



AVD. RANA



**SELVSKADING
"NOEN GRÅTER, ANDRE BLØR"**

KANDIDATNUMMER 236 OG 210
KULL 05H

BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE
SY180H 000

VÅREN 2008

"(...) da det var blitt vår, skulle jeg få lov til å reise hjem en tur. Det var over et år siden sist jeg hadde vært hjemme, og jeg gledet meg veldig, selv om det ikke var en ordentlig permisjon, bare noen timers besøk sammen med to av personalet. Mamma hadde på forhånd spurt avdelingen om det var noe spesielt hun burde ta hensyn til, noe spesielt hun måtte tenke over? Hun hadde fått til svar at hun burde rydde vekk kniver og spisse gjenstander, pluss knuselige ting hun satte pris på. Og dersom hun ønsket å servere meg noe, så fikk hun bruke pappservise.

Selvfølgelig ønsket mamma å servere meg noe. Hun er mor, veldig mor, og når minste jenta hennes ikke hadde vært hjemme på over et år, ville hun selvfølgelig ikke la meg komme på besøk uten å gi meg mat. Det var vår, og hun hadde kjøpt jordbær. Hun hadde pisket kremen, slik jeg liker den best, og hun hadde bakt yndlingssjokoladekaken min. Og spørsmålet om papptallerkener hadde hun diskutert lenge og grundig med storesøsteren min. De var begge helt enige.

(...) i stuen stod kaffebordet dekket. Friske blomster, brodert duk – og rosekoppene. Arvegodset. De aller flotteste og fineste koppene mamma eier og har, av tynt, tynt porselen med skjære lyserøde roser og snirklete gullkant. Hver kopp et lite nostalgisk vindu av kjær ynde.

Mamma hadde sett meg knuse kopper mange ganger før. Hun viste hvor lynkjapp jeg kunne være, og umulig det var å stoppe meg før skaden var skjedd. Likevel dekket hun med rosekoppene sine, i fullstendig tillit til meg som så mange ganger hadde vist at jeg overhodet ikke kunne betros en kopp.

(...) Jeg kommer aldri til å glemme det. Etter måneder og år med forventninger om galskap, med diagnoser og beskrivelser, fikk jeg noen lysende maitimer hvor jeg slurpet i meg te og tillit fra løvtynt porselen. Og det var helt fantastisk og akkurat det jeg trengte der og da"

Utdrag fra "I morgen var jeg alltid en løve" av Arnhild Lauveng.



Forord

Fortellingen til Arnhild Lauveng sier noe om tillit og viktigheten av å gi tillit, også der det er risikabelt å gjøre det. Dette at noen tror på oss, og ikke forventer at vi skal feile, er noe man kan gjenkjenne og som kan få en til å ville yte ekstra i relasjonen med medmennesker. For å klare å gi tillit, må vi som fagpersoner bli trygge i vår rolle som sykepleiere og hjelpere. Vi håper at denne oppgaven kan være med på å øke forståelsen og dermed kan bidra til å hindre stigmatisering av denne pasientgruppen. Vi ønsker at Bea skal bli levende for alle de som leser om henne og kjenner at de blir grepet av historien hennes.

Man må gripes for å begripe! Vi håper vi har klart å formidle historien om Bea på en slik måte at det skaper engasjement og et ønske om å forstå mer om alle de som selvskader.

Vi vil takke vår fantastiske veileder Gerd som har støttet og inspirert oss trofast gjennom oppturer og nedturer. Du har vist oss viktigheten i å *se mennesket bak handlingen*, og vist oss ekte engasjement gjennom hele prosessen.

Vi vil også takke for en spennende samtale med en avd. sykepleier på psykiatrisk avdeling. Du gav oss bekreftelser som vi trengte for å fortsette med oppgaven vår.

Og sist men ikke minst, vil vi takke Irene i ekspedisjonen. Du viser en enorm tålmodighet når vi kommer med tusen spørsmål og forventer svar... Takk for at du alltid stiller opp for oss.

Innholdsfortegnelse.

Forord med fortelling

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning

- 1.1 Bakgrunn for valg av tema** s 4
- 1.2 Problemstilling med begrunnelse** s 4
 - 1.2.1 Begrepsforklaring** s 5
 - 1.2.2 Sykepleieteoretisk referanseramme** s 5
- 1.3 Avgrensninger** s 6

2.0 Metode

- 2.1 Veien vi har gått** s 7
- 2.2 Datainnsamling** s 8
- 2.3 Vitenskapsteoretisk redegjørelse og metodevalg med begrunnelse** s 8
- 2.4 Bruk av estetiske virkemidler** s 8

3.0 Teori

- 3.1 Jean Watsons omsorgsteori** s 10
 - 3.1.1 Watsons 10 Virksomme faktorer** s 10
- 3.2 Selvskading** s 12
 - 3.2.1 Smerten** s 14
- 3.3 Borderline personlighetsforstyrrelse** s 14
 - 3.3.1 Impulskontroll** s 15
 - 3.3.2 Bruk av de primitive forsvarsmekanismene
splitting og projeksjon** s 16

4.0 Å sette arr på det

5.0 Drøfting

- 5.1 En liten jente med rosa bag** s 18
- 5.2 Å forstå Bea** s 19
 - 5.2.1 Noen gråter, andre blør** s 19
 - 5.2.2 Å møte Beas primitive forsvarsmekanismer** s 22
 - 5.2.3 Å møte Beas selvdestruktive atferd** s 23
- 5.3 Relasjonen til Bea** s 24
 - 5.3.1 Å bruke seg selv terapeutisk** s 24
 - 5.3.2 Handlinger er mye viktigere enn ordenene for et
menneske som aldri har kunnet stole på ord** s 25
 - 5.3.3 Strenge grenser og tvang kontra medvirkning** s 27
- 5.4 Så det likevel er til å holde ut...** s 30

6.0 Avslutning

- 6.1 Te og tillit** s 32

Litteraturliste

Antall ord: 9 741.

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom praksis har vi møtt ungdommer som har skadet seg selv, og disse møtene har ført til at vi stiller oss undrende til denne selvdestruktive atferden; Hva får et menneske til å skade sin egen kropp? Hvorfor er kuttingen eneste måte å håndtere og uttrykke indre ubehag på? Vi har også fått en oppfatning av at pasienter som skader seg selv, er en noe negativt stigmatisert gruppe. De ses ofte på som mennesker med stor oppmerksomhetsstrang. Denne holdningen kan ofte føre til bagatellisering og ingen oppmerksomhet på det som foregår. Vi tror at slike reaksjoner kan føre til det motsatte av det en ønsker å oppnå. Vi mener at ingen begynner å skade sin egen kropp bare fordi det er "gøy" eller for å få oppmerksomhet.

Det er den indre smerten som gir synlige arr.

Som kommende sykepleiere ønsker vi å få en økt forståelse for fenomenet, slik at vi kan bli bedre hjelpere.

1.2 Problemstilling med begrunnelse.

Med dette som bakgrunn for vår problemstilling, ønsker vi å få en økt forståelse for selvskadningens tause, men uttrykte språk.

Problemstillingen er:

"Hvordan kan sykepleier bruke seg selv terapeutisk for å begrense selvskadning hos ungdom med personlighetsforstyrrelse som er innlagt ved institusjon?"

Vi ønsker at den begrensede selvskadningen skal være et resultat av samarbeidet med pasienten. Det er ikke de ytre skrammene og sårene vi skal se, men *mennesket* bak. Først da kan vi prøve å hjelpe dem med å finne håp og mening med tilværelsen. Hvis vi som sykepleiere kan bygge opp et terapeutisk miljø rundt den enkelte pasient, vil dette øke tryggheten for pasienten. Vi håper at økt kunnskap og innsikt om selvskadning kan bidra til å svekke den noe negative stigmatiseringen, og at den nye innsikten kan bidra til å se pasientens virkelige problem som ligger bak den dramatiske handlingen.

1.2.1 Begrepsforklaringer

Vi vil her definere følgende begreper i problemstillingen; sykepleier, bruke seg selv terapeutisk og selvskading.

Sykepleier: En sykepleier er en person med treårig grunnutdanning ved en sykepleiehøgskole.

”The nurse possesses a body of specialized knowledge and the ability to use it for the purpose of assisting other human beings to prevent illness, regain health, find meaning to illness, or maintain the highest maximal degree of health. A nurse is an individual who has been irrevocably and profoundly changed as a result of her specialized knowledge and education” (Travelbee 1996:4)

Å bruke seg selv terapeutisk:

”When a nurse uses self therapeutically she consciously makes use of her personality and knowledge in order to effect a change in the ill person. This change is considered therapeutic when it alleviates the individual’s distress. To use oneself therapeutically requires self insight, self understanding, and understanding of the dynamics of human behavior, ability to interpret one’s own behavior, as well as the behavior of others, and the ability to intervene effectively in nursing situations” (Travelbee 1996:19)

Selvskading: Å skade seg selv er ikke et forsøk på å ta livet av seg,

”I never wanted to die, I just wants my emotions to die” (Favazza 1996:276).

Det kan sies at selvskading kan være det stikk motsatte av å ta sitt liv:

”Selvskading er oftest noe helt annet; et desperat forsøk på å mestre og overleve når en er stilt overfor sterk følelsesmessig smerte. Det er et forsøk på å mestre, nettopp for å kunne fortsette å leve” (Arnold og Magill 2002:11).

1.2.2 Sykepleieteoretisk referanseramme

Jean Watson (1940) – Sykepleieteoretiker med videreutdanning i psykiatri.

Vi har i denne oppgaven valgt å støtte oss til Jean Watsons sykepleieteori, da vi i stor grad relaterer oss til hennes holistiske menneskesyn. Hun mener at ett hvert menneske har verdi, og har krav på å bli behandlet med respekt, aksept, kjærlighet og omsorg. Vi mener dette

menneskesynet er det optimale i samhandling med andre mennesker, da våre grunnholdninger gjenspeiles i vår sykepleieutøvelse.

Vi vil blant annet presentere hennes ti virksomme faktorer for omsorg. Disse faktorene bygger på et fundament av kunnskap og klinisk kompetanse

1.3 Avgrensninger

Som en rød tråd i oppgaven har vi valgt å ha en historie som følger oppgavens gang. Fra praksis har vi møtt mange jenter som selvskader, og vi har valgt å samle alle disse i en oppdiktet person; Bea. Dette er på grunnlag av anonymisering av jentene og fordi vi ønsker å se nærmere på flere ulike situasjoner. Videre har vi valgt å gi vår pasient et navn, da vi får et nærmere og personlig forhold til det vi skriver om. Vi har valgt å møte Bea på en psykiatrisk avdeling. Bea er ei jente på 21 år og har en personlighetsforstyrrelse. Her har vi valgt å konsentrere oss om den personlighetsforstyrrelsen hvor selvskading er mest utbredt, nemlig Borderline.¹

Vi vil nevne flere former for selvskading i et eget punkt, men vi avgrenser oppgaven til å omhandle moderat selvskading, som kutting av hud.

Bea er innlagt på vår avdeling på frivillig grunnlag. Det vil si at tvang og strenge grensesettinger ikke utføres her.

¹ Vi vil flere ganger omtale begrepet borderline, selv om det ikke lenger eksisterer som en diagnose i ICD-10. Diagnosen borderline er erstattet med diagnosen ustabil personlighetsforstyrrelse, men vi velger å bruke borderline-begrepet fordi det fremdeles er i bruk i den faglitteraturen som ligger til grunn for denne oppgaven. Vi opplever også at begrepet borderline fremdeles er i bruk i den kliniske hverdagen.

2.0 Metode

Tranøy definerer metode som en fremgangsmåte for å frembringe kunnskaper eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare. (Dalland 2000)

2.1 Veien vi har gått

Denne oppgaven vil vi basere på et litteraturstudie, som innebærer å fordype seg i eksisterende litteratur om emnet, og drøfte teorien opp mot den valgte problemstillingen. Vi bruker også våre egne erfaringer i oppgaven, dette er en kvalitativ metode. En kvalitativ metode innebærer å ha en fortolkende tilnærming til vår problemstilling. Et litteraturstudie er derfor avhengig av gode og relevante kilder. Fordelen med dette er at vi får muligheten til å fordype oss i temaer og problemstillinger som vi finner spesielt utfordrende og interessante, og ønsker å få bedre innsikt i. (ibid)

For å kunne gi et best mulig bilde på hvordan vi som sykepleiere kan bruke oss selv i møte med en som selvsikader, vil vi se på ulike teorier som er presentert. For å skape balanse i oppgaven, har vi også hatt en uformell samtale med en avdelingssykepleier ved en psykiatrisk avdeling som har erfaring på dette området. Dette for å få et best mulig bilde av den terapeutiske samhandlingen mellom pasient og sykepleier. Hvordan vi kan skape en god holdning og gi god sykepleie til pasienter som skader seg selv, krever innsikt i praksis så vel som i teori. Ved å utelukkende bruke litteraturstudiet vil det på mange måter bli en teoretisk framstilling av måten vi tenker dette skal utføres i praksis. Vi vil også gjøre bruk av egenopplevde erfaringer for å få vårt eget personlige preg på oppgaven, og håper vi oppnår å skape en balanse ved å sette sammen disse elementene.

Bøkene og artiklene som er benyttet er skrevet av fagpersoner, noe som ivaretar reabiliteten. Størsteparten av kildene er lett tilgjengelig dersom leseren ønsker å fordype seg ytterligere i emnet. Vi har valgt å ikke oversette sitater fra den engelske og den danske litteraturen. Dette for å unngå eventuelle unøyaktigheter. Fra skolen er vi blitt anbefalt å i størst mulig grad bruke primærkilder, dette for å unngå andres tolkninger og eventuelle unøyaktigheter.

2.2 Bruk av estetiske virkemidler.

Valg av bilder og tekster i oppgaven har vært et bevisst forsøk på å nå inn til leseren. Vi ønsker at leseren skal gripes av et ønske om å lære å forstå denne pasientgruppen. For å oppnå dette bruker vi virkemidler som bildet som visualisere ordene i teksten vi har skrevet. Dette vil forhåpentligvis hjelpe leseren å leve seg inn i historien om Bea, gjøre henne nær og virkelig, og skape et bilde av henne som noe mer enn bare en case. Det kan virke forvirrende at vi viser bilder av sår, men samtidig i teksten presiserer viktigheten av å ikke ha fokuset på disse. Hensikten med dette er å forsterke leserens opplevelse og øke graden av innlevelse i historien om Bea. Det handler for oss om å bruke det estetiske som et virkemiddel, for å gjøre oppgaven vår kraftfull og levende. For selv om vi må etterstrebe å se mennesket bak, er det sårene vi ser, og de er sjokkerende og høyst virkelige.

Fordi vi ønsker at forståelsen av Bea skal vokse fram analogt med oppgavens utvikling, har vi tatt et bevisst valg i forhold til hvordan vi presenterer teksten som omhandler henne. Vi velger derfor å gi deler av hennes historie som et metodemessig uttrykk og håper dette vil øke leserens innsikt i Beas livsverden.

2.3 Datainnsamling

Innsamling av data til oppgaven er hovedsakelig basert på biblioteksøk ved Høgskolen i Bodø og dens databaser, som BIBSYS og Norart. Vi har også brukt internett, der vi har benyttet oss av søkemotorene; Kvasir og Google.

Vi benyttet følgende nøkkelord for søk:

Selvskading, Borderline og psykiatrisk sykepleie.

Søking i databasene ga tilfredsstillende mange treff uten å virke uoversiktlig

2.4 Vitenskapsteoretisk redegjørelse og metodevalg med begrunnelse

Denne oppgaven har vi valgt å bygge på en fenomenologisk/hermeneutisk vitenskapsforståelse. Med dette mener vi at pasientens tolkning av virkeligheten og sykepleierens handlinger bygger på fenomenologisk vitenskapsforståelse. Tolkningen av

opplevelser et menneske har, bygger på den hermeneutiske spiral i den grad man har fått kunnskap om disse fenomenene. Vi legger fokuset vårt på mellommenneskelig samhandling, med en hermeneutisk tydeliggjøring av stoffet. Med utgangspunkt i dette vil vi prøve å forstå og tolke meningene og motivene som ligger bak sykepleierens handlinger, og på hvilken måte de ga resultater hos pasienten. (Aanderaa og Melling 2004)

Det viktigste begrepet i hermeneutikken er den hermeneutiske spiral. For å forstå noe som har mening må vi alltid fortolke delene ut fra en viss forhåndsforståelse av helheten som delene hører hjemme i. Vår forståelse av delene vil igjen virke tilbake på vår forståelse av helheten. I denne oppgaven bruker vi litteratur, sykepleierteori og erfaringsbasert kunnskap for å oppnå bedre innsikt i fenomenet.

”At en pasient opplever sin livsverden annerledes enn sykepleierens tolkning av samme situasjon, er det som beskriver en fenomenologisk vitenskapsforståelse. Både pasienten og sykepleieren handler på bakgrunn av hvordan situasjonen oppleves av den enkelte. Ut i fra et fenomenologisk synspunkt kan den enkelte ha ulik oppfattelse av samme opplevelse.” (Aanderaa og Melling 2004:11)

3.0 Teori

3.1 Jean Watsons omsorgsteori

”å hjelpe mennesket til å oppnå en høy grad av helse og indre harmoni, gjennom å fremme selvinnsikt og selvforståelse” (Kristoffersen, 2002:433)

Sykepleieren må forstå fenomenet omsorg som en terapeutisk mellommenneskelig prosess. Via omsorgshandlinger er det mulig å opprette kontakt mellom to mennesker. Disse omsorgshandlingene skal nå inn til pasienten slik at sykepleieren;

”hjælper den enkelte å finne mening i sin eksistens, i disharmoni, lidelse og kaos og med at fremme selvkontroll, valg og selvbestemmelse i forbindelse med beslutninger om sundhet og sykdom” (Watson 1999:67)

Med utgangspunkt i eksistensialisme og humanistisk psykologi legges det stor vekt på verdier som autonomi, valg og frihet – disse elementene er av stor betydning når det kommer til pasientens evne til mestring. Dette er et klart sentreringspunkt i denne teorien; mestring av livssituasjon er kjennetegn ved helse. Det er avgjørende at en sykepleier ser viktigheten i å kartlegge pasientens subjektive opplevelse av situasjonen, den kulturelle bakgrunnen og styrke mestringsressursene. Et humanistisk, helhetlig menneskesyn, som kommer eksplisitt til uttrykk og gjennomsyrrer hele Watsons sykepleietenkning. Hun skiller seg fra andre teoretikere ved at hun vektlegger menneskets åndsdimensjon sterkt (Kristoffersen 2002)

”Omsorg er mer enn følelse, medfølelse, holdning og stor menneskekjærighet. Omsorg er sykeplejens moralske ideal, målet er at beskydde, styrke og fastholde menneskelig verdighet” (Watson 1999:45)

3.1.1 Watsons 10 Virksomme faktorer

”Omsorg er sykeplejens egentlige vesen og det centrale, samlede fokus for sykeplejepraksis” (Watson 1999:49)

1. Omsorg basert på et humanistisk – altruistisk- verdisystem som innbefatter verdier som kjærighet, vennlighet og respekt. Altruisme betyr nestekjærighet eller uegennyttig kjærighet, og en sykepleier som har integrert et slikt verdisystem er styrt av disse indre verdiene. (Kristoffersen 2002, Watson 1999)

2. Å etablere tro og håp; Er grunnleggende for den helbredende prosessen. Dette knyttes opp til menneskets åndelige dimensjon, og det understrekes at egne krefter ikke bør undervurderes. Det å ha tro på seg selv som sykepleier vil ha en positiv betydning for pasienten. (ibid)

3. Å utvikle lydbarhet overfor seg selv og andre; Å kjenne og akseptere seg selv er et viktig utgangspunkt for å lære andre å kjenne. Den eneste måten man kan oppnå en slik selvvinnsikt er ved å erkjenne og være oppmerksom på egne følelser og reaksjoner – ikke bare de positive men også de negative. (ibid)

4. Åpenhet, ærlighet, empati, varme, kongruens og effektiv kommunikasjon er kjennetegnene ved "a helping – trust relationship". Å utvikle en hjelpende og tillitsfull relasjon til pasienten betyr at sykepleieren må lære pasienten å kjenne, og formidle sitt ønske om å hjelpe på en tydelig måte. (ibid)

5. Å hjelpe pasienten til å uttrykke positive og negative følelser og akseptere disse. Hvis pasienten opplever å føle tillit og trygghet til sykepleieren, vil det kunne føre til at pasienten klarer og våger å uttrykke disse. Om betydningen av å kunne uttrykke følelser;

"(..)følelser kan endre tanker og atferd, og må tas hensyn til og gis rom for i en omsorgsrelasjon" (Kristoffersen 2002:436.)

6. Å bruke den vitenskapelige problemløsningsmetoden når beslutninger tas er svært viktig for å kvalitetssikre utøvelsen av sykepleie. Den vitenskapelige problemløsningsmetoden er den eneste metoden som gir rom for forutsigbarhet, evaluering og kontroll. Uten denne tilnæringsmåten vil utøvelsen bli tilfeldig og kvaliteten usikker, i verste fall skadelig. Faren ved strukturering og systematisering i forhold til mennesker, er at pasienten lett kan bli sett på som et objekt. (Kristoffersen 2002, Watson 1999)

7. Å fremme et mellommenneskelig samspill med læring og undervisning. Det å fremme læring, vekst og utvikling hos pasienten er en viktig del av sykepleierens ansvar. For at en pasient skal kunne klare å definere sine egne behov, utføre egenomsorg og ta ansvar for egen utvikling, trengs det kunnskap om egen situasjon, nåværende ståsted og fremtidsutsikter. (ibid)

”Det er viktig at sykepleieren ved sin åpne og tillitskapende væremåte fungerer som en rollemodell for pasienten. Ofte vil slike holdninger være mer instruktive enn om de ble formidlet med ord” (Hummelvoll 2004:402)

8. Å tilrettelegge et støttende, beskyttende og (eller) korrigert mentalt, fysisk, sosiokulturelt og åndelig miljø. Omgivelsene og menneskene rundt oss påvirker oss, og et viktig tiltak for å beskytte pasienten, er at det ytre fysiske miljøet blir tilrettelagt på en slik måte at det ivaretar hennes sikkerhet. Det at pasienten har noe vakkert å se på og glede seg over, kan fremme rehabilitering og helse ved at selvfølelsen og egenverdet blir styrket. (Kristoffersen 2002, Watson 1999)

9. Å assistere ved ivaretagelse av menneskelige behov; mennesker har behov for fysisk, psykisk, psykososial og åndelig karakter som må ivaretas. Det sentrale her er en holistisk tilnærming til pasienten. Sykepleieren bruker sin erfaring, sitt kliniske blikk og ikke minst intuisjon for å bidra til at pasienten klarer erkjenne sine behov. (ibid)

10. Å la eksistensielle - fenomenologiske krefter få virke; Sykepleieren må nærme seg pasienten som et unikt og individuelt menneske. For å være i stand til å behandle pasienten som unikt individ, må sykepleieren se verden fra pasientens perspektiv. Sykepleieren må rette oppmerksomheten mot seg selv og de eksistensielle spørsmålene i hennes eget liv. Først da kan sykepleieren hjelpe en annen.(ibid)

3.2 Selvskading

Mennesker som selvskader, skriver ikke om sin indre smerte på ark, men på hud. De bruker barberbladet analogt til kniven. Selvskading er:

”(...)en fellesbetegnelse på atferd som innebærer at en person påfører seg selv fysisk eller psykisk smerte for å endre en intens negativ tanke, følelse eller en vanskelig relasjon” (Øverland 2006:18).

Det finnes enda ingen eksakte statistikker på hvor mange som selvskader, men mye tyder på at flere skader seg. Alvorlig selvskading som ender på legevakta eller som sykehusinnleggelse blir registrerte som selvmordsforsøk. Det er store mørketall, fordi de fleste selvskader i hemmelighet. (Arnold og Magill 2002)

Selvskadingen kan sees som et indre språk – sårene gir uttrykk for en indre tilstand.

”Et språk er til for å forstå. Vi trenger å forstå. Selvskaden er et symptom – et varsel om at noe er skadet. Men den er også et forsøk på å omstøte skaden. I ødeleggelsen ligger også en mulig lindring og en lengsel etter å hele seg selv.”

(Skårderud 1998:293)

Ved selvskade forstår vi altså at et menneske skader kroppen sin. Skadene kan omfatte bl.a.:

- Kutting
- Brenning
- Slåing
- Biting
- Kloring
- Kutting med store eller skarpe gjenstander i kjønnsåpninger eller endetarm.

Når det gjelder årsaker til at mennesker skader seg selv, er det i litteraturen en bred enighet om at opphavet til problemene kan spores tilbake til barndom og oppvekstforhold. Fagfolk på området mener at majoriteten av de som skader seg selv har hatt en utrygg oppvekst, samt opplevd traumer i barndommen, ofte preget av psykisk, fysisk og/eller seksuelt misbruk. Omsorgssvikt, vold og alkoholmisbruk i hjemmet er faktorer som ofte nevnes i forbindelse med utrygge oppvekstforhold. Noen av forbindelsene her har identifisert omfatter tidlig atskillelse og tap, å bli tatt bort fra hjemmet og alvorlig omsorgssvikt (Arnold og Magill 2002, Favazza 1996, Hummelvoll 2004, Moe og Ribe 2007).

Vi tror mennesker skader seg selv fordi det hjelper dem, og at selvskading er en mestringsmekanisme utviklet for å imøtekomme spesielle behov. For å forstå selvskading i en slik sammenheng må man undersøke følelser og tanker som ligger bak atferden.

(Arnold og Magill 2002)

En undersøkelse av Van der Kerk, Perry og Herman gjort i 1991: De undersøkte 74 personer med ”self-destructive behavior”, og fant at 89 % hadde

”a history of major disruptions in parental care, 79 % reported significant childhood trauma (sexual abuse, physical abuse, witnessing domestic violence)”

(Favazza 1996:266).

Selvskading kan altså være en metode for å bli kvitt den indre smerten som er påført personen under oppveksten.

”Følelsesmessig deprivasjon og isolasjon i barndommen etterlater ofte mennesker med sterke følelsesmessige behov, samtidig som de er ute av stand til å uttrykke disse. Ofte utføres selvskadingen for å mestre opplevelsen av selvhat, skyld, skam, eller følelsen av å være skitten eller ond” (Arnold og Magill 2002:24).

3.2.1 Smerten

”Smerten renner ut, blodet størkner og faller av, og såret gror. Alt dette er umiddelbare konsekvenser at det å kutte seg i huden, som på ulike måter gir lindring til en indre tilstans preget av uro, opplevelse av kaos, sorg og håpløshet” (Moe 2005:45)

Smerten står sentralt i selvskadingen. Selvskaderen vil at det hele skal gjøre vondt, de vil flytte fokuset fra det mentale til det fysiske. (Moe og Ribe 2007, Øverland 2006)

”Smertens fortrinn er at den kan skyve annet til side. Smertens paradoksale fortrinn er at den kan være smertestillende” (Skårderud 1998:294)

Smerten blir pasientens katarsis, altså renselse. Den smerten pasienten føler inne i seg, må på ett vis komme ut. En som skader seg selv, har ikke ord for det hun føler. Dermed er den onde sirkelen i gang; Handlingen må stadig repeteres, katarsis er kortvarig, det blir aldri nok. (Moe 2005, Skårderud 1998)

3.3 Borderline personlighetsforstyrrelse

Borderline betyr *”på grenselinjen”*, og betegner personer som har liten følelse av å være seg selv, og derfor får store problemer i forhold til andre. Et barns første, primitive mestringsstrategi er skriket for å oppnå mat, tørr bleie og selskap. Når behovene tilfredsstilles, får barnet tillit til at dets anstrengelser nytter - og utviklingen fortsetter. Hvis barnet neglisjeres, får motstridende signaler, stadig får nye omsorgspersoner å forholde seg til, blir utsatt for overgrep (fysisk avstraffelse, seksuelle overgrep), kan dette føre til en feilutvikling eller en stagnasjon i utviklingen. Barnet klamrer seg til de mulighetene det får, uten anledning til å eksperimentere og forandre seg. En person som ikke har den subjektive opplevelsen av å bli tilfredsstilt, får heller ikke den naturlige lengselen etter noen som tilfredsstiller det. Dette

kan være bakgrunnen for at personer med borderline ikke greier å knytte seg til noen.
(Brodtkorb 2001,Evang 1993, Moe 2005)

Borderline personlighetsforstyrrelse er kjennetegnet ved at personen har et intenst og ustabil følelsesliv, en klar tendens til å handle impulsivt, uten å tenke på krangete oppførsel, særlig hvis impulshandlingene blir hindret eller kritisert. Andre trekk ved denne personlighetsforstyrrelsen er ukontrollert sinne, som kan være rettet mot andre eller en selv, selvdestruktiv adferd, inkludert selvskading, bruk av primitive forsvarsmekanismer, frykt for å bli forlatt eller avvist, dårlig selvbilde, samt en kronisk tomhetsfølelse.
(Favazza 1996, Hummelvoll 2004)

” To many clinicians BPD is synonymous with self- mutilation. Much of what is known about the mental state of self- mutilators comes from the study of borderlines. Episodic self- mutilation is present more in BPD than in any other disorder”
(Favazza 1996:249)

Vi vil her gjøre kort rede for faktorer som kjennetegner denne personlighetsforstyrrelsen som har betydning for oppgavens besvarelse, nemlig impulsiviteten og to av de primitive forsvarsmekanismene som kjennetegner borderlinepasientens atferd.

3.3.1 Impulskontroll

Dårlig impulskontroll er forbundet med pasientenes selvskading. Den dårlige impulskontrollen er dessuten et svært vanlig trekk hos borderlinepasienter. Dårlig dømmekraft ser ut til å kunne være en medvirkende årsak til denne impulsiviteten. Videre har denne personlighetstypen har ofte plutselige utbrudd av sinne, hvor vedkommende handler impulsivt og uoverlagt. Slike personer har en kort lunte, og vil under stress ofte reagere aggressivt. Denne reaksjonen kan imidlertid lett avløses av angst og depressive selvbebreidelser, der selvdestruktive handlinger som selvskading og selvmordsforsøk kan opptre. (Kringlen 2005)

3.3.2 Bruk av de primitive forsvarsmekanismene splitting og projeksjon

”Splitting betyr at personen har mangelfull evne til å danne en syntese av positive og negative opplevelser og oppfatninger i forhold til seg selv og andre, motsatte følelsesmessige tilstander holdes atskilt” (Hummelvoll 2004:226).

Ut fra dette kan vi se at pasienten har en tendens til å tenke sort/hvitt, det er enten eller.

”Projeksjon er en måte å få kontroll over egne negative og uønskede impulser, følelser og behov på, gjennom å plassere dem ut på andre” (Hummelvoll 2004:227).

Intensjonen bak er å unngå å ta ansvar for sine følelser og handlinger.

4.0 Å bli vitne til arr.

”Bare Bea...”

Bea var bare 5 år første gangen hun satte seg opp i et badekar fylt med iskaldt vann. Hun visste ikke helt hvorfor, men idet det kalde vannet omsluttet henne var det som om skriket inni henne stilnet. Hun satt der til hun hadde mistet følelsen i hele kroppen, og hun husker lettelsen da moren til slutt fant henne og løftet henne opp - tørket og trøstet henne i den troen at det hele var et uhell. De snakket ikke om det etterpå, moren laget kakao og bare de to var sammen akkurat som Bea likte aller best.

Barneårene var fylt med små ”episoder”, men det ble aldri snakket om, og Bea forsto gradvis at det som hadde skjedd var hennes egen skyld. Det måtte jo være slik, ellers hadde moren sagt noe eller gjort noe. For Bea visste at moren visste. Hun hadde hørt dem krangle om det en gang, hun husker morens sinte beskyldninger og brorens mutte svar. Ordet SKAM hadde hun hørt, og hun visste det var et ord moren brukte når hun skulle beskrive noe forferdelig og stygt.

Å bære på hemmeligheter blir ofte tyngre med årene, og i tenårene utviklet Bea store atferdsvansker. Hun fikk diagnosen borderline. Fortvilelsen hennes bare vokste og det tok ikke lang tid før hun oppdaget mestringsstrategien med skarpe gjenstander. Det begynte med små risp, etter hvert ble kuttene dypere. Disse kuttene ble hennes nødutgang. Bort fra skammen og ensomheten, til et sted hvor hun kunne være bare Bea.

Bea beskriver det slik; ”Første gangen følte jeg stor lettelse fordi skjæringen dempet fortvilelsen min. Den fysiske smerten var så mye lettere å bære enn den psykiske. Det ble noe håndfast, der var blodet – og deretter arrene, som et symbol på at det jeg følte var virkelig”



5.0 Drøfting

5.1 En jente med en rosa bag...

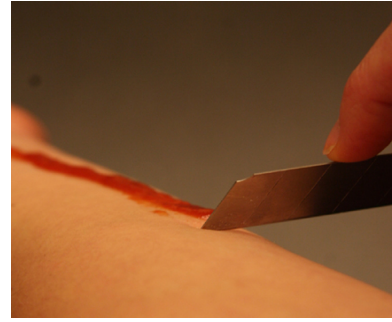
En kald februar morgen møter vi Bea for første gang. Hun kommer direkte fra et opphold på en akuttpost, og står i døra med en liten slitt rosa bag som eneste bagasje – et paradoks til den tunge børen de tynne nedsunkne skuldrene vitner om å bære. Hun står der og hun ser hjelpsløs ut, men øyeblikket blikket hennes møter vårt, er det som hun reiser seg opp og får et trassig drag om ansiktet. Det er vårt første møte med Bea, men det er *ikke* Beas første møte med en psykiatrisk avdeling. Hun virker anspent idet hun nølende kommer imot oss med et hardt grep om bagen. En sliten og tynn liten jente med livstrette øyne, som har brukt sitt 21 år lange liv på å anklage seg selv for en frarøvet barndom...



5.2 Å forstå Bea

5.2.1 Noen gråter, andre blør...

Bea forteller; ”Det er lettere å ha et sår utvendig enn innvendig. Kroppen med sår var det jeg kunne vise til sykepleieren til å begynne med. Å fortelle om smerten på en annen måte var til å begynne med umulig...”



For å kunne hjelpe en som skader seg selv, må sykepleieren forstå hvilken rolle disse mestringsstrategiene spiller i pasientens liv. Er det primært en måte å lette spenning? Kommunikasjon? Lette smertefulle erfaringer? Å forstå hvorfor en spesiell person skader seg selv, er nøkkelen til å hjelpe denne personen til å stoppe med å bruke selvskading som primær mestringsstrategi. Det som kan være beste behandling her er å hjelpe pasienten å nå et bevissthetsnivå av hvorfor de skader seg og hvordan de kan klare å stoppe. Utgangspunktet er en ikke- fordømmende forståelse av selvskadende atferd, og denne forståelsen bygges opp mellom pasienten og sykepleier.

I sykepleierens første møte med Bea vil den største utfordringen være å bryte ut av sin eventuelle forutinntatte holdning til selvskadende pasienter og se Bea som en person. Sykepleieren må være i stand til å se forskjellen mellom Bea og hennes handlinger. Her er det viktig å presisere at det er Beas handlinger som representerer det uforståelige som vekker de ubehagelige følelsene hos sykepleieren, og ikke personen Bea. (Rovik 2007)

Tiden er inne for Beas første samtale. Beas mistenksomme holdning blir møtt med vennlighet og åpenhet fra personalet. Vi setter oss ned sammen med henne, og forteller litt om hvordan ting sånn rent praktisk fungerer på vår avdeling. I denne samtalen legger vi stor vekt på å få Bea til å føle seg velkommen. Når vi kommer til forventninger vi har til henne som pasient, er vi opptatte av å formidle dette på en slik måte, at hun ser behandlingsdelen også i dette. Vi forbereder henne på at aktiviteter som kan oppleves som hensiktsløse, har en mening. Dette blir gjort med omsorg og tydelighet, vi ønsker at Bea etter hvert skal komme til å føle seg trygg og komfortabel her hos oss. Dette betyr at vi etterstreber å se forbi Beas handlinger og holder oss til alle avtaler. Vi ønsker å tilføre forutsigbarhet i dagene hennes, og vise henne at hun kan stole på oss.

Selvskaderen er ofte svært ambivalent til hjelp og oppmerksomhet fra andre. Redsel for nye vonde opplevelser med andre mennesker, kan føre til at personen prøver å beskytte seg ved å frastøte andre (Arnold & Magill, 2002).

Bea tilbringer mye tid på rommet sitt den første tiden, men følger reglene for avdelingen, og møter lydig opp til morgenmøter og måltider. Som en skygge vandrer hun mellom rommet og fellesarealet, og svarer flyktig når hun blir snakket til. Det er som om hun prøver å gjemme seg fra alt og alle. Vi viser med ord og blick at vi ser henne, vi gir mennesket Bea full aksept og møter henne der hun er - uten å stille krav eller forventninger til henne.

Det er viktig at sykepleieren har forståelse for at Bea kan virke unnvikende og motvillig mot det nye, nemlig å ha tillit til et annet menneske. Erfaringene livet har gitt Bea, har gjort henne sky og innesluttet. Hvorfor skulle hun stole på noen? Svikene Bea har opplevd har satt varige spor. Sykepleieren kan oppleve det som vanskelig å forstå at pasienten ikke har tiltro til andre mennesker, men må ikke la seg forvirre og miste fokus. (Aanderaa og Meling 2004)

Etablering av tro og håp er grunnleggende for den helbredende prosessen. Samt det å ha den vitenskapelige problemløsningsmetoden i bunn for beslutninger som tas, er det beste utgangspunktet en sykepleier kan ha. (Watson 1999)

På oppfordring fra akuttavdelingen Bea kom fra, er alt av spisse gjenstander som hun kunne tenkes å ville skade seg med fjernet. På en akuttavdeling er pasientene i en akutt fase, og får en mer intensiv behandling, enn når de er hos oss. Vi følger oppfordringen, fordi vi ikke kjenner Bea godt nok og på grunn av sikkerheten til de andre pasientene på avdelinga.

Første natt på avdelingen finner nattevakten Bea sittende i sengen, fortvilet og dekket av blod. Hun har den ene hånden sin knyttet, og når hun blir bedt om å åpne den gjør hun det. Der ligger en liten blodig negleklipper... med sitt eget språk viser hun oss sitt svar til vår manglende tillit.

Dersom en viser et annet menneske sin tillit, ligger det en forventning om at den andre vil imøtekomme denne. Blir denne tilliten misbrukt, vil dette utløse sterke følelsesmessige reaksjoner hos den som utleverte seg. Hvis Bea opplever mistillit, kan hun føle seg forrådt, og det kan bli vanskelig, kanskje umulig å rette på dette (Hummelvoll 2004).

All omsorg er basert på humanistisk og altruistisk tankegang. Selvskading som uttrykk er på samme tid sterk, påtrengende og utydelig. Slik sett er det en handling som kan være passende og dekkende for sterke, ambivalente følelser som Bea ikke klarer å sette ord på. Det er viktig at sykepleieren aktivt hjelper Bea å identifisere, samt uttrykke følelser. Selvskading er en handling som er vanskelig å ignorere, og vi mener da også at det ikke er riktig å ignorere den. Sykepleieren må vise ekte varme og interesse for at Bea skal kunne få tillit til sykepleieren. Tillit er noe hun kan føle når hun føler seg trygg og respektert. (Watson 1999)

Bea vil ikke snakke om hendelsen med negleklipperen. Men hun har slått seg mere til ro på avdelingen, og vi prøver forsiktig å nærme oss med omsorg og interesse. Ansiktet hennes er lukket, og de svartmalte øynene avvisende.

Vi legger merke til at Bea ikke har lite klær med seg til avdelingen. En kveld det faller seg naturlig, spør vi henne om hjelp til å henge opp noe sengetøy som vi har vasket på avdelingen. *Bea blir noe motvillig med, og idet en ny maskin blir satt på, benytter vi anledningen til å spørre om Bea kanskje har noe tøy hun vil vaske. Hun blir stille en stund – det virker nesten som om hun ikke helt kan bestemme seg.* ”Greit” sier hun kort, og går mot rommet sitt for å hente det som skal vaskes. *Med litt hjelp har Bea satt på en maskin med klær. Hun står en stund og ser ut som om hun vil si noe, når hun går bort kan vi se henne smile svakt som et tegn på at dette kanskje ble en positiv opplevelse for henne.*

Kommunikasjon fortjener spesiell oppmerksomhet i arbeidet med mennesker som selvskader. Bea klarer ikke å uttrykke seg i ord, tårer eller på andre slike måter, men har funnet sin uttrykksform i selvskadningen. Kuttingen har blitt en måte der hun forteller om smertene sine på. (Moe og Ribe 2007, Øverland 2006). Det er nødvendig å ta seg tid til å bli kjent og formidle ønsket om å hjelpe på en tydelig, ekte og utilsiktet måte. (Watson 1999) Etter hendelsen med negleklipperen, har vi lært noe viktig. For å vise Bea at vi stoler på henne, blir kniver og andre skarpe gjenstander lagt tilbake der de hører hjemme. Vi håper hun vil gi oss en ny sjanse, å velger så på denne måten å vise henne at vi stoler på henne. Vi trenger hennes tillit for å klare å hjelpe henne.

Det mest sentrale i behandlingen av selvskadning vil være å møte Bea med forståelse, respekt og det å bygge et tillitsforhold. Noe av Beas problem er at hun ikke har andre måter å uttrykke de uutholdelige følelsene på. Det er derfor viktig at sykepleieren viser at det går an å snakke om det, og at vi kan utholde å se hennes smerte (Arnold og Magill 2002, Øverland 2006).

Det går et dyreprogram på Tv, og Bea sitter i sofaen med bena tett oppunder seg og følger interessert med. Vi sitter sammen en stund og ser på programmet, stemningen er avslappet og fin. Det er da hun sier; ”jeg liker hester” og smiler forsiktig.

5.2.2 Å møte Beas primitive forsvarsmekanismer.

Bea trenger i stor grad veiledning når hun i løpet av behandlingen opplever følelser som skyld, skam, sinne håpløshet og utilstrekkelighet. Bea styres av sin dårlige impuls kontroll og er vant til å bruke splitting, manipulering og projektiv identifikasjon som sitt psykiske forsvar, noe som stiller høye krav til sykepleierens evne til å takle favorisering og devaluering om en annen, samt trusler om selvsykning og selvmord.

Bea sier at vi ikke skjønner "noenting" – det ligger nemlig en pizzaskjærer åpenlyst inne på kjøkkenet! Hun sier at hun tror vi prøver å teste henne. Kanskje hun bare skal hente den å gjøre det hun har så lyst til? Hun ser på oss med et mistenksom og utfordrende blikk, og beskylder oss for å ønske at hun skal feile, slik at kan vi bil "kvitt henne". Vi møter Bea der hun er, og støtter henne på at det ikke er så rart at hun tror dette. Men forklarer at vi på denne måten viser henne tillit, og er glade for at hun er så ærlig at hun sier ifra om at dette er vanskelig for henne. Vi prøver så å appellere til hennes fornuft og ber henne prøve finne styrke i seg selv for å gjøre det rette i forhold til dette. Vi sier at vi er her for henne og vil hjelpe Bea å mestre det vanskelige på en annen måte. Bea virker forundret og forsvinner like fort som hun kom. Alle mulige tanker raser gjennom hodene våre. Vil hun skade seg – trenger hun hjelp i tankekaoset sitt? Vi vet hun sliter, men vi velger å vise henne tillit og lar henne være i fred.

Bea trenger et trygt sted å være, som beskytter henne mot ytre stimuli hun ikke klarer å oppfatte og tolke adekvat. Et sted hun kan gå til når hun trenger en pause ifra sine psykiske utfordringer, og ved å gi henne aksept og mulighet til dette kan den psykiske smerten dempes og selvsykning begrenses. Det er viktig å beskytte Bea og derved fremme hennes velvære og mestringssevne. (Watson 1999)

En Borderlinepasient kan plutselig devaluere en sykepleier som tidligere har vært "god" til å være "ond". Dette kan lett skje hvis sykepleieren foretar seg noe som Bea ser på som et tillitsbrudd. (Evang 1993)

Etter en dags sykefravær, møter vi en avvisende Bea. Vi har her ikke svart på Beas forventninger om å være "gode" sykepleiere. Vi blir nå devaluert i Beas verden – I hennes øyne har vi brutt tillitsavtalen. Blir tilliten brutt, kan det være svært vanskelig å opparbeide tillitsforholdet igjen. Vi ser i ettertid at vi burde ha forberedt henne på at slike ting kan skje, og ha forsikret henne om at hvis vi en dag ikke er på jobb er det ikke for å svikte henne.

”Det er vesentlig at hjelperen er bevisst egne reaksjoner slik at man ikke identifiserer seg med pasientens positive og negative splitting” (Hummelvoll 2004:238).

Selv om Bea før har vært samarbeidsvillig, kan hun plutselig bli fiendtlig innstilt og projisere mengder med negative følelser over på sykepleieren. (Evang 1993, Hummelvoll 2004)

For å kunne hjelpe Bea må sykepleieren gå inn i hennes verden og prøve å se det Bea ser, og føle på hva hun føler. For å gjøre dette må sykepleieren være trygg på seg selv og sitt eksistensielle utgangspunkt. (Watson 1999). Når sykepleieren blir utsatt for slik projeksjon,

”blir man på underlig vis lokket eller ledet til å være og handle slik pasienten faktisk opplever en. Blir man oppfattet som avvisende, aggressiv eller ikke til å stole på, vil hjelperen kjenne at hun faktisk blir invitert til en slik væremåte”

(Hummelvoll 2004:227).

Fiendtligheten overføres på denne måten til sykepleieren. Selv om sykepleieren forsøker å være imøtekommende, vil Bea se på henne som fiendtlig og avvisende. I slike tilfeller kan det være vanskelig å bruke seg selv terapeutisk. Derfor blir det umåtelig viktig å være oppmerksom på de mekanismene som skjer, og sykepleieren må ha tilgang til veiledning.

”(...) personalet har en tendens til å reagere på den selvskadende adferden med sinne, noe som kan medføre en straffende holdning.”(Brodtkorb 2001:14)

Det er viktig at personalet har tilgang på jevnlig veiledning. Et forum der de jevnlig kan ta ut sine følelser, og få hjelp til å håndtere vanskelige situasjoner. (Arnold og Magill 2002)

5.2.3 Å møte Beas selvdestruktive atferd

”Impulsivity and self-mutilation are key elements in personality disorder diagnosis, especially BPD” (Favazza 1996:257)

Nedsatt impuls kontroll er typisk for borderlinepasienter, og selvskading skjer ofte på impuls. Da kan sykepleieren være behjelpelig med å identifisere tidspunkter hvor risikoen er størst, og til å utvikle strategier for å unngå eller takle slike utløsende situasjoner.

(Arnold og Magill 2002:44).

En kreativ måte å forlenge avstanden mellom impuls og handling på er å bruke ”time-out”.

(Hummelvoll 2004). Intensjonen er å få en tenkepause hvor man tar seg tid til å vurdere

konsekvensene handlingen kan få. Sykepleieren må altså være i forkant, hun må være

forutseende når det gjelder episoder som kan føre til at Bea føler behov for å skade seg. Dette

forutsetter at hun kan lese Bea ved å bruke sin intuisjon. Å forebygge at Bea skader seg, kan

også blant annet innbefatte skjerming fra situasjoner som erfaringsmessig kan utløse trangene til selvskading. (Hummelvoll 2004)

Det nærmer seg bursdagen til Bea. Hun blir 22 år og gir sterkt uttrykk for at hun er voksen nok til å bestemme selv hvor hun skal tilbringe dagen. Vi råder henne til å tenke seg godt om før hun bestemmer seg for å treffe familien sin, og viser til at hun enda er svært sårbar, men viser forståelse hvis hun ønsker det. Det har gått nesten 6 mnd siden siste besøk, og Bea sier hun vil slappe av litt på rommet før hun bestemmer seg.

Det går en liten stund før noen tenker tanken, men da er det for sent. Bea har kuttet seg.

Vi har forholdt oss konsekvent i forhold til tillitsforholdet vi har, konsekvensen ble at Bea falt tilbake på gamle mestringsstrategier. På grunn av Beas manglende impuls kontroll kan man ikke til enhver tid komme henne i forkjøpet. Bea er ambivalent rundt det å reise hjem. Hun har lenge villet fortelle moren noe viktig. Noe som hun enda ikke har klart å sette noe annet enn arr på... Etter denne episoden sitter vi igjen med mange spørsmål; vi vet det er noe hun synes er vanskelig i forhold til familien sin, men vi vet ikke hva det handler om. Hvorfor er det så vanskelig for Bea å reise hjem? Hva skjer i relasjonen Bea har til moren?

5.3 Relasjonen til Bea

5.3.1 Å bruke seg selv terapeutisk

”Kjærligheten til et annet menneske vil si at en er i stand til å se mennesket slik det ble skapt. Skader påført av andre mennesker er en i stand til å se bort ifra.”

(Aanderaa og Meling 2004:12)

Vi har tidligere i oppgaven brukt Travelbees definisjon på det å bruke seg selv terapeutisk i relasjon til Bea. Watson har begrepet ”Transpersonlig omsorg” i sin omsorgsteori, som beskriver det å bruke selvet sykepleieren som en slags ”professionelt engasjement”. Hun forklarer dette som en

”medvirken fra hele selvet og udnyttelse af enhver personlig dimension som en resource i den professionelle relation” (Watson 1999:84)

I en transpersonlig omsorgsrelasjon skjer det en

”spirituell forening av to personer, der begge er i stand til at overskride selvet, tid, rum og hinandens livshistorie. Der fælles oplevelse danner sit eget fænomenologiske felt” (Watson 1999:90)

Transpersonlig omsorg er en kunstart, som bevarer menneskelighet og verdighet. Nettopp fordi man bruker seg selv, frigjøres følelser. (Watson 1999)

”Når følelser, tanker og energier, der ikke i særlig høy grad harmoniserer med personen selv, bliver frigjort, erstattes de af andre følelser, tanker og energier, der er i større harmoni med selvet, og som i høyere grad er konstruktive og rummer større mulighed for at øge personens velvære og i sidste ende fremme hele menneskehedens udvikling.” (Watson 1999:82)

Ved å nære relasjonen til Bea med omsorg, nærhet, forpliktelse og kontinuitet – vil Bea kunne vokse og utvikle seg. Det er ikke *hva* sykepleieren gjør som er det viktigste, men *hvordan*. (Watson 1999)

”(…) omsorg er sykeplejens moralske ideal, målet er at beskydde, styrke og fastholde menneskelig verdighet” (Watson 1999:45)

5.3.2 Handlinger er mye viktigere enn ordenene for et menneske som aldri har kunnet stole på ord

For Bea, som ikke stoler på ord, er det våre handlinger som sykepleiere som gjelder. I psykiatrisk sykepleie er det sykepleieren selv som er det viktigste instrumentet.

”Som hjelper må du være tilstede og stå til rådighet for en annen som det mennesket du er” (Falk 2005:13).

Å bruke avtalen er en faglig inkluderende måte å jobbe på. Den beskriver et gjensidig forpliktende forhold mellom sykepleier og pasient, der de er likeverdige og utfyller hverandre. (Arnold og Magill 2002)

Å arbeide med pasienter som velger å kutte seg selv kan være utmattende, og vil intuitivt bringe opp vanskelige tema og følelser hos sykepleiere. De kan føle både sinne, medfølelse, hjelpeløshet og skyldfølelse når personen de forsøker å hjelpe stadig skader seg selv. Her kan det være viktig at sykepleieren og Bea går opp egne grenser, og har en felles tydelig avtale for behandlingen. Innholdet i avtalen vil blant annet avhenge av sykepleierens rolle i behandlingen og hvilke behov Bea har. (Brodtkorb 2001, Aanderaa og Melling 2004)

Bea sitter i vinduskarmen på rommet sitt og stirrer drømmende ut av vinduet. Vi snakker sammen om hvordan dagen har vært, og hun gir uttrykk av å være litt rastløs. Bea forteller at hun som barn tilbrakte mye tid ute i skogen. Sammen gjør vi en avtale, om at en gang hver formiddag skal vi gå en liten tur i skogen som ligger bak avdelingen. Bea virker glad for forslaget. Vi innfører dette som noe hun skal gjøre fast på ukedagene og alle ansatte på avdelingen skal følge henne opp på dette. Det er viktig å begynne med en gjennomførbar avtale. Etter hvert som Bea opplever mestring, kan vi sammen bli enige om å ta steget videre for å bygge på flere avtaler.

Målet vårt er å få Bea til å føle seg så trygg at hun klarer å leve "her og nå" og ikke blander fortid og nåtid. Dette betyr at hun etter hvert ikke lar det hun tidligere har erfart, farge i like stor grad det nye hun opplever som tidligere. Bea erverver seg nye erfaringer. Avtalens grunnpilar er nettopp denne forpliktende relasjonen der det er tatt hensyn til Beas autonomi og behov, og viktigheten av tydeliggjøring, konkretisering, gjennomføring og evaluering av resultatet. For at avtalene skal oppleves vekstfremmende for Bea, er sykepleierens kompetanse og kvalitet avgjørende. Både sykepleier og pasient handler på bakgrunn av sin egen opplevelse av virkeligheten, men på tross av dette må sykepleier ta hensyn til Beas livsverden og prøve å møte henne der hun er. (Aanderaa og Melling 2004)

En dag vi kommer tilbake til avdelinga fra en av turene våre, er Bea gladere enn vi har sett henne siden hun kom til avdelingen. Hun gestikulerer og snakker ivrig om den ene hesten på enga utenfor skogen som kom med en gang hun ropte på den. Hun er så innlevd i sin historie at hun snubler og mister balansen. Hun blir fanget opp av en tilhører fra avdelingen. I løpet av sekunder har hun revet seg løs, og ser vettskremt opp på vedkommende. Øynene er oppspærrede og ansiktet blekt, hun virker sjokkert. Hun skjelver lenge etterpå, og er ute av stand til å forklare hvorfor hun reagerte slik.

Berøring er for mange mennesker noe som er naturlig når man vil gi trøst eller anerkjennelse, for eksempel ved å legge en hånd på skulderen. I en slik situasjon, kan sykepleier godt oppleve å bli sterkt avvist, pasienten kan slå eller bli stum og fjern i blikket. I slike tilfeller kan det være kroppen som husker og reagerer automatisk. Pasienter som ikke husker hva som har skjedd med dem, kan heller ikke gi noen forklaring på ubehaget og angsten de føler. (ibid)

Dette er en stor utfordring, og sykepleier må bruke sin intuisjon og ervervede kunnskap for å prøve forstå og tolke. Dette kan ta lang tid, og vi trenger mye tålmodighet for å fortsette å være en støtte for Bea. Et etisk dilemma ville dukke opp om det viste seg at sykepleier ikke

holdt ut lenge nok til å skape positive og varige endringer hos Bea. Det kreves overbevisning og sterk tro for å kunne gjennomføre en slik behandling.

(Aanderaa og Meling 2004, Øverland 2006)

”Troen på pasientens mulighet til forandring og nysgjerrighet på eget bidrag til påvirkning av pasientens tilstand vil være bærende krefter for relasjonen når motstanden skaper usikkerhet hos sykepleieren.” (Aanderaa og Meling 2004:13)

Avtalene bygger i sterk grad på menneskelige behov, og har sitt utspring fra en terapeutisk relasjon. Det inngås ikke kontrakter - det er kvaliteten på relasjonen mellom sykepleieren og Bea og hennes behov og autonomi som avgjør om avtalen er holdbar.

Det er en mild og vindstille aprildag. Bea er ute og går sammen med personalet og virker litt stille og innesluttet. Hun peker på noen hester som beiter like ved skogen, og sier hun vil vi skal gå dit. Kjærligheten til dyr er noe vi deler, og skaper et tydelig bånd mellom oss. En skjør begynnelse på veien til tillit.

”Dyr er mye snillere enn mennesker!” sier Bea klapper hestene kjærlige og tillitsfulle hender

5.3.3 Strengte grenser og tvang kontra medvirkning

En måte å møte Beas selvdestruktive atferd på er grensesetting. Grensene må være tydelige og definert på forhånd. I slike tilfeller brukes ofte kontrakter. I motsetning til avtalen er kontrakter i mange tilfeller ensidige og de involverte forpliktelsene gjelder bare pasienten. Kontrakter der selvskaderen skriver under på at hun ikke skal skade seg under oppholdet har blitt brukt (Arnold og Magill 2002, Moe 2005, Øverland 2006). Det å inngå en kontrakt med Bea om å ikke skade seg mens hun er innlagt, eller sette henne under tett tilsyn av personalet som blir pålagt å hindre at hun skader seg selv, såkalt ”fotfølging”, kan presse Bea til ytterligere selvskading. Undersøkelser viser det at svært få mennesker opplever det som positivt, å bli fratatt muligheten til å gjøre ting de opplever som viktige. Vi har erfart at Bea reagerer på dette og leter etter muligheter for å omgå eventuelle forbud. Ved å hindre Bea en periode, som da vi fjernet knivene, resulterte dette i selvskading ved første og beste anledning. Beas ambivalens til kuttingen kan bli maskert. Hun tvinges til å identifisere seg med enten ”den snille pasienten”, som sier seg enig i at selvskading er galt, og lover å aldri gjøre det igjen, eller med ”opprøreren” som er fast bestemt på å selvskade seg uansett. Beas valg til å ta

ansvar for egne valg og avgjørelser for kuttingen blir alvorlig undergravet. (Arnold og Magill 2002, Moe 2005, Øverland 2006).

Det finnes situasjoner hvor dette kan forsvares og hvor lovpålagt ansvar tvinger personalet til å hindre at pasienten skader seg alvorlig (Arnold og Magill 2002).

Dette samsvarer med ikke – skade – prinsippet. Hvis skade ikke er til å unngå, vil det være en plikt å velge det alternativet som gir minst risiko for skade (Slettebø 2002)

Det er stor uenighet innen fagmiljøet på hvordan man best mulig skal behandle de som selvskader. Det blir vanskeliggjort ved at det er lite tilgjengelig veiledning, og ikke minst på grunn av at det virker å være sterkt motstridende syn på hvilken tilnærming som er riktig. Dette gjelder både innenfor og i mellom ulike grupper av fagfolk. Slike konflikter kan føre til at behandlere kan føle seg kritisert, isolert og uten støtte. Som et resultat av dette kan samarbeid bli vanskelig. (Arnold og Magill 2002) Dette er svært uheldig både for personalet og pasientene, som kan oppleve dette som utrygt. Tverrfaglig samarbeid kan være med på å skape trygghet og dynamikk i avdelingen. Impulser fra ulike faginstanser er utviklende for både personalet og pasientene, som får et bredere og høyere kompetansenivå.

Det er viktig at man ikke må ta ifra Bea hennes eneste mestringsstrategi, før en har hjulpet henne å integrere nye. Det beskrives så sterkt som at å tvinge noen til å ikke selvskade er en invasjon og et overgrep mot menneskers rettigheter. I mange av tilfellene vil de skadene ikke være alvorlige, og metodene som blir brukt for å hindre dem, vil være uforsvarlig påtrengende og potensielt mer skadelig følelsesmessig.

(Arnold og Magill 2002, Moe 2005, Øverland 2006).

En forpliktende relasjon kan vokse mellom Bea og sykepleier, når sykepleieren holder avtalene og forholder til detaljene i den. Ved systematisk å arbeide seg gjennom ”her og nå” situasjonen, kan en få tak i det som skaper forvirring. Det er viktig å ta et steg av gangen, se Beas begrensninger – og ikke gjøre den feilen å endre en avtale underveis eller gå bort fra detaljene. (Aanderaa og Meling 2004)

”Dersom vi gikk bort ifra en inngått avtale, opplevde pasienten det ikke bare som et nederlag for seg selv, men også som et svik fra sykepleieren. Konklusjonen fra pasientens side ble da at sykepleieren ikke var til å stole på”

(Aanderaa og Meling 2004:13)

I den rotete sengen sitter en rasende Bea. Hun sier hun ikke bryr seg om noe teit avtale og vil absolutt ikke være med ut å gå. Hele ansiktet er en grimase av sinne. Etter å ha sittet inne hos henne en stund er hun roligere, men fremdeles svært anspent. Hun viser oss en melding hun har mottatt på mobilen. "Jenta mi" står det. "Kommer du hjem til bursdagen din? Klem mamma"

Vi går i skogen senere den dagen, Bea er litt stolt over akkurat det, sier hun egentlig hadde tenkt å nekte å bli med fordi hun bare følte at hun ikke klarte. Men avtaler er viktige å holde, og når alt ble tilrettelagt for at Bea – klarte hun det likevel.

Det å se pasientens evne til å mestre egen situasjon – hvilket også innebærer å se hennes begrensinger – er noe av det viktigste vi som sykepleiere kan gjøre (Watson 1999). Hvis vi ikke ser begrensningene kan man raskt oppleve at Bea blir redd og mister tilliten til sykepleieren. Hennes sårbarhet er ofte årsaken til at sykepleieren må tåle sterke avvisninger og utskjelling, og det er viktig at sykepleier klarer å skille mellom sine egne og Beas følelser. Sykepleieren må være tydelig, og under gjennomføring må hun gå ved, støtte eller opptre som rollemodell. Når avtalen gjennom innsikt og erfaring har gitt en god opplevelse, er det viktig å få satt ord på dette. Da vil Bea gjøre erfaringen til sin egen. Hvis avtalen av ulike grunner ikke har gått som planlagt, må sykepleieren ta ansvaret for dette, og Bea kan ta del i ansvaret når hun er trygg nok til det. (Aanderaa og Meling 2004)

Avtaler kan gjøres i forhold til samtaler, og på denne måten bevisstgjøres bruken av avtaler for å skape forutsigbarhet i praktisk talt alle situasjoner. På tross av at Bea etter hvert blir bevisst på at hennes tilpasnings- og forsvarsmekanismer ikke lengre er hensiktsmessige, er det viktig at sykepleieren fortsetter å vise forståelse og empati om strategien fortsetter.

Vi oppfordrer Bea til å ta kontakt med personalet hvis hun føler trang til å selvskade. Og da må vi som sykepleiere svare på hennes appell. Vi ønsker at hun skal verbalisere den smerten hun føler. Vi snakker med Bea om at det er greit å snakke om selvskadingen.

En avvisning i en slik situasjon er ikke forenlig med god sykepleie. Vi anerkjenner overfor Bea at det kan være vanskelig å snakke om kuttingen, og at det kreves mot til å snakke om det. Hun har krav på optimal støtte under sitt opphold i avdelingen. Det mest hensiktsmessige vil være å lære henne hvordan hun kan oppnå større selvkontroll, og å støtte henne på veien fram mot nye mestringsstrategier. (Brodtkorb 2001)

Bea kan komme til etter hvert å kjenne etter ønsker og behov, og gradvis handle ut ifra egne tanker. Når forandring har skjedd inni henne, og hun klarer å uttrykke seg i samhandling og i samtaler, kan Bea få en reel følelse av mestring og selvtillit. Bea og sykepleieren kan nå utvikle en større felles forståelse, en felles tolkning av opplevelser. (Arnold og Magill 2002)

Når Bea opplever å mistolke en situasjon, bearbeides det best gjennom sammenlignbare situasjoner, og avtaler som utfordrer disse. Vi vil her vise tilbake til tidligere nevnt situasjon, der Bea opplever å føle seg avvist pga. sykefravær. Reaksjoner som sinne eller omsorg fra sykepleier skaper ytterligere angst og uro – mens faste avtaler kan man se fører til anerkjennelse og trygghet. Man kan tydelig se at gjennom å flytte oppmerksomheten over fra Bea skam og skyldfølelse, samt redsel for å bli avvist – til avtalen som symboliserer mestring og tillit – kan få henne til å utvikle tro på seg selv og sin egen framtid. Viktigst av alt ble det en naturlig gang i utviklingen, og Beas autonomi opprettholdes. (Aanderaa og Meling 2004)

En dag foreslår Bea på eget initiativ at hun vil inngå en avtale med oss om å ikke skade seg selv. Hun står foran oss, samme spede skikkelsen som da hun først kom til avdelingen, men nå med et stolt og åpent uttrykk i øynene. Hun har klart å handle ut fra egne tankeprosesser og behov, forandringen har skjedd på det indre plan.

5.4 Så det likevel er til å holde ut...

Når tillitsforholdet og den gjensidige relasjonen mellom Bea og sykepleier er sterk, kan sykepleier hjelpe Bea om å finne alternative mestringsstrategier til kuttingen.

Sykepleieren må på en støttende måte lære Bea om skadingens risikofaktorer, og sammen kan de finne ”tryggere” måter å skade seg på. Denne delen av behandlingen er en viktig del av sykepleierens ansvar. (Watson 1999)

Som regel er pasienten ambivalent til om hun ønsker å stoppe selvskadingen.

”Da jeg stoppet å kutte, følte jeg det som jeg hadde mistet min beste venn og min verste fiende” (Arnold og Magill 2002:45).

Når Bea forstår mer om hvordan kuttingen fungerer, kan hun sammen med sykepleier utforske alternativer som er gjennomførbare og realistiske. Det blir viktig å ikke gå for fort fram. Dersom pasienten ikke mestrer planen, må sykepleieren støtte og oppmuntre til å forsøke igjen. (Arnold og Magill 2002:43). Enkelte fagmiljøer foreslår andre metoder for

avledning med den hensikt å utsette eller redusere selvskading på, kan være f. eks trening, avspenning, tegne på ark eller på kroppen der man vil skade seg, holde en isbit i hånden skrive ned følelser, eller oppsøke et trygt sted.

Bea forteller; ” Utrolig teit å foreslå rød tusj, sette streker på armen. Eller en stein i skoen for å kjenne smerte på den måten. For meg er det ikke bare smerten som er viktig men også såret og merket etterpå!

Her er det viktig å huske på at selv om disse alternative mestringsstrategiene fungerer for noen, trenger ikke å fungere for alle. Det kan også være slik at alternativene ikke fungerer enkelte dager, da kan det være en løsning at sykepleieren viser aksept for at Bea faller tilbake på sine primitive mestringsstrategier. (Arnold og Magill 2002, Brodtkorb 2001, Øverland 2006)

”Selvskading er både en uttrykksmåte og en mestringsmåte. Ved at en jevnlig snakker om selvskadingen og de følelsene og forholdene som utløser den, vil personen kunne lære seg å oversette opplevelsene sine til ord snarere enn å spille dem ut ved å skade seg selv.”(Arnold og Magill 2002:42)

Bea forteller; ” Jeg har anskaffet meg en notisblokk der jeg skriver ned positive ting som folk har sagt til meg og som har gjort meg glad! Dette er min styrkedrikk!”

6.0 Avslutning

6.1 Te og tillit

”En liten jente kan beseire et monster, bare noen hjelper henne å slipe sverdet hun skal sloss med...” (Åkermann 2004)

For å hjelpe Bea med å finne de redskapene hun trenger for å erverve andre mestringsstrategier for selvskadningen, må man skape en relasjon. En relasjon der oppmerksomhet og ekte nærvær er tilstede. Under arbeidet med oppgaven har vår forståelse for selvskadning økt betraktelig. *Man må gripes for å begripe*; Å skade seg selv, en handling som i utgangspunktet fremsto som meningsløs, har gjennom teoretisering, begrepsavklaring trådd inn i en mer forståelig form.

Det kan i det store og hele virke som om alt begynner med det å *føle tillit til et annet menneske*. Man kan også se at kvaliteten på relasjonen, og rammene for avtalen som er satt er avgjørende i om man lykkes eller ei. Det kan være nødvendig å gå inn i en nær og omfattende relasjon med Bea, der avtalen kan bli bærebjelken for utvikling.

For å begrense selvskadningen hos Bea, må man forstå selvskadningens formål, samt de problemer som ligger til grunn. En må *se mennesket* som skader seg selv, og vi må tåle å se Beas indre smerte. Dette innebærer at vi som sykepleiere blir nødt til å kjenne på egen fortvilelse over å føle seg maktesløse. Hvis vi kan våge å stå sammen med Bea i fremgang og motgang, kan vi gi henne noe verdifullt. En kontakt og et tillitsforhold mellom to mennesker, der man føler seg sett og tatt på alvor av et medmenneske, skaper en fin arena for samhandling. Om vi ikke ser umiddelbare resultater av våre anstrengelser, og Bea enda tyr til selvskadning, har vi i alle fall forsøkt å bruke oss selv terapeutisk. Så får tiden vise om dette har vært til hjelp for Bea.

Vi vil avslutte med å vende tilbake til Lauvengs fortelling om te og tillit, som illustrerer viktigheten av mellommenneskelige forhold og den tilliten som oppstår der.

(...) Jeg kommer aldri til å glemme det. Etter måneder og år med forventninger om galskap, med diagnoser og beskrivelser, fikk jeg noen lysende maitimer hvor jeg slurpet i meg te og tillit fra løvtynt porselen. Og det var helt fantastisk og akkurat det jeg trengte der og da”

Litteraturliste

- Aanderaa M & Meling M "Avtaler som forpliktende relasjon ved selvskading og suicidal atferd" Vård i Norden 2/2004
- Arnold L & Magill A "Arbeid med selvskading." Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning 2002
- Brodtkorb K "Selvskading og sykepleie" Vård i Norden 2/2001
- Dalland O "Metode og oppgave" Gyldendal Norsk Forlag 2005
- Evang A "Det vanskelige liv" J.W. Cappelens Forlag a,s 1993
- Falk B "Å være der du er" Fagbokforlaget 2005
- Favazza A "Bodies under Siege, Self- mutilation and Body Modification in culture and Psychiatry" John Hopkins University, 1996 (USA)
- Hummelvoll J. K "Helt - ikke stykkevis og delt" Gyldendal Norsk Forlag 2004
- Kristoffersen N J "Grunnleggende Sykepleie" Gyldendal Norsk Forlag A. S 2002
- Kringlen E "Psykiatri" Gyldendal Norsk Forlag A. S 2005
- Lauveng A "I morgen var jeg alltid en løve" J. W. Cappelens Forlag a.s 2005
- Moe A "Å sette arr på det" Hovedoppgave, Psykologisk Institutt UiO 2005
- Moe A & Ribe K "Selvskadingens dynamikk" Universitetsforlaget 2007
- Rovik Anne "Selvskading og miljøterapi" Vård i Norden 2/2007
- Skårderud F "Uro. En reise i det moderne selvet" Aschehoug & CO 1998
- Slettebø Å "Sykepleie og etikk" Gyldendal Akademiske 2002
- Travelbee J "Interpersonal Aspects of Nursing" F.A. Davis Company (USA) 2001
- Watson J "Omsorg og videnskap, en sygeplejeteori" Munksgaard 1999 (Danmark)
- Øverbø S "Selvskading- en praktisk tilnærming" Fagbokforlaget 2006
- Åkermann S "Sebrapiken" Humanistisk Forlag 2005

Selvvalgt pensum

Aanderaa M & Meling M ”*Avtaler som forpliktende relasjon ved selvskading og suicidal atferd*” Vård i Norden 2/2004

5 sider

Arnold L & Magill A ”*Arbeid med selvskading.*” Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning 2002

53 sider

Brodtkorb K ”*Selvskading og sykepleie*” Vård i Norden 2/2001

5 sider

Evang A ”*Det vanskelige liv*” J.W. Cappelens Forlag a, s 1993

12 sider

Favazza A ”*Bodies under Siege, Self- mutilation and Body Modification in culture and Psychiatry*” John Hopkins University, 1996 (USA)

26 sider

Kristoffersen N J ”*Grunnleggende Sykepleie*” Gyldendal Norsk Forlag A. S 2002

8 sider

Lauveng A ”*I morgen var jeg alltid en løve*” J. W. Cappelens Forlag a.s 2005

4 sider

Moe A ”*Å sette arr på det*” Hovedoppgave, Psykologisk Institutt UiO 2005

25 sider

Moe A & Ribe K ”*Selvskadingens dynamikk*” Universitetsforlaget 2007

17 sider

Rovik Anne ”*Selvskading og miljøterapi*” Vård i Norden 2/2007

5 sider

Skårderud F ”*Uro. En reise i det moderne selvet*” Aschehoug & CO 1998

9 sider

Slettebø Å ”*Sykepleie og etikk*” Gyldendal akademiske 2002

3 sider

Travelbee J ”*Interpersonal Aspects of Nursing*” F.A. Davis Company (USA) 2001

2 sider

Watson J ”*Omsorg og videnskap, en sygeplejeteori*” Munksgaard 1999 (Danmark)

98 sider

Øverbø S ”*Selvskading- en praktisk tilnærming*” Fagbokforlaget 2006

57 sider

Åkermann S ”*Sebrapiken*” Humanistisk Forlag 2005
1 side

Til sammen 330 sider selvvalgt pensum