

AT SKÆRE SMERTEN BORT – om cutting som drug

Bo Møhl

I de senere år er forekomsten af selvmutilerende adfærd og særligt cutting – det at skære sig selv med barberblad, kniv, glasskår eller lignende – steget meget. Specielt blandt yngre kvinder ses en udvikling, der starter med en impulsiv selvmutilerende handling, der gentages, og efterhånden bliver cutting den anvendte metode til at dulme en indre smerte. Nogle patienter udvikler en massiv afhængighed med craving, toleranceøgning, abstinenssymptomer ved hurtig seponering, samt recidivrisiko i et forløb, der ligner afhængighedssyndromer, som vi kender fra alkohol- og medicinmisbrug. Artiklen beskriver indledningsvis selvmutilerende adfærd som kulturel praksis og som psykopatologisk fænomen. Herefter gennemgås prevalensundersøgelser, og derefter undersøges den psykiske funktion af cutting. Endelig slutter artiklen med en gennemgang af henholdsvis psykologiske og biologiske teorier om udvikling af cutting-afhængighed.

Indledning

Selvmutilering er blevet kaldt for »*the addiction of the 90's*« (Strong 2000) og er blevet sammenlignet med bl.a. alkoholmisbrug: »*Like the spate of housewives in the 1950s who became alcoholics from the boredom of being stay-at-home moms in suburbs, today's women are turning into self-injury to cope with the mass of pressures facing them*« (Conterio et al. 1998). For de fleste mennesker er selvpåført smerte og afhængighed to vidt forskellige ting. Smerte er noget, som de fleste vil undgå, og derfor noget, der ikke i traditionel forstand er afhængighedsskabende. Ikke desto mindre er selvmutilerende adfærd og dermed selvpåført smerte i næsten epidemisk udvikling (Zlotnick et al. 1999). Det er ikke længere et isoleret individualpsykologisk fænomen, men noget, der præger vores kultur. Undersøgelser godtgør, at selvmutilerende adfærd specielt er udbredt blandt yngre mennesker, og at der i enhver gymnasieklasse er en eller flere af pigerne, der skærer sig selv,

I artiklen indgår en del kasuistisk materiale. Alle navne og oplysninger, som ville kunne identificere patienten, er ændret.

Bo Møhl er cand.mag. & cand.psych. og er ansat som ledende psykolog på Psykiatrisk Klinik, Neurocentret, Rigshospitalet.

brænder sig med cigaretter eller lignende. Selvmutilerende adfærd er ikke længere noget, som man kun ser hos psykiatriske patienter, og det kan virke næsten paradoksalt, at vi i vores kultur, hvor de fleste mennesker stort set kan undgå fysisk smerte, ser en stigende forekomst af selvpåført smerte som en form for piring eller stimulation. Det er oplagt at drage en parallel til anoreksi, der er specielt udbredt i den vestlige verden, hvor sult og underernæring er udryddet.

Andrea er en 24-årig universitetsstuderende, der går i ambulant samtaletterapi på grund af en lettere angstlidelse. I løbet af behandlingen afslører hun, at hun er begyndt at skære sig selv på armene med et barberblad eller et glasskår. Hun er flov over det, og har derfor ikke fortalt det til nogen. Det startede med, at hun følte en voldsom indre smerte og hjælpeløshed i forbindelse med, at hendes kæreste gennem ¾ år havde forladt hende. Efter at have drukket en flaske vin sad hun i sin ulykkelighed og skar sig i håndleddet med tanker om at skære pulsåren over. Hun kunne ikke tage sig sammen til at gøre det for alvor, men pludselig kom hun til at skære for dybt – så dybt, at det gjorde ondt og blodet begyndte at løbe ned ad hendes arm. Hun blev forskrækket over, hvad hun havde gjort og begyndte at behandle sig selv med plaster og gazebind. Samtidig oplevede hun at falde til ro – smerten og det at se og mærke blodet løbe ned ad armen gav hende en rar følelse, og samtidig blev hun afledt fra sine indre smerte. Nogle dage senere gentog hun sin handling efter at have talt i telefon med sin tidligere kæreste, der holdt fast i sin beslutning om at gøre forholdet forbi. Også denne gang oplevede Andrea en lettelse ved at mærke smerte, og efterhånden gentog hun den selvmutilerende adfærd ved selv mindre frustrationer. »Der skulle mindre og mindre til«, som hun formulerede sig. Efterhånden blev det egentligt lystbetonet for hende. Hun kunne gå i timevis og glæde sig til, at hun kunne komme til at skære sig selv. Smerteoplevelsen forsvandt efterhånden og blev i stedet afløst af en dejlig fornemmelse af at være høj. – Efter at hun havde fortalt det i terapien hos psykologen, satte denne direkte ind på at få det stoppet. Efter nogle måneder kunne hun så småt lægge sin selvmutilerende adfærd fra sig. Hun havde dog stadigvæk lysten til at skære sig. Efter at have undladt at skære sig i en måned, fejrede hun dette med at skære sig i armen og dermed gentage det gamle mønster. – Det, der startede som en desperat reaktion på en ubærlig psykisk smerte, udviklede sig hurtigt til en egentlig lystbetonet afhængighed.

Udviklingsforløbet i tilfældet med Andrea er typisk for den afhængighed, der kan opstå af cutting – en afhængighed, der ligner alkoholikerens. Også alkoholikeren kan starte sin misbrugskarriere med at drukne en sorg eller drikke sig mod til med et par øl, der med tiden hurtigt bliver til flere og flere.

I det følgende vil jeg beskrive selvmutilerende adfærd som en ny form for afhængighed. Specielt vil jeg fokusere på den type, der er hyppigst forekommende og i størst vækst, nemlig cutting eller det at skære sig med f.eks. barberblad, kniv eller glasskår, som vi så i ovenfor anførte kasuistik. Emnet har ikke tidligere været behandlet på dansk, hvorfor jeg først vil give et generelt historisk rids og diskutere definitionen på selvmutilerende adfærd. Herefter vil jeg kaste et blik på epidemiologien og de psykologiske teorier om årsagerne til cutting for endelig at diskutere, hvorvidt man kan tale om en afhængighed i traditionel forstand.

Selvmutilation – et nyt fænomen?

I dag forbinder vi i den vestlige kultur en veltrænet intakt krop med noget godt og sundt, og selvpåført kropslig forandring eller mutilering som forstyrret eller ligefrem sygt. Men sådan har det ikke altid været, og er ikke alle steder i verden i dag. Kropslige forandringer findes eller har fundet sted i næsten alle kulturer, og går fra hovedformning i det gamle Egypten over indsnøring af kvinders fødder i Kina, der bevirkede, at deres ejerinder ikke kunne gå selv, til vore dages øre-, næse-, tunge- og genital piercing. I visse kulturer hører en fysisk deformation af kroppen med til et attraktivt skønhedsideal eller som statusmarkør. F.eks. gælder det blandt Mursierne i Ætiopien, at kvinderne, før de skal giftes, løsner underlæben med et snit, for derefter at indsætte større og større lerskiver. Størrelsen af lerskiven er med til at afgøre hendes »værdi« på ægteskabsmarkedet og har dermed betydning for hendes kommende sociale status. I nogle centralafrikanske stammer indsættes successivt halsringe, således at halsen bliver længere og længere for til sidst at være så lang, at den ikke kan bære sig selv. – De eneste dele af kroppen, som ikke har været mål for socialt sanktionerede mutilerende indgreb, er anus og øjne (Favazza 1996). Selvmutilering behøver således ikke nødvendigvis at være et psykopatologisk fænomen.

Favazza (1996) skelner mellem kulturelt accepteret og patologisk selvmutilering, som han igen inddeler i en *alvorlig* (f.eks. amputationer), en *stereotyp* (f.eks. headbanging) og en *overfladisk* type (f.eks. cutting). Sidstnævnte inddeles yderligere i en kompulsiv, episodisk og repetitiv form for selvmutilering. De tre typer kan gå over i hinanden, men det er i den overfladiske repetitive gruppe, vi ser udviklingen af afhængighed, som er temaet for denne artikel.

Kulturelt accepterede former for selvmutilation

Der eksisterer omfattende beskrivelser af socialt accepterede former for religiøse eller ritualiserede selvmutilerende adfærd, og de ældste vidnesbyrd, vi kender til, er hulemalerier, der er mere end 20.000 år gamle. (Favazza 1996). Mutilering er et centralt tema i flere religioner. Kristus blev korsfæstet, Odin

gav et øje for at opnå visdom, Osiris blev kastreret, og det hedder sig, at Buddha gav kød fra sin egen krop til en sulten tiger. Som religiøst betinget handling er selvpineri og selvmutilerende adfærd forbundet med skyld og soning. Flagellanterne, der i det 14. århundrede piskede sig selv, eller mennesker, der påfører sig selv dybe sår i håndfladerne og på fødderne er eksempler på nogle, som i den kristne kultur, påfører sig selv smerte i en form for identifikation eller solidaritet med Jesu lidelser. Også i andre kulturer har man eksempler på religiøst motiveret selvpåført lidelse. Tandudtrækning, trepanering, selvpåførte sår eller mutilering af kønsorganer som overgangsritualer er velkendt og socialt sanktioneret i flere kulturer.

Den form for selvmutilerende adfærd, der foregår i grupper og med et religiøst formål, er imidlertid psykologisk set forskellig fra selvmutilerende adfærd som tegn på psykisk sygdom.

Patologiske former for selvmutilerende adfærd

Den første beskrivelse af selvmutilerende adfærd som udtryk for psykisk sygdom stammer fra Herodot, der ca. 450 år før Kristi beskrev, hvorledes den indespærrede Cleomenes med en kniv »...sliced his flesh into strips, working upwards to his thighs, hips, and sides until he reached his belly, which he chopped into mincemeat« (citeret fra Favazza 1996). I Det Ny Testamente finder vi beskrivelsen af den dæmonbesatte Legion, der »både nat og dag, løb rundt mellem gravene og på bjergene og råbte og skreg og slog sig selv med sten« (Markusevangeliet 5: 5). Et andet eksempel på sygelig selvmutilerende adfærd er Vincent van Gogh, som i affekt skar sit øre af og forærede det til en prostitueret kvinde, som han tidligere havde besøgt.

De tidligste medicinske eksempler på selvmutilerende adfærd er kasuistiske beskrivelser. Den første sygehistorie forfattet af en læge handler om Rachel Hertz eller Synålejomfruen, som hun blev kaldt i folkemunde. I årene fra 1807 til 1826 blev hun fulgt tæt af flere læger, som ikke kunne forstå hendes dramatiske symptomer. I en fase med »frygtelige smerter i underlivet«, hvor man troede, at hun var døden nær, gjorde hendes læge J.D. Herholdt »et dybt snit i Knuden paa dens ømme Punkt, og opdagede der et smalt, haardt Fremmed Legeme, som da det med Pincetten var trukket ud, befandtes at være en sort oxyderet Syenaal«. Han fandt 389 nåle i hendes krop, og nogle år senere opdagede man – via observationer gennem et hul i døren ind til hendes værelse – at hun selv havde påført sig sine lidelser. Hun blev sigtet for bedrageri og blev således ikke opfattet som syg. Hun blev overdraget til en præst, som skulle sørge for moralsk og religiøs belæring. N.C. Møhl, der var Herholdts assistent, skrev bl.a. at hun »...til hvis Obduction man sleb Knive faa dage før Bedrageriets Opdagelse nu er kommet sig med en saa repid Hast, at hun faa Maaneder derefter befattede sig med huuslige Forretninger – Strykning, Vaskning og Optugtelse af sin Verts lille Dreng.« (gengivet fra Michelsen 1989) – I dag ville man have diagnosticeret hende som havende Münchausens Syndrom.

En anden tidlig beskrivelse stammer fra 1846 og handler om en 48-årig enke, der i et formodentlig depressivt anfald af skyld stak begge sine øjne ud, gik nøgen rundt gaderne, hvor hun bad alle og enhver om, de ville gifte sig med hende. Hun anmodede lægerne om at amputere både arme og ben (Bergmann 1846). – I årene derefter blev der publiceret flere spektakulære medicinske kasuistikker, der alle beskrev den selvmutilerende adfærd som enten udtryk for sindssyge eller som hysterisk forsøg på at påkalde sig opmærksomhed.

De første forsøg på at forstå baggrunden for selvdestruktiv eller selvmutilerende adfærd psykologisk er psykoanalytiske. Freud indførte i Hinsides Lystprincippet (1920) dødsdriften (thanatos) bl.a. som en psykologisk forklaring på selvpåført ulyst – det vil sige adfærd, som ikke er foreneligt med realitets- eller lystprincippet. Dødsdriften viser sig bl.a. ved tvangsmæssige gentagelser af traumatisk ulystbetonet adfærd samt ved selvmord. Med dødsdriften, der allerede var beskrevet af Stekel (i 1907) og af Adler i form af aggressionsdrift (1908) samt Spielrein (1912), lå der en fortolkningsramme, der kunne give en form for mening med selvdestruktiv adfærd og selvmord.

I den tidlige psykoanalytiske optik blev suicidal og selvmutilerende adfærd således tolket principielt ens, nemlig som et udtryk for dødsdrift. Dette har formodentlig været grunden til, at der ikke klart er blevet skelnet mellem det ene og det andet – en mangelfuld skelnen, der måske også afspejler, at psykiatrien har været mere optaget af selvmord og derfor har opfattet selvmutilerende adfærd som ufuldbyrdet selvmord.

Begreber som »*partial suicide*«, »*focal suicide*« (Menninger 1935) og »*attempted suicide*« (Hendin 1950) antyder opfattelsen af den nære sammenhæng mellem selvmutilerende adfærd og suicidium. Denne diskussion pågår stadigvæk, og nogle forskere betegner selvmutilerende adfærd som *parasuicide*, hvorved det markeres, at selvmutilerende adfærd ligner selvmord uden at være det (Kreitman 1977, Shneidman 1985). Noget andet er så, at mennesker med selvmutilerende adfærd har en stærkt forøget risiko for at dø ved suicidium. Mellem 55-85% har haft mindst et selvmordsforsøg (Stanley et al. 2001), og i forhold til baggrundsbefolkningen er suicidalrisikoen forøget med en faktor 30 (Cooper et al. 2005).

Tidlig klassifikation af selvmutilerende adfærd

Karl Menninger var den første, der foretog en mere grundig analyse og kategorisering af forskellige former for selvmutilation. I 1935 (og senere i bogen *Man Against Himself* fra 1938) foreslog han, at man inddelte selvmutilerende adfærd i fire kategorier: neurotisk, psykotisk, organisk og religiøst betinget selvmutilation. Han var også den første, der beskrev selvmutilerende adfærd som en form for selvmedicinering i den forstand, at den suicidal impuls

retter sig mod en del af kroppen (»*partial suicide*«, »*focal suicide*«) frem for mod hele kroppen – altså egentligt selvmord: »*Local self-destruction is a form of partial suicide to avert total suicide*« (Menninger 1938, p. 271). Og han skriver senere, at »*In this sense it represents a victory, even though sometimes a costly one, of the life instinct over the death instinct*« (ibid. på 285). Pointen er, at selvmutilerende adfærd udgør en kompromisdannelse mellem livs- og dødsdriften, og den bliver dermed en form for beskyttelse mod fuldbyrdet selvmord (ibid.).

Der var imidlertid ikke mange, som kunne følge hans tænkning, og Menninger var med dette synspunkt langt forud for sin tid. I 1959 forudså han, at fremtidens psykiatere ville se patienter med kroniske selvdestruktive impulser som noget ganske andet end akutte suicidale impulser. Han er her inde på temaet for denne artikel, nemlig den repetitive, overfladiske selvmutilerende adfærd, der bedst kan karakteriseres som afhængighed (Menninger 1959).

I 1960'erne og 1970'erne kom der flere arbejder, som fremhæver, at cutting faktisk er det modsatte af suicidium, nemlig »*an act of antisuicide, for the cutting is used as a direct reliable and rapidly effective way of coming back to life from the dead unreal preceding state*« (Simpson 1976). Nogle år forinden har flere forfattere henledt opmærksomheden på den stigende forekomst af cutting. Graff og Mallin (1967) indfører begrebet *the wrist cutting syndrome* og Pao (1969) *delicate self-cutting*. Begge fremhæver, at personen føler lettelse efter at have skåret sig, og understreger, at denne netop ikke har intentionen om at begå selvmord.

I 1979 kom den første bog med decideret fokus på selvmutilerende adfærd (Ross & McKay 1979). Her skelner de mellem *direkte* selvmutilerende adfærd, hvor skaden optræder akut, og *indirekte* selvmutilerende adfærd som overspisning, rygning og alkoholmisbrug. På baggrund af casestudier beskriver de ni typer selvmutilerende adfærd som f.eks. *cutting, biting, abrading, burning, hitting*. De understreger, at det forhindrer både en dybere forståelse og målrettet behandling af selvmutilerende adfærd, hvis det opfattes som suicidal adfærd. Der er tale om to helt forskellige fænomener.

I en artikel, der har haft stor betydning for forståelse af selvmutilerende adfærd, argumenterer Pattison & Kahan (1983) for, at »*the deliberate self-harm syndrome*« indføres som selvstændig diagnose i DSM-systemet. Denne diagnose refererer til en gruppe patienter, som er karakteriseret ved »*direct self-harm behavior, with low lethality, in a repetitive pattern*«. I 1993 argumenterer Favazza & Rosenthal ligeledes for, at der etableres en selvstændig akse-I diagnose for »*the repetitive self-mutilation syndrome*« (RSM), som de kalder det. De diagnostiske kriterier for RSM er følgende:

- 1) *Preoccupation with harming oneself physically;*
- 2) *Recurrent failure to resist impulses to harm oneself physically, resulting in the destruction or alteration of body tissue;*
- 3) *Increasing sense of tension immediately before the act of self-harm;*

- 4) *Gratification or a sense of relief when committing the act of self-harm and*
 - 5) *The act of self-harm is not associated with conscious suicidal intent and is not in response to a delusion, hallucination, transsexual fixed idea, or serious mental retardation*
- (Favazza 1996)

Denne diagnose – eller rettere forslag til samme – læner sig op af de eksisterende *Impulse-Control Disorders* i DSM-IV, hvor bl.a. patologisk spillelidenskab, kleptomani, pyromani og trichotillomani er placeret.

Af dette korte historiske rids fremgår det, at der findes ganske mange betegnelser for selvmutilerende adfærd: *self-mutilation, self-destructive behavior, deliberate self-harm, self-injury, intentional self-harm, self-cutting, self-wounding, focal suicide og parasuicide*. Ross & McKay (1979) har identificeret 33 forskellige begreber for (omtrent) det samme.

Definition

Definitionen på selvmutilerende adfærd, som jeg vil bruge i denne artikel, stammer fra Suyemoto (1998), der skriver, at »*self-mutilation is a direct, socially unacceptable, repetitive behavior that causes minor to moderate physical injury; when self-mutilating, the individual is in a psychological disturbed state but is not attempting suicide or responding to a need for self-stimulation or a stereotypic behavior characteristic of mental retardation or autism*« (Suyemoto 1998).

Denne definition rummer flere centrale ting, nemlig, at der er tale om en socialt uacceptabel, direkte selvskadende handling, der gentages igen og igen med mindre eller moderate skader til følge, som ikke sker i suicidalt øjemed. Endvidere skal adfærden være forskellige fra den stereotype selvstimulerende adfærd, som man kan se hos autistiske eller dårligt begavede mennesker. Enkeltstående handlinger eller suicidalforsøg er dermed udelukket fra denne definition.

Det følgende vil imidlertid primært handle om cutting, fordi det typisk er her vi ser udvikling til en egentlig lystbetonet afhængighed. Cutting betyder at skære sig, hvilket kan ske med barberblad, kniv, glasskår eller andre skarpe genstande, som kan skære gennem huden. Sædvanligvis er det håndled og underarme, der står i fokus hos cutteren. Men cutting kan også foregå andre steder på kroppen som på brystet, benene, i ansigtet og kønsorganerne. Ofte er der tale om relativt overfladiske sår, men indimellem – måske ved fejltagelser – kan der ses dybere flænger, som behøver suturering. De fleste cuttere ved god besked om, hvor dybt og hvor de kan skære uden for alvor at gøre skade. Nogle patienter ridser ord eller mønstre ind i huden – og nogle gør det på en ritualiseret måde:

Beate skrev igen og igen »jeg hader dig« på sin over- og underarm. Efterhånden var skriften blevet til ar. Hvis ikke hun skrev på sig selv med glasskår eller barberblad, lavede hun kvadratiske mønstre, således at hendes underarm var helt dækket af tern. Enkelte gange havde hun hældt syre i sårene for at forøge smerten.

For nogle spiller synet og fornemmelse af blod en stor rolle:

»Jeg kan blive høj af at mærke og se blodet løbe ned af mine arme. Det er så lækkert! Og det giver en dyb rar følelse af lettelse og intens tilstedeværelse, som jeg tidligere kun har oplevet i forbindelse med sex. Og nu er det meget bedre end sex«

Ordene stammer fra Cecilie, der er en 26-årig kvinde, som i løbet af få måneder har udviklet en massiv lystbetonet afhængighed af cutting. Hun skærer sig mest på overarmene (for letter at skjule sår og ar) og på brystet, men kan også opnå lyst og lettelse ved at skære sig på benene med et barberblad eller et glasskår, som hun altid har på sig.

Prævalens

Selvmutilerende adfærd generelt og måske specielt cutting er formodentlig både underrapporteret og -diagnosticeret. Der findes utvivlsomt langt flere mennesker, der skærer eller brænder sig selv, end vi ved om. Dette kan hænge sammen med, at det er skamfuldt og derfor noget, som de selvmutilerende forsøger at skjule, men der eksisterer formodentlig også en modstand hos behandlere og andre, der kommer i kontakt med mennesker, der igen og igen mutilerer sig selv, imod at se og erkende fænomenet. Det kan være endda meget pinagtigt at være vidne til, at andre mennesker bevidst og med fuldt overlæg beskadiger sig selv. Derfor ses ikke sjældent aktivering af voldsomme modoverføringsreaktioner i form af angst, afmagt, desperation, men også aggression og sadisme, som kan være svære at rumme og bearbejde.

Når det gælder epidemiologiske undersøgelser, lider mange under mangelfulde definitioner på selvmutilerende adfærd og usikker afgrænsning i forhold til suicidium. Dette gør det vanskeligt at få nøjagtige tal for prævalens.

Undersøgelser viser, at omkring 4% af den almene befolkning og 13,9% af collestuderende indimellem har selvmutilerende adfærd (Ross & Heath 2002). 35% af collestuderende har haft mindst et tilfælde af selvmutilerende adfærd i løbet af deres liv (Gratz 2001). Cutting er den mest almindelige form for selvmutilerende adfærd blandt yngre mennesker, og det fremgår af en nyere undersøgelse af skoleelever i USA, at blandt dem, der er selvmutilerende, så rapporterede 83,6%, at de brugte en metode (med cutting som

den hyppigste), og 60,6% rapporterede, at de havde selvmutilerende adfærd fra 2 gange om måneden til flere gange om dagen. 19,6% havde kun mutileret sig selv en enkelt gang. (Ross & Heath 2002). Disse tal viser, at den gentagne selvmutilation er den hyppigste. Man kunne også driste sig til at sige, at når man en gang har skåret sig, så fortsætter man og udvikler måske et egentligt afhængighedsforhold?

De få danske undersøgelser over forekomsten af selvdestruktiv adfærd er vanskelige at tolke, fordi definitionen af selvmutilerende adfærd er meget bred, men det fremgår hos Jessen et al (1996), at 15,4% af 15-24-årige under uddannelse svarer ja til spørgsmålet: »Har du nogensinde skadet dig selv med vilje?«. – I en stor undersøgelse af unges trivsel fremgår det, at 16,9% af pigerne og 4,6% af drengene har haft selvdestruktiv adfærd (defineret som overdosis piller eller »snitte dig selv«). Blandt de selvmutilerende piger havde 37,1% snittet sig i hånden, mens dette gjaldt for 24,8% af drengene. Det er imidlertid en vigtig pointe i tolkningen af disse tal, at der ikke skelnes mellem selvmordsadfærd og selvmutilerende adfærd, som begrebet bruges i denne artikel.

Blandt psykiatriske patienter har man fundet meget højere prævalenstal varierende med diagnose, alder og hvorvidt patienterne var ambulante eller indlagte. Deiter & Pearlman (1998) fandt, at 68% af de døgnindlagte og 42% af de ambulante havde selvmutilerende adfærd. Blandt ungdomspsykiatriske patienter har man fundet prævalenstal på 40-61% (Suyemoto 1998). En øget forekomst af selvmutilerende adfærd ses specielt ved borderlinetilstande, posttraumatisk stress-syndrom, spiseforstyrrelser og dissociative forstyrrelser (Simeon & Favazza 2001).

Meget tyder på, at forekomsten af selvmutilering er stigende især blandt yngre mennesker. Ser man på prævalensundersøgelser fra 1970'erne, finder man, at ca. 1% af den almene befolkning og 3-5% af psykiatriske patienter havde selvmutilerende adfærd. De nyere tal viser en stigning, således at ca. 4% af den almene befolkning og omkring 21% af psykiatriske patienter har selvmutilerende adfærd.

Hvorvidt denne stigning afspejler en reelt øget forekomst af selvmutilerende adfærd, eller om den beror på ændret diagnosepraksis, er uklart, men det er den generelle opfattelse blandt klinikere, at der kommer stadig flere yngre patienter med selvmutilerende adfærd (Klonsky et al. 2003; Ross & Heath 2002).

Køn og cutting

Traditionelt har man fundet en højere forekomst af selvmutilerende adfærd hos kvinder end hos mænd, men disse fund er ikke entydige, når man ser på epidemiologiske undersøgelser. Ross & Heath (2002, 2003) har i to undersøgelser fundet signifikante kønsforskelle, idet 64% af de selvskadende unge

mennesker er piger. Klonsky et al. (2003) og Briere & Gil (1998), derimod, finder ingen nævneværdige kønsforskelle. De sidste fund står i kontrast til erfaringer fra klinikken, nemlig at selvmutilerende adfærd forekommer langt hyppigere hos kvinder end hos mænd. Måske kan dette bero på, at mænds selvmutilerende adfærd skjuler sig bag det faktum, at de hyppigere kommer til skade ved ulykker eller ved at involvere sig i slagsmål (Møhl 2004).

Med et hyppigt brugt citat fra en klassisk artikel bliver den typiske selvmutilerende patient fra en klinikers synsvinkel karakteriseret som følger: »*In summary, the cutter is an attractive, intelligent, unmarried young woman, who is either promiscuous or overtly afraid of sex, easily addicted. And unable to relate successfully to others. She is an older one in a group of siblings with a cold, domineering mother and a withdrawn, passive, hypercritical father. She slashes her wrists indiscriminately and repeatedly at the slightest provocation, but she does not commit suicide. She feels relief with the commission of her act*« (Graff & Mallin 1967).

Denne relativt gamle beskrivelse har utvivlsomt fungeret som matrice for mange yngre klinikere, forstået på den måde, at den har indskrænket billedet af den selvmutilerende patient, hvorfor f.eks. drenge eller mænd ikke i samme udstrækning som »*attractive, intelligent, unmarried young women*« har været i klinikernes søgelys. De har derfor haft lettere ved at skjule sig, men de findes:

Peter er 32 år og indlagt på en psykiatrisk afdeling på grund af selv-mordstanker. Han har gennem flere år haft både stof- og alkoholmisbrug, og gennem det sidste års tid er han desuden begyndt at skære sig selv på underarmene. Trangen til at skære sig kommer impulsivt og ofte i forbindelse med, at han føler sig deprimeret over sit liv, som han opfatter som en »total fiasko«. Han mener ikke, at han kan leve op til de krav, som specielt hans far stiller til ham. Derfor må han straffe sig selv.

Uanset at der også findes mænd, som skærer sig, så er den typiske cutter stadigvæk en ung pige, og sædvanligvis begynder hun at mutilere sig selv i teenageårene i forbindelse med et tab eller en afvisning, hvorefter hun fortsætter med at skære sig i forbindelse med stærkt affektpres. De fleste cutters skærer sig gentagne gange, og en stor del udvikler et egentligt afhængighedssyndrom (Simpson 1980).

Baggrund for selvmutilerende adfærd

Der er lavet flere undersøgelser af den specifikke psykologiske baggrund for selvmutilerende adfærd. Disse viser samstemmende, at tab, svigt og mishandling er prædisponerende faktorer for selvmutilation (Suyemoto 1998).

Flere undersøgelser godtgør, at seksuelt misbrug og alvorlig mishandling i barndommen er forbundet med senere selvmutilerende adfærd. Van Kolk et al. (1991) har undersøgt 74 borderlinepatienter med selvmutilerende adfærd og fandt, at 89% havde oplevet alvorlige svigt i forældres omsorg, og 79% havde oplevet betydelige traumer i barndommen i form af seksuelt misbrug eller fysisk mishandling. Tab af forældre (især moderen) og institutionsanbringelse er ligeledes dokumenterede prædisponerende faktorer. Det samme gælder vold i familien, samt sygdom og gentagne operationer i barndommen (Walsh & Rosen 1988).

Walsh & Rosen (ibid.) konkluderer, at følgende sammenhænge disponerer for selvmutilerende adfærd:

»1) the establishment of a vulnerability to loss, due to traumatic separation from parents; 2) the establishment of the role of victim, due to the recurrent episodes of abuse (...); 3) the establishment of a distorted and alienated body image, based on their experiences of physical illness and abuse; and finally 4) the establishment of a predilection toward impulsive, self-destructive behavior, based on their exposure to violence, alcohol abuse, and victimization. The result was therefore the establishment of a loss-vulnerable individual trained to be violent, impulsive, and substance-abusing, with a strong tendency toward self-abuse or self-victimization«

Pointen er, at den selvmutilerende patient i sin barndom har oplevet traumatiske tab, vold og misbrug, som har medført en oplevelse af at være offer samt en forstyrret kropsoplevelse, der tilsammen har resulteret i en tendens til at handle selvdestruktivt og impulsivt i forbindelse med følelsesmæssige konflikter. Imidlertid kan man ikke konkludere, at alle børn, der har været udsat for nogle af de ovennævnte forhold, bliver selvmutilerende som voksne, og omvendt: ikke alle selvmutilerende har haft en barndom præget af tab, vold etc.

Hvordan opstår selvmutilerende adfærd?

I den ældre litteratur på området fremgår det, at mange selvmutilerende patienter skader sig selv for at få opmærksomhed eller omsorg. Dette passer imidlertid ikke med, at de fleste skærer sig, når de er alene, og gør, hvad de kan for at skjule sporene (sår, ar) f.eks. ved at dække håndledene med svedbånd eller bære langærmede bluser eller anden påklædning, der dækker de beskadigede områder.

Briere & Gil (1998) har interviewet 93 personer, der har skadet sig selv, med henblik på at forstå deres motiver eller umiddelbare årsager til den selvmutilerende adfærd. Selvstraf og ønske om at stoppe skyldfølelse anføres

af henholdsvis 83% og 38% som en grund til selvskadende adfærd. Mange svar vedrører et ønske om at komme af med ubehagelige affekter (*distraction from painful feelings 80%, release pent-up feelings 77%, manage stress 77%, reduction of tension 75%, get rid of anger 71%*) samt mærke sig selv (*feel something 57%, feel inside body 43%, feel body is real 43%, feel alive 38%*). En gruppe svar handler om at stoppe erindringer om traumatiske overgreb, der ofte ligger i anamnesen hos selvmutilerende personer (*distraction from memories 58%, stop flashback 39%, facilitate or hinder switching (dissociation) 20%, remember prior abuse 17%*), og endelig er der en gruppe, som forsøger at påvirke relationen til andre (*stop hurt by others 45%, get attention, ask for help 40%, feel control over others 16%, feel closer to someone who hurt you 10%, get medical attention 9%*). – Det er klart, at motiverne for cutting og anden selvmutilerende adfærd er forskellige fra person til person og måske fra situation til situation. Det er karakteristisk for mange, der mutilerer sig selv, at de har en diffus fornemmelse af, hvad der sker i dem. De kan have svært ved at skelne mellem følelser som vrede, selvhad, angst, depression, stress og lignende, men oplever det som en diffus uudholdelig indre spænding, som de må have afløb for. Undersøgelser viser, at en stor del af disse patienter er alexityme – det vil sige savner ord for følelser. De er ikke i stand til at differentiere den ene følelse fra den anden. Flere patienter har formuleret, at cutting fungerer som en slags »sikkerhedsventil«, der kan sikre dem imod at »koge over«. Når det følelsesmæssige pres bliver for stort, kan de lindre den indre smerte ved at skære sig selv. – »*Self-mutilation may also help regulate the overwhelming affect by creating a sense of control, by turning the passive pain of abandonment into an active pain that can be controlled*« (Suyemoto 1998).

Briere & Gil (1998) har også undersøgt den umiddelbare effekt af selvmutilation. Det fremgår, at de fleste af de 93 personer, der indgår i deres undersøgelse, kan berette om en umiddelbar lettelse af et indre pres efter den selvmutilerende adfærd. F.eks. blev oplevelsen af vrede mod andre, vrede mod sig selv og indre tomhedsfølelse radikalt mindre efter den selvmutilerende handling. Cutting er således en hurtig måde at komme af med eller minimere indre spænding og smertefulde følelser. Undersøgelsen demonstrerer, at cutting (og anden selvmutilering) er en form for selvmedicinering, der har effekt her og nu. Ved at skære sig kan den pågældende opleve en umiddelbar lettelse, beroligelse og afledning i forhold til en indre smerte. En patient har kaldt cutting for »*medicin imod al angst – men en bitter medicin, fordi skamfølelsen melder sig dagen efter.*« Eller som Favazza (1996) har formuleret det, så gælder det, at »*Self-mutilation is a morbid act of regeneration while suicide is an act of escape*«. Det er således en misforståelse at se cutting som et ufuldbyrdet selvmord. Hensigten og funktionen er en anden. Cutting og anden selvmutilerende adfærd bliver således en copingstrategi i forhold til psykiske og sociale vanskeligheder, og den adfærd, som umiddelbart virker destruktiv bliver – paradoksalt nok – en måde at overleve på.

Dissociation, seksuelt misbrug og selvmutilerende adfærd

Mange undersøgelser finder en sammenhæng mellem seksuelt misbrug i barndommen og selvmutilerende adfærd som voksen. I van der Kolk et al.'s undersøgelse (1991) af selvmutilerende borderlinepatienter, fremgår det, at *»sexual abuse was the type of trauma most strongly related to all forms of self-destructive behavior; the earlier the age when abuse was experienced, the more likely there was cutting behavior«*.

Den nære sammenhæng mellem barndommens traumatiske seksuelle overgreb og senere selvmutilerende adfærd hos den voksne er blandt andet betinget af dissociative processer. Under et seksuelt overgreb vil børn ofte bruge dissociative mekanismer f.eks. i form af depersonalisering. For at beskytte sig imod traumets voldsomme psykiske smerte gør barnet sig følelsesløst og usårligt ved mentalt at være »et andet sted«. Der sker en momentan spaltning mellem krop og psyke, der nok kan fjerne smerteoplevelsen, men det giver samtidig en ubehagelig følelse af at være ved siden af sig selv. Hos børn, som har været udsat for traumatiske hændelser som f.eks. seksuelle overgreb, sker dissocieringen lettere og på relativt ringere foranledning, hvorfor dissociation som forsvar også vil forekomme senere i livet. Flere forfattere har peget på, at cutting og anden selvmutilerende adfærd er en måde, hvormed man kan kontrollere eller stoppe dissociative oplevelser. Ved at mærke smerten, se blodet eller opnå endorphin-kicket (jf. nedenfor) opnår personen en oplevelse af igen at være hel og virkelig, og kommer dermed væk fra den pinagtige fragmenterede tilstand. Andre kan bruge cutting til at skabe dissociation og dermed skabe afstand til smertefulde følelser eller erindringer. Cutting kan således både ses som en konsekvens af dissociation og som en måde at kontrollere og stoppe dissociation på (Suyemoto 1998, Favazza 1996).

At seksuelt misbrug kan føre til selvmutilerende adfærd senere, kan have flere forklaringer, der både handler om selvafstraffelse og selvmedicinering. – En patient fortalte, at hun havde pinagtige flashbacks til overgrebssituationen, og havde opdaget, at en måde at stoppe dem på var ved at ændre den psykiske smerte til en fysisk ved hjælp af cutting. En anden patient fortalte, at hun med cutting gentog det traumatiske overgreb for at *»straffe mig selv, fordi jeg inderst inde føler at det er min egen skyld.«* Hun følte sig skyldig og kunne så gentage den traumatiske hændelse, men nu med mulighed for selv at have en vis form for kontrol: *»Nu er det mig, som bestemmer, hvor længe det skal vare og så kan jeg selv gøre det godt igen«*. Med det sidste refererede hun til, at hun kunne give sig selv omsorg både rent fysisk med plaster etc. for at stoppe blødningen, og psykisk ved at gøre noget godt for sig selv bagefter, hvor hun ofte krøb ned under dynen. I denne proces vender hun barndommens afmægtige position til en aktiv, hvor hun selv har noget kontrol over situationen. *»Selfmutilation is (...) an attempt to turn passive into active, taking control of penetration and sexual impulses«* (Suyemoto (1998).

Næsten alle selvmutilerende patienter har et enormt selvhad og dermed et stort behov for at straffe sig selv. Dette selvhad kan hænge sammen med et negativt selv-introjekt, som giver oplevelsen af ».....an internal sense of badness, a constant sense of being wrong, dirty and in pain« (ibid.)

Baggrunden for det negative selv-introjekt er, at den tidlige morfigur ikke har formået at reagere empatisk og adækvat på barnets behov. Barnet har derfor ikke fået udviklet evnen til at regulere sine affekter, samt til at berolige og trøste sig selv. Samtidig har det ikke fået udviklet en klar adskillelse mellem selv og objekt og vil være ekstrem sensitiv over for at blive forladt, fordi dette vil reaktivere en oplevelse af truende desintegration eller selvtab. Selv foregribelsen af tab eller svigt ville kunne give en smertelige følelse af indre tomhed eller smerte, som kan fremprovokere cutting. At mærke sig selv gennem cutting vil virke stabiliserende over for den truende desintegrering af selvet.

Forløb – fra selvmedicinering til afhængighed

Det store spørgsmål, som stadigvæk står tilbage, er hvordan cutting kan udvikle sig fra selvmedicinering til egentlig lystbetonet afhængighed. Denne udvikling er formodentlig meget kompleks og lader sig næppe entydigt forklare, hverken psykologisk eller biologisk.

Følelsen af vrede, lavt selvværd, følsomhed over for at blive forladt, dårlig effektregulering, usikre jeg-grænser og manglende evne til at give sig selv omsorg er noget, der karakteriserer alle, der mutilerer sig selv. Men derudover er det svært at forklare, hvorfor cutting opstår. For de fleste er tanker om at skære sig selv formodentlig decideret frastødende, så der skal noget til, som ikke alle har.

Psykologiske forklaringer på selvmutilerende adfærd

Suyemoto (1998) har i en glimrende oversigtsartikel givet fire teoretiske bud på psykologiske grunde til, at selvmutilerende adfærd opstår. Hun skelner mellem fire overordnede modeller, nemlig 1) den *psykoanalytiske driftsmodel*, der dels ser selvmutation som et kompromis mellem livs- og dødsdrift, dels som forbundet med en seksuel konflikt; 2) en *miljøorienteret model*, der bygger på den systemiske antagelse, at selvmutation foregår, dels fordi den selvmutilerende person skaber en reaktion fra omgivelserne, dels fordi vedkommende udtrykker nogle truende konflikter, som han/hun med sin adfærd implicit tager ansvaret for; 3) *affektreguleringsmodellen*, der ser selvmutilerende adfærd som en måde at udtrykke og kontrollere følelser på som bl.a. vrede, angst eller smerte, der ikke kan udtrykkes verbalt eller på anden måde, samt endelig 4) den *interpersonelle model*, der er funderet i objektrelationsteori. Her opfattes selvmutilerende adfærd som en måde at sikre selvets grænser og overlevelse på primært ved at modvirke følelsen af opslugning og tilintetgørelse.

Disse teorier om funktionen af selvmutilerende adfærd er meget abstrakte i relation til det enkelte selvmutilerende individ. Det fælles er, at selvmutilerende adfærd eller cutting i alle modellerne fremstår som en betydningsfuld brik i individets personlighedsforvaltning – som en form for selvmedicinering. Det repetitive element – at personen skærer sig igen og igen – kan forstås som et udtryk for, at vedkommende er blevet afhængig af cutting som en måde at forvalte sine indre smerter på. I mangel af bedre (som primært er sprog og refleksion) kan individet dulme svære følelser og dermed opnå en umiddelbar lettelse her og nu. Mange cutting-patienter fortæller, at deres selvmutilerende adfærd svarer til at skære hul på en byld, hvor den psykiske smerte forsvinder, men prisen er, at vedkommende i realiteten får det dårligere og dårligere, fordi cutting ikke er en konstruktiv måde at løse problemerne på – tværtimod. Personens sociale og psykologiske problemer vil stadigvæk være til stede og i mange tilfælde forværres, fordi cutteren føler sig isoleret, grim, skamfuld etc. Der er ikke sket en grundlæggende forandring, og individet må igen og igen ty til sin destruktive bitre pille – cutting.

I denne antagelse ligger, at den enkelte hverken kan rumme eller kommunikere sine smertefulde følelser. Når presset bliver tilstrækkeligt stort, bliver den indre spænding udageret som f.eks. cutting. Det giver derfor mening at betragte cutting som en impuls-kontrol-forstyrrelse, som det er blevet foreslået af flere forskere (Favazza & Rosenthal 1993; Pattison & Kahan 1987).

Som diagnose *er impuls-kontrol forstyrrelse* bl.a. karakteriseret ved en manglende evne til at modstå en impuls, en drift eller tilskyndelse til at gennemføre en skadelig handling; en forøget følelse af spænding eller ophidselse forud for den skadelige handling, samt en oplevelse af enten lyst, tilfredsstillelse eller lettelse i forbindelse med handlingen.

Mennesker, der lider af en impuls-kontrol-forstyrrelse (f.eks. cutting), vil ofte beskrive sig selv som afhængige af den pågældende handling. Deres tanker kredser om den, de ser frem til at kunne udføre den, og mange bruger meget tid på at arrangere sig, så de faktisk kan udføre handlingen. Denne afhængighed fylder således meget i deres liv. Op til handlingen ses ændret sindstilstand, og med tiden opstår der toleransudvikling, således at der skal mere og mere til for at give den ønskede effekt. Cutteren kan ikke længere mærke smerten og vil skære sig selv hyppigere og hyppigere på stadig mindre foranledning for at få et *kick* ud af det. Afhængigheden viser sig endvidere ved, at der let opstår recidiv ved ophør med handlingen (jf. Andrea, der fejrede sin første måneds abstinens med at skære sig).

Selvmutilerende adfærd og specielt cutting er ofte forbundet med anden impulsiv adfærd. Favazza (1996) refererer til forskellige undersøgelser, der bl.a. anfører stof- og alkoholmisbrug, seksuel promiskuitet, shoplifting og spiseforstyrrelser (bulimi), som hyppigt forekomne impulsforstyrrelser i forbindelse med cutting.

Dorte er blevet indlagt på en ungdomspsykiatrisk afdeling, fordi hun i stigende grad har fået sociale problemer, og fordi hun skærer sig. Hun er droppet ud af 9. klasse og bor på skift hos forskellige veninder, indtil hun bliver uvenner med dem. Ved indlæggelsen fortæller hun, at hun har et stort alkoholforbrug i weekenderne, og indimellem ryger hun hash. Hun fortæller desuden, at hun har et enormt stort behov for bekræftelse, hvorfor hun har haft talrige seksuelle kontakter – »indimellem er jeg afhængig af pikke«, som hun bramfrit udtrykker sig. Når hun får penge, bruger hun dem med det samme, og hendes store drøm er at vinde en hel masse penge, så hun for alvor kan gå på power-shopping. Hun har også ædeflips, hvor hun indtager store mængder slik for efterfølgende at kaste det hele op. Hvis ikke Dorte kan få tilfredsstillet sine impulsive behov, oplever hun voldsomme tomhedsfølelser. »Jeg bliver simpelthen nødt til at blive fyldt op på en eller anden måde«, som hun formulerer sig. Hun har en god indsigt i sin multi-afhængighed, og kan indimellem gøre sig overvejelser over, hvilken typer der er mest skadelig, hvilken der giver hende mest etc.

Endelig bør en eventuel sammenhæng med masochisme nævnes. Masochisme refererer til en seksuel lystfølelse ved at blive tvunget til noget eller påført smerte. Der er tale om en iscenesat leg med dominans/subdominans eller dependens/autonomi. Masochisme som seksuel perversion rummer dels det repetitive, dels det »konfliktløsende« selvmedicerende element, som er medvirkende til, at masochisten igen og igen opsøger sin specielle seksuelle iscenesættelse (Stoller 1976). Specielt når det gælder spillet omkring dependens/autonomi, samt kontrol, er der store lighedstræk mellem selvmutilerende patienter og masochister. Forløbet med en stigende spænding, der kulminerer i den masochistiske/selvmutilerende akt, efterfulgt af en afslappende fase ligner ligeledes hinanden, men den selvmutilerende patient – cutteren – vil meget sjældent bevidst forbinde sin handling med seksualitet. Ofte er cutteren helt asekuel på det genitale niveau. Collins (1996) skriver, at den selvmutilerende patient måske snarere rummer sadistiske elementer. Ofte fokuserer de på spændingen forud for den fysiske smerte (som de ikke altid føler), samt på evnen til at bære smerte. Collin skriver, at den selvmutilerende patient snarere er sadistisk i forhold til dele af selvet, der behandles, som om det ikke er en del af patienten: »*It is as if the subject takes a part of her own body and attacks it, as if it were (...) someone or something else*« (Collins 1996), hvilket giver associationer til Peter Fonagys teori om »*the alien self*« (Fonagy et al. 2002)

Psykokemiske forklaringer på selvmutilerende adfærd

Der er foretaget en del undersøgelse af psykokemien bag selvmutilerende adfærd specielt i relation til den afhængighed, som hurtigt opstår. Meget tyder på, at der er en forstyrrelse i omsætningen af serotonin – dvs. et trans-

mitterstof i hjernen – hvilket også ses ved bl. a. depression, angst- og OCD-lidelser. I en undersøgelse af patienter med personlighedsforstyrrelser og selvdestruktiv adfærd har man fundet nedsat serotoniniveau, hvilket man ved er forbundet med øget impulsiv aggression både mod andre og mod personen selv (Favazza 1996). Omvendt har man fundet, at forøget serotonin i hjernen (via behandling med SSRI præparater) kan mindske selvmutilerende adfærd som cutting og det at brænde sig med cigaretter.

Interessen for at forstå afhængighedsaspektet af f.eks. cutting har betydet, at opmærksomheden er blevet rettet mod kroppens eget opiat-system, der bl.a. omfatter betaendorphiner og enkephaliner. I en undersøgelse af borderlinepatienter med selvmutilerende adfærd fandt man en øget mængde enkephaliner i blodet, hvilket kan forklare dels, at de ikke føler smerte ved cutting, dels at de oplever en momentan lettelse for psykiske spændinger. Disse fund har givet anledning til en teori om autoaddiction – altså afhængighed af kroppens eget morfinlignende stof, der bl.a. aktiveres ved cutting. Når cutteren oplever smerte, udløses de smertedæmpende og lystfremkaldende stoffer endorphiner eller enkephaliner, der fuldstændig svarer til morfin eller heroin. Personen får et kick og oplever en intens lyst, og hver gang de bliver triste eller får kontakt med andre ubehagelige følelser, så skærer de sig for at få det bedre, hvilket sker øjeblikkeligt. De må gentage adfærden igen og igen for at forhindre udviklingen af *withdrawal symptomer* – abstinensreaktioner. Auto-addiction-hypotesen kan forklare den hurtige tilvænnning, toleransudviklingen og recidivforekomsten, som ofte sker ved cutting.

Esther blev indlagt på psykiatrisk afdeling på grund af depressioner og selvmordstanker efter en spontan abort og et endt parforhold. Hun har før indlæggelsen haft megen impulsiv adfærd og misbrug af primært hash og alkohol. Efter få dages indlæggelse skar hun sig selv i hånden for første gang (formodentlig inspireret af en medpatient). Efter blot to uger havde hun udviklet en massiv afhængighed af cutting. Hun skar sig dybt og omfattende i armen hver aften før hun skulle sove – ellers kunne hun ikke falde til ro. Hendes tanker kredsede konstant om, hvornår hun kunne komme til at skære sig, og hun omtalte det som uhyre lystbetonet og helt uimodståeligt. Hendes begær efter at få mulighed til at skære sig var tydeligt for alle behandlere, som talte med hende. Selvsagt udgjorde hendes adfærd et stort problem for de involverede behandlere og specielt plejepersonalet, der havde ansvaret for hende om aftenen og natten, hvor hun skar sig, var stærkt berørt.

Opmærksomheden har også været rettet imod andre neurotransmittere som GABA og dopamin, og der er ingen tvivl om, at såvel psykologien som kemien bag selvmutilerende adfærd er overordentlig kompleks.

Afslutning

Ofte starter cutting impulsivt og nærmest ved en tilfældighed. Som vi har set i denne artikel, kan det udvikle sig som en form for copingmekanisme eller selvmedicinering i relation til indre smerte. Specielt kan cutting hjælpe personen til at regulere sine affekter samt mærke sine grænser. I sin udviklede form opfylder cutteren alle de klassiske tegn på afhængighed: hun har en stærk trang til at skære sig, og hendes tanker kredser konstant om muligheden for at føre det ud i livet. Desuden bliver trangen indimellem så overvældende, at hun ikke kan modstå impulspresset, selvom hun godt ved, at det er skadeligt for hende. Hendes psykiske tilstand ændres op til og under cutting-seancen (måske både på grund af endophiner og dissociering), og i sin søgen efter dette *kick* kan hun glemme alt omkring sig (f.eks. de langsigtede konsekvenser af cutting, samt andre mennesker og deres reaktioner hendes adfærd). Der er desuden toleranceøgning, *withdrawal* symptomer (abstinenser) ved pludseligt ophør, samt stor recidivrisiko.

Ikke desto mindre er det omdiskuteret, hvorvidt man kan tale om afhængighed af cutting. To af de førende eksperter på området Karen Conterio og Armando Favazza mener *ikke*, at cutting er udtryk for egentlig *addiction*. De foretrækker at bruge nogle modificerende formuleringer og kalder cutting for henholdsvis »*addictive-like*« og »*a habit*«.

De vedgår, at der er store lighedspunkter mellem klassisk afhængighed og cutting, og deres forbehold mod at tale om egentlig *addiction* eller afhængighed handler om kvantitative og ikke kvalitative aspekter. Mark Schwartz grupperer cutting sammen med spiseforstyrrelser, seksuelle tvangsprægende handlinger og andre traumerelaterede forstyrrelser og kalder dem for »*pain driven syndromes*«, som bl.a. er karakteriseret ved en oplevelse af ikke selv at kunne styre adfærden – altså afhængighed (Strong 2000). Han sammenligner cutting med det muskelafslappende og beroligende middel valium: »*In some ways, selfcutting is like Valium. (...) For somebody who is high as a kite it brings you down, it numbs you. But cutting is also a stimulant: For somebody who's numb, it stimulates them*« (citeret fra Strong 2000).

Som bekendt kan Valium være endda meget vanedannende. Nogle mennesker udvikler hurtigt en voldsom afhængighed – og måske gør det samme sig gældende med cutting? Min pointe er, at vi skal se differentieret på cutting og afhængighed. Nogle vil aldrig blive afhængige af cutting (eller af Valium), mens andre hurtigt udvikler en voldsom afhængighed, som fastholder dem i et misbrugsmønster, som det kan være meget svært at komme ud af. Når det kommer til behandling, er cutterens motivation ligesom ved alle andre afhængighedstilstande stærkt svingende. Dette gør behandlingen kompliceret og tidskrævende.

LITTERATUR

- ADLER, A. (1908): Die Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose. In: *Heilen und Bilden*. Frankfurt am Main: Fisher Verlag 1973.
- BRIERE, J. & GIL, E. (1998): Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates and functions. *American Journal of Orthopsychiatry* 68; 609-20.
- BERGMANN, G.H. (1846): Ein Fall von religiöser Monomanie. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* 3; 365-80.
- COLLINS, D. (1996): Attacks on the Body. How can we understand self-harm? *Psychodynamic Counselling* 2; 463-75.
- CONTERIO, K., LADER, W. & BLOOM, J.K. (1998): *Bodily Harm – The Breakthrough Treatment Program for Self-Injurers*. NY: Hyperion.
- COOPER, J., KAPUR, N., WEBB, R., LAWLAR, M., GUTHRIE, E., MACKWAY-JONES, K., & APPLEBY, L. (2005): Suicide after deliberate self-harm: A 4 Year Cohort Study. *American Journal of Psychiatry* 162;297-303.
- DEITER, P.J. & PEARLMAN, L.A. (1998): Responding to Self-Injurious Behavior. In: P.M. KLEESPIES (ed.): *Emergencies in Mental Health Practice: evolution and management*. NY: Guilford Press.
- FAVAZZA, A.R. (1996): *Bodies under Siege. Selfmutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- FAVAZZA, A.R. & ROSENTHAL, R.J. (1993): *Diagnostic Issues in Self-Mutilation. Hospital and Community Psychiatry*, 44; 134-40.
- FONAGY, P., GERGELY, G., JURIST, E.L. & TARGET, M. (2002): *Affectregulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- FREUD, S. (1920): Hinsides Lystsprincippet. In: *Metapsykologi* 2. København: Hans Reitzels Forlag 1976.
- GRAFF, H. & MALLIN, R. (1967): The Syndrome of the Wrist Cutter. *American Journal of Psychiatry* 124; 36-42.
- GRATZ K.L (2001): Risk Factors for and Function of Deliberate Self-Harm: An Empirical and Conceptual Review. *Clinical Psychological Science Practice* 10; 192-205.
- HENDIN, H. (1950): Attempted Suicide: A Psychiatric and Statistical Study. *Psychiatric Quarterly* 24; 34-46.
- JESSEN, G., ANDERSEN, K. & BILLE-BRAHE, U. (1996): Selvmordstanker og Selvmordsforsøg blandt 15-24årige i det danske Uddannelsessystem. *Ugeskrift for Læger* 156; 5026-5029.
- KLONSKY, D.E., OLTMANN, T.F. & TURKHEIMER, E. (2003): Deliberate Self-Harm in a Nonclinical Population: Prevalence and Psychological Correlates. *American Journal of Psychiatry* 160; 1501-1508.
- VAN DER KOLK, B.A., PERRY, J.C. & HERMAN, J.L (1991): Childhood Origins of Self-Destructive Behavior. *American Journal of Psychiatry* 148; 1665-1671.
- KREITMAN, N. (ed.) (1977): *Parasuicide*. Chichester: Wiley.
- MENNINGER, K. (1935): A Psychoanalytic Study of the Significance of Self-Mutilation. *Psychoanalytic Quarterly* 4; 408-466.
- MENNINGER, K. (1938): *Man against Himself*. NY: Harcourt Brace.
- MENNINGER, K. (1959): *A Psychiatrist's World*. NY: Viking Press.
- MICHELSSEN, K. (1989): *Synålejomfruen og Lægevidenskabens Menneskeopfattelse*. København: Munksgaard.
- MØHL, B. (2004): En Udfordring for Sundhedssystemet: Drengene græder ikke og rigtige Mænd taler ikke om Sygdom. *Hospital Health Care*; 12-14.
- PAO, P.N. (1969): The Syndrome of delicate Self-Cutting. *British Journal of Medical Psychology* 42; 195-206.

- PATTISON, E.M. & KAHAN, J. (1983): The deliberate Self-Harm Syndrome. *American Journal of Psychiatry* 140; 867-872.
- ROSS, R.R. & MCKAY, H.B. (1979): *Self-Mutilation*. Lexington: Lexington Books.
- ROSS, S. & HEATH, N. (2002): A Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence* 31; 67-77.
- ROSS, S. & HEATH, N. (2003): Two Models of Adolescent Self-Mutilation. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 33; 277-287.
- SCHNEIDMAN, E. (1985): *Definition of Suicide*, Toronto: John Wiley & Sons.
- SIMEON, D. & FAVAZZA, A.R. (2001): Self-Injurious Behaviours. In: Simeon, D. & Hollander, E. (eds.): *Self-Injurious Behaviours: Assessment and Treatment*. NY: American Psychiatric Publishing.
- SIMPSON, M.A. (1976): Self-Mutilation. *British Journal of Hospital Medicine* 34; 430-438.
- SIMPSON, M.A. (1980): Self-Mutilation as Indirect Self-Destructive Behavior. In: Shneidman, E.S. (ed): *The Many Faces of Suicide. Indirect Self-Destructive Behavior*. NY: McGraw-Hill Book Company.
- SPIELREIN, S. (1912): Die Destruktion als Ursache des Werdens. In: *Sämtliche Schriften*. Freiburg: Kore 1987.
- STANLEY, B., GAMEROFF, M.J., MICHALSEN, V. & MANN J.J. (2001): Are Suicide Attempters who self-mutilate a Unique Population? *American Journal of Psychiatry* 158; 427-432.
- STOLLER, R. (1976): *The Erotic Form of Hatred*. NY: The Harvest Press.
- STRONG, M. (2000): *A Bright and red Scream – Self-mutilation and the Language of Pain*. London: Virago Press.
- SUYEMOTO, K.L. (1998): The Functions of Self-Mutilation. *Clinical Psychology Review* 18; 531-554.
- WALSH, B.W. & ROSEN, P.M. (1988): *Self-mutilation. Theory, research & Treatment*. NY: Guilford Press.
- ZLOTNICK, C., MATTIA, J.L. & ZIMMERMAN, M. (1999): Clinical Correlates of Self-Mutilation in a Sample of General Psychiatry Patients. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 187; 296-301.