundet. Man bør ligeledes være opmærksom på, i sit psykologiske virke, hvorvidt dette medvirker til over- og

underdiagnosticering samt de problemstillinger det medfører. Dette gælder især underrapporteringen af selvskadende tilfælde, hvor sundhedsvæsenet, herunder psykologer, kan have fordomme, der skaber et uhensigtsmæssigt forhold mellem fagpersoner og patienter.

Vi har også reflekteret over vores position som faggruppe ift. vores ordvalg i specialet. Vi har bevidst undgået ordene *misbrug* og *misbruger*, da de kan have en negativ klang og være stigmatiserende (Ege, 2004). Dette er også gjort for at undgå at stigmatisere og stemple patientgruppen, og Mortensen (2010) skriver, at dét, at blive psykolog, kræver, at man arbejder med både faget og sig selv. At være klinisk psykolog, er et arbejde, hvor man har brug for hele sin person, og ikke kun de færdigheder, som man har lært på universitetet. Man skal medtage sine personlige egenskaber som respekt for andre, at kunne leve sig ind i patientens problemstillinger og at kunne observere andre såvel som sig selv. Vi mener, at ved ikke at kalde personer med APS for misbrugere, udviser vi respekt og sætter os i deres sted. Samtidigt udlægger vi gennem specialet observationer om både genstandsfeltet og vores egen tilgang, og dermed medtager både den kliniske og personlige del af at være psykolog.

Da vi har udarbejdet viden om, at selvskadende adfærd har visse afhængighedsaspekter, hvilken betydning har det så ift., hvordan vi som faggruppe bør forholde os til disse patienter? Vi mener, at en vigtig del i dette er at forblive nysgerrig på denne patientgruppe, og søge at se ud over den forståelse, der er opsat i klassifikationssystemerne. Både ift. at forstå selvskade som en selvstændig diagnose, men også til at have fokus på at identificere subgrupperne, således at vi kan udvælge den bedst mulige behandling til den enkelte patient. Selve mødet med patienten er også vigtigt, for selvom vi har opnået en forskningsmæssig viden om, hvordan NSSI har nogle afhængighedslignende aspekter, så skal vi stadig være opmærksomme på, hvordan vi vælger at kommunikere dette til patienten. Patienter har oftest ikke behov for at vide, at de har en auto-addiction med et eventuelt lavt niveau af endogene opioider, men i stedet kan det være nok, at de bliver mødt med forståelse, og at det, de oplever, er meningsfuldt (Mortensen, 2010). Gennem at have udarbejdet dette speciale har vi fået en bedre forståelse for de to patientgrupper, og har dermed et bedre grundlag for at kunne møde dem.

9.4 Metodologisk diskussion og refleksion

Vi anvender i specialet den socialkonstruktivistiske tilgang, og når alt angiveligvis er konstrueret, opstår kritikken af, om ikke også selve socialkonstruktivismen blot er en konstruktion. Socialkonstruktivister bekræfter kritikken og anerkender, at tilgangen ligeså er skabt ud fra historiske og kulturelle traditioner. Gergen (2010) ser dog denne kritik som positiv. Ved at forholde sig kritisk til tilgangen sikrer man, at den ikke bliver sandheden. Som konstruktivist er det derfor yderst vigtigt at reflektere og forholde sig til sine egne traditioner, hvilket vi har gjort i afsnit 9.3 ved at reflektere over den psykologiske profession. Ved konstant at være åben for nye konstruktioner, mener Gergen (2010), at vi kan sikre en dialog og ikke fastlægge én måde, som den eneste rigtige. Dette fungerer godt sammen med vores eklektiske tilgang, da vi har indbragt forskellige anskuelser for at forstå vores fænomener. Dette gør sig også gældende ved CIS-modellen, hvor en kritisk tilgang til litteraturen er vigtig med formålet i at kunne dekonstruere forskningstraditioner og teoretiske antagelser for at kunne sætte sine fund i en ny kontekst (Barnett-Page & Thomas, 2009). Spørgsmålet er så, hvorvidt vi har formået at sætte os ud over vores oprindelige forståelse og dekonstruere traditionen.

I forlængelse af ovenstående spørgsmål om, hvorvidt vi kan sætte os ud over vores oprindelige forståelse, vil vi inddrage Foucaults begreb *episteme*. Foucault mener, at samfundet er fastholdt under bestemte diskurser, hvor tidens episteme er styrende for individets tænkning og diskurserne i det. Et episteme er lag af videnssystemer, som er dominerende inden for bestemte historiske perioder. Vores erkendelse af samfundet og diskurser kan kun ligge inden for epistemet, og det er umuligt at tænke ud over dette (Inglis & Thorpe, 2012). Vi ser en forskel mellem socialkonstruktivismen og Foucaults udlægning af epistemer i det, at den socialkonstruktivistiske tilgang mener, at vi altid kan ændre vores konstruktion af verden. Den nye konstruktion bør være fri fra bånd pålagt gennem traditioner og historie, hvilket ud fra epistemet ikke er muligt. Tilgangen vægter på den anden side også, at man altid vil være farvet af sin tradition (se afsnit 2.7). Her kan vi forstå epistemet, som værende et symbol på den ultimative tradition, som vi alle er en del af. Socialkonstruktivismen mener dog, at ideen om at se udover sin tradition mere er en ønskværdig tilgang til at skabe ny viden og forståelser, for derigennem at kunne holde sig åben for alternativer. Heri vægtes det, at man både kan reflektere og forholde sig kritisk overfor samfundets diskurser, men

også over sine egne videnstraditioner (Gergen, 2010). Foucaults begreb er med til at give os en forståelse af, at vores speciale altid vil være underlagt epistemet og aldrig helt kan bryde fri fra samfundet og de dertilhørende diskurser. Dette ser vi bl.a. i vores forståelse og definition af, hvad der er selvskadende adfærd, og hvornår det er patologisk. I andre samfund vil definitionen muligvis være en anden, hvor en anden kultur og videnskabstradition påvirker diskursen, som er med til at definere selvskade. Dette har vi fx set gennem den historiske udlægning i afsnit 4.1, hvor selvskade før og stadig også anvendes som et kulturelt ritual. I dette aspekt ligger, at vi stadig arbejder inden for de diskurser, der er i vores samfund, og bryder derfor ikke fri fra denne forståelse. Da det eksisterende episteme er med til at præge alle individers tanker, har det fx også indflydelse på vores valg af specialeemne. Vores valg er ligeledes farvet af vores tradition og profession, da vi undersøger et psykologisk genstandsfelt og ikke fx biodiversiteten i parcelhuskvartere, som en biolog måske ville undersøge (Baltzer & Skott, 2022). Gennem den socialkonstruktivistiske tilgang forsøger vi dog stadig at forholde os åbne, kritiske og reflekterende overfor både vores teorier og fund med henblik på at udfordre og udbrede vores forståelse. Dette har vi gjort ved at indbringe perspektiver fra flere forskellige teorigræne og videnskaber, og ved at anskue en psykologisk problemstilling ud fra både den samfunds- og naturvidenskabelige erkendelsesinteresse.

Det er relevant at vurdere speciales reliabilitet som angår hvordan andre forskere kan opnå de lignende resultater ved at anvende den samme metode (Brinkmann, 2015b). Ift. at vurdere reliabiliteten af dette speciale, falder vores overvejelser særligt på vores valg af CIS-modellen til litteratursøgning. Modellen er kritiseret for at være for bred og ustruktureret, hvor forskellige forskere kan producere vidt forskellige forståelser og hypoteser med de samme data (Dixon-Woods et al., 2006). Vores litteratursøgning og efterfølgende tematisering og forståelse af den identificerede litteratur vil altid være mærket af vores fortolkning. Dette er med til at gøre det usandsynligt, at man vil kunne gentage vores metodiske litteratursøgning og opnå den samme konklusion eller forståelse. Set ud fra vores socialkonstruktivistiske ståsted, er dette dog ikke problematisk, så længe vi forholder os reflekteret over den tradition, som vi er en del af, som danske psykologistuderende. Personer inden for fx andre professioner kan godt starte med den samme tematisering og indledende fænomenforståelse, identificere samme empiri, men ende med en anden forståelse end os. Dixon-Woods og kollegaer

(2006) mener også, at denne manglende reproducerbarhed ikke skal anses som en mangel ved at bruge CIS. Ved at anvende denne tilgang søger forskeren netop at besvare spørgsmål, som kræver en ontologisk åbenhed over for det fænomen, man undersøger, hvilket aldrig vil kunne reproducere (Barnett-Page & Thomas, 2009).

Vi vil argumentere for, at vi i specialet har opnået en god validitet ift., at vi gennem vores udlægning af teori og litteratur får besvaret vores forskningsspørgsmål og derigennem vores problemformulering (Brinkmann, 2015b). Vi har anlagt en teoretisk forståelse, som vores fortolkningskontekst, hvorfor vi i vores fortolkning søger at fremlægge viden til forskningsfællesskabet, ved at bidrage til forståelsen af de afhængighedslignende aspekter ved NSSI. I forlængelse af dette har vi også overvejet, hvordan valget af den eklektiske tilgang og CIS-modellen kan påvirke specialets kvalitet. Vi har i afsnit 2.3 og 2.8 udlagt, hvordan det ved begge er op til forskeren selv at udvælge og vurdere relevansen af hvert indbragt element, model eller litteratur. Der er dermed ikke opsat nogle systematiske vejledninger eller kriterier for at inkludere eller ekskludere materiale udover de procesuelt-orienterede (se Bilag B). Ved CIS-modellen ser man på indholdet og anvendeligheden af artiklerne ift., hvorvidt den bidrager til undersøgelsen, når man vurderer kvalitet. Derudover højner man kvaliteten ved at arbejde multidisciplinært og inddrage alle former for relevante studier, som kan hjælpe til at besvare en forskningsspørgsmål (Barnett-Page & Thomas, 2009). Vi har i dette speciale arbejdet ud over flere videnskabelige paradigmer, og anskuet vores genstandsfelt fra forskellige perspektiver, hvormed vi har udvalgt relevant litteratur, modeller og teorier til at besvare vores problemformulering og dermed sikret kvaliteten ifølge CIS-modellen og den eklektiske tilgang.

Når man praktiserer forskning, kan det ofte være med formålet i på et tidspunkt at overføre denne viden i praksis. Vi har i afsnit 9.2 opsat nogle af de overvejelser, som vi mener, at specialet kan bidrage med ift. vores undersøgelsesfelt. Spørgsmålet er, hvorvidt vores resultater kan anvendes i en klinisk praksis. Ifølge Barnett-Page og Thomas (2009) er der ved CIS-modellen længere fra forskning til praksis. Dette eftersom at undersøgelser, der anvender CIS, ofte, er mere komplekse og konceptuelle, og til tider arbejder på nogle metaforiske niveauer, som kræver ekstra fortolkning af eventuelle praktikere før at resultaterne kan overføres. I vores speciale arbejder vi ud fra et teoretisk perspektiv, hvorfor vores formål har været at anskue de to fænomener

ud fra teori. Før at denne viden vil kunne have en betydning i praksis, vil det kræve yderligere empiriske undersøgelser af, hvorvidt en subgruppe af personer der selvskader med afhængighedsaspekter kan identificeres. Mange undersøgelser, som tager udgangspunkt i CIS-modellen, vil derfor i højere grad skabe værdi for feltet (Barnett-Page & Thomas, 2009), og være relevant viden i forskningsfællesskabernes fortolkningsramme.

10. Konklusion

Vi har i dette speciale undersøgt, hvordan vi kan forstå de to fænomener non-suicidal selvskade (NSSI) og afhængighed af psykoaktive stoffer (APS) ud fra et almenpsykologisk perspektiv og i forlængelse heraf, hvordan vi kan anskue mulige afhængighedsaspekter i selvskadende adfærd. Vi har undersøgt dette i en samfundsmæssig kontekst ved at inddrage både psykiatriens definition og det almene syn på normalitet og sygdom gennem en eklektisk tilgang og ud fra et socialkonstruktivistisk ståsted. Ved anvendelse af en critical interpretive synthesis (CIS) model har vi udvalgt og fremlagt empiri for at kunne forstå de to fænomener med udgangspunkt i den bio-psyko-sociale model. Empirien er i specialet blevet anset ud fra flere psykologiske teoretiske vinkler med inddragelse af social-, personligheds-, udviklings- og neuropsykologien, som har ført til en sammenholdelse af fænomenernes ligheder og forskelle. Hertil kan vi konkludere, at der er et komplekst samspil af bio-psyko-sociale faktorer ved både NSSI og APS.

Specialet har haft til formål at undersøge eventuelle ligheder mellem NSSI og APS, hvor vi finder, at den neurologiske effekt på hjernen, hvor særligt en sensitiv amygdala og neurotransmitterne, de endogene opioider, spiller en rolle ved begge. Derudover ser vi elementer af positiv og negativ forstærkning, hvor adfærden kan vedligeholdes ved, at personen udvikler en undvigende copingstrategi, hvor effektiviteten af den skadende adfærd gør det svært for individet at blive motiveret til at anvende andre. Begge fænomener forekommer ofte komorbidity med andre psykiatriske lidelser, hvor er fundet til at være sammenhængende med angstlidelser og depression. Derudover deler de nogle personlighedstræk som at være spændingssøgende, impulsive og have nedsat evne til at vurdere konsekvenser, som alle øger risikoen for at begynde en skadende adfærd. Negativt prægede interaktioner med andre er også med til at øge risikoen i form af ustabile familieforhold, negative relationer til jævnaldrende, men også individets behov for at have et gruppetilhørsforhold. Formålet med dette speciale har særligt været, at udlægge mulige afhængighedslignende aspekter ved NSSI. Vi finder i denne forbindelse frem til, at der ved selvskadende adfærd kan forekomme auto-addiction, hvor kroppen bliver afhængig af sine naturlige stoffer, hvilket fører til afhængighedslignende symptomer som trang, abstinenser og toleranceøgning. Vi kan bruge denne viden til at præcisere DSM-5s forskningsdiagnose NSSI-D, hvor

diagnosekriterierne for APS kan medtages for at nuancere og specificere kriterierne yderligere. Derudover kan det bidrage til at øge fokus på at identificere subgrupper af NSSI-patienter, som kan lede til specificering af både udredning og behandlingsforløb. Ligeledes er vi nået frem til, at forståelsen af normalitet og sygdom kan være med til at presse individet i et samfund, som allerede har fokus på præstation og selvrealisering. Gennem klassifikationssystemerne bliver diagnoser eftersøgt af både individet og samfundet, for at kunne give en årsagsforklaring på det, som afviger fra normaliteten. Dette har betydning for psykisk lidelse i form af, at samfundet både kan være med til at gøre mennesker syge, og at det kun er gennem en diagnose, at man kan få hjælp og behandling i sundhedsvæsenet. I jagten på diagnoser og individets bedste selv kan vi ende i et samfund, hvor NSSI og APS bliver tegn på utilstrækkelighed hos den enkelte med et manglende fokus på samfundets og psykiatriens indsnævrede normalitetsbegreb, som gør det svært for den enkelte at beholde retten til at være rask.

11. Referenceliste

- AA. *Anonyme Alkoholikeres 12 trin*. Tilgået d. 02.04.2022, fra <https://anonyme-alkoholikere.dk/aas-12-trin/>
- Aarup, L. (2019). *Mere end to ud af fem drikker morgenkaffe*. Coop. Tilgået d. 18.05.2022, fra https://coopanalyse.dk/analyse/05_kaffe-morgen/
- Alkohol & Samfund (2015). *Stigma gør det sværere at søge behandling*. Viden om alkohol. Tilgået d. 15.05.22, fra <https://alkohologsamfund.dk/viden-om-alkohol/stigma-goer-det-svaerere-at-soege-behandling>.
- Allem, J. P., Soto, D. W., Baezconde-Garbanati, L. & Unger, J. B. (2015). Adverse childhood experiences and substance use among Hispanic emerging adults in Southern California. *Addictive Behaviors*, 50, 199–204. [https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1016/j.addbeh.2015.06.038](https://doi.org/zorac.aub.aau.dk/10.1016/j.addbeh.2015.06.038)
- Alessi, S. M., Rash, C. J. & Pescatello, L. S. (2020). Reinforcing exercise to improve drug abuse treatment outcomes: A randomized controlled study in a substance use disorder outpatient treatment setting. *Psychology of Addictive Behaviors*, 34(1), 52–64. <https://doi.org/10.1037/adb0000517>
- Altman, E., Everitt B. J., Glautier, S., Markou, A., Nutt, D., Oretti, R., Phillips, G. D. & Robbins, T. W. (1996). The biological, social and clinical bases of drug addiction: commentary and debate. *Psychopharmacology*, 125(4), 285–325. <https://doi.org/10.1007/BF02246016>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5* (5th ed.). Heri kap 2, pp. 19-24. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. *APA Dictionary for Psychology: Psychoactive Drugs*. Tilgået d. 04.05.2022, fra <https://dictionary.apa.org/psychoactive-drug>
- Andersen, B. (2021). *Antal henvisninger til psykiatrien efter covid-19 slår alle rekorder*. Sundhedspolitisk tidsskrift. Tilgået d. 18.05.2022, fra https://sundhedspolitisktidsskrift.dk/nyheder/5229-antal-henvisninger-til-psykiatrien-slar-alle-rekorder.html?fbclid=IwAR2oIo1ANJVvKwk_2WAO9Utr5kAmjk0s2eDWN6IPgrcXIjmqwSrCFWuOUQ
- Andersen, D. & Kessing, M. L. (2019). Stigma, problem drug use, and welfare state encounters: changing contours of stigmatization in the era of social investment. *Addiction Research & Theory*, 27(4), 277–284. <https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1508568>
- Andover, M. S., Pepper, C. M. & Gibb, B. E. (2007). Self-mutilation and coping strategies in a college sample. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(2), 238–243. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.2.238>
- Antonelli, M., Fattore, L., Sestito, L., Di Giuda, D., Diana, M. & Addolorato, G. (2021). Transcranial Magnetic Stimulation: A review about its efficacy in the treatment of alcohol, tobacco and cocaine addiction. *Addictive*

- Behaviors*, 114, 1-9. <https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1016/j.addbeh.2020.106760>
- Ashford, R. D., Meeks, M., Curtis, B. & Brown, A. M. (2019). Utilization of peer-based substance use disorder and recovery interventions in rural emergency departments: Patient characteristics and exploratory analysis. *Journal of Rural Mental Health*, 43(1), 17–29. <https://doi.org/10.1037/rmh0000106>
- Ayres, T. C. (2020). Childhood Trauma, Problematic Drug Use and Coping. *Deviant Behavior: an Interdisciplinary Journal*, 42(5), 578–599. <https://doi.org/10.1080/01639625.2020.1746132>
- Baetens, I., Greene, D., Van Hove, L., Van Leeuwen, K., Wiersema, J. R., Desoete, A. & Roelants, M. (2021). Predictors and consequences of non-suicidal self-injury in relation to life, peer, and school factors. *Journal of Adolescence*, 90(7), 100-108. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2021.06.005>
- Baltzer, S. & Skott, S. (2022). *Overraskende forskning: Der er stort set ingen insekter tilbage på villavejene*. Danmarks Radio. Tilgået d. 18.05.22, fra <https://www.dr.dk/nyheder/regionale/fyn/overraskende-forskning-der-er-stort-set-ingen-insekter-tilbage-paa-villavejene>
- Barnett-Page, E. & Thomas, J. (2009). Methods for the synthesis of qualitative research: a critical review. *BMC medical research methodology*, 9(59), 1-11. 0.1186/1471-2288-9-59
- Bekendtgørelse af lov om forbud mod salg af tobak og alkohol til personer under 18 år (2019). Tilgået d. 19.05.22, fra <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/964>
- Bekendtgørelse om kosmetisk behandling (2007). Tilgået d. 19.05.22, fra <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2007/1245>
- Bekendtgørelse af lov om euforiserende stoffer (2019). Tilgået d. 19.05.22, fra <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/1334>
- Benitez, B., Frankforter, T., Nich, C., & Kiluk, B. D. (2022). The rise and fall of substance use during treatment: Applying recency and expectancy principles to daily substance use patterns. *Psychology of Addictive Behaviors*. 1- 12. 10.1037/adb0000824
- Berk, L. E. (2013). *Child Development* (9th ed. pp. 2-39). Boston, MA: Pearson.
- Biernesser, C., Sewall, C. J. R., Brent, D., Bear, T., Mair, C., & Trauth, J. (2020). Social media use and deliberate self-harm among youth: A systematized narrative review. *Children and Youth Services Review*, 116(9), 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105054>
- Brausch, A. M., Muehlenkamp, J. J. & Washburn, J. J. (2016). Nonsuicidal self-injury disorder: Does criterion B add diagnostic utility? *Psychiatry Research*, 244, 179–184. doi:10.1016/j.psychres.2016.07.025
- Brinkmann, S. (2015a). Forståelse og fortolkning. In: M.H. Jacobsen, K. Lippert-Jacobsen & P. Nedergaard (Eds.) *Videnskabsteori* (3.ed, pp. 69-98). Hans Reitzels Forlag.

- Brinkmann, S. (2015b). Diagnoser som epistemiske objekter. In S. Brinkmann & A. Petersen (Eds.), *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion* (pp. 37-57). Aarhus: Klim.
- Brodersen, J., Schwartz, L. M., Heneghan, C., O'Sullivan, J. W., Aronson, J. K. & Woloshin, S. (2018). Overdiagnosis: what it is and what it isn't. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 23(1), 1–3. <https://doi.org/10.1136/ebmed-2017-110886>
- Brown, R. C. & Plener P. L. (2017). Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Current Psychiatry Reports*, 19(3), 1-8. 10.1007/s11920-017-0767-9
- Brøndsted, M. (2018). Selvskadende adfærd - en praktisk og social udfordring, *Dansk Socialrådgiverforening*, 36(19), 34-43.
- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T.E., Mill, J., Marin, J., Craig, I.W., Taylor, A. & Poulton, R. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297(5582), 851-854.10.1126/science.1072290
- Charles, N. E., Mathias, C. W., Acheson, A. & Dougherty, D. M. (2017). Preadolescent Sensation Seeking and Early Adolescent Stress Relate to At-Risk Adolescents' Substance Use by Age 15. *Addictive Behaviors*, 69, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.01.005>
- Cicchetti, D. & Rogosch, F. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8(4), 597–600. <https://doi.org/10.1017/S0954579400007318>
- Cloninger, C. R. (1987) A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44(6), 573-588. 10.1001/archpsyc.1987.01800180093014
- Crocq, M. A. (2007). Historical and cultural aspects of man's relationship with addictive drugs. *Dialogues in clinical neuroscience*, 9(4), 355–361. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2007.9.4/macrocq>
- Crowe, M. (2000). Constructing normality: a discourse analysis of the DSM-IV. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(1), 69–77. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2000.00261.x>
- Csiernik, R. (2019). *The Essential Guide to Psychoactive Drugs in Canada. A Resource for Counselling Professionals* (pp. 1-7). Canadian Scholars.
- Cummings, L. R., Mattfeld, A. T., Pettit, J. W. & McMakin, D. L. (2021). Viewing Nonsuicidal Self-Injury in Adolescence Through a Developmental Neuroscience Lens: The Impact of Neural Sensitivity to Socioaffective Pain and Reward. *Clinical Psychological Science*, 9(5), 767-790. doi.org/10.1177/2167702621989323
- Dahlberg, A., Wetterberg, E., Lundh, L. G. & Sahlin, H. (2018). Experiences of Change in Emotion Regulation Group Therapy. A Mixed-Methods Study of Six Patients. *Journal for Person-Oriented Research*, 4(1), 15–28. <https://doi.org/10.17505/jpor.2018.02>
- Dahlgren, M. K., Hooley, J. M., Best, S. G., Sagar, K. A., Gonenc, A. & Gruber, S. A. (2018). Prefrontal cortex activation during cognitive interference in

- nonsuicidal self-injury. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 18 (277), 28–38. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2018.04.006>
- Deliberto, T. L. & Nock, M. K. (2008). An exploratory study of correlates, onset, and offset of non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, 12(3), 219–231. 10.1080/13811110802101096
- Dick, D. M., Agrawal, A., Wang, J. C., Hinrichs, A., Bertelsen, S., Bucholz, K. K., Schuckit, M., Kramer, J., Nurnberger, J., Jr, Tischfield, J., Edenberg, H. J., Goate, A. & Bierut, L. J. (2007). Alcohol dependence with comorbid drug dependence: genetic and phenotypic associations suggest a more severe form of the disorder with stronger genetic contribution to risk. *Addiction*, 102(7), 1131–1139. 10.1111/j.1360-0443.2007.01871.x
- Dixon-Woods, M., Cavers, D., Agarwal, S., Annandale, E., Arthur, A., Harvey, J., Hsu, R., Katbamna, S., Olsen, R., Smith, L., Riley, R. & Sutton, A. J. (2006). Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Medical Research Methodology*, 6(35), 1–13.
- Ege, P. (2004). *Stofmisbrug og afhængighed: hos unge og voksne*. (pp. 14–23; 129–144). Hans Reitzels Forlag.
- Ege, P. (2012). *Hvad skal vi stille op med begrebet afhængighed?* STOF. 4–7. Tilgængeligt d. 17.06.22, fra https://psy.au.dk/fileadmin/CRF/STOF/STOF_pdf_er/STOF_nr._19/Hvad_skal_vi_stille_op_med_begrebet_afhaengighed._Stof_19.pdf
- Favazza, A. R. (2009). A Cultural Understanding of Nonsuicidal Self-Injury. In M. K. Nock (Ed.). *Understanding Nonsuicidal Self-Injury* (pp. 19–36). American Psychological Association.
- Fink-Jensen, A., Hesse, M. & Møhl, B. (2017). Skadelig brug og afhængighed af psykoaktive stoffer. In E. Simonsen & B. Møhl (Eds.). *Grundbog i Psykiatri* (2. ed., pp. 275–296). Hans Reitzels Forlag.
- Fleming, T., Merry, S., Robinson, E., Denny, S. & Watson, P. (2007). Self-reported Suicide Attempts and Associated Risk and Protective Factors Among Secondary School Students in New Zealand. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 41, pp. 213–21. 10.1080/00048670601050481
- Fog, J. (2008). Det anspændte forhold mellem den almene og den anvendte psykologi. *Psyke & Logos*, 29, 379–388.
- Frances, A. J. & Nardo, J. M. (2013). ICD-11 should not repeat the mistakes made by DSM-5. *British Journal of Psychiatry*, 203(1), 1–2. 10.1192/bjp.bp.113.127647
- Fraser, C. & Burchell, B. (2001). *Introducing Social Psychology*. (pp. 291–316). Cambridge: Polity Press.
- Franques, P., Auriacombe, M., Piquemal, E., Verger, M., Brisseau-Gimenez, S., Grabot, D. & Tignol, J. (2003). Sensation seeking as a common factor in opioid dependent subjects and high risk sport practicing subjects. A cross sectional study. *Drug Alcohol Depend.*, 69(2), 121–126. 10.1016/s0376-8716(02)00309-5

- Frederiksen, N. J. S., Bakke, S. L., Jürgensen, C. W., Nielsen, A., Rasmussen, D. J., Dalum, P. & Nielsen, P. K. (2012). *Unge og alkohol - En baggrundsrapport*. Kræftens Bekæmpelse. Tilgået d. 02.04.2022, fra <https://www.cancer.dk/dyn/resources/File/file/6/1556/1385430030/ungeogalkohlenbaggrundsrapport.pdf>
- Gade, A. (2021). Præfrontal korteks: forstyrrelser i eksekutive funktioner, In C. Gerlach & R. Starrfelt (Eds.), *Klinisk Neuropsykologi* (2. ed., pp. 178-200). Frydenlund.
- Gade, A. & Johansen, J. K. (2021). Cerebellum, In C. Gerlach & R. Starrfelt (Eds.), *Klinisk Neuropsykologi* (2. ed., pp. 234-245). Frydenlund.
- Gergen, K. J. (2010). *En invitation til social konstruktion*. (2nd ed., pp. 12-25; pp. 209-228). Mindspace.
- Ghaemi, S. N. (2010). *The rise and fall of the biopsychosocial model: Reconciling art and science in psychiatry*. (pp. 14-50; 81-90). Johns Hopkins University Press.
- Gratz, K. L. (2007). Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1091–1103. 10.1002/jclp.20417
- Greitemeyer, T. & Sagioglou, C. (2021). Predictors of nonsuicidal self-injury: The independent contribution of benign masochism and antisocial personality, *Personality and Individual Differences*, 21(168), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110380>
- Griesler, P. C., Hu, M. C., Schaffran, C. & Kandel, D. B. (2011). Comorbid psychiatric disorders and nicotine dependence in adolescence. *Addiction*, 106(5), 1010-1020. 10.1111/j.1360-0443.2011.03403.x
- Gøtzsche, P. C. (2015). Overdiagnostik og overbehandling i psykiatrien. In S. Brinkmann & A. Petersen (Eds.), *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion* (pp. 155-182). Aarhus: Klim.
- Hallgren, M., Vancampfort, D., Giesen, E. S., Lundin, A. & Stubbs, B. (2017). Exercise as treatment for alcohol use disorders: systematic review and meta-analysis. *British journal of sports medicine*, 51(14), 1058–1064. 10.1136/bjsports-2016-096814
- Hansen, A. (2021). *Psykiatrien skulle se langt efter penge i finansloven for 2022*. Dansk Industri Life Science. Tilgået d. 16.05.2022, fra <https://www.danskindustri.dk/brancher/dilifescience/nyheder/nyheder2/2021/12/psykiatrien-skulle-se-langt-efter-penge-i-finansloven-for-2022/>
- Hauber, K., Boon, A. & Vermeiren, R. (2019). Non-suicidal self-injury in clinical practice. *Frontiers in Psychology*, 10(3), 1-8. 10.3389/fpsyg.2019.00502
- Helle, A. C., Watts, A. L., Trull, T. J. & Sher, K. J. (2019). Alcohol use disorder and antisocial and borderline personality disorders. *Alcohol Research: Current Reviews*, 40(1), 35–50. 10.35946/arcr.v40.1.05
- Helsborg, T. (2017). *VIDEO - Hver syvende har en tatovering: Man bliver lidt afhængig*. Danmarks Radio, Tilgået d. 16.05.22, fra

- <https://www.dr.dk/levnu/krop/video-hver-syvende-har-en-tatovering-man-bliver-lidt-afhaengig>
- Hesse, M. (2020). *Kokain og crack*. Sundhed.dk. Tilgået d. 15.05.2022, fra <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/sundhedsoplysning/narkotiske-stoffer/kokain-og-crack/>
- Hogg, M. & Abrams, D. (1988). *Social identifications: A Social Psychology of Inter-group Relations and Group Processes*. (pp. 6-27). London: Routledge
- Hooley, J. M., Fox, K. R., & Boccagno, C. (2020). Nonsuicidal Self-Injury: Diagnostic Challenges And Current Perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 16, 101–112. <https://doi.org/10.2147/NDT.S198806>
- Horwitz, A. V. (2015). Firkantede klodser og runde huller: Er psykiatriske og medicinske diagnoser sammenlignelige? In S. Brinkmann & A. Petersen (Eds.), *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion* (pp. 83-103). Aarhus: Klim.
- Høj, M. L. & Kristiansen, A. L. (2020). *Maja Lunas hemmeligheder og død på Instagram*. Tilgået d. 06.04.22, fra <https://www.dr.dk/nyheder/webfeature/instagram-selv mord>
- Hvas, L. (2015). Retten til at være rask i en diagnosekultur. In S. Brinkmann & A. Petersen (Eds.), *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion* (pp. 319-340). Aarhus: Klim.
- Inglis, D. & Thorpe, C. (2012). *An Invitation to Social Theory* (pp. 165-188). Cambridge: Polity Press.
- Jakobsen, D. E. (2018). *Det flyder med narko på Facebook*. TV2. Tilgået d. 08.05.22, fra <https://nyheder.tv2.dk/krimi/2018-02-28-det-flyder-med-narko-paa-facebook>
- Jarvi, S., Jackson, B., Swenson, L. & Crawford, H. (2013) The Impact of Social Contagion on Non-Suicidal Self-Injury: A Review of the Literature, *Archives of Suicide Research*, 17:1, 1-19.
- Jensen, H. A. R., Davidsen, M., Møller, S. R., Román, J. E. I., Kragelund, K., Christensen, A. I. & Ekholm, O. (2022). *Danskernes Sundhed - den nationale sundhedsprofil 2021*. (pp. 76-92). Rosendahls A/S.
- Jensen, U. J. (1986). *Sygdomsbegreber i praksis: det kliniske arbejdes filosofi og videnskabsteori* (2nd ed., pp. 164-195). København: Munksgaard.
- Johansen, K. S., Larsen, J. L. & Düring, S. (2021). Bivirkninger ved en psyko- social psykiatri-kritik. *Tidsskrift for Forskning I Sygdom Og Samfund*, 18(34). Det Kongelige Bibliotek.
- Johnson B. N., McKernan, L. C. & Bruehl, S. (2022). A Theoretical Endogenous Opioid Neurobiological Framework for Co-occurring Pain, Trauma, and Non-suicidal Self-injury. *Current Pain and Headache Reports*, 26(6), 1-10. [10.1007/s11916-022-01043-9](https://doi.org/10.1007/s11916-022-01043-9)
- Johnsen, R. & Christiansen, M. B. (2015). Lidelsens billedbog. In S. Brinkmann & A. Petersen (Eds.), *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion* (pp. 271-290). Aarhus: Klim.

- Jones, R. (2012). *Discourse analysis: a resource book for students* (pp. 36-37). Routledge.
- Jørgensen, C. R. (2015). Psykiatrisk diagnostik i dynamisk psykologisk lys. In S. Brinkmann & A. Petersen (Eds.), *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion* (pp. 291-317). Aarhus: Klim.
- Jørgensen, L. B. (2019). *Rapport: Sociale medier kan øge unges velbefindende*. TV2. Tilgået d. 16.05.22, fra <https://nyheder.tv2.dk/samfund/2019-06-10-rapport-sociale-medier-kan-oeye-unges-velbefindende>
- Kaess, M., Hooley, J. M., Klimes-Dougan, B., Koenig, J., Plener, P. L., Reichl, C., Robinson, K., Schmahl, C., Sicorello, M., Schreiner, M. W. & Cullen, K. R. (2021). Advancing a temporal framework for understanding the biology of nonsuicidal self- injury: An expert review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 21(130), 228-239. 10.1016/j.neubiorev.2021.08.022
- Kelly, J. F. & Eddie, D. (2020). The role of spirituality and religiousness in aiding recovery from alcohol and other drug problems: An investigation in a national U.S. sample. *Psychology of Religion and Spirituality*, 12(1), 116–123. <https://doi.org/10.1037/rel0000295>
- Kendler, K.S. (2001). Twin studies of psychiatric illness: An update. *Archives of General Psychiatry*, 58(11), 1005-1014. 10.1001/archpsyc.58.11.1005
- Kentopp, S. D., Conner, B. T., Fetterling, T. J., Delgadillo, A. A. & Rebecca, R. A. (2021). Sensation seeking and nonsuicidal self-injurious behavior among adolescent psychiatric patients. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 26(2), 430–442. <https://doi.org/10.1177/1359104521994627>
- Khan, A. N. & Jaffee, S. R. (2022). Alexithymia in individuals maltreated as children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1-10. 10.1111/jcpp.13616
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Saunders, B., Resnick, H. S., Best, C. L. & Schnurr, P. P. (2000). Risk Factors for Adolescent Substance Abuse and Dependence: Data From a National Sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 19–30. 10.1037/0022-006X.68.1.19
- Kjøller, M., Juel, K. & Kamper-Jørgensen, F. (2007). *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*. Statens Institut for Folkesundhed. Tilgået d. 04.04.2022, fra https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2007/folkesundhedsrapporten_danmark_2007
- Klonsky, D. E., Muehlenkamp, J. J., Lewis, S. P. & Walsh, B. (2011). *Nonsuicidal Self-Injury*. (pp. 1-35). USA: Hogrefe.
- Konieczna, A. & Jacobsen, S. G. (2019). *Unge og sociale medier*. Center for Selvmordsforskning (41). Tilgået d. 23.05.2022, fra <https://selvmordsforskning.dk/wp-content/uploads/sites/2/2019/12/Nr.-41-Unge-og-some.pdf>
- Koposov, R., Stickley, A. & Ruchkin, V. (2021). Non-Suicidal Self-Injury Among Incarcerated Adolescents: Prevalence, Personality, and Psychiatric Comorbidity. *Frontiers in Psychiatry*, 21(12), 1-9. 10.3389/fpsy.2021.652004

- Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M. M., Schmahl, C. & Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51(7), 1057-1067. 10.1017/S0033291721001355
- Kuhlman, K. R., Chiang, J. J. Horn, S. & Bower, J. E. (2017). Developmental psychoneuroendocrine and psychoneuroimmune pathways from childhood adversity to disease. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 80, 166-184. 10.1016/j.neubiorev.2017.05.020
- Lakmann, C. (2020). *Kokain er lige ved hånden: Billigere, stærkere og nemt at få fat i*. Danmarks Radio. Tilgået d. 16.05.22, fra <https://www.dr.dk/nyheder/indland/kokain-er-lige-ved-haanden-billigere-staerkere-og-nemt-faa-fat-i>
- Larsen, R., Buss, D., Wismeijer, A., Song, J., van den Berg, S. & Jeronimus, B. (2021). *Personality Psychology*. (pp. 154-183). McGraw Hill.
- Larsen, H., B. & Helweg-Larsen, K. (2016). Unge og selvskade: Resultater fra en dansk national repræsentativ undersøgelse i 2008. København, *Psyke & Logos*, 37, 96-113
- Litt, M. D., Tennen, H., Kadden, R. M., & Hennessy, E. (2021). Daily drinking and social network interactions in network support treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 1-15. 10.1037/adb0000797
- Lüdtke, J., Weizenegger, B., Rauber, R., Contin, B., In-Albon, T. & Schmid, M. (2017). The influence of personality traits and emotional and behavioral problems on repetitive nonsuicidal self-injury in a school sample. *Comprehensive Psychiatry*, 74, 214–223. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.02.005>
- Magill, M., Ray, L., Kiluk, B., Hoadley, A., Bernstein, M., Tonigan, J. S. & Carroll, K. (2019). A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(12), 1093–1105. 10.1037/ccp0000447
- Massing-Schaffer, M., Nesi, J., Telzer, E. H., Lindquist, K. A., & Prinstein, M. J. (2022). Adolescent peer experiences and prospective suicidal ideation: The protective role of online-only friendships. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 51(1), 49–60. <https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1750019>
- Mehlum, L. (2020). Mechanisms of change in dialectical behaviour therapy for people with borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*, 37, 89–93.
- Meinert, L. & Seeberg, J. (2017). Introduktion- Social smitte. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 26, 5-16.
- Mikkelsen, M., Søndergaard, B. & Mencke, M. S. (2020). *636 genstande om året: Flertal mener, at alkoholkultur har taget overhånd*. Kristeligt Dagblad. Tilgået d. 10.05.22, fra <https://www.kristeligt-dagblad.dk/danmark/danskerne-alkohol-kulturen-har-taget-overhaand>

- Miller, W., R., Forcehimes, A., A. & Zweben, A. (2011). *Treating Addiction: A Guide for Professionals* (pp. 1-46). New York: The Guilford Press.
- Miscioscia, Angelico, C., Raffagnato, A. & Gatta, M. (2022). Psychopathological and Interactive-Relational Characteristics in Non-Suicidal Self-Injury Adolescent Outpatients. *Journal of Clinical Medicine*, 11(5), 1-13. 10.3390/jcm11051218
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. G, The PRISMA Group (2008) Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: *The PRISMA Statement*. *PLoS Med*, 6. e1000097.
- Mortensen, K. V. (2006). *Fra neuroser til relationsforstyrrelser : psykoanalytiske udviklingsteorier og klassifikationer af psykopatologi* (pp. 347-381). København: Gyldendal.
- Mortensen, K. V. (2010). Om at være klinisk psykolog. In S. Lunn (Ed.), *Fra kromosomer til metaforer* (pp. 111-134). Dansk psykologisk Forlag.
- Møhl, B. (2015). *Selvskaade - psykologi og behandling* (pp. 11- 39; 57-86; 105-127; 195-209; 235-247). Hans Reitzels Forlag.
- Møhl, B. (2020). *Assessment and treatment of non-suicidal self-Injury a clinical perspective* (pp. 34-46). Routledge.
- Møhl, B., la Cour, P. & Skandsen, A. (2014). Non-Suicidal Self-Injury and Indirect Self-Harm Among Danish High School Students. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 2(1) 11-18. 10.21307/sjcapp-2014-003
- Møhl, B. & Rubæk, L. (2017). Selvskaade, når psykisk smerte konverteres til fysisk smerte. *Ugeskrift for læger*, 179(13), 1167–1169.
- Møhl, B. & Rubæk, L. (2020). *FAQ om selvskaade* (pp. 13-26; 59-104; 191-218). København: Hans Reitzel.
- Møhl, B. & Simonsen, E. (2017). Med mennesket i centrum. In E. Simonsen & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i psykiatri* (2nd ed., pp. 29-61). København: Hans Reitzel.
- Nathan, E., P., Conrad, M. & Skinstad, H., A. (2016). History of the Concept of Addiction. *Annual Review of Clinical Psychology*, (12), 29-51.
- Nesi, J., Burke, T. A., Bettis, A. H., Kudinova, A. Y., Thompson, E. C., MacPherson, H. A., Fox, K. A., Lawrence, H. R., Thomas, S. A., Wolff, J. C., Altemus, M. K., Soriano, S., & Liu, R. T. (2021). Social media use and self-injurious thoughts and behaviors: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 87, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102038>
- NIDA - National Institute on Drug Abuse (2022). *Drugs and the Brain*. National Institute of Drug Abuse. 1-20. Tilgået d. 22.04.22, fra <https://nida.nih.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/drugs-brain>
- Nielsen, A., S. & Becker, U. (2017). Alkoholmisbrug. In E. Simonsen & B. Møhl (Eds.). *Grundbog i Psykiatri* (2. ed., pp. 253-274). Hans Reitzels Forlag.

- Nock, M., K. & Cha, C., B. (2009). Psychological Models of Nonsuicidal Self-Injury. In M. K. Nock (Ed.). *Understanding Nonsuicidal Self-Injury* (pp. 65-78). American Psychological Association.
- Nock, M., K. & Favazza, A., R. (2009). Nonsuicidal Self-Injury: Definition and Classification. In M. K. Nock (Ed.). *Understanding Nonsuicidal Self-Injury* (pp. 9-18). American Psychological Association.
- O'Reilly, M. & Lester, J. N. (2016). Introduction: The Social Construction of Normality and Pathology. In M. O'Reilly & J. N. Lester (Eds.), *The Palgrave Handbook of Adult Mental Health* (pp. 1-19). Palgrave macmillan.
- P3 Essensen (2020). Piger deler selvmordsplaner i hemmeligt netværk. Danmarks Radio. Tilgået d. 13.05.22, fra <https://www.youtube.com/watch?v=z8BnEzVQTeE&t=139s>
- Peele, S. (2000) What Addiction is and is not: The Impact of Mistaken Notions of Addiction, *Addiction Research*, 8(6), 599-607.
10.3109/16066350008998991
- Petersen, A. (2015). Diagnoser som designet orden: Depression i præstationssamfundet. In S. Brinkmann & A. Petersen (Eds.), *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion* (pp. 59-82). Aarhus: Klim.
- Petersen, M. A. (2018). Study drugs som vennetjeneste, ordineret medicin, eller stoffer til salg: Om anskaffelsen og brugen af ADHD lægemidler til optimering. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom Og Samfund*, 15(28), 133–153.
- Petersen, M. A, Petersen, I. L., Poulsen, C. & Nørgaard, L. S. (2021). #studydrugs - Persuasive posting on Instagram. *The International Journal of Drug Policy*, 95(9), 1-9. 10.1016/j.drugpo.2020.103100
- Pixabay. *Forsidebillede*. Tilgået d. 25.05.2022, fra <https://pixabay.com/da/illustrations/r%c3%a5dgivning-information-samtale-4281467/>
- Plener, P. L., Bubalo, N., Fladung, A. K., Ludolph A. G. & Lulé, D (2012). Prone to excitement: adolescent females with Non-suicidal self-injury (NSSI) show altered cortical pattern to emotional and NSS-related material. *Psychiatry Research*, 12(203), 146-152. 10.1016/j.psychresns.2011.12.012.Epub
- Pritchard, T., Fedchenko, C. A. & Lewis, S. P. (2021). Self-Injury Is My Drug: The Functions of Describing Nonsuicidal Self-Injury as an Addiction. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 209(9), 628–635.
10.1097/NMD.0000000000001359
- Psykiatrifonden. *Hvorfor findes der fordomme?* Tilgået d. 16.05.2022, fra <https://psykiatrifonden.dk/viden/temaer/tabu-fordomme/hvorfor-findes-fordomme>
- Rasmussen, R. (2020). *Psykiatri og diagnoser - i forbrugerismens tidsalder* (pp. 38-49). Forlaget politisk revy.
- Rastegar, D. A. (2020). Overview of Substance Use Disorder Treatment. In D. A. Rastegar & M. I. Fingerhood (Eds.). *The American Society of Addiction*

- Medicine Handbook of Addiction Medicine* (2.ed., pp. 29-42). Oxford University Press.
- Rose, N. (2015). Hvad er diagnoser til for?. In S. Brinkmann & A. Petersen (Eds.), *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion* (pp. 17-35). Aarhus: Klim.
- Rosenberg, R. (2016). Diagnostik og klassifikation. In R. Rosenberg (Ed.), *Psykiatriens grundlag: historie, filosofi og videnskab* (pp. 243-298). Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Rosenthal, J., R. & Faris, B., S. (2019) The etymology and early history of ‘addiction’. *Addiction Research & Theory*, 27(5), 437-449, 10.1080/16066359.2018.1543412
- Rozin, P., Guillot, L., Fincher, K., Rozin, A. & Tsukayama, E. (2013). Glad to be sad, and other examples of benign masochism. *Judgment and Decision Making*, 8(4), 439–447.
- Rubæk, L. (2009). *Selvskadens psykologi* (pp. 19-42). Dansk Psykologisk Forlag.
- Rubæk, L. & Møhl, B. (2016). IKKE-SUICIDAL SELVSKADE – ET AFHÆNGIGHEDSSYNDROM? *Psyke & Logos*, 16(37). 205-219.
- Rønn, C. (2017). Det metanarrative rum - specialpædagogikken og kompetencer. In K. M. Hedegaard, A. M. Kvols & B.V. Petersen (Eds.), *Pædagogik og lærerfaglighed* (pp. 189-211). Aarhus: Klim.
- Saunders J. B. (2017). Substance use and addictive disorders in DSM-5 and ICD 10 and the draft ICD 11. *Current opinion in psychiatry*, 30(4), 227–237. 10.1097/YCO.0000000000000332
- Schwartz-Mette, R.A. & Lawrence, H.R. (2019) Peer Socialization of Non-Suicidal Self-Injury in Adolescents’ Close Friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(11), pp. 1851–1862. 10.1007/s10802-019-00569-8
- Sher, L. & Stanley, B. (2009). Biological Models of Nonsuicidal Self-Injury. In M. K. Nock (Eds.). *Understanding Nonsuicidal Self-Injury* (pp. 99-116). American Psychological Association.
- Simonsen, E. (2017). Psykiatrisk klassifikation. In E. Simonsen & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i psykiatri* (2nd ed., pp. 205-220). København: Hans Reitzel.
- Simonsen, E. & Møhl, B. (2017). Patologiske vane- og impulshandlinger. In E. Simonsen & B. Møhl (Eds.). *Grundbog i Psykiatri* (2. ed., pp. 457-476). Hans Reitzels Forlag.
- SIND. *Misbrugslidelser*. Tilgået d. 04.05.2022, fra <https://sind.dk/faa-hjaelp/fakta-om-sindslidelser-og-psykiske-diagnoser/misbrugslidelser>
- Skóra, M. N., Pattij, T., Beroun, A., Kogias, G., Mielenz, D., de Vries, T., Radwanska, K. & Müller, C. P. (2020). Personality driven alcohol and drug abuse: new mechanisms revealed. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 116, 64-73, 10.1016/j.neubiorev.2020.06.023
- Sonne-Ragans, V. (2019). *Anvendt videnskabsteori: reflekteret teoribrug i videnskabelige opgaver* (2.ed., pp. 39-56; 123-150; 209-254). Samfundslitteratur.
- Spears, C. A., Hedeker, D., Li, L., Wu, C., Anderson, N. K., Houchins, S. C., Vinci, C., Hoover, D. S., Vidrine, J. I., Cinciripini, P. M., Waters, A. J. & Wetter,

- D. W. (2017). Mechanisms underlying mindfulness-based addiction treatment versus cognitive behavioral therapy and usual care for smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(11), 1029–1040. 10.1037/ccp0000229
- Social- og Ældreministeriet (2020). 10-års plan skal sikre psykiatrien det løft, den har brug for. Tilgået d. 19.05.2022, fra <https://sm.dk/nyheder/nyhedsarkiv/2020/okt/10-aars-plan-skal-sikre-psykiatrien-det-loeft-den-har-brug-for>
- Sundhedsstyrelsen & SSI. (2015). *Alkoholstatistik 2015*. Nationale data. Tilgået d. 08.04.22, fra <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2015/Alkoholstatistik-2015.ashx>
- Sundhedsdatastyrelsen. (2020). *Nationale alkohol behandlingsregisteret*. Esundhed. Tilgået d. 08.04.22, fra <https://www.esundhed.dk/Registre/Nationale-alkohol-behandlingsregisteret>
- Sundhedsdatastyrelsen (2021a). *Antal personer med akut alkoholforgiftning er faldet fra 2018 til 2020*. Tilgået d. 08.04.2022, fra https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/find-tal-og-analyser/sygdomme-og-behandlinger/alkoholstatistik/faerre_akut_alkoholforgiftning_2018_2020.pdf
- Sundhedsdatastyrelsen. (2021b). *Dødsårsagsregisteret*. Esundhed. Tilgået d. 08.04.22, fra <https://www.esundhed.dk/Registre/Doedsaarsagsregisteret>
- Sundhedsministeriet (2021). *Nu bliver tobakken gemt væk i butikkerne*. Tilgået d. 18.05.2022, fra <https://sum.dk/nyheder/2021/april/nu-bliver-tobakken-gemt-vaek-fra-disken-i-butikkerne>
- Sundhedsstyrelsen. (2016). *Sygdomsbyrden i Danmark - Risikofaktorer*. Tilgået d. 09.04.22, fra https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2016/Sygdomsbyrden-i-Danmark_2016.ashx
- Sundhedsstyrelsen. (2021a). *Danskernes Rygevaner 2020 - Delrapport 1: Nikotinafhængighed*. Tilgået d. 08.04.22, fra https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/Tobak/Danskernes-Rygevaner-2020_delrapport-1_04_03_2021.ashx
- Sundhedsstyrelsen. (2021b). *Sundhedsrelaterede konsekvenser - Narkotikasituationen i Danmark - delrapport 4*. Tilgået d. 08.04.22, fra <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/Narkotika/Narkorapporten-04--2021.ashx>
- Sundhedsstyrelsen (2022). *Udbredelse af illegale stoffer i befolkningen og blandt de unge*. Tilgået d. 18.05.2022, fra <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Narkotikasituationen/Narkorapporten-2021---Delrapport-1---v08.ashx>
- Syed, S, Kingsbury, M, Bennett, K, Manion, I. & Colman, I. (2020). Adolescents' Knowledge of a Peer's Non-Suicidal Self-Injury and own Non-Suicidal Self-Injury and Suicidality. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 142(9), 366-373. 10.1111/acps.13229

- Sørensen, L. M. (2020a). *Tre unge kvinder bryder tavsheden om hemmeligt netværk: Selvskade spredte sig som pesten*. Danmarks Radio. Tilgået d. 13.05.22, fra <https://www.dr.dk/nyheder/indland/tre-unge-kvinder-bryder-tavsheden-om-hemmeligt-netvaerk-selvskade-spreder-sig-som>
- Sørensen, L. M. (2020b). Selvskade og selvmordsplaner bliver delt i hemmeligt netværk med 1.000 danskere. Danmarks Radio. Tilgået d. 13.05.22, fra <https://www.dr.dk/nyheder/indland/selvskade-og-selvsmordsplaner-bliver-delt-i-hemmeligt-netvaerk-med-1000-danskere>
- Tajfel, H. (1982). Social Psychology of Intergroup Relations. *Annual Review of Psychology*, 33, 1-12. 0066-4308/82/0201-0001\$02.00
- Tatoveringsloven (2018). Tilgået d. 19.05.22, fra <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2018/695>
- Thippaiah, S. M., Shankarapura, M. N., Gude, J. G., Voyiaziakis, E., Patwa, S., Birur, B. & Pandurangi, A. (2021). Non-suicidal self-injury in developing countries: A review. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(5), 472–482. 10.1177/0020764020943627
- Thastum, R. & Khodaie, S. (2017). Vejen ind og ud af selvskade. *Psyke & Logos*, 37(2), 240–264.
- Toft, A. R. (2022). *DP's forslag til 10-årsplan for psykiatrien*. Dansk Psykolog Forening. Tilgået d. 18.05.2022, fra <https://www.dp.dk/fag-og-politik/politik/dps-forslag-til-10-aarsplan-for-psykiatrien/>
- Tobberup, R. (2020). *Koffein*. Sundhed.dk. Tilgået d. 15.05.2022, fra <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/sundhedsoplysning/kost/koffein/>
- Tvede, I., Munksgaard, M. M. & Simonsen, A. R. (2021). 'Life in plastic, it's fantastic': For 100 år siden reddede kirurgerne vandsirede soldater – i dag gør de det perfekte mere perfekt. Danmarks Radio. Tilgået d. 16.05.22, fra <https://www.dr.dk/mitliv/life-plastic-its-fantastic-100-aar-siden-reddede-kirurgerne-vandsirede-soldater-i-dag-goer-de>
- Udforsk sindet (2020). *Overdiagnosticering inden for mental sundhed*. Tilgået d. 13.06.22, fra <https://udforsksindet.dk/overdiagnosticering-inden-for-mental-sundhed/>
- Valdimarsson, E. (2018). *Hårde stoffer er kun en googlesøgning væk*. Politiken. Tilgået d. 08.05.22, fra <https://politiken.dk/viden/Tech/art6841155/H%C3%A5rde-stoffer-er-kun-en-googles%C3%B8gning-v%C3%A6k>
- Vestergaard, N. (2018). *Det er virkelig stigmatiserende for unge at sige, at man ikke har styr på alkoholen*. Danmarks Radio. Tilgået d. 18.05.22, fra <https://www.dr.dk/nyheder/indland/det-er-virkelig-stigmatiserende-unge-sige-man-ikke-har-styr-paa-alkoholen>
- Væver, M., Lunn, S. & Harder, S. (2010). Udviklingspsykopatologi. *Psyke & Logos*, 31(2), 393-398.

- Wedig, M. M. & Nock, M. K. (2007). Parental Expressed Emotion and Adolescent Self-Injury, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(9), 1171-1178.
- WHO ICD-10 (1994). *Psyriske lidelse og adfærdsmæssige forstyrrelser - klassifikation og diagnostiske kriterier* (pp. 57-64; 146-147). København: Munksgaard.
- Wingo, T., Nesil, T., Choi, J.S. & Li, M.D. (2016). Novelty seeking and drug addiction in humans and animals: From behavior to molecules. *Journal of Neuro-immune Pharmacology*, 11(3), 456-470.
- Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. *The New England journal of medicine*, 374(4), 363–371. 10.1056/NEJMra1511480
- Yates, T.M. (2009). Developmental Pathways from Child Maltreatment to Nonsuicidal Self-Injury. In M.K. Nock (Ed.) *Understanding Non-Suicidal Self-Injury: Origins, Assessment, and Treatment* (pp. 117-138). Washington, DC: American Psychological Association.
- Østermark, A. & Lichscheidt, E. (2018). *Pernilles søn fik hjertestop: Bearbejder smerten på Instagram*. Danmarks Radio. Tilgået d. 16.05.22, fra <https://www.dr.dk/nyheder/regionale/oestjylland/pernilles-soen-fik-hjertestop-bearbejder-smerten-paa-instagram>

12. Pensumliste

Samlet antal pensum 1908 sider

- Allem, J. P., Soto, D. W., Baezconde-Garbanati, L. & Unger, J. B. (2015). Adverse childhood experiences and substance use among Hispanic emerging adults in Southern California. *Addictive Behaviors*, 50, 199–204. [https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1016/j.addbeh.2015.06.038](https://doi.org.zorac.aub.aau.dk/10.1016/j.addbeh.2015.06.038) [6 sider]
- Alessi, S. M., Rash, C. J. & Pescatello, L. S. (2020). Reinforcing exercise to improve drug abuse treatment outcomes: A randomized controlled study in a substance use disorder outpatient treatment setting. *Psychology of Addictive Behaviors*, 34(1), 52–64. <https://doi.org/10.1037/adb0000517> [13 sider]
- Altman, E., Everitt B. J., Glautier, S., Markou, A., Nutt, D., Oretti, R., Phillips, G. D. & Robbins, T. W. (1996). The biological, social and clinical bases of drug addiction: commentary and debate. *Psychopharmacology*, 125(4), 285–325. <https://doi.org/10.1007/BF02246016> [41 sider]
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5* (5th ed.). Heri kap 2, pp. 19-24. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. [6 sider]
- Andersen, D. & Kessing, M. L. (2019). Stigma, problem drug use, and welfare state encounters: changing contours of stigmatization in the era of social investment. *Addiction Research & Theory*, 27(4), 277–284. <https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1508568> [8 sider]
- Andover, M. S., Pepper, C. M. & Gibb, B. E. (2007). Self-mutilation and coping strategies in a college sample. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(2), 238–243. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.2.238> [6 sider]
- Antonelli, M., Fattore, L., Sestito, L., Di Giuda, D., Diana, M. & Addolorato, G. (2021). Transcranial Magnetic Stimulation: A review about its efficacy in the treatment of alcohol, tobacco and cocaine addiction. *Addictive Behaviors*, 114, 1-9. [https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1016/j.addbeh.2020.106760](https://doi.org.zorac.aub.aau.dk/10.1016/j.addbeh.2020.106760) [9 sider]
- Ashford, R. D., Meeks, M., Curtis, B. & Brown, A. M. (2019). Utilization of peer-based substance use disorder and recovery interventions in rural emergency departments: Patient characteristics and exploratory analysis. *Journal of Rural Mental Health*, 43(1), 17–29. <https://doi.org/10.1037/rmh0000106> [13 sider]
- Ayres, T. C. (2020). Childhood Trauma, Problematic Drug Use and Coping. *Deviant Behavior: an Interdisciplinary Journal*, 42(5), 578–599. <https://doi.org/10.1080/01639625.2020.1746132> [22 sider]
- Baetens, I., Greene, D., Van Hove, L., Van Leeuwen, K., Wiersema, J. R., Desoete, A. & Roelants, M. (2021). Predictors and consequences of non-suicidal self-injury in relation to life, peer, and school factors. *Journal of Adolescence*, 90(7), 100-108. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2021.06.005> [9 sider]

- Barnett-Page, E. & Thomas, J. (2009). Methods for the synthesis of qualitative research: a critical review. *BMC medical research methodology*, 9(59), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-9-59> [11 sider]
- Brausch, A. M., Muehlenkamp, J. J. & Washburn, J. J. (2016). Nonsuicidal self-injury disorder: Does criterion B add diagnostic utility? *Psychiatry Research*, 244, 179–184. doi:10.1016/j.psychres.2016.07.025 [6 sider]
- Brinkmann, S. (2015). Diagnostiser som epistemiske objekter. In S. Brinkmann & A. Petersen (Eds.), *Diagnostiser - perspektiver, kritik og diskussion* (pp. 37-57). Aarhus: Klim. [21 sider]
- Brodersen, J., Schwartz, L. M., Heneghan, C., O’Sullivan, J. W., Aronson, J. K. & Woloshin, S. (2018). Overdiagnosis: what it is and what it isn’t. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 23(1), 1–3. <https://doi.org/10.1136/ebmed-2017-110886> [3 sider]
- Brown, R. C. & Plener P. L. (2017). Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Current Psychiatry Reports*, 19(3), 1-8. 10.1007/s11920-017-0767-9 [8 sider]
- Charles, N. E., Mathias, C. W., Acheson, A. & Dougherty, D. M. (2017). Preadolescent Sensation Seeking and Early Adolescent Stress Relate to At-Risk Adolescents’ Substance Use by Age 15. *Addictive Behaviors*, 69, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.01.005> [7 sider]
- Cicchetti, D. & Rogosch, F. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8(4), 597–600. <https://doi.org/10.1017/S0954579400007318> [4 sider]
- Cloninger, C. R. (1987) A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44(6), 573-588. 10.1001/archpsyc.1987.01800180093014 [16 sider]
- Crocq, M. A. (2007). Historical and cultural aspects of man's relationship with addictive drugs. *Dialogues in clinical neuroscience*, 9(4), 355–361. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2007.9.4/macrocq> [7 sider]
- Crowe, M. (2000). Constructing normality: a discourse analysis of the DSM-IV. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(1), 69–77. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2000.00261.x> [9 sider]
- Csiernik, R. (2019). *The Essential Guide to Psychoactive Drugs in Canada. A Resource for Counselling Professionals* (pp. 1-7). Canadian Scholars [7 sider]
- Cummings, L. R., Mattfeld, A. T., Pettit, J. W. & McMakin, D. L. (2021). Viewing Nonsuicidal Self-Injury in Adolescence Through a Developmental Neuroscience Lens: The Impact of Neural Sensitivity to Socioaffective Pain and Reward. *Clinical Psychological Science*, 9(5), 767-790. doi:10.1177/2167702621989323 [24 sider]
- Dahlberg, A., Wetterberg, E., Lundh, L. G. & Sahlin, H. (2018). Experiences of Change in Emotion Regulation Group Therapy. A Mixed-Methods Study of Six Patients. *Journal for Person-Oriented Research*, 4(1), 15–28. <https://doi.org/10.17505/jpor.2018.02> [14 sider]
- Dahlgren, M. K., Hooley, J. M., Best, S. G., Sagar, K. A., Gonenc, A. & Gruber, S. A. (2018). Prefrontal cortex activation during cognitive interference in

- nonsuicidal self-injury. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 18 (277), 28–38. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2018.04.006> [11 sider]
- Deliberto, T. L. & Nock, M. K. (2008). An exploratory study of correlates, onset, and offset of non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, 12(3), 219–231. 10.1080/13811110802101096 [13 sider]
- Dick, D. M., Agrawal, A., Wang, J. C., Hinrichs, A., Bertelsen, S., Bucholz, K. K., Schuckit, M., Kramer, J., Nurnberger, J., Jr, Tischfield, J., Edenberg, H. J., Goate, A. & Bierut, L. J. (2007). Alcohol dependence with comorbid drug dependence: genetic and phenotypic associations suggest a more severe form of the disorder with stronger genetic contribution to risk. *Addiction*, 102(7), 1131–1139. 10.1111/j.1360-0443.2007.01871.x [9 sider]
- Dixon-Woods, M., Cavers, D., Agarwal, S., Annandale, E., Arthur, A., Harvey, J., Hsu, R., Katbamna, S., Olsen, R., Smith, L., Riley, R. & Sutton, A. J. (2006). Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Medical Research Methodology*, 6(35), 1–13. [13 sider]
- Favazza, A. R (2009). A Cultural Understanding of Nonsuicidal Self-Injury. In M. K. Nock (Ed.). *Understanding Nonsuicidal Self-Injury* (pp. 19–36). American Psychological Association. [18 sider]
- Franques, P., Auriacombe, M., Piquemal, E., Verger, M., Brisseau-Gimenez, S., Grabot, D. & Tignol, J. (2003). Sensation seeking as a common factor in opioid dependent subjects and high risk sport practicing subjects. A cross sectional study. *Drug Alcohol Depend.*, 69(2), 121–126. 10.1016/s0376-8716(02)00309-5 [6 sider]
- Fink-Jensen, A., Hesse, M. & Møhl, B. (2017). Skadelig brug og afhængighed af psykoaktive stoffer. In E. Simonsen & B. Møhl (Eds.). *Grundbog i Psykiatri* (2. ed., pp. 275–296). Hans Reitzels Forlag. [22 sider]
- Gade, A. (2021). Præfrontal cortex: forstyrrelser i eksekutive funktioner, In C. Gerlach & R. Starrfelt (Eds.), *Klinisk Neuropsykologi* (2. ed., pp. 178–200). Frydenlund. [23 sider]
- Gade, A. & Johansen, J. K. (2021). Cerebellum, In C. Gerlach & R. Starrfelt (Eds.), *Klinisk Neuropsykologi* (2. ed., pp. 234–245). Frydenlund. [12 sider]
- Gergen, K. J. (2010). *En invitation til social konstruktion*. (2nd ed., pp. 12–25; pp. 209–228). Mindspace. [34 sider]
- Ghaemi, S. N. (2010). *The rise and fall of the biopsychosocial model: Reconciling art and science in psychiatry*. (pp. 14–50; 81–90). Johns Hopkins University Press. [47 sider]
- Gratz, K. L. (2007). Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1091–1103. 10.1002/jclp.20417 [13 sider]
- Greitemeyer, T. & Sagioglou, C. (2021). Predictors of nonsuicidal self-injury: The independent contribution of benign masochism and antisocial personality, *Personality and Individual Differences*, 21(168), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110380> [6 sider]

- Griesler, P. C., Hu, M. C., Schaffran, C. & Kandel, D. B. (2011). Comorbid psychiatric disorders and nicotine dependence in adolescence. *Addiction*, 106(5), 1010-1020. 10.1111/j.1360-0443.2011.03403.x [11 sider]
- Gøtzsche, P. C. (2015). Overdiagnostik og overbehandling i psykiatrien. In S. Brinkmann & A. Petersen (Eds.), *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion* (pp. 155-182). Aarhus: Klim. [28 sider]
- Hallgren, M., Vancampfort, D., Giesen, E. S., Lundin, A. & Stubbs, B. (2017). Exercise as treatment for alcohol use disorders: systematic review and meta-analysis. *British journal of sports medicine*, 51(14), 1058–1064. 10.1136/bjsports-2016-096814 [7 sider]
- Hauber, K., Boon, A. & Vermeiren, R. (2019). Non-suicidal self-injury in clinical practice. *Frontiers in Psychology*, 10(3), 1-8. 10.3389/fpsyg.2019.00502 [8 sider]
- Helle, A. C., Watts, A. L., Trull, T. J. & Sher, K. J. (2019). Alcohol use disorder and antisocial and borderline personality disorders. *Alcohol Research: Current Reviews*, 40(1), 35–50. 10.35946/arcr.v40.1.05 [18 sider]
- Hogg, M. & Abrams, D. (1988). *Social identifications: A Social Psychology of Inter-group Relations and Group Processes*. (pp. 6-27). London: Routledge. [22 sider]
- Hooley, J. M., Fox, K. R., & Boccagno, C. (2020). Nonsuicidal Self-Injury: Diagnostic Challenges And Current Perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 16, 101–112. <https://doi.org/10.2147/NDT.S198806> [12 sider]
- Horwitz, A. V. (2015). Firkantede klodser og runde huller: Er psykiatriske og medicinske diagnoser sammenlignelige? In S. Brinkmann & A. Petersen (Eds.), *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion* (pp. 83-103). Aarhus: Klim. [21 sider]
- Hvas, L. (2015). Retten til at være rask i en diagnosekultur. In S. Brinkmann & A. Petersen (Eds.), *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion* (pp. 319-340). Aarhus: Klim. [22 sider]
- Jensen, U. J. (1986). *Sygdomsbegreber i praksis: det kliniske arbejdes filosofi og videnskabsteori* (2nd ed., pp. 164-195). København: Munksgaard. [32 sider]
- Johnson B. N., McKernan, L. C. & Bruehl, S. (2022). A Theoretical Endogenous Opioid Neurobiological Framework for Co-occurring Pain, Trauma, and Non-suicidal Self-injury. *Current Pain and Headache Reports*, 26(6), 1-10. 10.1007/s11916-022-01043-9 [10 sider]
- Johnsen, R. & Christiansen, M. B. (2015). Lidelsens billedbog. In S. Brinkmann & A. Petersen (Eds.), *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion* (pp. 271-290). Aarhus: Klim. [20 sider]
- Jørgensen, C. R. (2015). Psykiatrisk diagnostik i dynamisk psykologisk lys. In S. Brinkmann & A. Petersen (Eds.), *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion* (pp. 291-317). Aarhus: Klim. [27 sider]
- Kaess, M., Hooley, J. M., Klimes-Dougan, B., Koenig, J., Plener, P. L., Reichl, C., Robinson, K., Schmahl, C., Sicorello, M., Schreiner, M. W. & Cullen, K. R. (2021). Advancing a temporal framework for understanding the biology of

- nonsuicidal self- injury: An expert review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 21(130), 228-239. 10.1016/j.neubiorev.2021.08.022 [12 sider]
- Kelly, J. F. & Eddie, D. (2020). The role of spirituality and religiousness in aiding recovery from alcohol and other drug problems: An investigation in a national U.S. sample. *Psychology of Religion and Spirituality*, 12(1), 116–123. <https://doi.org/10.1037/rel0000295> [8 sider]
- Kendler, K.S. (2001). Twin studies of psychiatric illness: An update. *Archives of General Psychiatry*, 58(11), 1005-1014. 10.1001/archpsyc.58.11.1005 [10 sider]
- Kentopp, S. D., Conner, B. T., Fetterling, T. J., Delgadillo, A. A. & Rebecca, R. A. (2021). Sensation seeking and nonsuicidal self-injurious behavior among adolescent psychiatric patients. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 26(2), 430–442. <https://doi.org/10.1177/1359104521994627> [13 sider]
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Saunders, B., Resnick, H. S., Best, C. L. & Schnurr, P. P. (2000). Risk Factors for Adolescent Substance Abuse and Dependence: Data From a National Sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 19–30. 10.1037/0022-006X.68.1.19 [12 sider]
- Klonsky, D. E., Muehlenkamp, J. J., Lewis, S. P. & Walsh, B. (2011). *Nonsuicidal Self-Injury*. (pp. 1-35). USA: Hogrefe. [35 sider]
- Koposov, R., Stickley, A. & Ruchkin, V. (2021). Non-Suicidal Self-Injury Among Incarcerated Adolescents: Prevalence, Personality, and Psychiatric Comorbidity. *Frontiers in Psychiatry*, 21(12), 1-9. 10.3389/fpsy.2021.652004 [9 sider]
- Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M. M., Schmahl, C. & Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51(7), 1057-1067. 10.1017/S0033291721001355 [10 sider]
- Kuhlman, K. R., Chiang, J. J. Horn, S. & Bower, J. E. (2017). Developmental psychoneuroendocrine and psychoneuroimmune pathways from childhood adversity to disease. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 80, 166-184. 10.1016/j.neubiorev.2017.05.020 [19 sider]
- Larsen, R., Buss, D., Wismeijer, A., Song, J., van den Berg, S. & Jeronimus, B. (2021). *Personality Psychology*. (pp. 154-183). McGraw Hill. [30 sider]
- Larsen, H., B. & Helweg-Larsen, K. (2016). Unge og selvskade: Resultater fra en dansk national repræsentativ undersøgelse i 2008. København, *Psyke & Logos*, 37, 96-113 [18 sider]
- Litt, M. D., Tennen, H., Kadden, R. M., & Hennessy, E. (2021). Daily drinking and social network interactions in network support treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 1-15. 10.1037/adb0000797 [15 sider]
- Lüdtke, J., Weizenegger, B., Rauber, R., Contin, B., In-Albon, T. & Schmid, M. (2017). The influence of personality traits and emotional and behavioral problems on repetitive nonsuicidal self-injury in a school sample.

- Comprehensive Psychiatry*, 74, 214–223.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.02.005> [10 sider]
- Magill, M., Ray, L., Kiluk, B., Hoadley, A., Bernstein, M., Tonigan, J. S. & Carroll, K. (2019). A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(12), 1093–1105.
 10.1037/ccp0000447 [13 sider]
- Miller, W., R., Forcehimes, A., A. & Zweben, A. (2011). *Treating Addiction: A Guide for Professionals* (pp. 1-46). New York: The Guilford Press. [46 sider]
- Miscioscia, Angelico, C., Raffagnato, A. & Gatta, M. (2022). Psychopathological and Interactive-Relational Characteristics in Non-Suicidal Self-Injury Adolescent Outpatients. *Journal of Clinical Medicine*, 11(5), 1-13.
 10.3390/jcm11051218 [14 sider]
- Mortensen, K. (2006). *Fra neuroser til relationsforstyrrelser: psykoanalytiske udviklingsteorier og klassifikationer af psykopatologi* (pp. 347-381). København: Gyldendal. [35 sider]
- Møhl, B. (2015). *Selvskade - psykologi og behandling* (pp. 11- 39; 57-86; 105-127; 195-209; 235-247). Hans Reitzels Forlag. [110 sider]
- Møhl, B. (2020). *Assessment and treatment of non-suicidal self-Injury a clinical perspective* (pp. 34-46). Routledge. [13 sider]
- Møhl, B. & Rubæk, L. (2017). Selvskade, når psykisk smerte konverteres til fysisk smerte. *Ugeskrift for læger*, 179(13), 1167–1169 [3 sider]
- Møhl, B. & Rubæk, L. (2020). *FAQ om selvskade* (pp. 13-26; 59-76; 85-104; 191-218). København: Hans Reitzel. [80 sider]
- Møhl, B. & Simonsen, E. (2017). Med mennesket i centrum. In E. Simonsen & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i psykiatri* (2nd ed., pp. 29-61). København: Hans Reitzel. [33 sider]
- Nathan, E., P., Conrad, M. & Skinstad, H., A. (2016). History of the Concept of Addiction. *Annual Review of Clinical Psychology*, (12), 29-51. [23 sider]
- NIDA - National Institute on Drug Abuse (2022). *Drugs and the Brain*. National Institute of Drug Abuse. 1-20. Tilgået d. 22.04.22, fra <https://nida.nih.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/drugs-brain> [20 sider]
- Nielsen, A., S. & Becker, U. (2017). Alkoholmisbrug. In E. Simonsen & B. Møhl (Eds.). *Grundbog i Psykiatri* (2. ed., pp. 253-274). Hans Reitzels Forlag. [22 sider]
- Nock, M., K. & Cha, C., B. (2009). Psychological Models of Nonsuicidal Self-Injury. In M. K. Nock (Ed.). *Understanding Nonsuicidal Self-Injury* (pp. 65-78). American Psychological Association. [14 sider]
- Nock, M., K. & Favazza, A., R. (2009). Nonsuicidal Self-Injury: Definition and Classification. In M. K. Nock (Ed.). *Understanding Nonsuicidal Self-Injury* (pp. 9-18). American Psychological Association. [10 sider]

- O'Reilly, M. & Lester, J. N. (2016). Introduction: The Social Construction of Normality and Pathology. In M. O'Reilly & J. N. Lester (Eds.), *The Palgrave Handbook of Adult Mental Health* (pp. 1-19). Palgrave macmillan. [19 sider]
- Petersen, A (2015). Diagnoser som designet orden: Depression i præstationssamfundet. In S. Brinkmann & A. Petersen (Eds.), *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion* (pp. 59-82). Aarhus: Klim. [24 sider]
- Petersen, M. A. (2018). Study drugs som vennetjeneste, ordineret medicin, eller stoffer til salg: Om anskaffelsen og brugen af ADHD lægemidler til optimering. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom Og Samfund*, 15(28), 133–153. [21 sider]
- Petersen, M. A, Petersen, I. L., Poulsen, C. & Nørgaard, L. S. (2021). #studydrugs - Persuasive posting on Instagram. *The International Journal of Drug Policy*, 95(9), 1-9. 10.1016/j.drugpo.2020.103100 [9 sider]
- Plener, P. L., Bubalo, N., Fladung, A. K., Ludolph A. G. & Lulé, D (2012). Prone to excitement: adolescent females with Non-suicidal self-injury (NSSI) show altered cortical pattern to emotional and NSS-related material. *Psychiatry Research*, 12(203), 146-152. 10.1016/j.psychresns.2011.12.012.Epub [7 sider]
- Pritchard, T., Fedchenko, C. A. & Lewis, S. P. (2021). Self-Injury Is My Drug: The Functions of Describing Nonsuicidal Self-Injury as an Addiction. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 209(9), 628–635. 10.1097/NMD.0000000000001359 [7 sider]
- Rasmussen, R. (2020). *Psykiatri og diagnoser - i forbrugerismens tidsalder* (pp. 38-49). Forlaget politisk revy. [12 sider]
- Rastegar, D. A. (2020). Overview of Substance Use Disorder Treatment. In D. A. Rastegar & M. I. Fingerhood (Eds.). *The American Society of Addiction Medicine Handbook of Addiction Medicine* (2.ed., pp. 29-42). Oxford University Press. [13 sider]
- Rose, N. (2015). Hvad er diagnoser til for?. In S. Brinkmann & A. Petersen (Eds.), *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion* (pp. 17-35). Aarhus: Klim. [19 sider]
- Rosenthal, J., R. & Faris, B., S. (2019) The etymology and early history of 'addiction'. *Addiction Research & Theory*, 27(5), 437-449, 10.1080/16066359.2018.1543412 [13 sider]
- Rozin, P., Guillot, L., Fincher, K., Rozin, A. & Tsukayama, E. (2013). Glad to be sad, and other examples of benign masochism. *Judgment and Decision Making*, 8(4), 439–447. [9 sider]
- Rubæk, L. (2009). *Selvskadens psykologi* (pp. 19-42). Dansk Psykologisk Forlag [24 sider]
- Rubæk, L. & Møhl, B. (2016). IKKE-SUICIDAL SELVSKADE – ET AFHÆNGIGHEDSSYNDROM? *Psyke & Logos*, 16(37). 205-219. [14 sider]

- Rønn, C. (2017). Det metanarrative rum - specialpædagogikken og kompetencer. In K. M. Hedegaard, A. M. Kvols & B.V. Petersen (Eds.), *Pædagogik og lærerfaglighed* (pp. 189-211). Aarhus: Klim. [23 sider]
- Saunders J. B. (2017). Substance use and addictive disorders in DSM-5 and ICD 10 and the draft ICD 11. *Current opinion in psychiatry*, 30(4), 227–237. 10.1097/YCO.0000000000000332 [11 sider]
- Schwartz-Mette, R.A. & Lawrence, H.R. (2019) Peer Socialization of Non-Suicidal Self-Injury in Adolescents' Close Friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(11), pp. 1851–1862. 10.1007/s10802-019-00569-8 [12 sider]
- Sher, L. & Stanley, B. (2009). Biological Models of Nonsuicidal Self-Injury. In M. K. Nock (Eds.). *Understanding Nonsuicidal Self-Injury* (pp. 99-116). American Psychological Association. [18 sider]
- Simonsen, E. (2017). Psykiatrisk klassifikation. In E. Simonsen & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i psykiatri* (2nd ed., pp. 205-220). København: Hans Reitzel. [16 sider]
- Simonsen, E. & Møhl, B. (2017). Patologiske vane- og impulshandlinger. In E. Simonsen & B. Møhl (Eds.). *Grundbog i Psykiatri* (2. ed., pp. 457-476). Hans Reitzels Forlag. [20 sider]
- Skóra, M. N., Pattij, T., Beroun, A., Kogias, G., Mielenz, D., de Vries, T., Radwanska, K. & Müller, C. P. (2020). Personality driven alcohol and drug abuse: new mechanisms revealed. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 116, 64-73, 10.1016/j.neubiorev.2020.06.023 [10 sider]
- Sonne-Ragans, V. (2019). *Anvendt videnskabsteori: reflekteret teoribrug i videnskabelige opgaver* (2.ed., pp. 39-56; 123-150; 209-254). Samfundslitteratur. [92 sider]
- Spears, C. A., Hedeker, D., Li, L., Wu, C., Anderson, N. K., Houchins, S. C., Vinci, C., Hoover, D. S., Vidrine, J. I., Cinciripini, P. M., Waters, A. J. & Wetter, D. W. (2017). Mechanisms underlying mindfulness-based addiction treatment versus cognitive behavioral therapy and usual care for smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(11), 1029–1040. 10.1037/ccp0000229 [12 sider]
- Syed, S, Kingsbury, M, Bennett, K, Manion, I. & Colman, I. (2020). Adolescents' Knowledge of a Peer's Non-Suicidal Self-Injury and own Non-Suicidal Self-Injury and Suicidality. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 142(9), 366-373. 10.1111/acps.13229 [8 sider]
- Tajfel, H. (1982). Social Psychology of Intergroup Relations. *Annual Review of Psychology*, 33, 1-12. 0066-4308/82/0201-0001\$02.00 [12 sider]
- Thippaiah, S. M., Shankarapura, M. N., Gude, J. G., Voyiaziakis, E., Patwa, S., Birur, B. & Pandurangi, A. (2021). Non-suicidal self-injury in developing countries: A review. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(5), 472–482. 10.1177/0020764020943627 [11 sider]
- Thastum, R. & Khodaie, S. (2017). Vejen ind og ud af selvskade. *Psyke & Logos*, 37(2), 240–264. [25 sider]

- Trigo, J. M., Martin-García, E., Berrendero, F., Robledo, P. & Maldonado, R. (2010). The endogenous opioid system: a common substrate in drug addiction. *Drug and alcohol dependence*, 108(3), 183–194. 10.1016/j.drugalcdep.2009.10.011 [12 sider]
- Væver, M., Lunn, S. & Harder, S. (2010). Udviklingspsykopatologi. *Psyke & Logos*, 31(2), 393-398. [6 sider]
- Wedig, M. M. & Nock, M. K. (2007). Parental Expressed Emotion and Adolescent Self-Injury, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(9), 1171-1178. [8 sider]
- WHO ICD-10 (1994). *Psykkiske lidelse og adfærdsmæssige forstyrrelser - klassifikation og diagnostiske kriterier* (pp. 57-64; 146-147). København: Munksgaard. [10 sider]
- Wingo, T., Nesil, T., Choi, J.S. & Li, M.D. (2016). Novelty seeking and drug addiction in humans and animals: From behavior to molecules. *Journal of Neuro-immune Pharmacology*, 11(3), 456-470. [15 sider]
- Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. *The New England journal of medicine*, 374(4), 363–371. 10.1056/NEJMr1511480 [9 sider]
- Yates, T.M. (2009). Developmental Pathways from Child Maltreatment to Nonsuicidal Self-Injury. In M.K. Nock (Ed.) *Understanding Non-Suicidal Self-Injury: Origins, Assessment, and Treatment* (pp. 117-138). Washington, DC: American Psychological Association. [22 sider]
- Yu-Jing, Y., Xi, L., Chee, H. N., Dong-Wu, X. Shaohua, H. & Ti-Fei, Y. (2022). Risk factors for non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescents: A meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 21(46), 1-12. [12 sider]