

## SELVSKADE SOM SELVTEKNOLOGI

Af Anna Lanken Rasmussen<sup>1</sup> & Svend Aage Rasmussen<sup>2</sup>

*Med udgangspunkt i forfatternes forskellige faglighed (antropologi og psykologi) og med fælles epistemologisk afsæt i postmoderne tankegang beskriver forfatterne – ved brug af Mark Nichters begreb “lidelsesudtryk”, Michel Foucaults begreb “selvteknologier” og Erving Goffmans begreb “små livshandlinger” – selvskade som social lidelse. Herefter argumenterer forfatterne med udgangspunkt i et feltstudie af Helen Gremillion for vigtigheden af at kaste et kritisk blik på behandlingskultur. Denne kritik videreføres i et afsnit om den postmoderne udfordring i forhold til selvskade. Afslutningsvis skitseres nogle principper for, hvordan man i en postmoderne praksis kan arbejde sammen med mennesker med selvskadende adfærd.*

**Indledning**

Selvskade kan forstås gennem mange forskellige optikker. I denne artikel tages udgangspunkt i forfatternes forskellige fagligheder. Anna er antropolog og har udført feltarbejde om kulturermægling på et psykiatrisk behandlingssted i Montréal (Lanken Rasmussen, 2010) og har arbejdet med brugerperspektiver inden for psykiatrien. Svend Aage er psykolog og har arbejdet med psykoterapi inden for psykiatrien i 36 år – de sidste ti år hovedsagelig med spiseforstyrrelser, men mere og mere også med selvskade. Vi er begge interesserede i, hvordan psykisk lidelse bliver socialt konstrueret i dialoger mellem forskellige aktører: patienter, pårørende, behandlere og forskere. Baggrunden for denne artikel er netop, at selvskade tillægges betydning og bliver til “noget” i sociale samspil. Sproget er medskaber af virkeligheden, også inden for psykiatri og terapi (Rasmussen, 2003; Rasmussen, 2015).

Vi deler et epistemologisk udgangspunkt i postmoderne tankegang og har i den forbindelse været optaget af Michel Foucaults arbejde med at beskrive den moderne psykiatris rødder (Foucault, 2006a) og de kritiske

---

1 Selvstændig antropolog. Arbejder med evaluering og organisationsudvikling i psykiatrien og på det sociale område med vægt på bruger- og medarbejderperspektiver. [annalanken@gmail.com](mailto:annalanken@gmail.com)

2 Psykolog på Ambulatorium for Spiseforstyrrelser Stolpegård. Specialist og supervisor i psykoterapi og ekstern lektor på Københavns Universitet. [Svend.Aage.Rasmussen@regionh.dk](mailto:Svend.Aage.Rasmussen@regionh.dk)

perspektiver, der ligger i poststrukturalistisk tankegang (se f.eks. White, 1997). Vi har i en tidligere artikel "Tidsteknologier i psykoterapi" beskæftiget os med "opfindelsen" af PTSD-diagnosen og af den "rigtige" behandling med udgangspunkt i et antropologisk feltstudie på det første behandlingssted for PTSD som diagnose (Young, 1995). "Selvskade" er endnu ikke en diagnose, men diagnosen og den "rigtige" behandling (evidensbaseret selvfølgelig) er under udarbejdelse. Vores artikel er et forsøg på at påvirke denne udarbejdelse, inden psy-videnskabernes (psykologi, psykiatri, psykoterapi (Rose, 1996)), som det plejer at ske med nye diagnosekandidater, helt kommer til at dominere feltet.

Armando Favazza (2011), som anses for at være en pioner inden for dette felt, beskriver detaljeret både selvskadens mange ansigter i forskellige kulturelle kontekster, den historiske tilblivelse af selvskade-begrebet og flere psykoterapeutiske praksisformer. Disse praksisformer ser vi, med inspiration fra Foucault, som "mikropolitiske" (May, 1993, p. 14), og i vores artikel vil vi fremsætte en poststrukturalistisk kritik af den essentialisering og patologisering, der præger mange af disse praksisformer og tankerne bag.

Vi kommer først med forslag til, hvordan man kan anskue selvskade som social lidelse. Dette gøres ved brug af tre teoretiske begreber; *lidelsesudtryk*: kulturelt meningsfulde måder at udtrykke lidelse på (Nichter, 1981), *selvteknologier*: måder at påvirke sig selv på, alene eller ved hjælp af andre (Foucault, 1988b; Rasmussen & Rasmussen, 2015) og *små livshandlinger*: "små" modstandshandlinger mod undertrykkelse (Goffman, 1961; Wade, 1997).

Efterfølgende vil artiklen beskæftige sig med *behandlingskultur* i forhold til selvskadende adfærd. Behandlingsystemer er ikke fri fra den større kulturelle kontekst, de er placeret i. Moderne kulturelle forståelser af selvet, familien, kønsroller osv. eksisterer også på behandlingssteder – også de forståelser, der er problematiske og er med til at skabe mulighedsbetingelserne for forskellige former for direkte og indirekte selvskadende adfærd. Vi vil med udgangspunkt i antropologen Helen Gremillions bog *Feeding Anorexia* (2003) illustrere, hvordan en selvbekræftende kultur reproducerer forståelser og praksisser, som ikke kommer patienterne til gode.

Vi vil herefter med en postmoderne "skepsis over for metanarrativer" (Lyotard, 1984) mere bredt diskutere det diagnostiske sprog og de metanarrativer (psykoanalyse og scientisme), der dominerer behandlingskulturen i forhold til selvskadende adfærd: Hvilke forståelser af den selvskadende patient og dennes familie er dominerende? Og hvilke utilsigtede konsekvenser kan disse forståelser have?

I lyset af indsigterne om selvskade som social lidelse, behandlingskulturens betydning og diskussionen af det diagnostiske sprog om selvskade vil vi afslutningsvis komme med forslag til principper for, hvordan man i en postmoderne terapeutisk praksis kan arbejde sammen med mennesker med selvskadende adfærd.

## 1. Selvskade som social lidelse

Social lidelse (“*social suffering*”) er et begreb, der ofte anvendes i beskrivelser af, hvordan social stigmatisering, politisk undertrykkelse og fattigdom er risikofaktorer for psykisk såvel som fysisk sygdom – helt på niveau med biologisk betingede faktorer (Kleinman & Kleinman, 1991; Kleinman, Veena, & Lock, 1997; Taussig, 1980). Sygdomme kan altså ikke meningsfyldt adskilles fra den sociale og kulturelle kontekst, hvori de optræder. Diagnoser kan forstås som institutionaliserede meningskomplekser, hvor symptomer sammenkobles til en form for hele, der på kulturelt meningsfulde måder beskriver bestemte former for lidelseserfaring i en given kontekst. Det er altså ikke tilfældigt, når hyppigheden af unge, som skærer i eller sulter sig selv, stiger markant i en given tidsperiode i et givet samfund. Så er det nødvendigt at lade det kritiske blik vandre væk fra individets indre (og teorier om individets mangler) til de sociokulturelle kontekster, disse individer forsøger at eksistere i.

### 1.1. Lidelsesudtryk

En optik, man kan bruge til at forstå selvskadende adfærd som et sociokulturelt fænomen, er begrebet “*idioms of distress*”, defineret af antropologen Mark Nichter (Nichter, 1981, 2010) som “*socially and culturally resonant means of experiencing and expressing distress in local worlds*” (Nichter, 2010, p. 405). Vi har valgt at oversætte *idioms of distress* til “lidelsesudtryk” (i stedet for “lidelsesidiomer”), fordi det bedre inkluderer både sprogliggjorte og kropsliggjorte måder at udtrykke sig på. Nichter beskriver, hvordan braminkvinder i det sydlige Indien udtrykker forskellige former for psykosocial lidelse gennem alternative udtryksformer (Nichter, 1981). Pointen er blandt andet, at der ikke i den pågældende sociokulturelle kontekst er mulighed for at udtrykke bestemte former for lidelse på mere direkte måder. Nichter viser, hvordan mange forskellige former for lidelsesudtryk (faste, besættelse, beskyldninger om forgiftning, bestemte sygdomsnarrativer etc.) giver mening i den specifikke kontekst og anvendes kreativt af kvinderne til at navigere i en ofte paradoksal virkelighed. En virkelighed, hvor nye uddannelses- og migrationsmønstre ændrer kvindernes såvel som deres omverdens forventninger til f.eks. ægteskab, samtidig med at traditionelle praksisser forventes overholdt. Et eksempel er kvinden, der, som en måde at udtrykke vanskeligheder i ægteskabet, ikke overholder god skik for servering af mad og drikke til hjemmets gæster (ibid., p. 383). Eller den unge ugifte kvinde, som, for at aktivere familiens forpligtigelse til at arrangere hendes ægteskab, bliver besat af en afdød ugift ung mands ånd (ibid., p. 394-395).

Kvinderne i Nichters cases udtrykker sig på implicite, men kulturelt forståelige måder. Som det ses i ovenstående eksempler, er lidelsesudtryk formet af og foregår i sociale interaktioner. Dette ses også, når kvinderne vælger behandler (biomedicinsk orienteret læge versus traditionel *vaidya-*

behandler), ud fra hvilken lidelseserfaring de søger hjælp til at håndtere. Den biomedicinske læge kender ikke de lokalt forankrede lidelsesudtryk eller tager dem ikke alvorligt. Behandlingskonteksten er en del af den sociokulturelle kontekst, hvori bestemte lidelsesudtryk bliver meningsfulde.

Mennesker udtrykker lidelse på mangfoldige måder, og lidelseserfaring er forskellig fra menneske til menneske. Men lidelse udtrykkes altid ind i eller i forhold til en social og kulturel kontekst. Det er dog vigtigt at understrege, at lidelsesudtryk ikke er statiske repræsentationer af en bestemt kulturel tendens eller kulturelt træk. Lidelsesudtryk er multivokale, fragmenterede og frem for alt situationelle og sociale: “*Cultural idioms of distress would not be seen as existing in isolation and frozen in time but, instead, as tied to culturally salient types of interaction that make sense in context*” (Nichter, 2010, p. 407).

Nichter understreger, at lidelsesudtryk ikke kun er et relevant perspektiv hos “de kulturelle andre”, men er mindst lige så relevant i en vestlig kontekst (ibid., p. 402). Direkte og indirekte selvskade kan anskues som lidelsesudtryk i en Nichtersk forstand; som alternative, kulturelt tilgængelige måder at udtrykke forskellige former for psykosocial lidelse på i et senmoderne samfund. Et udpræget fokus på selvudvikling, selvrealisering og selvscenesættelse på diverse sociale medier, kombineret med en dominerende diskurs om lidelse som kropsliggjort (biologisk betinget), har indflydelse på, hvilke muligheder man som ungt menneske har for at udtrykke lidelse. Adler og Adler beskriver på baggrund af en omfattende kvalitativ undersøgelse blandt andet, hvordan en ny socialitet blandt cuttere er opstået i vores senmoderne samfund (Adler & Adler, 2007). Internettets udbredelse har medført skabelsen af nye fællesskaber i cyberspace med cutting som det fælles omdrejningspunkt (Adler & Adler, 2008). Forståelsen af cutting som fænomen ændres hermed, ligesom forståelsen af sig selv som cutter potentielt bliver en anden i det nye digitale rum: fra at være “enspænder og afviger” bliver man “cyber-kollegaer”, og en ny forhandling af selvskades betydninger kan finde sted. Adler og Adlers undersøgelse illustrerer selvskade som et fænomen, der kontinuerligt skabes i relationer; i dialoger i sociale rum.

## 1.2. *Selvteknologier*

Foucaults begreb *selvteknologi* giver endnu en mulighed for at forholde sig kritisk til den forståelse af selvskade, som er udviklet og udvikles af de vestlige psy-videnskaber.

Foucaults forfatterskab er en beskrivelse af den historiske udvikling af de dominans- og magtmekanismer, vi er underlagt – fra rå magt til “moderne” diskursiv magt. Sent i forfatterskabet bliver det menneskelige subjekt og dets mulighed for at *forholde* sig til disse teknologier et centralt tema. Denne udvikling så han med rette ikke som et radikalt brud, men som en udfoldelse af temaer, der altid havde været i hans forfatterskab

(Foucault, 1988a., p. 19). I den for vores artikel centrale lille bog *Technologies of the Self*, der udkom i 1988 (fire år efter hans død), opsummeres noget af hans arbejde på dette felt. Her definerer han selvteknologier således. Det er teknologier:

*... which permits individuals to effect by their own means or with the help of others a certain number of operations on their own bodies and souls, thoughts, conduct, and way of being, so as to transform themselves in order to attain a certain state of happiness, purity, wisdom, perfection, or immortality* (Foucault, 1988b., p. 18).

Ordet teknologi leder umiddelbart tankerne i retning af noget naturvidenskabeligt, men selvteknologier er sociale teknologier, der praktiseres i et socialt rum sammen med andre og/eller er præget af sociale diskurser. Foucault beskriver udførligt nogle af de selvteknologier, der findes i den græsk-romerske filosofi og i kristne selvforbedringspraksisformer (f.eks. bønner og skrifte: en påvirkning af sjælen; og faste: en påvirkning af kroppen). Han bruger her den samme genealogiske metode, som han har brugt i sine værker om den moderne psykiatri og det moderne straffesystems opståen (Foucault, 2006a, 1979). Genealogi betyder slægtsforskning, og Foucaults genealogiske metode stiller følgende spørgsmål: "Hvad er historien om oprindelsen og tilblivelsen af en bestemt diskurs?" Her diskursen om – enten "alene" eller "med andres hjælp" – at skabe et bedre selv. Mennesker har til forskellige tider og i forskellige kulturer ved at påvirke og skade deres krop forsøgt at skabe et bedre selv (Favazza, 2011). Dette sker nogle gange "*by their own means*" alene, men altid i en social og kulturel sammenhæng.

Psykoterapi indebærer sædvanligvis andres eller en andens hjælp, og Svend Brinkmann har tidligere i en artikel brugt Foucaults selvteknologibegreb til at kaste et kritisk lys på moderne psykoterapi. Vi vil på linje med Brinkmann se psykoterapi "...ikke som en særlig privilegeret videnskabelig behandlingsform, men som en historisk opstået praksis på linje med andre praksisser ..." (Brinkmann, 2003, p. 361).

### 1.2.1. Små livshandlinger

Extreme situations provide instruction for us, not so much in regard to the grander forms of loyalty and treachery as in regard to the *small acts of living* (Goffman, 1961, p. 181, vores kursivering).

There is a special stance that can be taken to alien authority; it combines stiffness, dignity and coolness in a particular mixture that conveys insufficient insolence to call forth immediate punishment and yet expresses that one is entirely one's own man. Since this communica-

tion is made through the body and face are held, it can be constantly conveyed wherever the inmate finds himself (ibid., p. 318).

Disse to citater er fra Goffmans berømte bog *Asylums*, hvor han introducerer os til en særlig form for selvteknologi: *små livshandlinger*. Bogen bygger i høj grad på Goffmans feltstudie på et større psykiatrisk hospital i USA. Han iagttog der, hvordan patienterne på kreative måder, der ikke kunne sanktioneres som ulydighed, svarede på forskellige former for ydmygende direkte og indirekte magtudøvelse. Disse svar hjalp til "at redde ansigt" og viste, at man var "*entirely one's own man*" (Goffman, 1972; Foucault, 2006b).

Med inspiration fra Goffman og fra systemisk og narrativ terapi har Allan Wade beskrevet, hvordan det kan være terapeutisk konstruktivt at se symptomer som svar (en respons) på undertrykkende omstændigheder eller diskurser; f.eks. at se det, Goffman kalder "*withdrawn muteness*", ikke kun som et symptom på mental sygdom, men som en respons (Wade, 1997, 2007). Patienten gør modstand med forsigtighed og målrettethed og bevarer eller genopretter sin værdighed. I en dansk feltundersøgelse inden for psykiatrien bliver en patient spurgt, om han fortæller til personalet, at han hører stemmer. Han svarer: "*Hell no. They'll think you're mad as a hatter*" (Ringer & Holen, 2016, p. 161).

I litteraturen om selvskade betones det tit, at selvskade i vestlig kultur er noget, man gør alene i et ikke-socialt rum for at dæmpe "den indre smerte". Ovenstående lille eksempel giver en forståelse for, at noget problematisk ikke kan deles med bestemte aktører i det sociale rum – her på en psykiatrisk afdeling. Man kan antage, at der før interviewet har været en indre monolog præget af det, Bakhtin kalder "skjult dialogicitet" (Bakhtin, 1984, p. 197) – en intens indre dialog med en række sociale aktører og diskurser. Denne dialog har selvskadende patienter ifølge den ene forfatters erfaring altid.

En patient kaldte denne dialog "radio død og helvede": en radio, der kører hele tiden, med kritiske dialoger om krop og sjæl. I denne indre dialog deltog patienten, konkrete personer (kæreste, venner og familie) – men også den moderne magts mere anonyme kritiske stemmer messede tidens endeløse krav om en perfekt krop og sjæl. Radiometaforen vakte stor genklang i den gruppe, patienten deltog i (og i senere grupper). Det viste sig, at mange patienter lyttede til den kanal, og der åbnede sig muligheder for at finde og lytte til andre kanaler.

Favazza gengiver og tilslutter sig i sin bog den "Bill of Rights for People Who Self-harm" i ti punkter udarbejdet i 1998 for de amerikanske selvskadere af deres advokat (Favazza, 2011, p. 246-248). Patienten i eksemplet bruger den rettighed, der ligger i punkt "5. *The right to disclose to whom they choose only what they choose.*" I denne rettighed og i de rettigheder, der ligger i punkt 6, 8 og 10: "6. *The right to choose what coping mecha-*

nisms they will use. 8. The right to the role SI has played as a coping mechanism validated. 10. The right to have self-injury regarded as an attempt to communicate, not manipulate”, ses selvskade tydeligvis som selvteknologier – som små (eller større!) livshandlinger.

Rettigheder er i sagens natur generelle. Konkrete livshandlinger finder eller snarere skaber man i konkrete dialoger med konkrete patienter. Hos Favazza (2011, p. 213-214) og hos Selekman (2009, p. 3) findes ganske udførlige lister over selvskaderes *egne* begrundelser for selvskade, der tvangsfrit lægger op til at se selvskade som en lille livshandling. Denne “positive konnotation” (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1978) kunne være et godt udgangspunkt for en dialog.

## 2. Behandlingskultur

### 2.1. Et antropologisk blik på psykiatrisk behandlingskultur

I dette afsnit vil vi eksemplificere, hvordan en social og kontekstuel tilgang til selvskade også indebærer at forstå behandling som en kulturel praksis. Alt efter hvilken behandlingsform man tilslutter sig, analyseres patientens adfærd, familie, netværk, relationer, hjerne, krop, psyke, selv osv. Disse analyser danner udgangspunkt for, hvordan man mener bedst at kunne hjælpe patienten, men iscenesættes ofte som akulturelle, objektive sandheder *om* patienterne. Den antropologiske forskning om psykiatrisk behandlingskultur beskæftiger sig blandt andet med, hvordan sandheder om patienterne skabes, praktiseres og forhandles af de mennesker, der er en del af behandlingskulturen: patienter, behandlere og pårørende.

Behandlingskultur indebærer altid bestemte forståelser af mennesket, og hvordan det gode eller sunde menneske bør være. Behandling handler ikke bare om at opnå en bestemt vægt eller afholde sig fra at skære i sig selv, men også om at kunne opføre sig eller tænke om sig selv og verden på bestemte måder. Magten til at definere det sunde menneske (eller den sunde familie) ligger primært hos behandlerne, og disse normative forestillinger bygger på historisk specifikke dominerende kulturelle diskurser.

Vi tager i det følgende udgangspunkt i en af de forholdsvis få antropologiske undersøgelser af behandling af (en form for indirekte) selvskade, nemlig anoreksi. Det drejer sig om antropologen Helen Gremillions studie af Walsh, et behandlingssted i USA, som hun beskriver i sin bog *Feeding Anorexia* (2003). Gremillion viser, hvordan mainstream-terapi i behandling af spiseforstyrrelser utilsigtet er med til at reproducere historisk specifikke kulturelle diskurser om køn, individualisme, fysisk “fitness” og familieliv – og dermed anoreksiens mulighedsbetingelser.

Patienter på Walsh får primært diagnosen anoreksi (typisk og atypisk), men mange får også før eller siden en identitetsdiagnose (primært borderline). Feltstudiet foregik i 90’erne, hvor direkte selvskade ikke var så

udbredt som nu (Møhl, 2015), og får derfor ikke plads i Gremillions bog. Med den specifikke patientpopulation ville et kvalificeret gæt være, at den ville få en større plads i dag, hvor selvskade i hælene på spiseforstyrrelse er blevet en tidstypisk lidelse. Der er mange paralleller og sammenfald mellem direkte selvskade og anoreksi. Begge kan med udbytte ses som selvteknologier; som måder intentionelt at skade sin krop (på ikke socialt acceptable måder) for at opnå et bedre selv. Gremillion er ligesom forfatterne af denne artikel poststrukturalistisk informeret, og pointerne i hendes bog afhænger ikke af den præcise diagnose (se også Parker et al., 1995).

## **2.2. Behandlingskultur på Walsh**

Behandlingskulturen på Walsh er et selvbekræftende system, hvor det sunde selv og den sunde familie bliver naturaliseret, dvs. begrebsliggøres som naturlige, objektive sandheder i stedet for normative, kulturelt forankrede forståelser. Problemer begrebsliggøres udelukkende som noget *i* patienten og dennes familie, og den psykiatriske diskurs om sygelighed i såkaldt “anorektiske familier” er med til at reproducere nogle af de problemer, der diagnosticeres. Modstand mod eller afvigelser fra kulturens forståelser bliver patologiseret og anvendt som eksklusionspraksis.

### *2.2.1. Et utilstrækkeligt selv og en overinvolveret mor*

På Walsh mener man, at patienterne har udviklet anoreksi på grund af et utilstrækkeligt selv. Det er værd at bemærke, at dette ligeledes er udgangspunktet i den dominerende psykodynamiske forståelse af mennesker med direkte selvskadende adfærd. Årsagen til dette utilstrækkelige selv skal ifølge personalet på Walsh findes i familien. Især problematiseres patientens forhold til sin mor – en mor, der ses som overinvolveret i sin datter. Dette medfører, at datteren ikke har dannet et tilstrækkeligt autonomt selv. Datterens identitetsskabelse er gået i stå, og den “anorektiske personlighed” har taget over. I forbindelse med direkte selvskadende adfærd som cutting er en dominerende forståelse blandt andet, at en mangelfuld tilknytning og manglende følelsesmæssig spejling i barndommen har medført en utilstrækkelig mentaliseringsevne. Det vigtige at bemærke her er, at problemet eller manglen skal findes *i* patienten og dennes familie, og at denne viden *om* patienterne og deres familier naturaliseres som en objektiv sandhed; en sandhed, som behandlerne besidder, og som patienterne skal internalisere over tid.

Det er også værd at bemærke, at årsagen til problemerne primært skal findes hos moderen. Gremillion kalder det en feminisering af årsagen til anoreksi og argumenterer for, at den psykiatriske diskurs på Walsh fremhæver modsigelser i dominerende kulturelle idealer om moderskab og derved er en aktiv del af at reproducere disse. Mødre bliver, ligesom den kvindelige krop, forstået som problematiske ressourcer i deres døtres identitetsskabelse.



Behandlingen på Walsh er ikke bare koncentreret om at tage på, men involverer patienternes "selvudvikling" og "selvrealisering" hen mod et sundere og mere tilstrækkeligt selv. Her kan man altså tale om selve behandlingen som en selvteknologi. I kernen af denne selvudviklingstankegang på Walsh er en ændring af familiedynamikken, primært i mor-datterrelationen. En stor del af behandlingen er at skabe en substitutfamilie: en terapeutisk familie bestående af behandlingsteamet. De (næsten altid) mandlige børnelæger og psykiatere bliver såkaldte "terapeutiske fædre", og de (næsten udelukkende) kvindelige psykologer "terapeutiske mødre". Idéen bag den terapeutiske substitutfamilie er, at patienten skal lære, hvordan en sund familie fungerer.

De biologiske forældre bliver af behandlingsteamet bedt om at "fjerne sig selv fra kampe om deres døtres kroppe" og overlade disse kampe til den terapeutiske familie. Her menes især, at moderen skal opgive sin overinvolvering. Den terapeutiske mor samt resten af det kvindelige personale forventes at udføre en form for "minimalt moderskab" og derved understøtte patientens individualiseringsproces. Det forventes herefter, at den biologiske mor instinktivt skal erkende sine fejl og gennem sine naturlige moderlige instinkter begynde at praktisere minimalt moderskab. Mange af patienterne er så syge, at deres liv er i overhængende fare. De fleste mødre spiller ikke overraskende rollen som den overinvolverede mor godt, når de bliver bedt om at blande sig helt uden om behandlingen af deres døtre. En mor udtrykker det sådan her:

*When Elaine left the hospital, I asked for advice about what to do at home. They told me: "You just love her. You just love her, and leave her alone." Later, my daughter lost weight again, so I brought her in. The first thing they say to us is: "You were supposed to be eating 3500 calories a day. You didn't. And Mom, you let her do this?" I told them, I resented that; no one had told me anything. So on the one hand, you're the cause, and on the other, you're not supposed to do anything (Gremillion, 2003, p. 110).*

Mødrene anklages altså for at være overinvolverede; for ikke at kunne opdrage deres døtre til at løsrive sig og blive stærke, selvstændige individer. Den "sunde" opdragelse praktiseres af behandlingsteamet, men når dette ikke virker, bliver det igen begrebsliggjort som moderens fejl. Eksemplet viser, hvordan naturaliseringen af det sunde forældreskab har virkelige konsekvenser for patienterne og deres pårørende. Og det viser én form for lille livshandling i form af moderens kritik af behandlingen.

### 2.2.2. Kritik af systemet bliver til patientens patologi

Det minimale moderskab, som naturaliseres som det gode moderskab på Walsh, er ikke kun svært at praktisere for patienternes mødre. Det skaber

ofte diskussioner blandt personalet. De mandlige psykiatere og børnelæger (de terapeutiske fædre) har ofte en konfronterende rolle over for patienterne. De kvindelige psykologer (de terapeutiske mødre) er dem, der trøster og glatter ud efter disse konfrontationer. Det "bløde" omsorgsarbejde udføres med andre ord af kvinderne, og det "hårde", faktaorienterede arbejde af mændene. Følgende viser, hvordan uenigheder i behandlingsteamet håndteres:

Elaine skal udskrives, idet hun har opnået den fastlagte udskrivningsvægt. Bob (chefpsykiater) har imidlertid besluttet, at Elaine også skal opfylde kriterierne fra en test, som måler pH-værdien i hendes urin. PH-værdien er en lille smule højere end normalen. Selvom Bob bliver i tvivl om, om dette krav er rimeligt, fastholdes det, fordi teamet ellers vil risikere at repræsentere deres regler som vilkårlige. Elaines terapeut, Margo, er meget uenig. Elaine har arbejdet hårdt for at nå sin udskrivningsvægt og føler tit, at hendes anstrengelser ikke bliver anerkendt. Margo præsenterer dette synspunkt for Bob, der svarer ved at påstå, at Margo er "fanget i Elaines patologi", og at hun lader Elaine "splitte" behandlingsteamet. Efterfølgende sker dette:

*Bob agreed that the test "isn't perfect" but said that the problem here was that Elaine wanted it to be perfect. He argued that the treatment team should not cater to that desire; the best the team could do was make a decision and stick to it. The following day, Elaine wrote a two-page essay for miniteams (an unusual gesture) expressing her anger and confusion about why she could not go home. Bob said that the team should not respond, because Elaine was obsessing (ibid., p. 132-133).*

Her ses tydeligt, hvordan kritik fra patienten og uoverensstemmelser i behandlingsteamet føres tilbage til patientens sygelighed og ikke til hierarkiske og kønnede magtrelationer i den aktuelle behandlingskontekst. Et andet perspektiv er, at Elaine med sit mini-essay yder en ret selvstændig og krævende form for modstand. Kritikken i og af systemet fortolkes som patientens patologi og som de kvindelige behandleres problemer med "at sætte grænser" og praktisere et naturligt minimalt moderskab uden at blive overinvolverede i patienterne. Alternative lidelsesudtryk eller små livshandlinger fortolkes kun inden for rammerne af den dominerende sygdomsforståelse. Behandlingsteamet fremstår som dem, der objektivt har fundet frem til den rigtige behandling på baggrund af patientens sande patologi. Elaines essay kan derfor ikke inkluderes som en gyldig fortolkning eller lille livshandling.

### 2.2.3. Modstand i et selvbekræftende system

Den typiske anorektiker bliver på Walsh forstået som en, der internaliserer problemer, men også som en, der på sigt skal internalisere behandlingskulturens forståelser. Samtidig indebærer forståelsen af det sunde behandlingsforløb, at patienten udtrykker en form for modstand. Fordi patienten ses som en, der internaliserer og ikke har et tilstrækkeligt autonomt selv, skal patienten i den terapeutiske familie lære at stå på egne ben. Den typiske anorektiske patient skal altså balancere mellem internalisering af forståelser og regler på den ene side og sund modstand på den anden side.

Men hvad sker der, når patienter ikke udfylder rollen som den typiske anorektiker; når de yder en forkert modstand i form af en mere direkte kritik af behandlingen? Disse patienter (som oftest er socialt udsatte etniske minoriteter) karakteriseres som udadreagerende og borderline. De ekskluderes fra behandlingen, fordi de ikke spiller rollen som "ægte anorektikere" på (d)en måde, der giver mening i den pågældende behandlingskultur.

Handlinger, der kan ses som en forståelig modstand mod problematiske forhold i behandlingen, føres tilbage til patienterne som deres indre problemer uden forståelse for klassetilhørsforhold og etnicitet. De er borderline, og derfor er det uden for kritik, at de ekskluderes. På den måde understøtter eksklusionen af "de forkerte" patienter behandlingskulturens naturaliserede forståelser, og diverse lidelsesudtryk og små livshandlinger overses. Den "ægte" anorektiker eller cutter kan kun eksistere i kulturelle systemer, hvor der er fastlåste normative forestillinger om, hvordan man tænker og opfører sig, når man f.eks. skærer i sig selv, sulter sig selv eller på anden vis er selvskadende.

### 2.3. Om-kultur

I ovenstående behandlingskulturelle kontekst ses et yderst begrænset mulighedsrum for forskellige lidelsesudtryk eller små livshandlinger. Vi kalder en sådan behandlingskultur for en *om-kultur*, fordi der primært tænkes og tales *om* patienterne.

Et helt centralt om-kulturelt træk er, at der sker en naturalisering af "objektiv" viden om patienterne. Et andet centralt træk er, at modstand, kritik og uoverensstemmelser i behandlingen fortolkes som symptom på sygdom, hvilket er med til at reproducere eksisterende magtrelationer. Hvis man primært fortolker modstand inden for rammerne af patienternes, familiens (eller personalets) sygelighed, bekræftes de allerede eksisterende diskurser, og systemet opretholdes. Problemet med selvbekræftende systemer og om-kulturer er netop, at man som behandler fritages for sin rolle som kulturel aktør. Man fritages for sit ansvar som medskaber af sygdomsforståelser; forståelser, som følgelig begribes som objektive sandheder om patienterne.

Når man beskriver selvskade som en empirisk objektiv virkelighed, man kan fastslå som forårsaget af f.eks. mangelfuld udvikling eller en anomalitet i hjernen, så bliver konteksten mere eller mindre overflødig. Diagnosti-

ceringspraksis er fortolkninger af patienters lidelsesudtryk, og det er, som psykiateren Arthur Kleinman beskriver det, kulturelt begrænsede aktiviteter (Kleinman, 1988, p. 9). Men det begrebsliggøres ofte ikke som sådan.

Behandlingskulturer er ikke fri fra den større kulturelle kontekst, den er placeret i: Normative kulturelle forestillinger om krop, udvikling af selvet osv. eksisterer og reproduceres også, og måske især i sociale interaktioner på behandlingssteder. Hvis man søger at forstå selvskade som socialt fænomen i et senmoderne samfund, er det derfor nødvendigt ikke blot at analysere mennesker, der selvskader, og deres hjerner, fortid og mangler. Man må kaste et kritisk blik på forståelser, praksisser og socialitet i den aktuelle behandlingskontekst.

### 3. Den postmoderne udfordring: Diagnostisk sprog og metanarrativer

*“A visit to a university bookshop evokes a feeling of boredom. The new provoking insights about man in the current culture are more likely to be found in the shelves for philosophy, literature, art and anthropology”. “Whereas academic psychology is becoming a museum of modern thought, professional psychologists encounter human beings in their current world” (Kvale, 1992, p. 40, 48).*

Disse citater stammer fra en artikel i bogen *Psychology and Postmodernism*, som Steinar Kvale også redigerede. Han udtrykker her en postmoderne misfornøjelse over traditionel akademisk psykologi og modsætningsvis en værdsættelse af praktiserende psykologer, der møder *“human beings in their current world”*.

I sin skelsættende bog *The Postmodern Condition* har Lyotard (1984) en kort definition af det postmoderne som *“skepsis over for metanarrativer”*. De to dominerende metanarrativer inden for psy-videnskaberne er psykoanalysen og scientisme. Scientisme forstår vi her som naturvidenskabelig/medicinsk tankegang, som inden for psykoterapiforskning kaldes *“det medicinske paradigme”* (Wampold & Imel, 2015) – af Adler og Adler (2007) kaldet *“det psykomedicinske paradigme”*. Det er i høj grad disse metanarrativer, der dominerer den akademiske psykologi og også mainstream-psy-videnskaberne, når det drejer sig om selvskade (for en oversigt se Møhl, 2015; Rubæk, 2009). Et vigtigt narrativ i den forbindelse er den af pilleforskning inspirerede antagelse, at terapi (f.eks. kognitiv terapi, som er en vigtig aktør her) ligesom en virksom pille indeholder en identificerbar aktiv *“ingrediens”*. De to metanarrativer hævder universelle sandheder om mennesket og terapi, medens postmoderne tankegang fokuserer på lokale sandheder og horisontal ekspertise. *“Klienten er eksperten”*, som det udtrykkes (Anderson & Goolishian, 1992). Universelle sandheder er abstrakte generaliseringer, men praktiserende psykologer møder konkrete men-

nesker i deres livsverden, hvor to perspektiver, der danner baggrund for en postmoderne psykologpraksis, er vigtige. Disse perspektiver, der stadig i høj grad udfordrer mainstream-psy-videnskaber, blev formuleret af Gregory Bateson helt tilbage i 1951 i en bog om psykiatri og kommunikation (Ruesch & Bateson, 1951).

### **3.1. Det relationelle og kontekstuelle perspektiv**

Bateson, der har været en uhyre central figur i udviklingen af systemisk/narrativ/dialogisk tankegang (Bateson, 1972), forudsiger i denne bog, at psykiatrien vil bevæge sig væk fra at se psykiatriske problemer som individuelle problemer med rod i den enkeltes personlige og hjernemæssige patologi. Dette intrapsykeiske fokus vil forskydes til en relationel teori og praksis, hvor der fokuseres på “helheder (...), interaktion (...), cirkulære og netværksagtige årsagskæder (...)” (Bateson, 1951, p. 258-261).

Tidlig systemisk familierapi levede i høj grad op til denne del af Batesons forudsigelse. Interaktion – især i familien – og cirkularitet var vigtige fokuspunkter (Weakland, Fisch, Watzlawick & Bodin, 1974). Men det var i høj grad terapeuterne (og i mindre grad familien), der “opdagede” og intervererede over for, hvad de opfattede som uhensigtsmæssige relationelle løsninger. Man forestillede sig tilnærmelsesvis objektive observatører, der med baggrund i tidens familieteori i en vertikal praksis kunne afgøre, hvordan problemet skulle forstås og løses. Denne tankegang blev afgørende udfordret af den erkendelsesteoretiske revolution i familierapien (og mange andre steder, men ikke i mainstream-psykiatrien) i 80’erne. Dette bringer os til det andet kritiske perspektiv, der udfoldes i de sidste 40 års postmoderne teori og praksis – i postmilano-grupper og i narrativ og dialogisk terapi.

### **3.2. Den samskabte virkelighed: Klienten er eksperten**

Det forudgående Bateson-citat har en fortsættelse, hvor han håber på en bevægelse i psykiatrien i retning af at fokusere på “systemer, hvori observatøren er inkluderet”, hvor der er “et refleksivt fokus”, og hvor der er “fokus på den sociale kontekst og kultur. Helheden er udvidet til ikke blot at inkludere observatøren, men også teoretikeren og hans kulturelle og psykologiske forudindtagethed” (Bateson, 1951, p. 260-261).

I dette nye perspektiv antager man i socialkonstruktionistisk ånd, at virkeligheden skabes i sproget i menneskelige fællesskaber (Gergen, 2015). Virkeligheden – hverken den hjernemæssige, psykologiske eller relationelle – er ikke noget, man bare finder. Den *opfindes* og forhandles, og ingen har privilegeret adgang til sandheden. En følge af denne postmoderne opfattelse med opmærksomhed på sprogets virkelighedsskabende funktion er en øget opmærksomhed på fjendtlige metanarrativer (Andersen, 1996; Rasmussen, 2003).

Ludwig Wittgenstein har været en central baggrundsfigur i udviklingen af socialkonstruktionistisk tankegang (Shotter, 2012). En central pointe hos Wittgenstein er, at der til forskellige livsformer hører bestemte sprogspil – her kaldet grammatik (Wittgenstein, 1953). Brinkmann (2009) skelner med Harré (2002) mellem Person-grammatik, Organisme-grammatik og Molekyle-grammatik, som egner sig til henholdsvis at forstå en person, en organisme og hjernen. Her kunne vi tilføje Diagnose-grammatik. Hvis man forstår selvskadere som Personer (“human beings in their current world”) med Molekyle- eller Organisme-grammatik, foretager man en mereologisk fejlslutning (at slutte fra en del til helhed: Vi har en hjerne, vi er ikke hjernen). Brinkmann mener selv, at man kan forstå udmattelse og forstoppelse, men ikke vrede og fortvivlelse med disse grammatikker. I litteraturen om selvskade hos Favazza og mange andre er denne reduktionistiske fejlslutning udbredt. Wittgenstein har ikke beskæftiget sig med selvskade, men de mainstream-psy-videnskaber, der forsøger at forstå komplekse psyko-/sociale/kulturelle fænomener som selvskade med reducerende sprogspil rammes efter vores mening af følgende citat:

*... they constantly see the method of science before their eyes, and are irresistibly tempted to ask and answer questions in the way science does. This tendency ... leads the philosopher into complete darkness (Wittgenstein, 1958, p. 18).*

Forstår man vrede, fortvivlelse og selvskade med O-, D- eller M-grammatik, ender man i “fuldstændigt mørke”.

Den postmoderne opmærksomhed på magt, herunder sprogets magt, på lokale sandheder og på horisontal ekspertise bliver sat i perspektiv af den kendsgerning, at det medicinske paradigme på psykoterapi stille og roligt er blevet undermineret af de metaanalyser af RCT-forsøg, som mainstream-psy-videnskaberne anser for “golden standard”. Der er meget lille eller ingen evidens for specifikke ingredienser i psykoterapi, men overvældende evidens for kontekstuelle faktorer som “*alliance, empathy, goal-consensus/collaboration, positive regard/affirmation, congruence/genuineness ...*” her gengivet fra andenudgaven af Bruce Wampolds berømte bog *The Great Psychotherapy Debate* (Wampold & Imel, 2015. p. 257). Ville det være for frækt at sige, at de postmoderne erkendelser om horisontal ekspertise nærmest bliver bekræftet her? Følgende citat fra samme bog bærer brænde til bålet:

*Interactions between treatment and characteristics of the client has been the cornerstone of the medical model since 1969... In the subsequent years, there has been virtually no evidence to support theoretically derived interaction of hypothesized client deficits and treatment (Wampold & Imel, 2015, p. 231-232).*

Den medicinske fejlfindingsmodel er gavnlig i mange situationer, og der kan være en forskningsmæssig interesse i at finde overhyppighed af borderline, belastende traumer, mangelfuld mentaliseringssevne, usikker tilknytning (Skårderud, 2007) osv. ad nauseam. Men dels har mange selvskadere ikke disse fejl (Adler & Adler, 2007; Kokaliari & Berzoff, 2008), og terapeutisk er den gavnlige virkning af at fokusere på klientens hypotetiske fejl udokumenteret. Tværtimod kan man argumentere ganske overbevisende for, at det er skadeligt at fokusere på det, Duncan et al. (2004, p. 35) kalder *“the killer Ds of client desecration – diagnosis, deficits, disorders, diseases, disabilities and dysfunction”* (se også Rosenhan, 1973; Rasmussen, 2003).

Når den nyeste forskning om psykoterapi ikke har let ved at føre til en ændret psykoterapeutisk praksis, hænger det formodentlig sammen med de interesser og den magt, der er i de dominerende metanarrativer i psykiatrien og i det *“enorme medico-administrative kompleks”* (Foucault, 1989). Dette er også baggrunden for den *“McDonaldization of psychotherapy”* (Goodman, 2016), der finder sted f.eks. i dansk psykiatris ydelsessystem.

## Epilog

*The truth about man in the mouth of others, not directed at him and therefore a secondhand truth, becomes a lie degrading and deadening him* (Bakhtin, 1984, p. 59).

Sheila McNamee argumenterer i en artikel ud fra en postmoderne skepsis for den holdning, hun kalder terapeutisk promiskuitet, hvor terapeuten tillader sig at holde af og bruge redskaber og tanker fra mange forskellige terapeutiske retninger (McNamee, 2004). Hun ser det således: *“A dialogic emphasis (as opposed to scientism) generates the sort of promiscuity (and curiosity) that yields effective therapy”* (McNamee, 2004, p. 226). Favazzas bog om selvskade (2011) er på en måde et postmoderne hybridværk, der lever op til McNamees postmoderne skepsis. Der er udførlige beskrivelser af selvskade på alle kroppens dele. Der er mange eksempler på vidtløftige psykoanalytiske spekulationer. Hjerneforskning får også sin plads, og der er det sædvanlige knæfald for *“evidensbaseret”* psykoterapi eksemplificeret ved dialektisk adfærdsterapi (DAT). I en epilog, *Body play. My journey*, beskriver Fakir Musafar, hvordan han som en selvteknologi har arbejdet med sin krop på vej til en højere erkendelse. Et foto i bogen viser ham hængende i et træ med to kroge i brystet i en tilbagevending til et gammelt sioux-ritual.

Men i al sin prisværdige rummelighed og tolerance lever Favazza næppe op til McNamees formaning senere i samme artikel om, at man skal *“remain attentive to what conversational resources we select and which ones might serve as useful alternatives”* (McNamee, 2004, p. 247). Kort sagt: Den promiskuøse terapeut må gerne være kræsen med sine sengekammerater. Sproget er ikke uskyldigt (Andersen, 1996).

Selvom det i en vigtig postmoderne praksis “åben dialog-psykiatri” (Seikula & Olson, 2003) med rette betones, at det er vigtigt at tale *med* patienten mere end *om* patienten, er det formodentlig umuligt ikke at tale om patienten. Hvis vi taler om patienten, er det vigtigt at være postmoderne informeret, det vil sige at være skeptisk over for metanarrativer og universel viden, som altid kan bestrides og destabiliseres, som vi f.eks. har set det med ingrediensstanken i psykoterapi. Viden er altid forbundet med magt, og moderne magt (i form af psy-videnskabernes normaliserende diskurser om krop og sjæl) kan, som Foucault til overmål har vist, være lige så undertrykkende som “rå” magt. Når magten til at definere selvskades ætiologi og behandling primært ligger hos behandlerne, vil det medføre en form for tunnelsyn, hvor man kan se det, der er inden for rammerne af den allerede fastsatte sandhed *om* patienterne. Det er en form for betydningsafskærmning og en vertikal afgørelse af, hvad der er rigtige og forkerte fortolkninger. Det betyder i sidste ende, at handlemuligheder, både som behandler, patient og pårørende, bliver yderst begrænsede.

Derfor er det en vigtig forpligtigelse for en postmoderne behandler at være situeret og personlig frem for at være en fortæller for abstrakte og universelle sandheder, som “koloniserer” (Shotter, 1993) den lokale viden hos de mennesker, vi har med at gøre. I en horisontal postmoderne praksis ser man ikke kun sproget som beskrivende. Sproget ses derimod mere som konkret skabende, hvilket indebærer, at man skal bestræbe sig på at undgå fjendtligt sprog og med en færøsk digters ord i stedet forsøge at skabe “broer af sultne ord” (Nielsen, 2010). Et godt udgangspunkt for sådanne broer er en dialog med en forståelse af selvskade som en “lille livshandling” forankret i de rettigheder, vi tidligere har refereret.

Når vi taler om selvskade som en lille livshandling, er det for os ikke en ny og alternativ essentialisering. Cutting *er* ikke en lille livshandling, men i en dialog *kan* det tales frem som en sådan med åbenlyse etiske og terapeutiske fordele. En dialog, hvis udgangspunkt ikke er givet på forhånd i psy-videnskabernes traditionelle vertikale diskurs, men udfoldes i en kulturelt sensitiv dialog *med* den selvskadende patient og dennes netværk.

## REFERENCER

- Adler, P.A., & Adler, P. (2008). The cyber worlds of self-injurers: Deviant communities, relationships, and selves. *Symbolic Interaction*, 31(1), 33-56.
- Adler, P.A., & Adler, P. (2007). The demedicalization of self-injury. *Journal of Contemporary Ethnography*, 36(5), 537-570.
- Andersen, T. (1996). Language is not innocent. In F.W. Kaslow (Ed.), *Handbook of Relational Diagnosis and Dysfunctional Family Patterns* (pp. 119-125). New York: Wiley.
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. In S. McNamee & K.J. Gergen (Ed.), *Therapy as Social Construction* (pp. 25-39). London: Sage.
- Bakhtin, M. (1984 (1963)). *Problems of Dostoevsky's Poetics*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*. New York: Ballantine Books.



- Bateson, G. (1951). The convergence of science and psychiatry. In J. Ruesch & G. Bateson, *Communication. The Social Matrix of Psychiatry* (pp. 257-272). New York: Norton.
- Brinkmann, S. (2009). *Psyken: Mellem synapser og samfund*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Brinkmann, S. (2003). Psykoterapi som selvteknologi. *Matrix*, 20(4), 360-376.
- Duncan, B.L., Miller, S.D., & Sparks, J.A. (2004). *The Heroic Client* (2nd Ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Favazza, A. (2011). *Bodies under Siege: Self-mutilation, Nonsuicidal Self-injury, and Body Modification in Culture and Psychiatry* (3rd Ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Foucault, M. (1988a). "Practicing Criticism", an interview with Didier Eribon. In L. Kritzman (Ed.), *Michel Foucault: Politics, Philosophy, Culture* (pp. 152-156). New York: Routledge.
- Foucault, M. (1979). *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. New York: Vintage.
- Foucault, M. (2006a). *History of Madness*. London: Routledge.
- Foucault, M. (2006b). *Psychiatric Power: Lectures at the College De France 1973-1974*. New York: Palgrave Macmillan.
- Foucault, M. (1988b). Technologies of the self. In L.H. Martin, H. Gutman & P. Hutton (Ed.), *Technologies of the Self. A Seminar With Michel Foucault* (pp. 16-49). Amherst: University of Massachusetts Press.
- Foucault, M. (1989). *Foucault Live: Interviews 1966-1984*. New York: Semiotext(e).
- Gergen, K.J. (2015). *An Invitation to Social Construction* (3rd Ed.). Los Angeles: Sage.
- Goffman, E. (1961). *Asylums*. New York: Anchor Doubleday.
- Goffman, E. (1972 (1967)). On face-work: An analysis of ritual elements in social interaction. In E. Goffman, *Interaction Ritual: Essays on Face-to-Face Behavior* (pp. 5-46). Harmondsworth, Middlesex: Penguin University Books.
- Goodman, D.E. (2016). The mcdonaldization of psychotherapy: Processed foods, processed therapies and economic class. *Theory & Psychology*, 26(1), 77-95.
- Gremillion, H. (2003). *Feeding Anorexia: Gender and Power at a Treatment Center*. Durham: Duke University Press.
- Harré, R. (2002). *Cognitive Science: A philosophical Introduction*. London: Sage.
- Kleinman, A. (1988). *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*. New York: The Free Press.
- Kleinman, A., & Kleinman, J. (1991). Suffering and its professional transformation: Towards an ethnography of interpersonal experience. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15(3), 275-301.
- Kleinman, A., Veena, D., & Lock, M. (Eds.) (1997). *Social Suffering*. Los Angeles: University of California Press.
- Kokaliari, E., & Berzoff, J. (2008). Nonsuicidal self-injury among nonclinical college woman: Lessons from Foucault. *Journal of Woman and Social Work*, 23(3), 259-269.
- Kvale, S. (1992). Postmodern psychology: A contradiction in terms? In S. Kvale (Ed.), *Psychology and Postmodernism* (pp. 31-57). London: Sage.
- Lyotard, J.-F. (1984). *The Postmodern Condition: A Report on Knowledge*. Manchester: Manchester University Press.
- May, T. (1993). *Between Genealogy and Epistemology: Psychology, Politics, and Knowledge in the Thought of Michel Foucault*. Pennsylvania: The Pennsylvania State University Press.
- McNamee, S. (2004). Promiscuity in the practice of family therapy. *Journal of family therapy*, 26, 224-244.
- Møhl, B. (2015). *Selvskade: Psykologi og behandling*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Nichter, M. (2010). Idioms of distress revisited. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 34(2), 401-416.

- Nichter, M. (1981). Idioms of distress: Alternatives in the expression of psychosocial distress: A case study from South India. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5, 379-408.
- Nielsen, J. (2010). *Broer af sulne ord*. Hedehusene: Torgard Forlag.
- Parker, I., Georgaca, E., Harper, D., McLaughlin, T., & Stowell-Smith, M. (1995). *Deconstructing Psychopathology*. London: Sage.
- Rasmussen, A.L. (2010). *Fleksibel kulturmægling: En antropologisk undersøgelse af kulturmægling på en psykiatrisk service i Canada*. København: Kandidatspeciale, Institut for Antropologi, Københavns Universitet.
- Rasmussen, A.L., & Rasmussen, S.A. (2015). Tidsteknologier i psykoterapi. *Fokus på Familien*, 43(1), 59-78.
- Rasmussen, S.A. (2003). Det fjendtlige sprog. Refleksioner over udviklinger i psykiatrien. *Fokus på familien*, 31(4), 229-245.
- Rasmussen, S.A. (2015). Systemisk familierapi: Fra familierapi til en postmoderne relationel praksis. I B. Rosenbaum, P. Sørensen & F. Alberdi, *Moderne psykoterapi*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Ringer, A., & Holen, M. (2016). "Hell no, they'll think you're mad as hatter": Illness discourses and their implications for patients in mental health practice. *Health*, 20(2), 161-175.
- Rose, N. (1996). *Inventing Our Selves*. London: Routledge.
- Rosenhan, D.L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179, 250-258.
- Rubæk, L. (2009). *Selvskadens psykologi*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Ruesch, J., & Bateson, G. (1951). *Communication. The Social Matrix of Psychiatry*. New York: Norton.
- Seikkula, J., & Olson, M.E. (2003). The open dialogue approach to acute psychosis: Its poetics and micropolitics. *Family Process*, 42(3), 403-418.
- Selekman, M.D. (2009). *The Adolescent & Young Adult Self-Harming Treatment Manual: A collaborative strengths-based brief therapy approach*. New York: Norton.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1978). *Paradox and Counterparadox*. New York: Aronson.
- Shotter, J. (2012). *Wittgenstein in Practice: His Philosophy of Beginnings, and Beginnings, and Beginnings*. Chagrin Falls: Taos Institute Publication, WorldShare Books.
- Shotter, J. (1993). *Cultural Politics of Everyday Life*. Buckingham: Open University Press.
- Skårderud, F. (2007). Eating one's words: Part III. Psychotherapy for anorexia nervosa - A treatment and training manual. *European eating disorders review* 15, 323-339.
- Taussig, M.T. (1980). Reification and consciousness of the patient. *Social Science and Medicine*, 14(1), 3-13.
- Wade, A. (2007). Despair, resistance, hope: Response-based therapy with victims of violence. In C. Flaskas, I. McCarthy & J. Sheehan (Ed.), *Hope and Despair in Narrative and Family Therapy* (pp. 63-74). New York: Routledge.
- Wade, A. (1997). Small acts of living: Everyday resistance to violence and other forms of oppression. *Contemporary Family Therapy*, 19(1), 23-39.
- Wampold, B.E., & Imel, Z.E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work* (2nd Ed.). New York: Routledge.
- Weakland, J.H., Fisch, R., Watzlawick, P., & Bodin, A.M. (1974). Brief therapy: Focused problem resolution. *Family Process*, 13, 141-168.
- White, M. (1997 b). Narrative therapy and poststructuralism. In M. White, *Narratives of Therapists' Lives* (pp. 220-235). Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- Wittgenstein, L. (1953). *Philosophical Investigations*. Oxford: Blackwell.
- Wittgenstein, L. (1958). *The Blue and Brown Books*. Oxford: Basil Blackwell.
- Young, A. (1995). *The Harmony of Illusions. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. Princeton: Princeton University Press.