



UNIVERSITETET I  
NORDLAND

SYK180H 000

**Bacheloroppgave i sykepleie**

26.4.2013

**TEMA:**

Selvskading, mestringsstrategier og terapeutisk forhold.

Antall ord: 9035

Kandidatnummer: 35

Kull 10H



## Til en selvskader

Merker på en arm,  
som kart over et liv  
du selv har valgt å leve  
i svart hvitt-negativ

Skalpell, barberblad, kniv  
speilbit, glass og salt  
redskaper til smerte  
som en lydløs straff for alt

Dine pinsler er private  
det synes du å mene  
men jeg vil så gjerne hjelpe  
så du slipper gå alene

Presset fra en selv  
er den tyngste bør å bære  
håp og tusen drømmer drømt  
om alt du ønsket være

Men hør meg, kjære søster  
på det jeg har å si  
du trenger ikke streve,  
for du er alt du vil bli

Det er knivens skarphet  
som gjør dronningen til narr  
for du har all verdens styrke  
men du bruker den på arr.

Embla

# 1 Innholdsfortegnelse

2	Innledning .....	5
2.1	Begrunnelse for valg av tema og problemstilling .....	5
2.2	Presentasjon av problemstillingen.....	5
2.3	Begrepsavklaring.....	6
2.4	Avgrensing og presisering av problemstillingen .....	6
2.5	Sykepleieteoretisk referanseramme.....	7
3	Metode.....	8
3.1	Mitt valg .....	8
3.2	Kvantitativ og kvalitativ.....	8
3.3	Hovedsyn – hermeneutikk og fenomenologi.....	9
3.4	Kvalitetskriterier og kildekritikk .....	9
3.5	Beskrivelse av søkene .....	10
3.6	Begrunnelse av valgt litteratur .....	10
4	Hoveddel .....	12
4.1	Benner og Wrubels sykepleieteori.....	12
4.1.1	Pårørende.....	13
4.1.2	Finne mening i mestring.....	14
4.1.3	Håp .....	14
4.1.4	Målet for sykepleien .....	14
4.2	Selvskading.....	15
4.2.1	Hvorfor noen skader seg selv?.....	15
4.2.2	Behandling .....	17
4.3	Dialectical behavior therapy .....	18
5	Drøfting .....	20
5.1	Mestring.....	20
5.1.1	Hvordan inkludere pårørende.....	21
5.1.2	Hvordan finne mening i mestring .....	23
5.1.3	Hvordan finne håp .....	24
5.1.4	Målet for sykepleien – et terapeutisk forhold .....	25
5.1.5	Å bruke seg selv terapeutisk .....	26
5.2	Hvordan tilnærme seg selvskading .....	27

5.2.1	Impulskontroll .....	28
5.3	Hva sykepleier kan bidra med i DBT - Ida .....	29
6	Avslutning .....	32
7	Litteraturliste .....	33
7.1	Selvvalgt litteratur.....	35

## 2 Innledning

### 2.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Gjennom min praksis som sykepleierstudent fikk jeg møte en rekke mennesker som drev med selvskading. Jeg hadde lest og hørt om temaet men at så mange drev med det visste jeg ikke. Det kom derfor som en overraskelse på meg at selvskading var så utbredt. Jeg stilte meg spørsmålene;

- Hva får noen til å gjøre skade på egen kropp?
- Hvorfor velger de å gjøre dette mot seg selv?
- Hva oppnår de med selvdestruktiv atferd?

Etter å ha møtt selvskading på nært hold, vil jeg med denne oppgaven prøve å få en bedre forståelse av hvorfor så mange mennesker skader seg selv. Samtidig vil jeg lære mer om hva jeg som sykepleier kan gjøre for å lære pasienter som skader seg selv andre mestringsstrategier. Dette for at de skal kunne oppnå kontroll og kanskje å mestre på andre måter. Dermed å kunne vite hvordan en som sykepleier best mulig terapeutisk skal opptre ved møte med pasienter som skader seg selv.

### 2.2 Presentasjon av problemstillingen

«Hvordan kan sykepleiere bruke seg selv terapeutisk for å oppnå endret mestringsstrategi hos mennesker med selvdestruktiv atferd?»

Jeg velger å skrive om dette fordi det finnes mange ulike behandlingsmetoder som er aktuelle innenfor selvskading og som brukes i praksis. I praksisperioden møtte jeg en pasient som hadde god effekt av en behandlingsmetode - kalt «dialektisk atferdsterapi». Denne metoden har hovedfokus på mestring og evne til problemløsning.

## 2.3 Begrepsavklaring

I forhold til problemstillingen skal jeg kun definere begrepet sykepleier. De andre begrepene blir naturlig avklart senere i oppgaven:

**Sykepleier** – Yrkestittel som benyttes til personer som ved hjelp av høyskole eller universitet tatt høyere utdanning innen sykepleie. En sykepleiers særegne funksjon er å:  
*«Å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom/helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggende behov. Sykepleieren utfører dette ved å bidra til at pasientene kan leve med konsekvensene av sin helsesvikt og/eller behandling. Sykepleie iverksettes gjennom omsorg, pleie, helsefremmende og forebyggende arbeid. Videre deltar sykepleieren i behandling og tverrfaglig samarbeid slik at pasientene får muligheter for god helse, gjenvinner sin selvstendighet eller får en verdig død. Sykepleiens grunnlag er respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter.» (Norsk sykepleierforbund, u.å.).*

## 2.4 Avgrensing og presisering av problemstillingen

Personer som skader seg selv møter jeg i denne oppgaven hjemme hos seg selv. De er alle jenter i aldersgruppen 18-25 år. Altså er de under oppfølging av kommunehelsetjenesten. Jentene bor fortsatt sammen med familien og har ulike utfordringer i forbindelse med dette. I den valgte aldersgruppen er de også blitt myndige og kan selv ta beslutninger uten samtykke fra verge. Jeg vil avgrense meg til å ta utgangspunkt i hvordan sykepleieren alene kan bidra til endret mestringsstrategi og hvordan bidra når personen er under dialektisk atferdsterapi. På bakgrunn av dette vil jeg naturlig kunne belyse sykepleierens ansvarsområde og perspektiv gjennom prosessen. Det fokuseres på selvskading i form av kutting, men det vil bli nevnt flere former for selvskading i et punkt i oppgaven.

På bakgrunn av avgrensingene jeg har foretatt for å konkretisere oppgaven, vil ikke problemstillingens fulle bredde bli besvart gjennom oppgaven.

## 2.5 Sykepleieteoretisk referanseramme

Min oppgave har stort fokus på mestring og jeg har derfor valgt å støtte meg til Patricia Benner (1934) og Judith Wrubels (1942) sykepleieteori. De er to sykepleiere som sammen har utviklet en teori bygd på psykolog Richard Lazarus's (1922) teori om mestring - satt i et sykepleiefaglig perspektiv. Benner og Wrubels sykepleieteori bygger på den hermeneutiske teori i tilknytning til den filosofiske retningen, som kalles fenomenologi. Hermeneutikken søker en bevisstgjøring over prosesser for å finne fremgangsmåter for tolkning, altså en fortolkningsmetode. Fenomenologi er å samle inn data om umiddelbare erfaringer/opplevelser. Deretter å beskrive strukturen av de fundamentale menneskelige erfaringer/opplevelser. Prinsippet er å forstå heller enn å forklare (Aadland, 2004). Mestring er begrenset av meninger og problemstillinger som eksisterer i det som en person opplever som stressende (Benner & Wrubel, 1989). Å tolke og forstå er et gjennomgående tema i «dialektisk atferdsterapi», og setter grunnlaget for å endre mestringsstrategi. Dette vil jeg komme tilbake til og forklare senere i oppgaven.

### **3 Metode**

Begrepe metode og vitenskap henger nøye sammen, da Tranøy sier at det å være vitenskapelig er å være metodisk. Han definerer metode som en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med forutsetning om å være sanne, gyldige eller holdbare (Dalland, 2010).

#### **3.1 Mitt valg**

Jeg har valgt å gjennomføre oppgaven ved å utføre litteraturstudie på bakgrunn av mitt valgte tema. Litteraturstudie innebærer fordypning av eksisterende data om temaet og deretter sette teorien opp mot problemstillingen (Dalland, 2010). Det er skrevet en del om temaet før og jeg synes litteraturstudiet passer når jeg skal konsentrere oppgaven rundt terapeutisk forhold og mestringsstrategier ved selvskading. Ved denne metoden tar jeg i bruk resultater fra forskning på effekter av mestringsstrategier, og har derfor konkrete data og henviser til. Jeg vil også komme til å trekke inn egne praksisbaserte erfaringer gjennom sykepleiestudiet for å få mitt eget personlige preg på oppgaven, og håper jeg oppnår balanse ved å sette disse elementene sammen.

#### **3.2 Kvantitativ og kvalitativ**

Dette gjør min oppgave både kvantitativ og kvalitativ. Dette vil si at den er basert på målbare enheter som gir mulighet til å finne gjennomsnitt og prosenter av en større mengde, og å fange opp mening og opplevelse som ikke er målbare eller lar seg tallfeste (ibid.). Fordelen er derfor at jeg får muligheten til å fordype meg og få mer innsikt i temaet og problemstillingen som jeg ser på som utfordrende, oppsiktsvekkende og interessant. På denne måten vil jeg tilegne meg kunnskap og i større grad være rustet i møtet med pasienter som skader seg selv.



### 3.3 Hovedsyn – hermeneutikk og fenomenologi

Dalland (2010) mener at som menneske er vi målrettede vesen. Vi omgir oss med ting som er betydningsfullt for oss. For å kunne leve i harmoni med den verdenen vi lever i forsøker vi å forstå den. Fenomenologisk-hermeneutikk er en metode som en bruker til fortolkning av data.

Fenomenologi er læren om det som kommer til syne og viser seg. Oppmerksomheten rettes mot verden slik den erfares for subjektet. Hermeneutikk dreier seg om å tolke og forstå fundamentet for menneskelig eksistens. Metoden er derfor viktig for alle som skal forberede seg til å arbeide med mennesker. For å belyse sykepleierens relevans i forbindelse med mestringsstrategier, vil avgrensningen til å møte selvdestruktive mennesker i sitt eget hjem være naturlig. Sykepleieren må vite hvilken strategi pasienten skal mestre og hva denne går ut på for å kunne støtte og følge pasienten under terapien. Derfor må sykepleieren skape et terapeutisk mellommenneskelig forhold. Hvordan jeg kan skape en god holdning og gi god sykepleie til pasienter som skader seg selv, krever innsikt i praksis så vel som i teorien om temaet. Ved isolerende å bruke litteraturstudiet synes jeg det på mange måter vil bli en teoretisk framstilling av måten en tenker eller ønsker dette skal utføres i praksis.

### 3.4 Kvalitetskriterier og kildekritikk

Kriterier jeg har brukt ved søk etter kilder er relevans i forhold til mitt tema. Kildene må være valide med tanke på pålitelighet. I bakhodet har jeg også hatt at kildene må være nasjonalt- og internasjonalt akseptert slik at det har relevans innen helsesystemet. Som konsekvens av dette vil litteraturen jeg har valgt ikke være skrevet innenfor en seks-årsramme, noe som var et av kriteriene jeg hadde til å begynne med. Dette er på bakgrunn av at «Dialectical behavior therapy» ikke er så utbredt i Norge fordi vi ganske nylig har begynt å praktisere den. Dermed finnes det lite vitenskapelig forskning om nettopp dette. I oppgaven har jeg valgt å bruke forskningsbasert litteratur, jus, faglitteratur og noe av pensumet vi har hatt i studiet. Jeg har også prøvd å forholde meg primært til primærlitteratur. Sekundærlitteratur kan ha en risiko for at opprinnelig perspektiv kan være endret og beheftet med tolkning osv. (Dalland, 2010). Det har imidlertid vært nødvendig også å bruke sekundærlitteratur for å belyse oppgaven best mulig.

For å sikre meg at kildene var relevante brukte jeg søkeord relatert til min oppgave og leste kildenes sammendrag. Jeg kontrollerte også hvem forfatteren er ved å finne ut grad, tittel eller stilling de hadde for å sikre kvaliteten kilden hadde i forhold til min oppgave. For å kontrollere validitet ved vitenskapelige kilder sjekket jeg om resultater og målinger var i overensstemmelse med like studier.

### **3.5 Beskrivelse av søkene**

I kildesøkeprosessen har jeg brukt Internet flittig. Jeg har brukt ulike søkemotorer som blant annet Bibsys, Norart, Helsebiblioteket, Idunn, PubMed og Vård i Norden. Søkemotorene som jeg har vurdert gav meg best resultat var PubMed, Helsebiblioteket og Bibsys. Jeg har brukt en internasjonal forskningsbasert artikkel funnet gjennom PubMed, en nasjonal forskningsbasert artikkel gjennom Helsebiblioteket og fire ulike kilder gjennom Bibsys. Jeg har også brukt to kilder funnet gjennom leting på offentlig bibliotek, to kilder gjennom Lovdata og fire kilder gjennom søk på Google.

Søkeord jeg har brukt i ulike kombinasjoner er mestring/coping, terapeutisk/therapeutic, selvskading/self-harm, sykepleier/nurse, dialektisk atferdsterapi/dialectical behavior therapy, veiledning, effekt/effect og selvdestruktiv atferd.

### **3.6 Begrunnelse av valgt litteratur**

Grunnlaget for å velge ut artiklene, bøkene og informasjonssidene var at de oppfylte mine kildekritiske krav – relevans, validitet, nasjonal- og internasjonal aksept.

Gjennom søk på Bibsys fant jeg bøker som på en god måte beskrev og redegjorde for den sykepleieteoretiske rammen. Her fant jeg Lazarus's teori om mestring som ga grunnlag til Benner & Wrubels sykepleieteori om det samme. Videre fant jeg boka Benner & Wrubel selv har skrevet og en sekundærkilde som var en presentasjon av deres sykepleieteori. Bøkene jeg fant i det offentlige biblioteket forklarte godt om selvskading, både fakta og behandling. De var

innenfor en årsperiode på syv år og i forhold til annen skrevet litteratur og pensum inneholdt de gjeldende kunnskaper. Dette var bøker skrevet av Herheim & Langholm og Snoek & Engedal.

Lovene jeg fant på Lovdata var gjeldende i forhold til reglement om hvordan sykepleier har lov å opptre både i forbindelse med pasienten og pårørende. Informasjonssidene jeg fant gjennom Google var relevant fordi de kunne beskrive Dialektisk atferdsterapi på en tilfredsstillende og forståelig måte. De var internasjonalt akseptert da jeg fant tilsvarende informasjon fra USA der terapien ble oppfunnet. En av sidene forklarte hvordan tilnærming av sår ved selvskading skal skje.

Artikkelen jeg fant gjennom Helsebiblioteket var utformet kvantitativt i form av spørreskjema til pasienter om hvordan sykepleierens terapeutiske funksjon og veiledning fungerte. Dette var relevant da jeg kunne forsvare sykepleierens terapeutiske effekt. Artikkelen jeg fant gjennom PubMed var kvalitativ i form av en utført analyse av effekten Dialektisk atferdsterapi hadde. Den kunne forsvare effekten jeg hadde opplevd av Dialektisk atferdsterapi og påstandene om effekten informasjonssidene beskrev. Den var pålitelig da det var en dokumentert undersøkelse, og fordi jeg fant ut gjennom andre artikler at terapien hadde bedre effekt enn vanlige terapier.

## 4 Hoveddel

### 4.1 Benner og Wrubels sykepleieteori

Benner og Wrubel (1989) definerer mestring som det man gjør, når det som oppleves meningsfullt blir diffundert, og vanlig fungering ikke blir gjennomførbart. Målet med mestring blir dermed å løse seg fra vanlige rutiner og finne tilbake til meningen igjen, ikke å plukke ut en strategi vilkårlig uten begrensninger. Mestring er begrenset av konsekvenser og meningsinnhold knyttet til stressende faktorer.

I denne definisjonen kommer det frem at det er personen selv som avgjør eller gir tilslutning til hva som er og gir god mestring. De fokuserer og tar vare på fenomenet ved mestringen, altså at selve følelsen av mestring er til stede selv om kanskje ikke strategien eller metoden er «bra» for personen. Hvis man ønsker å hjelpe må sykepleieren i utgangspunktet forsøke å forstå pasientens opplevelse av egen situasjon – både nåværende og forhenværende, samt mulighetene personen selv oppfattet har (Konsmo, 1995). Utgangspunktet skal være grunnlaget for selvskaderens hjelp til å skape muligheter ved benyttelse av fortolking, veiledning og trening til læring av nye ferdigheter, eller rett og slett ved å gi omsorg.

Med dette forfekter Benner og Wrubel (1989) at det ikke finnes fasit på god mestring som kan fortelle hvordan alle livets omstendigheter skal mestres og forankres i det fenomenologiske menneskesyn. Lazarus (1985) understreker ugunsten av overføring av mentale helsestandarder som er normale til personer som av ulike faktorer lider, der begrunnelsen er bagatellisering av deres lidelser.

Benner og Wrubel distanserer seg altså fra teoretiske idealer innenfor mestringsstrategier. De mener at det ikke finns et konkret svar på hva god mestring er og konkluderer det med at mennesker takler og mestrer ulikt ut fra sin livsverden. Derfor fastholder de altså at en aldri vil kunne velge ut fra lister over effektive- og in-effektive mestringsmuligheter.

Lazarus (1981) beskriver fem ulike måter mennesker mestrer stress på:

1. Gjøre noe konkret med problemet som å søke hjelp eller å ta opp problemet i samtaler.

2. Bevisst unngåelse som avledning for seg selv. For eksempel å unngå vanskelige situasjoner eller rett og slett å hvile seg.
3. Hente informasjon for å sikre seg selv forståelse av problemet ved lesing eller snakke med fagpersoner.
4. Bruke for eksempel avledning til å føle seg bedre enn faktisk.
5. Å anse stresset fra en annen vinkel der en kanskje finner positive betraktningmåter av grunnen til stresset. Dette vil kreve en endring av innstillingen.

*«Mestringsprosesser er derfor en del av utviklingsprosesser. Mestring handler ikke bare om hvordan en takler kravene som oppstår i situasjonen eller hvordan ens liv blir påvirket av ens endrede situasjon. Det handler like mye om personlig utvikling gjennom innarbeiding av nye forståelsesmåter.» (s. 124-125).*

#### **4.1.1 Pårørende**

Benner og Wrubel (1989) skriver også at hvordan personen takler og forholder seg til sin sykdom eller livssituasjon, har ofte konsekvenser for de pårørende og mennesker rundt personen som bryr seg. Ressursene personen har for mestring av livssituasjonen avhenger av ens sosiale kontekst. Dermed vil familiens og venners støtte være svært viktig for hvordan personen mestrer livssituasjonen.

I en selvskaders situasjon er dette ofte sett på som problematisk med tanke på personens forhold til omgivelsene og familien og dermed bli det største problemet. Benner og Wrubel (1989) beskriver at manglende tilhørighet kan være destruerende for mestringen og kan betraktes som den største trusselen.

Pårørende kan oppleve situasjonen selvskading som så alvorlig, kritisk og overveldende at de ikke behersker å forholde seg til det eller gi konstruktiv hjelp (Konsmo, 1995). Her understreker Benner og Wrubel (1989) at sykepleierens ivaretagelse av pårørende er essensiell både for mestringen hos personen og for deres egen del. Pårørende rammes på en måte også psykisk av livssituasjonen personen har. Dette tiltaket vil kanskje komme til gode for personen om

pårørende lettere vil kunne forholde seg til hverandre og forsøke å støtte og hjelpe (Konsmo, 1995).

#### **4.1.2 Finne mening i mestring**

Benner og Wrubel (1989) karakteriserer hjelpen personen trenger for å finne mening i å mestre, som en fundamental oppgave for sykepleieren. Meningsløshet er også en essensiell trussel for mestring. Her henger personens ivaretagelse av egne ressurser og personlige verdier høyt for opplevelse av mening.

#### **4.1.3 Håp**

Benner og Wrubel (1989) hevder også håpet som essensielt for mestring av situasjoner, men distanserer seg fra å se håpet som personlighetstrekk på bakgrunn av at en da lettere overser måten personen opptrer i selve situasjonen. Dermed mener de at håp er en transaksjonsvariabel, altså at noe skapes i både situasjonen vedkomne er i, og i selve personen.

#### **4.1.4 Målet for sykepleien**

Benner og Wrubel (1989) beskriver at sykepleierens ultimate mål er å styrke personen mot å bli den personen han eller hun vil være. For oppnåelse av dette må den selvdestruktive personen oppfatte sykepleieren som omsorgsfull og få opplevelsen at hun eller han bryr seg. Utfordringen for sykepleieren vil her være å redegjøre eller tolke hva som er viktig for pasienten og deretter legge til rette for ivaretagelse av dette (Konsmo, 1995). Benner og Wrubel (1989) understreker også at sykepleieren skal jobbe for at personen ivaretar mellommenneskelige bånd og/eller bestreber mot et bedre forhold til de og det han eller hun bryr seg om.

## 4.2 Selvskading

Selvskading kan uttrykkes med ulike kallenavn som selvstimulering, selvdestruktive handlinger, selvpåført vold og nesten selvmord. Dette kan dreie seg om ulike metoder som kutting, brenning, plukking, biting, hodedunking, napping av hår, riving av neglebånd eller negler til de blør, slåing av seg selv og andre destruktive aktiviteter. Kutting er den mest utbredte og vanligste selvskadingsmetoden. Den hyppigste årsaken til at mennesker skader seg selv er å unnslipe den uutholdelige indre følelsen. Innen psykisk helsearbeid regnes selvskading som gjentatte destruktive aktiviteter uten ønske om å ta sitt eget liv (Herheim & Langholm, 2006). Snoek og Engedal (2009) beskriver selvskading som en overlevelsesstrategi i en vanskelig livssituasjon. Videre skriver de at dette betyr ikke at vedkomne alltid kan si hva som er vanskelig ut over at selvskadingen hjelper. For noen oppleves det lettere å ha fysisk smerte til fordel for indre smerte som er uforklarlig. Noe som forårsaker smerte samtidig som opplevelse av den indre smerten kan gi lettelse for den indre smerten, enten som avledning eller fortolkning. Eksempel på fortolkning kan være å se det at blodet renner gi opplevelse av at det indre som gjør vondt renner ut.

### 4.2.1 Hvorfor noen skader seg selv?

I «Psykisk helsearbeid – teorier og arbeidsmåter» skrevet av Herheim og Langholm (2006) kommer det frem at psykolog Lisbeth Wessel Bjørnseth har skrevet en artikkel der hun forteller noen foreliggende årsaker om hvorfor noen skader seg selv. Opplevelse av vanskelige følelser eller et kaotisk indre følelsesliv forut for selvskadinger er en fellesnevner hun beskriver. Når de har skadet seg selv lettes det indre og de sitter igjen med en bedre følelse. Andre kan forklare sin selvskading som en non-verbal ytring til omverdenen. Her deler psykolog Bjørnseth selvskadingens funksjoner inn i to kategorier:

*Synlig selvskading som forsøk på å formidle eller å påvirke noe eller noen.* En selvskader kan søke oppnåelse enten positivt eller negativt fra omgivelsene men uansett være en faktor som forsterker adferden hos personen som skader seg selv. Søking av positiv reaksjon fra omgivelsene som ytrer omsorg og hjelp kan, for å sette det på spissen, gjøre at den som skader seg selv oppfatter at selve selvskadingen gjør at omgivelsene tar en på alvor. Disse

menneskene søker formidling gjennom selvskading når de ikke klarer å formidle verbalt eller ved følelsen av å ikke bli forstått. Dette kan forstås som et «rop om hjelp» og ses av selvskaderen som eneste verktøy for oppnåelse av hjelp som dermed fører til forsterket atferd. Søking av negativ reaksjon fra omgivelsene er for utløsning av funksjonen av negativ oppmerksomhet. Dette kan ses hos mennesker som har blitt utsatt for eksempelvis en overgriper. Her vil selvskaderen forsøke å oppnå mindre attraksjon ovenfor overgriperen for oppnåelse av hevn og eller mindre intim kontakt. Hos selvskadere som i barneårene har blitt misbrukt kan en se selvskading av kroppsdelene som var i fokus ved mishandlingen.

*Skjult selvskading for å avvende den emosjonelle eller indre smerten.* Denne måten selvskading blir brukt som forsøk på å håndtere indre smerte som personer opplever uutholdelig. Når personen har skadet seg selv har de en konkret og synlig oppfatning av smertene som dermed virker trøstende og meningsfylt og deretter føle «ro». Personer innenfor denne kategorien selvskading opplever følelsen av å ha kontroll over seg selv og den indre smerten gjennom selvskading. Selvdestruktive mennesker med problematisk fortid er kjent med følelsen av å ha det vondt. Dette er deres normal. Når disse menneskene opplever gode følelser blir det for overveldende og ukjent. Dette gjør at de søker seg tilbake til det kjente. Selvskading blir dermed en strategi for å komme til «trygg grunn» igjen. Eksempler innen denne typen selvskading kan være;

- Selvskading som selvstraffelse når selvskadingen er ment som straff mot seg selv for å nøytralisere, godtgjøre eller avbalansere en skyldfølelse.
- Selvskading som selvforakt der oppfattelsen av selvbildet er mindreverdige eller mislykkethet og dermed står ufortjent overfor livet en har.
- Selvskading som en anledning eller unnskyldning til å gi seg selv pleie og omsorg i forbindelse med skaden.
- Selvskading for å kontrollere dissosiasjon der de fjerner hatet til seg selv ved at de psykologisk fjerner seg fra ekstreme vonde opplevelser og dermed adskiller psyke og kropp.



## 4.2.2 Behandling

Hovedprinsippet i behandling av mennesker som skader seg selv er å hjelpe personen med å finne andre mestringsstrategier enn å skade seg selv for å mestre sin livssituasjon, vanskelige hendelser eller/og følelser. Dette betyr ikke at det finnes en entydig eller enkel behandling som alle selvskadere kan rette seg til, men tilrettelegges ut fra individuell forståelse. Bruk av fysisk makt eller tvang for å forhindre selvskading virker ofte mot hensikten, men kan i de aller mest alvorlige tilfeller være nødvendig. (Snoek & Engedal, 2009).

I forhold til at personen med selvdestruktiv atferd bor hjemme hos seg selv er tvangsbruk begrenset. Vedtak om å fjerne gjenstander som kan være til hjelp for å skade seg selv og tvangsinnleggelse er mulig (Psykisk helsevernloven, 1999). Det er ulike situasjoner som kan utløse behov for bruk av tvang i arbeidet med psykisk syke. Vedtak kan fattes ut fra to overordnede hensyn:

- Tvang i den psykisk sykes egne interesse for å sikre eller vedlikeholde et forsvarlig behandlingstilbud eller for å forhindre at vedkomne skader eget liv eller helse.
- Tvang for å forhindre skade på andre personers liv eller helse.

Bruk av tvang i utredning og behandling av psykisk sykdom er hjemlet i Psykisk helsevernloven og gjelder behandling i regi av spesialisthelsetjenesten. Ved behov for andre helsetjenester eller i situasjoner der pasienten representerer en risiko for seg selv eller andre, kan også andre lovverk gi hjemmel for bruk av tvang.

Behandling av personer som utøver selvskading har ofte en varighet som går over lengre tid, gjerne flere år. Karakteristiske trekk i behandlingsmetoder som må ligge til grunn for å kunne hjelpe personen er å anerkjenne selvskaderens problem, samt å forstå og akseptere han eller henne. Når en hører på beskrivelser, som kan være ganske detaljerte, av selvskadingen må sykepleieren tolerere å høre det uten å virke eller signalisere forskrekkelse eller engstelse. Hvis det skjer kan utfallet være at selvskaderen ikke tørr å fortelle mer (Herheim & Langholm, 2006). Dette er noe selvskadere ofte kan oppleve av omgivelsene som ikke vet hvordan å forholde seg til selvskading. Reaksjonene blir ofte så kraftige at hun eller han ikke evner å fortelle om sine problemer. Hos helsepersonell oppstår det ofte sterke og blandede følelser av mennesker som

skader seg selv. Irritasjon er en reaksjon en selvskader ofte kan møte når han eller hun gang etter gang innlegges akutt etter selvpåførte skader. Sykepleieren må da ha i bakhodet at handlingen som regel ikke er for å få oppmerksomhet, men et mestringsforsøk som i øyeblikket fungerer og er ugunstig over lengre tid. Skamfølelse oppleves ofte etter slik selvskading og sykepleieren må ikke bidra til å øke den (Snoek & Engedal, 2009).

I behandling fokuseres det på foreliggende årsaker til selvskading og hvordan selve selvskadingen affiserer personens liv. Å kartlegge virkningen selvskadingen gir, vil følelser bundet til selvskadingen defineres og bearbeides. Impulskontroll ovenfor selvskading kan læres ved ulike tilnæringsmåter avhengig av foreliggende årsak eller situasjon til selvskadingen (Herheim & Langholm, 2006).

### **4.3 Dialectical behavior therapy**

Dialectical behavior therapy (DBT), oversatt til norsk – dialektisk adferdsterapi, ble opprinnelig utviklet av professoren og psykologen Marsha M. Linehan. Terapien er en prinsippstyrt, delvis manualbasert behandlingsmetode ment til voksne kvinner som har et mønster av gjentatt selvskadende atferd og borderline personlighetsforstyrrelse (Dialektisk atferdsterapi, u.å.). Behandlingen finnes også i en variant tilpasset ungdom (DBT, u.å.). Gjennom empirisk forskning fant professor Linehan i samarbeid med sine kollegaer ut at standard kognitiv atferdsterapi var utilstrekkelig med tanke på pasientgruppens behov. Dermed tilførte de flere behandlingsteknikker og utviklet altså dialektisk adferdsterapi som hadde en markant bedre effekt på denne pasientgruppen (Dialektisk atferdsterapi, u.å.).

Gjennom en pragmatisk randomisert kontrollstudie kommer det frem at DBT har bedre effekt enn vanlig behandling. For hver andre måned mennesker med selvdestruktiv atferd er under behandling med DBT, reduseres risikoen med 9 % for at menneskene skader seg selv sammenlignet med vanlig behandling (Priebe et al., 2012).

Strategier for oppnåelse av endring blir brukt i DBT, men fokuset er i større grad innrettet på aksepteringsstrategier. Det essensielle er å harmonere forandringer og aksept – både for sykepleieren og selvskaderen. Ordet «dialektisk» påpeker viktigheten av nødvendigheten til å ta

hensyn og harmonere ulike deler av virkeligheten, se sameksistensen mellom forskjellige faktum, anvende forskjellige strategier og løsninger, og å tenke inkluderende i stedet for ekskluderende. Nøkkelen til suksess er oppøving i å ha et oppmerksomt nærvær, altså «mindfulness». Med «mindfulness» vil selvkaderen kunne oppleve øyeblikket uten å dømme sin egen oppmerksomhet, men å akseptere. På denne måten vil hun se virkeligheten som den faktisk er, og nettopp dette er en grunnleggende faktor for oppnåelse av en endring. Selvkaderen merker og konstaterer hva som skjer, uten å være på «autopilot» eller være besatt av hva hun synes skal skje eller hva hun frykter som kommer til å skje. Dermed er akseptering en grunnleggende faktor som integreres i terapiens andre hovedelement: Utvikling av selvkaderens problemløsningsferdigheter (Dialektisk atferdsterapi, u.å.).

DBT integrerer dermed kunnskaper fra ulike behandlingsformer, atferdsterapi, kognitiv terapi, læringsteori samt dialektisk og østlig (zen) filosofi. Terapien brukes både individuelt og i grupper der man mellom timene og møtene kan få veiledning fra sin individualbehandler i vanskelige situasjoner. Innenfor denne behandlingsmetoden konsulterer også behandlerne hverandre for utvikling av ferdigheter og motivasjon til benyttelse av metoden på best mulig måte under pasientbehandlingen (ibid.).

## 5 Drøfting

### 5.1 Mestring

For at sykepleiere skal ha evne til å hjelpe mennesker med selvdestruktiv atferd, må en først og fremst forstå mestringsstrategien selvskading. Å finne ut hva som ligger til grunn for at selvskading oppleves effektivt er nøkkelen til å kunne begrense eller eliminere selvskading som mestringsstrategi hos et menneske. Her er det viktig at sykepleieren ikke «drar alle under samme kam» og generaliserer personenes effekt, men å se den enkelte. Likhetstrekk er lett å definere, men å se den enkelte skaper en ikke-fordømmende forståelse og denne forståelsen dannes mellom den enkelte pasient og sykepleieren.

Som tidligere nevnt hevder Benner og Wrubel (1989) at målet med mestring er begrenset av konsekvenser og meningsinnhold knyttet til de stressende faktorene. Det gjør at en som sykepleier i utgangspunktet må forstå menneskets egen opplevelse av situasjonen. Samtaler og tid til å bli kjent er faktorer som her må ligge til grunn for at sykepleieren skal kunne yte hjelp innen mestring. Her bør kartlegging av hva personen betrakter som meningsfullt og hva som verdsettes ligge til grunn for ikke å farge personen for mye. Sykepleierens hensikt kan være å hjelpe personen å bli den han ønsker å være gjennom å bytte ut selvskading med rasjonelle mestringsstrategier. Måten å hjelpe kan være mange; veiledning, fortolkning, læring av nye ferdigheter og ved å gi omsorg. De ulike måtene må vurderes eller kombineres, alt etter hvordan livssituasjon mennesket befinner seg i og hva han eller hun trenger hjelp til å mestre. Dette begrunner også Benner, Wrubel (1989) og Lazarus (1981) fordi de mener det ikke finnes en fasit til god mestring betinget etter livssituasjoner.

DBT er derfor en terapi jeg mener passer til mennesker med selvdestruktiv atferd. Den sier ikke hvordan en skal mestre, men hvordan en kan tolke og forstå ulike situasjoner på ulike måter og basere valget av mestringsstrategi ut fra et bredere utgangspunkt.

Måten et man takler stress på kan fortelle mye om et menneske. De fem ulike måtene Lazarus (1981) mener mennesker stress takles ved kan få ulike følger og resultater.

- Det å gjøre noe konkret med problemet som fører til selvdestruktiv atferd, kan fortelle at du er handlekraftig og problemløsningsorientert ved å vise nysgjerrighet og er søkende til noe bedre. I denne mestringsstrategien aksepterer man problemet.
- Hvis en unngår problemet kan man være konfliktsky og en undervurderer konsekvensene problemet vil skape. Problemer vil da ha en tendens til å hope seg opp og kan virke begrensende av livets utfoldelse. Med dette kan det forstås at man har innsett problemet, men ikke tatt konsekvensene av det i form av å iverksette en handling/prosess som medfører løsning.
- Ved å søke forståelse av problemet som fører til selvdestruktiv atferd viser man lærevillighet for å oppnå aksept av problemet. Her er personen innsiktsfull og søkende om kunnskap for å være handlekraftig i forhold til eventuelle løsninger.
- Når en avleder følelsene rundt problemet kan man vise evne til prioritering for å kunne forholde seg til situasjonen. Altså nedprioriteres aspekter ved problemet som fører til ufullstendig bearbeidelse. Her vil manipulering av følelseslivet foregå som videre kan føre til problemer med omgivelsene.
- Ved endring av synspunkt på problemet viser man evne til å sette seg inn i situasjonen. Her er ordene innsikt og forståelse beskrivende. Denne strategien kan lede til handlekraft i forhold til problemet.

Proessen som utføres handler like mye om personlig utvikling på grunn av at en selv bestemmer hvordan selve prosessen og løsningen skal påvirke og prege livet.

### 5.1.1 Hvordan inkludere pårørende

Mennesker som mestrer problemer med selvskading kan ha følger for hvordan forholdet til pårørende er. Pårørende kan være en ressurs for pasienten som i dette tilfellet tilsier støtte gjennom det selvskaderen opplever som et problem. Støtte kan komme i form av kognitiv og instrumentell hjelp, altså informasjon og praktisk hjelp. Fra personer en bryr seg om er det viktig å oppleve støtte for å kunne føle tilhørighet i et sosialt nettverk og få nødvendig atspredelse. (Blix & Breivik, 2006). Om pårørende ikke klarer å forholde seg til personen som skader seg selv eller omvendt, kan opplevelsen av manglende tilhørighet oppstå. Forholdet mellom disse

partene vil derfor være med på å forsterke eller avgrense den selvdestruktive atferden. I praksis opplevde jeg et eksempel som beskriver når forholdet til nettverket rundt pasienten førte til forsterket atferd.

Familien; som besto av tre døtre og en mor, hadde opplevd å miste pappa og mann. Mors reaksjon på å miste sin mann endte i et, for henne, uforståelig sinne på alle omgivelser, inkludert sine døtre. Søsknene som naturlig nok hadde det vanskelig fra før ble preget av dette, særlig den yngste på 18 år. Hun begynte skjult å rispe seg på armen. De andre to fikk mors reaksjon litt på avstand siden de tidligere hadde flyttet ut. 18-åringens lyst til nå å flytte hjemmefra økte og dette ble virkelighet. Dette resulterte i en bedre hverdag for hennes del, men det ble kortvarig. Mors hverdag ble nå ensom og dette gav hun, inkludert de eldste søstrene, minstejenta skyld for. Nå var hele familien sint på henne. 18-åringen som i utgangspunktet trengte støtte av familien fordi hun var i en helt ny livssituasjon som hybelboer følte veldig på dette. Hun taklet ikke både hennes nye livssituasjon og et komplisert forhold til familien. Dette preget resultater på skolen og hun isolerte seg fort fra vennene. Den eneste trøst hun kunne finne var rispingen som nå var videreutviklet til å kutte seg for å få lettet sine voldsomme følelser.

Sykepleierens oppgave i en slik situasjon er å opprettholde eller forbedre relasjonen mellom pasient og pårørende. En del av sykepleierens oppgave er som nevnt å ivareta pasientens grunnleggende behov som herunder vil være psykososiale behov. Her følger det utfordringer. Når en skal kartlegge nettverk der en gjerne må beskrive sine relasjoner, kan utløsning av forskjellige reaksjoner oppstå. Hvis pasienten ikke regner at hun har andre betydningsfulle personer enn hjelpeapparatet, vil ensomheten komme tydeligere frem eller følelser rundt familie rippes opp i (Blix & Breivik, 2006). Derfor er det viktig at kartleggingen har en hensikt og at pasienten selv ønsker å arbeide med oppbygging av nettverket. Noen eksempler på sykepleiers tiltak for å bidra til konfliktløsning kan være å tilrettelegge for samtale mellom partene, oppmuntre pasienten for samtale, være tilstede under samtale mellom partene og å samtale med pårørende på egen hånd (Eide & Eide, 2010).

Når en som sykepleier skal samtale med pårørende må en være bevisst. En må ha samtykke fra pasienten om hvilken informasjon det er greit å dele (Helsepersonelloven, 1999). Sykepleieren må trå forsiktig når det gjelder å legge fram situasjonen for de pårørende, særlig når det gjelder hvordan pasientens nettverk kan forsterke og avgrense en selvskaders atferd. Dette kan raskt bli

misoppfattet av pårørende som negativ kritikk mot dem. Dermed står de uten følelsen av også å bli sett og forstått i situasjonen som samtalen egentlig skulle bidratt til. Sykepleieren må også være observant på at pårørende kan stå i fare for å ta til seg skyldfølelse rundt dette temaet.

Når det gjelder forhold til pårørende i forbindelse med mestring vil jeg også nevne et annet eksempel fra praksis som omhandler lært atferd. Familien besto av fire personer – mor, far og to døtre. De hadde alle et godt forhold til hverandre men hadde for noen år siden mistet mors foreldre i en bilulykke. Mor følte stor skyldfølelse siden hun hadde kranglet med sin far rett før ulykken. Mor fikk god støtte fra både mann og døtre, men det strakk ikke til. Hun begynte å straffe seg selv ved ikke å være påpasselig i forhold til egen sikkerhet og utsatte seg for farlige situasjoner gjentatte ganger. Utfallet var både større og mindre skader. Det kjærlige forholdet mellom mor og far sklei etter hvert lengre og lengre fra hverandre og sinne på hverandre påvirket døtrene. Da foreldrene fikk nok flyttet far fra familien. Største datter følte nå skyldfølelse for foreldrenes skilsmisse og mestret, på samme måte som mor, med selvskading.

Dette kan være et eksempel på hvordan betydningsfulle omgivelser er en ressurs for hvordan en mestrer. I dette tilfellet var ressursene svake og førte til valg av en kjent mestringsstrategi utført av rollemodellen datterens liv.

### **5.1.2 Hvordan finne mening i mestring**

For at en sykepleier skal kunne hjelpe en pasient å mestre eller endre mestringsstrategi må pasienten selv ønske hjelp. Om hun ikke ser, vil eller mener selv at hun trenger hjelp, kan hun føle dette meningsløst. Hjelpen vil derfor kanskje ikke være attraktiv og/eller til nytte. Dermed er det å finne mening i mestring sentralt. Sykepleieren kan også være til hjelp i å finne mening i mestring ved å kartlegge drivkraft og motivasjon til å arbeide for endring av mestringsstrategi. En drivkraft er noe som er av personlig verdi og betyr så mye for deg at du er villig til å arbeide for det. Drivkraften vil jeg si gir arbeidet mot målet mening. Eksempler på dette er familie, barn, venner, jobb, kjæreste, selvutvikling der en søker etter å bli den en vil og interesser/ hobbyer som for eksempel sang og idrett. Denne drivkraften er av erfaring meget forskjellig fra person til person. Her må sykepleieren derfor kartlegge den enkelte pasients drivkraft for å finne den

enkeltes motivasjonskilde. I en selvskaders situasjon kan det være en utfordring å finne en drivkraft som er sterk nok til kanskje å måtte kjenne på vonde og voldsomme følelser og arbeide med dem.

Likeså her finnes det utfordringer. Det å skulle finne ut hva som betyr noe for seg selv kan rippe opp i negativt ladede følelser, eksempelvis dersom familien har stor verdi i livet ditt, men at det ikke oppleves gjensidig. Det er også en risiko for at en som skader seg selv ikke finner hennes verdier på grunn av depresjon, noe som ofte er sett hos personer med selvdestruktiv atferd (Kringlen, 2011).

Ved depresjon kan mangel av livslust, tendens til pessimisme og lav selvaktelse prege livssynet (Blix & Breivik, 2006). På bakgrunn av dette vil det være vanskelig å finne noe som driver seg. Sykepleieren må derfor møte personen med omsorg og respekt for å vise at hun blir tatt på alvor. Dette kan vises ved å tilby «en hand å holde i», profesjonell og trøstende nærkontakt som å stryke henne over ryggen, fortelle at å puste dypt hjelper mot vonde følelser og si at det er lov å gråte. Her vil det å være en god lytter bli essensielt. Å la personen med selvdestruktiv atferd snakke om depresjonen vil hjelpe på å finne grunnlaget for hvorfor hun opplever dette slik. Det å sette ord på følelser kan være oppklarende for personen og virke lettende (ibid.). Å forhaste situasjoner for å nå målet vil virke ødeleggende for å finne meningen ved mestring.

### 5.1.3 Hvordan finne håp

Håp og tro har stor sammenheng med mestring. Jeg vil si *håp* er håp om å nå mål og delmål i mestring, og *tro* er å tro på seg selv til å nå målet. I denne sammenhengen vil det si at personen med selvdestruktiv atferd trenger håp for å skape troen på seg selv. At en klarer å gjennomføre eller løse en oppgave eller et problem forklares i at en ser «lyset i tunnelen» og jobber mot det. I denne assosiasjonen kan man forestille seg at håpet er «lyset i tunnelen» og for å nå det må man ha tro og motivasjon, som er «jobben». Håpet beskriver altså slik man ønsker at utfallet blir og er i seg selv en faktor som skaper drivkraft.

Håp oppstår gjerne når negative og positive følelser er innblandet. Håpets hensikt er å bevare troen på at endring til ønsket tilstand er mulig, selv om det motsatte i øyeblikket synes mest



sannsynlig. Et eksempel i så måte er ønsket om at en negativ familiesituasjon kan endres selv om situasjonen synes negativt fastlåst.

En sykepleier vil ved hjelp i å finne håp hos mennesker finne utfordringer som har betydning for mestring. Dette kan være at personen som ønsker å mestre en livssituasjon har for langsiktige håp og mål som utgjør en risiko for å miste håpet gjennom tidsperioden en mestringsprosess tar. Dette kan forsterke problemet som i utgangspunktet skulle mestres. Hos en selvdestruktiv person vil kanskje den ineffektive mestringsstrategien selvskading også forsterkes på grunn av følelsen av at det eneste som hjelper viser seg å være å skade meg selv. Her kan jeg tenke meg at som sykepleier må man kunne hjelpe personen til å sette delmål for å nå hovedmålet som en realitetsorientering. Altså ikke å ødelegge visjonen, men hjelpe for å få i gang en lengre prosess der en bevisstgjør henne både i tidsaspektet og arbeidet dette vil medføre samtidig som håpet bevares. Et eksempel på dette er da jeg i praksis møtte ei dame i tjuårene med selvdestruktiv atferd. På grunn av vanskelig barndom ønsket å bli helsesøster for å kunne gi råd til ungdom som har en vanskelig oppvekst.

En annen utfordring kan være håpløshet. Gjennom å lytte til hva personen forteller under samtaler vil det være mulig å peke på håp for fremtiden. Dette kan skape et grunnlag for mestring. Her kommer sykepleierens kunnskaper om å kunne se behov en person har når personen selv ikke er flink til å uttrykke dem selv (Blix & Breivik, 2006). Hovedessensen i håp forbundet med mestring er å bevare håpet og å hjelpe til for å finne håpet. Deretter å skape delmål som bevarer hoved-håpet. Delmålene må altså være godt oppnåelig for følelse av mestring skal finne sted når de nås. Når mestringsfølelsen finner sted er håpet lettere å bevare.

#### **5.1.4 Målet for sykepleien – et terapeutisk forhold**

Gjennom mestring og hjelp til å finne mestringsstrategi skal sykepleieren altså styrke personen til å bli den hun ønsker. For å nå dette må sykepleieren skape god kjemi dem imellom, vise respekt og omsorg som skaper et jeg-du forhold og ikke tingliggjør personen som skal hjelpes. Samtidig som dette skal ligge til grunn for forholdet mellom dem må sykepleieren holde et profesjonelt perspektiv som forhindrer påvirkninger på personlig basis. For sykepleieren vil dette

kalles å bruke seg selv terapeutisk for å skape et *terapeutisk forhold*. Dette er et grenseområde innen veiledning fordi innholdet i og metoder innen veiledning og terapi har likhetstrekk. For å forklare dette nærmere beskrives det at

*«Terapiens område kan sies å være det som forstyrrer eller hemmer normalområdet hos personen, mens veiledningens område vanligvis er normalområdet og hvordan dette kan utvides.» (Tveiten, 2008 s: 83).*

Et generelt eksempel på dette kan være når en selvskader ikke klarer å forholde seg til det kaotiske følelseslivet som psykolog Bjørnseth beskriver og bruker selvskading som avledning (Herheim & Langholm, 2006). Følelseslivet hemmer normalområdet og terapi må til for å bearbeide dette. Terapien gjør at personer som bruker avledning for å forholde seg til følelsene greier å forholde seg til faktum - uten selvskading. Veiledning må deretter gis. Veiledningen har som funksjon at en mestrer det som skapte det kaotiske følelseslivet og har det bra. Normalområdet utvides derfor og personen vil ikke føle noe problem i å være i denne situasjonen.

### **5.1.5 Å bruke seg selv terapeutisk**

I et terapeutisk forhold mellom sykepleier og pasient skal det tas hensyn til hele personen, personens levde og private liv (Tveiten, 2008). Dette innebærer å skape en mellommenneskelig relasjon preget av empati, anerkjennelse, respekt og åpenhet med intensjon om å fremme utvikling og forandring (Prebensen & Vråle, 2006). Satt i oppgavens perspektiv gjelder dette å begrense selvskadingen. Sykepleier må forsøke å forstå formålet med selvskadingen og problemer som skaper årsaken til selvskadingen. Sykepleieren må kunne «stå i det» og tåle å se og høre om selvskaderens kaotiske følelsesliv, noe som kan være en utfordring. Dette innebærer å måtte kjenne på hvordan det er å føle seg maktesløs og å føle sterk fortvilelse uten å bli sympatisk. Jeg vil si at man må ha «et varmt hjerte men et kaldt hode». Hvis sykepleieren våger dette kan det gi personen noe verdifullt. Denne kontakten og tillit mellom dem vil gjøre at personen med selvdestruktiv atferd kan av et medmenneske føle seg sett og tatt på alvor. Til

sammen skaper det terapeutiske forholdet et felt for samhandling som kan føre til resultater på grunn av sykepleierens dristighet.

Tillit er en forutsetning for at det terapeutiske forholdet skal skapes fordi det forteller om at sykepleieren og den hjelpesøkende kan stole på. For å skape dette må sykepleieren vise ærlighet, åpenhet og at man holder det man lover. Tillit kan gi følelsen av å være trygg. Det kan fort gjennomsnes om en ikke er ærlig, siden mennesket kommuniserer både verbalt og non-verbalt. Non-verbalt vil si å kommunisere gjennom kroppsspråket og fysiologiske tegn som å rødme når en er flau og svette når man er redd. (Blix & Breivik, 2006).

Opplevelsen og oppfatningen den hjelpesøkende får av sykepleieren har altså mye å si for hvordan deres forhold utvikles. Videre vil det skapte forholdet ha betydning for hvordan kvaliteten på hjelpen utarter seg. Sykepleieren må ha evne til handlekraft, være stødig og ærlig for å vise nytte i hjelpen. Ved at en hjelpesøkende person får oppleve dette vil sjansen for mestring øke og tillitsforholdet styrkes. Jeg vil si at det terapeutiske forholdet kan lede til og øke sjansen for at en person med selvdestruktiv atferd vil satse på å endre mestringsstrategi.

## 5.2 Hvordan tilnærme seg selvskading

Når det kommer til behandling av sårene ved selvskading kan det være en utfordring. Som sykepleier ville det være naturlig å trøste, gi pasienter oppmerksomhet og umiddelbart sette i gang tiltak fordi det oppdages at personen trenger hjelp når de har skadet. En kan tenke at en sykepleier skal jo være omsorgsfull, utøve god pleie og respektere. Det kan også være naturlig å reagere i form av å kjefte, be dem å love å slutte, se på og behandle personen som gal eller hjelpesløs, tvinge personen til å stoppe, komme med egne anklager om årsaken, klandre personen for å reagere på denne måten, overreagere og å få panikk. Dette fordi å skade seg selv er galt.

Sår ved selvskading skal tilnærmes på en annen måte som vil gi essensiell betydning i hva personen vil føle og forbinde med mestring. Personer med selvdestruktiv atferd har gjerne en hensikt der han eller hun søker etter noe. Dette hevder også psykolog Bjørnseth (Herheim & Langholm, 2006). Ved selvskading søker de positiv reaksjon som får folk til å hjelpe, negativ

reaksjon som gjør at folk distanserer seg. De søker å straffe seg selv for å lette samvittighet, rettferdiggjørelse av at de har det for bra. De søker intimitet og omsorg med pleien – enten av seg selv eller hos andre, eller lettelse fra et komplisert følelsesliv. Hvis en sykepleier som skal tilnærme seg sår ved selvskading på de ovennevnte reaksjonsmåtene vil de kunne forsterke en persons selvdestruktive atferd. Dette fordi sykepleierens reaksjon gir personen det han eller hun søkte å oppnå og de kan oppleve mestring ved selvskading.

En konklusjon på dette er at sykepleierens mest hensiktsmessige måte å tilnærme seg personen når de behandler sårene oppstått av selvskading, er å opptre nøytralt (Sinnets Helse, 2007). Dette gjør at selvskaderen ikke gis mulighet til å danne seg inntrykk som kan gi preferanser for å oppfatte signaler for eller mot handlingen. Senere, kanskje neste dag, kan sykepleieren ta fatt i hva som utløste handlingen å skade seg selv. Spørsmål som kan være aktuelle for å ta fatt på dette er

- Hva gjør at du skader deg selv?
- Hvorfor gjør det at du skader deg selv?
- Hvordan kommer du frem til å ta beslutningen å skade deg selv?
- Hvilke gjenstander bruker du til å skade deg selv?
- Er det noe du kan gjøre for å løse problemene på en annen måte?

### 5.2.1 Impulskontroll

Selvskading skjer ofte ved impuls. Sykepleieren kan i samarbeid med personen finne måter som forsinker impulshandlingen. For å forlenge rommet mellom å bestemme seg for å skade seg selv og å utføre selvskading kan være å gjøre gjenstander til selvskading mer utilgjengelig. Eksempler på dette er å teipe en boks med gjenstandene til å kutte seg selv med godt igjen, eller å gjøre desinfisering av gjenstander til et ritual før selvskadingen for å minske infeksjonsfaren og dermed arrets størrelse. Dette forlenger tidsrommet mellom beslutning og handling som kan gi personen tid til å rasjonalisere (Hummelvoll, 2004).

### 5.3 Hva sykepleier kan bidra med i DBT - Ida

For å forklare hva en sykepleier kan bidra med i forhold til dialektisk atferdsterapi skal jeg gjennom et eksempel fra praksis belyse dette. For ikke å bryte taushetsplikten velger jeg å kalle hovedpersonen i min historie pseudonymet Ida.

Ida er ei jente på 23 år. Hennes bror tok livet av seg fordi han ikke taklet deres fars dødsfall. Hun mestrer sine følelser knyttet til sin fars og brors død med selvskading. Familien som er igjen har opplevd og gjennomgår fremdeles vanskelige situasjoner og steg i livet. Hennes forhold til familiemedlemmene som er igjen er etter forholdene gode. Hun bor vekselvis sammen med sin mor og rundt omkring på hybler. Hennes andre bror bor i en annen by. Grunnen til at hun flytter bosted ofte er fordi hun prøver å oppfylle ønsket om å bo for seg selv. Dette viser seg å være svært vanskelig for henne. Ida greier ikke å holde på en jobb for å få fast inntekt, slik at hun kan betale leie for hybel. Hun har til nå hatt seks jobber. Hun har blitt oppsagt eller oppfordret til å fratre stillingen på bakgrunn av manglede oppmøte og dårlig holdning. Grunnen til dette er at hun slet med følelseslivet. Hver gang hun fikk en jobb og ble glad for dette ble frykten for å føle nye og overraskende vonde følelser skremmende. Hun støttet seg derfor til vante vonde følelser, som resulterte i perioder med selvskading og isolering. Etter hver gang hun mistet jobben, ble hun gradvis mer og mer motløs og den selvdestruktive atferden ble forsterket.

Hjemmesykepleien som allerede var inne i bildet på grunn av mors manglede evne til å ta vare på seg selv etter et hjerneslag, oppdaget datterens situasjon. Sykepleieren tok med hensikt mer kontakt for å komme i samtale med Ida. Siden sykepleieren så Idas situasjon, turte hun å møte hele Ida gjennom samtaler gjentatte ganger og utviklet derav et tillitsforhold. Da dette var skapt foreslo sykepleieren at Ida skulle kontakte psykolog. Ida søkte etterhvert hjelp hos psykolog som satte i gang Dialektisk atferdsterapi. Psykologen sendte også søknad om hjemmesykepleie. Grunnlaget til å søke hjemmesykepleie var Idas manglende evne til å ta vare på seg selv, i kombinasjon med manglende ressurser i form av pårørende. Mor var enda i sorg etter mannens og sønnens død i tillegg til at hun selv var havnet i en pleietrengende situasjon.

Sykepleierens oppgave var i en periode kun å se til at Ida fikk dekket en del grunnleggende behov, som mat, søvn, sosial omgang og husly. I denne perioden arbeidet psykologen og Ida med å bearbeide hennes kaotiske følelsesliv. For nå å kunne fortsette i terapien stilte psykologen krav

til henne. Hun holdt enda på med selvskading. Psykologen og sykepleieren mente dette hadde forankring i hennes avvísninger innen arbeidslivet, i tillegg til det at hun ikke mestret det å forsørge seg selv. Kravet var derfor å søke jobb. Følelsene knyttet til dette skulle hun mestre mest mulig på egen hånd. Siden sykepleieren regelmessig var i kontakt med Ida og visste hva Dialektisk atferdsterapi dreide seg om, skjønte hun med ett hensikten med kravet. Idas problemløsningsferdigheter skulle altså utvikles. Ida nøyte med dette og sykepleieren satte i gang tiltak for å hjelpe henne. De gikk sammen om å lage en brukerstyrt «Individuell plan».

Individuell plan er i følge Fjørtoft (2006) en utdyping og konkretisering av enkeltvedtak som skal være til nytte for bruker. Den skal også være nyttig for samhandling mellom de ulike instanser i helsetjenesten som brukeren benytter. Å lage en individuell plan skal skje i samråd med blant annet brukeren selv. Det at brukeren selv er med på å lage denne planen, vil bevisstgjøre egne ansvarsområder. Dermed vil brukeren kunne bidra til å sette inn konkrete tiltak for å nå egne mål. En individuell plan «tvinger» derfor brukeren å til selv løse utfordrende problemer.

Ida begynte med å skrive søknad og CV. Deretter lette hun etter ledige stillinger. Etter tre uker var Ida på sin første arbeidsdag. Ida beskriver sine følelser til psykologen: «Det beste med dette er at jeg har greid dette på egen hånd! Jeg fikk hjelp av en sykepleier til å tenke hvordan jeg skulle gripe an situasjonen, men hun gav meg ikke fasiten på utfordringen». Flere utfordringer kom på løpende bånd etter at det viste seg at Ida mestret å beholde jobben. Ida skulle finne en plass å bo på egen hånd. Dette viste seg å bli vanskelig, siden hun bodde på en liten plass der ryktene om at hun ikke var en sikker betaler hadde spredt seg.

Ida møtte altså motgang. Her kom sykepleierens kunnskaper om Dialektisk atferdsterapi til nytte igjen. Sykepleieren visste nemlig at læren om «mindfulness» ville komme Ida til nytte nå. Ved å samtale med Ida mente sykepleieren henne på dette, gjennom å stille følgende spørsmål:

- Hva gjør at du er lite attraktiv på hybelmarkedet?
- Hva tror du at du må gjøre for å bli attraktiv på hybelmarkedet?
- Hvorfor er du nødt til å gjøre dette?

Ida begynte straks å skjønne utleiernes tankegang – hun kan ikke betale for seg og de er ute etter å tjene penger. Det er altså ikke meg de er ute etter å «straffe». Jeg kan spørre arbeidsgiveren

min om å være referanse – han har sett at det går bra med meg og virker fornøyd med min innsats. Samtidig kan jeg også forklare til utleierye hvordan jeg hadde det før, være ærlig og vise forståelse og aksept ovenfor hvordan de kanskje tenker. Denne veien er jeg nødt til å gå for å rette opp inntrykkene av meg, vinne tillit og vise pålitelighet. Kort tid etter fikk Ida skaffet seg hybel og dette kun ved hjelp til å selv tenke hva hun kunne gjøre. Hun var stolt av seg selv, takknemlig ovenfor sykepleier og psykolog og så nå på fremtiden med håp og glede.

I dette eksempelet kommer nødvendigheten av å ha et tverrfaglig samarbeid fram. Et tverrfaglig samarbeid er at ulike yrkesgrupper, i dette tilfellet sykepleier og psykolog, samarbeider og arbeider parallelt i forhold til pasienten. Forutsetningen er at problemstillingen er avgrenset og klar, for å kunne dele oppgaver de ulike instansene er kvalifisert til. Denne typen samarbeid er derfor egnet, dersom instansene kan utføre oppgavene uten behov for de ulike kompetansene samtidig. Utfordringene ved et tverrfaglig samarbeid er at problemstillingen ofte ikke er klart nok avgrenset og instansene må arbeide sammen mot et felles mål. Dette gjør at yrkesgruppene må i fellesskap ta beslutninger (Fjørtoft, 2006).

Eksempelet viser at sykepleierens kunnskaper om hva personen går gjennom og har kjennskap til behandlingstypen, kan vise seg aktuelt og nyttig i utøvingen av rett hjelp. Kunnskapen sykepleieren hadde om Dialektisk atferdsterapi, avgjorde hvordan utfallet av de forskjellige utfordringene ble. Dette ble i Idas tilfelle avgjørende for hvor godt hun taklet situasjonene og hvilken følelse hun satt igjen med. Mestringsfølelsen avgjør som sagt at håpet lever videre.

## 6 Avslutning

Gjennom denne oppgaven har jeg lært at det er mange ulike grunner til at mennesker skader seg selv. Grunnen til at de velger å gjøre dette mot seg selv, er at dette er den eneste mestringsstrategien de klarer å rasjonalisere seg fram til når de er i situasjonen. Å mestre situasjoner med selvskading er en mestringsstrategi som fungerer i øyeblikket der de handler impulsivt, men gir en kortvarig virkning. Selvskading har derfor en tendens til å eskalere og avanseres over tid. Dermed vil ikke selvskading som mestringsstrategi fungere permanent. De opplever bare en midlertidig effekt. Som sykepleier er det derfor viktig å bruke seg selv terapeutisk for å oppnå endret mestringsstrategi. Ut fra det fenomenologiske synet på mennesker vil det ikke finnes en fasit på hvordan mestringsstrategi som kan brukes universalt i utfordrende livssituasjoner. Mennesker med selvdestruktiv atferd bærer forskjellige faktorer som utgjør årsaken til selvskading. Fellesnevnerne kan være lett å definere, men alle skal ikke dras under samme kam. Dette fordi vi verdsetter, tenker, vurderer, rasjonaliserer og konkluderer ulikt. Sykepleiere må derfor legge til rette for samtaler for å bygge et terapeutisk forhold. Det terapeutiske forholdet må ligge til grunn for at partene kan stole på hverandre. Dette forholdet vil lette veien videre. Kartlegging av personens drivkraft, håp, mål og delmål må til, for sammen å finne fremgangsmåten til målene betydningsfull.

Behandlingsmetoden DBT har 9 % bedre effekt enn vanlig behandling. Dette tror jeg er fordi terapien tar utgangspunkt i at mennesket med selvdestruktiv atferd selv skal finne veien til å løse problemer ved å akseptere situasjoner ved hjelp av «mindfulness». På denne måten vil deres handlinger automatisk være betydningsfulle og mestringsfølelsen være stor. Å ha følt mestring er drivkraft til å kunne tro på seg selv. Mennesket vil dermed i større grad være rustet til å møte andre utfordrende livssituasjoner med tro på å kunne takle dette.



## 7 Litteraturliste

- Aadland, E. (2004). *Og eg ser på deg: vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Benner, P. & Wrubel, J.: *The Primacy of Caring. Stress and Coping in health and Illness*, Menlo Park, California, Addison Wesley 1989. (52 sider)
- Blix, E., S. & Breivik, S. (2006). *Basisbok i sykepleie. Om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dalland, O. (2010). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4.utg. Oslo: Gyldendal.
- DBT (u.å.). *En oversikt over behandlingsformen, besparelser, forskning m.m.* Hentet 9. mars 2013 fra <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/dbt/pdf/dbt-oversikt-okonomi-forskning.pdf>  
(6 sider)
- Dialektisk atferdsterapi (u. å.) *Mer om dialektisk atferdsterapi (DBT)*. Hentet 03. mars 2013 fra <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/dbt/dbt.html>  
(3 sider)
- Eide, H. & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2.utg. Oslo: Gyldendal
- Fjørtoft, A., K. (2006). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. av 7. februar 1999 nr. 64*. Hentet dato: 11. april 2013 fra: <http://www.lovdato.no/all/hl-19990702-064.html>  
(2 sider)
- Herheim, Å. & Langholm, K. (2006) *Psykisk helsearbeid – teorier og arbeidsmåter*. Oslo: N.W. Damm & Søn AS. (38 sider)

- Hummelvoll, J., K. (2012) *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. 7. utg. Oslo: Gyldendal.
- Konsmo, T. (1995) *En hatt med slør... Om omsorgens forhold til sykepleie – en presentasjon av Benner og Wrubels teori*. Otta: Tano. (41 sider)
- Kringlen, E. (2011). *Psykiatri*. 10. utg. Oslo: Gyldendal.
- Lazarus, R.S.: «The stress and coping Paradigm». I. Eisdorfer m.fl. *Models for Clinical Psychopathology*, s. 177-241, New York, Spectrum 1981. (64 sider)
- Lazarus, R.S.: «The trivialization of distress». I Rosen & Solomon (red.): *Preventing Health Risk Behaviors and Promoting Coping with Illness*, Vol.8, University Press og New England 1985. (6 sider)
- Norsk Sykepleierforbund. (u.å). *Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag*. Hentet 8. april 2013 fra <https://www.sykepleierforbundet.no/fag/sykepleie> (3 sider)
- Prebensen, E. & Vråle, G. B. (2006). *Den gode veiledningen*. *Sykepleien*, 94(03):62-63. doi: 10.4220/sykepleiens.2006.0005 (3 sider).
- Priebe, S., Bhatti, N., Barnicot, K., Bremner, S., Gaglia, A., Katsakou, C., ... Zinkler, M. (2012). *Effectiveness and cost-effectiveness of dialectical behaviour therapy for self-harming patients with personality disorder: a pragmatic randomised controlled trial*. *Psychother Psychosom*, 2012;81(6):356-65. doi: 10.1159/000338897. (10 sider).
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 2. juli nr. 62*. Hentet 16. april 2013 fra <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/all/nl-19990702-062.html&3-3> (2 sider)
- Sinnets Helse – kvalitetssikret folkeopplysning (2007). *Selvskading*. Hentet 20. april 2013 fra <http://www.sinnetshelse.no/artikler/selvskading.htm> (7 sider)

Snoek, J., E. & Engedal, K. (2009). *Psykatri. Kunnskap, forståelse, utfordringer*. Trondheim: Akribe Forlag. (38 sider)

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

## 7.1 Selvvalgt litteratur

Benner, P. & Wrubel, J.: *The Primacy of Caring. Stress and Coping in health and Illness*, Menlo Park, California, Addison Wesley 1989. (52 sider)

DBT (u.å.). *En oversikt over behandlingsformen, besparelser, forskning m.m.* Hentet 9. mars 2013 fra <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/dbt/pdf/dbt-oversikt-okonomi-forskning.pdf>  
(6 sider)

Dialektisk atferdsterapi. (u. å.). *Mer om dialektisk atferdsterapi (DBT)*. Hentet 03. mars 2013 fra <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/dbt/dbt.html>  
(3 sider)

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. av 7. februar 1999 nr. 64*. Hentet dato: 11. april 2013 fra: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html>  
(2 sider)

Herheim, Å. & Langholm, K. (2006) *Psykisk helsearbeid – teorier og arbeidsmåter*. Oslo: N.W. Damm & Søn AS. (38 sider)

Konsmo, T. (1995) *En hatt med slør... Om omsorgens forhold til sykepleie – en presentasjon av Benner og Wrubels teori*. Otta: Tano. (41 sider)

Lazarus, R.S.: «The stress and coping Paradigm». I. Eisdorfer m.fl. *Models for Clinical Psychopathology*, s. 177-241, New York, Spectrum 1981. (64 sider)

Lazarus, R.S.: «The trivialization of distress». I Rosen & Solomon (red.): *Preventing Health Risk Behaviors and Promoting Coping with Illness*, Vol.8, University Press og New England 1985. (6 sider)

Norsk Sykepleierforbund. (u.å). *Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag*. Hentet 8. april 2013 fra <https://www.sykepleierforbundet.no/fag/sykepleie> (3 sider)

Prebensen, E. & Vråle, G. B. (2006). *Den gode veiledningen*. *Sykepleien*, 94(03):62-63. doi: 10.4220/sykepleiens.2006.0005 (3 sider).

Priebe, S., Bhatti, N., Barnicot, K., Bremner, S., Gaglia, A., Katsakou, C., ... Zinkler, M. (2012). *Effectiveness and cost-effectiveness of dialectical behaviour therapy for self-harming patients with personality disorder: a pragmatic randomised controlled trial*. *Psychother Psychosom*, 2012;81(6):356-65. doi: 10.1159/000338897. (10 sider).

Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 2. juli nr. 62*. Hentet 16. april 2013 fra <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/all/nl-19990702-062.html&3-3> (2 sider)

Sinnets Helse – kvalitetssikret folkeopplysning (2007). *Selvskading*. Hentet 20. april 2013 fra <http://www.sinnetshelse.no/artikler/selvskading.htm> (7 sider)

Snoek, J., E. & Engedal, K. (2009). *Psykiatrici. Kunnskap, forståelse, utfordringer*. Trondheim: Akribe Forlag. (38 sider)

Selvvalgt litteratur; 275 sider.