

Kan man skære den følelsesmæssige smerte bort?

Af psykolog Trine Reippuert Knudsen
Center for Oligofrenipsykiatri

I mit arbejde som psykolog på Center for Oligofrenipsykiatri har jeg gennem årene mødt en del voksne mennesker med udviklingshæmning med selvskadende adfærd. De er ulykkelige og forpinte – og de er følelsesmæssigt ensomme.

Jeg møder beretningerne om den selvskadende adfærd hos mine klienter, når de fortæller om det i samtalerne, men hører også om det af deres pædagoger, når jeg giver supervision eller underviser. I de fleste tilfælde drejer det sig om unge kvinder, og oftest tilhører de gruppen

af lettere udviklingshæmmede, men der er også enkelte unge mænd i mellem dem. Fælles for dem er, at det ofte er ulykkelige og forpinte mennesker, der prøver at håndtere deres indre følelsesmæssige smerte eller frustration med selvskadende adfærd. Adfærden



Foto: Hanne Engelstoft

løser ikke de grundlæggende problemer, og den får dem ikke til at få det bedre over tid. I stedet risikerer de, at andre ikke forstår dem og reagerer på dem med kontrol eller afmagt. Resultatet er ofte, at den følelsesmæssige ensomhed bliver større.

De mest almindelige former for selvskade, som jeg møder i mit arbejde, er at skære eller ridse sig selv i håndleddet eller andre steder på kroppen, hvor det ikke så let kan opdages. Andre brænder sig med cigaretter eller piller i sår eller slår sig selv. Og andre når "kun" at tænke på det eller at sidde med kniven eller ridse sig let i håndleddet uden at gøre stor fysisk skade på sig selv. Men den indre smerte er ofte den samme.

Hvorfor gør de det?

Der findes flere forklaringer på selvskadende adfærd. I de nyeste psykodynamiske teorier opfattes selvskadende adfærd som en form for mestring eller coping. Det betyder, at der er et dynamisk formål med adfærden – også selv om det ikke altid er et udefra set fornuftigt formål. Formålet med selvskaden er oftest at dæmpe ubehagelige og u håndterbare følelser eller frustrationer og nedbringe det følelsesmæssige stressniveau til et leje, som den selvskadende person kan holde ud. Samtidig kan den fysiske smerte overdøve den psykologiske smerte, så det ikke gør så ondt indeni. Det, at den fysiske smerte er selvpåført, kan også gøre den mere kontrollerbar og håndterbar - og det står i stærk kontrast til den ukontrollerbare og

uhåndterbare psykologiske smerte, som det egentlig handler om.

Følelser uden kontrol

Begreberne mentalisering og affektregulering udspringer af moderne psykodynamisk teori og terapi og er meget anvendelige i forståelsen og behandlingen af selvskadende adfærd.

Model over affektregulering:

- **Moden affektregulering:**
Følelse eller impuls
→ mentalisering (evne til at forstå at tanker og følelser hænger sammen)
→ moden affektregulering (bearbejde følelsen mentalt)
- **Umoden affektregulering:**
Uhåndterbar følelse (følelsesmæssig smerte)
→ manglende mentalisering
→ forhøjet følelsesmæssig stresstilstand (øget arousal)
→ selvskade (fysisk affektregulering)

Begrebet mentalisering handler om evnen til at kunne gøre sig forestillinger om egne og andres indre mentale tilstande. Det betyder med andre ord, at man kan forestille sig, at der ligger intentioner og følelser og mentale tilstande bag handlinger og adfærd, og at de mentale tilstande er årsagen til handlingerne. Affektregulering er tæt forbundet med evnen til mentalisering og handler om evnen til at kunne regulere følelser. Affektregulering handler dels om, at vide hvilke følelser og impulser man har, og hvornår de er der, og hvad der udløser dem, og dels handler det om at have kontrol over, hvornår følelserne udtrykkes, hvordan de udtrykkes og overfor hvem. Mentalisering påvirker affektreguleringen ved, at den gør personen i stand

til at rumme eller bearbejde følelserne mentalt, og dermed bliver personen bedre til affektregulering. På den måde forebygger evnen til mentalisering også, at personen når uudholdelige følelsesmæssige stresstilstande, som er svære at regulere ned igen og derfor ofte ender med selvskadende adfærd.

I praksis betyder det, at hvis man som mange af mine klienter ikke kan mentalisere og affektregulere, har man svært ved at forstå sammenhængen mellem ens egen eller andres adfærd og de bagvedliggende intentioner og følelser. Og man kan ikke koble den selvskadende adfærd og den forhøjede følelsesmæssige stresstilstand til forudgående u håndterbare mentale tilstande og frustrationer eller følelser som f.eks. angst for svigt og afvisning, ensomhed eller vrede. I stedet er man nødt til at regulere følelserne og den forhøjede følelsesmæssige stresstilstand fysisk i form af selvpåført smerte eller andre former for selvskadende adfærd. Flere af mine klienter beskriver netop, hvordan den selvskadende

adfærd finder sted efter u håndterbare følelsesmæssige begivenheder som f.eks. en (mindre) uoverensstemmelse med kæresten eller pædagogerne, der aktiverer stærke følelser af vrede og frygt for afvisning og svigt, som de ikke helt kan forstå eller redegøre for og ikke kan holde ud. Og den efterfølgende følelsesmæssige stress-tilstand kan de ikke nedregulere på anden måde end ved at skære i sig selv.

Opvæksten præger

Der findes flere årsager til den nedsatte evne til mentalisering og affektregulering. I den normale udvikling udvikles evnen til mentalisering og affektregulering i en sikker tilknytningsrelation i det tidlige samspil mellem mor og barn. Hvis barnet vokser op i en sikker og omsorgsfuld tilknytningsrelation og mødes med spejling og affektiv afstemning, udvikles fundamentet for en senere god evne til mentalisering og affektregulering. Men eftersom der er en stærk overrepræsentation af traumer, belastninger og usikker tilknytning i udviklingshæmmedes opvækstvilkår, udgør det formodentlig også en væsentlig forklaring på den nedsatte evne til affektregulering og mentalisering blandt udviklingshæmmede. Man kan også forestille sig, at den generelle følelsesmæssige umodenhed, der ofte ledsager udviklingshæmningen, formodentlig også har betydning for den umodne evne til affektregulering og mentalisering.

Derudover er det også muligt, at selve udviklingshæmningen og de

begrænsede kognitive ressourcer har betydning for den nedsatte evne til mentalisering, bl.a. i form af en manglende evne til at gennemskue og koble handlinger og mentale tilstande. Det er også muligt, at en generel dårligere evne til impuls-hæmning kan have betydning for den nedsatte evne til mental affektregulering til fordel for en mere impulsiv og fysisk affektregulering.

Selvskadende adfærd og manglende affektregulering kan også virke selvforstærkende, idet der med tiden – eller som resultat af tidlige traumer og belastninger – sker nogle forandringer i hjernen i det limbiske system, der nedsætter stressfølsomheden. Det betyder, at personen bliver stressoverfølsom (øget arousal), med det resultat at han eller hun meget let bliver stresset og har meget svært ved at regulere ned igen. Der skal næsten ingen belastninger til før en ond cirkel med selvskade og stressoverfølsomhed går i gang.

Den indre ensomhed

Følelsesmæssig ensomhed udgør

Info om selvskade:

I forskningen omkring selvskadende adfærd skelnes mellem hhv. indirekte og direkte selvskade.

Indirekte selvskade er bl.a. risikobetonet adfærd. Det kan f.eks. være i form af overspisning, misbrug af stoffer, alkohol eller medicin eller overdreven købetrang mm.

Direkte selvskade er bl.a. skære i håndleddet, skære andre steder i kroppen, brænde sig med cigaretter, pille i sår, pille negle af, trække hår ud, slå hovedet ind i væggen m.m.

Selvskade er som udgangspunkt ikke det samme som selvmordsforsøg, men selvskaden kan mislykkes, så det ender med utilsigtet selvmord.

Bo Møhl: At skære smerten bort
Lotte Rubæk: Selvskadens psykologi

en vigtig medvirkende årsag til den selvskadende adfærd. Mange af de unge udviklingshæmmede kvinder føler sig meget følelsesmæssigt ensomme indeni - uanset om de er sammen med andre eller har venner, kærester, pædagoger eller bostøtter. Mange af dem mangler erfaringer med at tale med andre om følelser og indre tilstande, og særligt de svære følelser. Det kan hænge sammen med en opvækst, hvor der ofte er blevet fokuseret på fysiske færdigheder, frem for hvordan de har det, eller en opvækst hos forældre, der måske selv har haft svært ved at tale om svære – negative – følelser. Eller de kan være vokset op i et miljø med omsorgssvigt og usikker tilknytning.

Ind i mellem hører jeg også om de unge kvinders fortvivlede forsøg på at kommunikere med personalet, at de prøver at fortælle dem, hvor svært det er indeni, men uden at de bliver hørt. Ikke af ond vilje, men måske også fordi personalet fokuserer på noget andet eller mangler





erfaring i at se eller tale om de svære følelser, eller måske fordi det er svært at forstå.

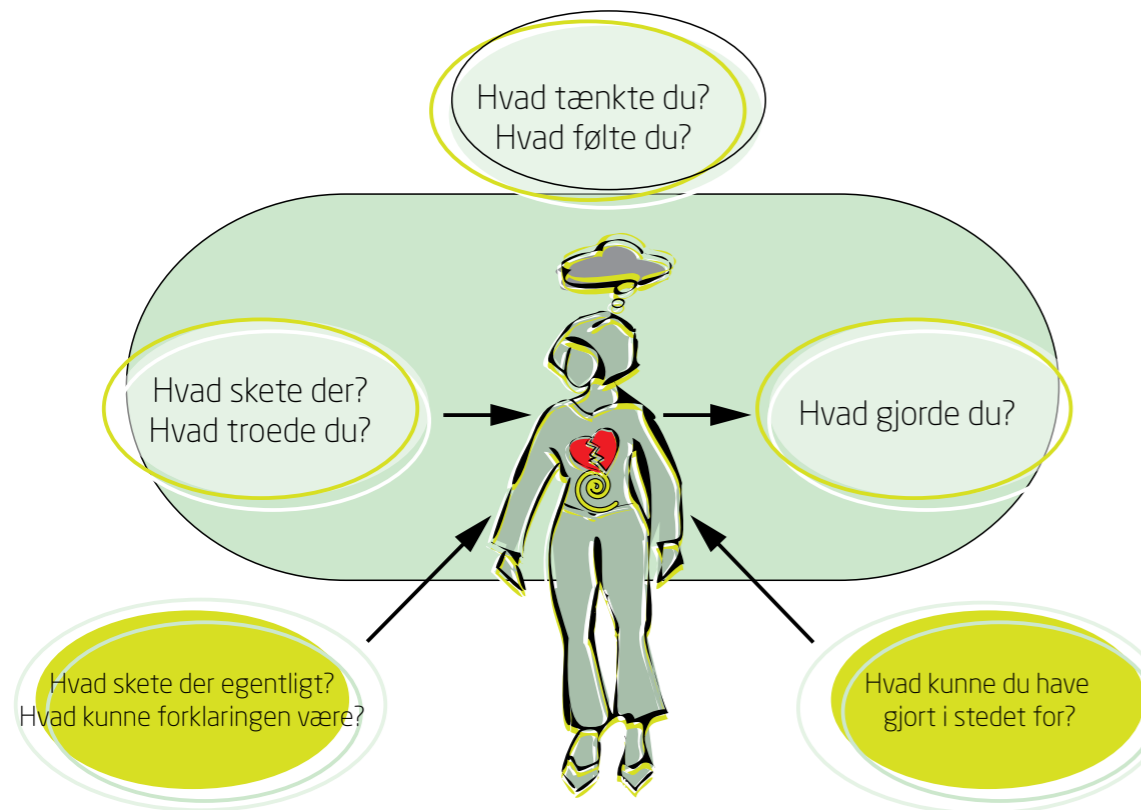
Som eksempel kan jeg nævne en ung kvinde, der havde prøvet at fortælle personalet, at noget var svært og uhåndterbart, men som ikke blev hørt og derfor endte med at gøre så meget skade på sig selv at hun måtte indlægges. Hvis hun tydeligt havde sagt, hvad der var galt, havde hun uden tvivl fået hjælpen, men det var jo netop det, hun ikke kunne: Hun kunne kun mærke en diffus følelsesmæssig stresstilstand, og først i terapien "opdagede" vi årsagen. Andre gange kan der være medvirkende forklaringer på den

selvskadende adfærd, der knytter sig til den udviklingshæmmedes støttebehov eller ressourcetildeling, fordi det er vurderet, at der primært er brug for praktisk støtte, mens den følelsesmæssige ensomhed nok i virkeligheden vejer tungest. Det er ofte de klienter, der er sværest at hjælpe som psykolog, fordi der mangler den tætte pædagogiske opbakning i hverdagen. Og det er ofte de klienter, der ringer hele tiden og truer med selvskadende adfærd, fordi de ikke kan holde frustrationerne og den følelsesmæssige ensomhed ud.

Hvad udløser adfærd?

Det, der udløser den selvskadende

adfærd er som regel episoder eller hændelser, der aktiverer uhåndterbare følelser som f.eks. at man er vred eller utilfreds, men er bange for at sige det, at man er bange for at blive svigtet eller afvist, eller en følelse af savn, tomhed eller følelsesmæssig ensomhed. Det kan også være alt muligt andet – det handler bare om, at personen oplever det som en følelsesmæssig frustration eller smerte. Det behøver ikke nødvendigvis at være dramatiske hændelser, der går forud, det kan også være små uoverensstemmelser, som andre ikke engang ville hæfte sig ved, men som "vokser" og bliver uhåndterbare for den selvskadende person.



Illustrationer: Pernille Granath



Den selvskadende handling følger ikke altid umiddelbart efter den udløsende hændelse, idet perioden med den forhøjede følelsesmæssige stresstilstand kan have forskellig varighed. Nogle gange sker det med det samme og andre gange kommer reaktionen mange timer eller døgn senere. Ofte kan personen have forsøgt at håndtere følelsen selv eller have prøvet at "glemme" den eller at "sætte et glad ansigt på" inden det ender med selvskadende adfærd. Andre gange kræver den selvskadende handling planlægning, og det kan også skabe tidsmæssig forsinkelse mellem den udløsende hændelse og den selvskadende handling. Det kan gøre det vanskeligt at opklare, hvad det handler om. Og ind imellem gør den tidsmæssige udsættelse reaktionen kraftigere, fordi stresstilstanden øges.

Samtale med psykologen

I mine psykologsamtaler med de unge udviklingshæmmede kvinder med selvskadende adfærd ser jeg ofte, at den selvskadende adfærd er meget dominerende i starten. Det er ikke ualmindeligt, at den selvskadende adfærd tager af i løbet af nogle samtaler, men det er sjældent, at den selvskadende adfærd ophører helt, også efter samtalerne ophører. Ofte er der tilbagefald, og successraten afhænger meget af personalets støtte og opbakning efterfølgende.

Selve behandlingen består i vidt omfang af kædeanalyser af episoder med selvskade eller andre former for udadreagerende adfærd. Formålet er, at gøre klienten bevidst om de

tanker og følelser og intentioner, der lå forud for den selvskadende handling og hele hændelsesforløbet omkring og forud for episoden. Det handler bl.a. om at finde svarene på spørgsmålene: Hvad skete der? Hvad tænkte du? Hvad følte du? Både i forhold til de konkrete situationer og i forhold til mønstrene i deres liv – altså at de tit reagerer på samme måde i situationer, der minder om hinanden.

Et vigtigt element i samtalerne er også at finde andre mulige - og mentaliserende - forklaringer på hændelser, der udløser selvskadende adfærd. Et eksempel kunne være om der kunne være andre forklaringer på, at kæresten ikke ville ses eller kysse end, at han ville gøre det forbi eller havde fundet en anden - måske var forklaringen, at han havde arbejdet rigtig meget og var træt og bare trængte til at sove.....

Det handler om at få skabt en erfaring med mentalisering og en mentaliserende tilgang til svære og uhåndterbare følelser og situationer. Og det handler om at få introduceret andre måder at regulere affekter på, så det ikke er nødvendigt med fysisk affektregulering i form af selvskade.

Personalets støtte vigtigt

Og som noget af det allervigtigste handler det om at få formidlet denne viden om personen og hendes måde at reagere på til personalet, så de kan støtte derhjemme i hverdagen. Uden personalets støtte og opbakning i hverdagen er det svært at skabe og fastholde forandring. Det er dem, der skal praktisere en mentaliserende

og affektregulerende holdning i hverdagen derhjemme.

Min erfaring er, at det, der virkelig hjælper er, at personalet afsætter fast tid til at tale med klienten en eller flere gange om ugen, så hun ved med sikkerhed, at de har tid til at tale sammen. Det er vigtigt at samtaltiden gives "forlæns", altså til en fast tid, uanset om der er noget bestemt, vigtigt at tale om. Det handler om, at beboeren skal føle sig sikker på at blive hørt uden at skulle gøre sig fortjent til det eller bede om kontakten.

Og det, der også virkelig hjælper er, at personalet prøver at tale med personen om, hvordan han eller hun har det, spørger ind til det der er svært uden alt for meget berøringsangst. De skal ikke gøre psykologens arbejde, men de skal understøtte det i hverdagen.

Samtidig er det vigtigt, at personalet blidt hjælper med at finde andre måder at regulere følelser på. Blandt flere af mine klienter er der lavet aftaler om bestemte tegn, f.eks. et særligt ord eller en sms, der betyder, at personen har behov for at snakke med personalet om noget nu. På den måde øver beboeren sig i at mærke og sige, når det er nødvendigt at tale sammen, og personalet står til rådighed, når der gives tegn. Og beboeren lærer, at det kan hjælpe at tale om det frem for at regulere følelserne fysisk i form af selvskade. En alternativ metode til affektregulering kan være en særlig aktivitet som f.eks. at høre sin yndlingsmusik.