



Fordypningsoppgave

VPH705 Psykisk helsearbeid

Å møte mennesker som skader seg selv

Synnøve Kibsgård Vorren

Totalt antall sider inkludert forside: 24

Molde, 13.04.2010



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Å møte mennesker som skader seg selv.

Tittel på engelsk: Meeting people who self-harm.

Forfatter(e): Synnøve Kibsgård Vorren

Fagkode: VPH705

Studiepoeng: 9

Årstall: 2010

Veileder: Karl Yngvar Dale

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 13.04.2010

Ant.ord: 8468

SAMMENDRAG

Selvskading oppleves ofte som skremmende og uforståelig for svært mange, noe som både pårørende og helsepersonell tidvis gir uttrykk for. Jeg mener å ha funnet belegg for å påstå at dette også påvirker vår væremåte overfor pasientgruppen. Ikke alle klarer å forholde seg til fenomenet på en måte som gjør at selvskadere opplever seg ivaretatt, og etter hvert ser andre alternativ. Det viser seg at mange fortsatt blir møtt med irritasjon og holdninger som tilsier at vi mener de gjør det for å få vår oppmerksomhet. Oppgaven viser at det ikke er tilfelle, de gjør det ikke for å irritere oss! Skadingen er derimot et utslag av fortvilelse, hvor vedkommende opplever å ha innskrenkede handlingsalternativ. Studier viser da også at mange selvskadere er lite tilfreds med den hjelpen de får, og uheldige intervensjoner kan bidra til at de blir enda mer fanget av angst, skam og fortvilelse.

Flere av dagens fremste fagfolk innen selvskading oppfordrer helsepersonell til å faglig oppdatere seg for å skape en ny forståelse for hva fenomenet omhandler. Dette er nødvendig både for å kontrollere egne reaksjoner, men er også et viktig bidrag til den forståelse og respekt som selvskadere har behov for. Det er nødvendig at man inntar en felles og overordnet holdning som derved danner grunnlaget for hvordan man skal forholde seg til selvskading. I oppgaven anvender jeg det systemiske perspektiv hvor nettopp språket og dialogen står sentralt. Dette er enkelt sagt en annen måte å møte og forstå mennesker på. Det handler om å endre sitt perspektiv og forholde seg til mennesker ut ifra et ikke-vitende ståsted. Men det krever at vi legger fra oss tanken om at vi vet best til enhver tid. Først da kan vi komme nær nok til at vi ser den smerten som tross alt ligger bak den fysiske skadingen.

Innhold

1.0 INTRODUKSJON	1
1.1 PROBLEMSTILLINGER	2
1.1.1 Hvordan møter helsepersonell selvskading?	3
1.1.2 Hva kan vi gjøre annerledes?	3
1.1.3 Hvilken betydning har skam og skyldfølelsen	3
1.1.4 Hvor viktig er relasjonsarbeid?	3
1.1.5 Hvilken rolle spiller kontroll og mestring?	3
1.1.6 Hvor stor betydning har håp?	3
2.0 TEORI	3
2.1 Selvskade og traumatisering	3
2.2 Det systemiske perspektivet.....	5
2.2.1 Å møte den andre:	6
2.2.2 Terapeutisk grunnholdning:	6
2.2.3 Etikk som grunnlag i vårt arbeid med andre:	6
2.2.4 Empati:	6
2.2.5 Omsorg:.....	6
2.2.6 Håp:.....	7
2.2.7 Mestring og myndiggjøring:	7
2.2.8 Salutogenese og "sense of coherence":	7
2.3 EMPIRI	8
3.0 DISKUSJON	11
3.1 Hvordan møter helsepersonell selvskading?	11
Konklusjon:	13
3.2 Hva kan vi gjøre annerledes?	13
Konklusjon:	14
3.3 Hvilken betydning har skam og skyldfølelsen?	14
Konklusjon:	15
3.4 Hvor viktig er relasjonsarbeid?	15
Konklusjon:	17
3.5 Kontroll og mestring.	17
Konklusjon:	18
3.6 Hvor stor betydning har håp?	19
Konklusjon:	19
4.0 KONKLUSJON	19
5.0 REFERANSER	21

1.0 INTRODUKSJON

Begrepet selvskading blant unge er stort og omfattende. I ICD-10 (WHO 2004) er dette definert som ”Villet egenskade” eller intentional selfharm på engelsk. Øverland (2006) maner til forsiktighet ved å bruke ordet ”villet”, og jeg har derfor valgt å utelate dette og anvender utelukkende benevnelsen selvskade. Det er også de ulike formene og metodene som blir anvendt. Øverland (2006) sier det er like mange grunner til å skade seg som det finnes ungdom. I oppgaven velger jeg å ta utgangspunkt i selvskading hos en kvinne, Brita, som er blitt traumatisert pga overgrep i barndommen. Jeg har valgt å legge fokuset på denne form for selvskading, og utelater derved andre kategorier, som for eksempel religiøse og kulturelle ritualer, tvangsmessig, alvorlig (som psykotisk selvskading) og stereotypisk selvskading. I oppgaven er behandlingsaspektet forøvrig betydelig nedtonet, og det relasjonelle mellom Brita og hjelperne tenkes å være det sentrale. I følge Rubæk (2009) er selvskading et problem som skaper til dels sterke følelser hos de som kommer i kontakt med denne pasientgruppen. Uansett om det gjelder pårørende eller profesjonelle, så vil de fleste ofte oppfatte selvskade som noe uforståelig og til dels skremmende. Det skaper gjerne følelser som maktesløshet, bekymring, angst, skyld, frustrasjon og håpløshet. Dette er følelser som kan være vanskelig å håndtere, og som derfor ofte kommer til uttrykk på litt uheldige måter, som for eksempel via sinne (Møhl 2005). Tilbakemeldinger fra pasienter viser også at de ofte føler seg generelt dårlig behandlet. Dette kan selvsagt skyldes at de aktiverer sterke følelser hos omgivelsene, men kanskje også at de selv har problemer med å formidle det som skjer følelsesmessig. Å forsøke å forstå mennesker som ikke selv forstår egne tanker og handlinger kan være en utfordring.

Fra praksis har jeg møtt flere pasienter med denne formen for problematikk, hvor alle har vært unge kvinner. I svært mange tilfeller har dette ført til diskusjoner hos personalet, og flere har gitt uttrykk for frustrasjon eller irritasjon, og til dels hatt mistro til hvorfor disse kvinnene skader seg. Ikke minst har det av noen vært stilt spørsmål om hvor mye oppmerksomhet man skal vie til denne pasientgruppen. Når dette vekker såpass sterke følelser hos personalet, kan man jo undre seg på hvordan det påvirker vår væremåte overfor den som skader seg. Dette har gjort meg nysgjerrig på vår innflytelse på pasienters bedringsprosesser. Hvordan kommuniserer vi verbalt, og ikke minst nonverbalt?

1.1 PROBLEMSTILLINGER

Det er kanskje ikke ønskelig å lage en universell ”oppskrift” på hvordan vi skal opptre for å kunne hjelpe mennesker som med vitende vilje påfører seg selv smerte. Man må dog være åpen for at det finnes mange måter å yte hjelp på, og forskning viser at måten en fremstår på, ikke er uvesentlig for menneskers bedringsprosesser (Borg og Topor 2007). Jeg er klar på at selvskading som følge av overgrep med påfølgende PTSD krever behandling av fagfolk innen dette felt. Like fullt er tanken – og oppgavens hensikt, at vi ikke glemmer å være et medmenneske, at vi ikke overser eller benekter smerten og lidelsen som ligger bak.

For å kunne få tilgang til denne er det nødvendig å invitere til en felles jobb hvor en sammen kan finne ut av hvordan tillit kan skapes slik at det blir trygt å formidle seg. Anstorp, Hovland, Indrebø og Torp (2003) er klar på at å arbeide med mennesker som har opplevd denne form for traumer og problematikk som oppgaven omhandler, betyr et samspill mellom forståelse og metoder. Det er nødvendig å finne hva som kan hjelpe og fremme mestring hos den enkelte, men det vil neppe virke om man ikke samtidig har med seg en grunnleggende forståelse av hvor betydningsfullt det er med relasjonsbygging. Relasjon er et grunnbegrep i systemteori hvor alt henger sammen. Uten relasjon – ingen system. Forskning viser forøvrig at de relasjonelle aspektene pasienter har vektlagt hos hjelpere er at de er empatiske, interesserte og forståelsesfulle (Røssberg 2005). Tattan og Tarrier (2000) har også funnet at fravær av en positiv relasjon mellom pasienter og stab ga et betydelig dårligere utfall av behandlingen. Når en samtidig vet at relasjoner blir etablerte på grunnlag av samhandling (Anderson & Goolishian 1987), synes dette å være et naturlig utgangspunkt for valg av hovedproblemstilling:

”Hvordan kan helsepersonell anvende et systemisk perspektiv i møte med en person som skader seg selv?”

Hvordan møter vi mennesket bak fenomenet selvskading, og hvordan fremstår vi? Har vi holdninger som påvirker våre intervensjoner? Jeg har valgt å bruke det systemiske perspektivet fordi problemer forstås innen rammen av forhold mellom mennesker. Det systemiske perspektivet innebærer at man beveger seg fra egenskapstenkning til relasjons/samspillstenkning. Terapeuten er en del av systemet, og innehar ikke ekspertrollen som skal løse problemet utenfra. Brita opplever at hun er problemet som

andre forsøker å løse – uten at hun opplever å være en del av systemet. Innenfor valgte perspektiv tar man utgangspunkt i personens særegne forutsetninger, det vil si at all oppfatning er subjektiv, også omtalt som den enkeltes konstruksjoner. Å jobbe systemisk innebærer at man ikke gjør seg opp meninger på forhånd, en vet ikke mer enn man får vite. Tanken på at det ikke er en ekstern ekspert, men at alle har krav på sin historie er trolig det som tiltaler meg mest ved dette perspektivet, så vel som at språket står så sentralt. Det synes å være en annerledes måte å møte mennesker på, og vil nok avvike en del fra måten Brita opplever dagens virkelighet. Dette kan oppsummeres slik;

It is a posture, an attitude, and a tone that communicates to the other the special importance that they hold for me. Notably, it reflects a way of being with people, including ways of thinking with, talking with, acting with, and responding with them. The significant word here is with. (Harlene Anderson 2007)

Jeg tenker derfor at det kan være interessant å forsøke å belyse følgende underspørsmål, eller del problemstilling;

1.1.1 Hvordan møter helsepersonell selvskading?

1.1.2 Hva kan vi gjøre annerledes?

1.1.3 Hvilken betydning har skam og skyldfølelsen

1.1.4 Hvor viktig er relasjonsarbeid?

1.1.5 Hvilken rolle spiller kontroll og mestring?

1.1.6 Hvor stor betydning har håp?

2.0 TEORI

2.1 Selvskade og traumatisering

Selvskade er en kompleks adferd der en person med overlegg skader seg selv, uten bevisst suicidal intensjon. Mens selvmord ifølge Øverland (2006), har som intensjon å gjøre ende på enhver følelse, er selvskading derimot det motsatte, nemlig et forsøk på å føle seg bedre. Dette er en direkte og sosialt uakseptert atferd, som både kan forekomme som en

enkeltstående hendelse eller som gjentatte episoder. Disse kan resultere i varierende grad av vevsskade, sykdom og sågar utilsiktet død. Under en episode med selvskading er personen i en psykologisk forstyrret tilstand, som er kvalitativt annerledes enn den selvskading som opptrer i forbindelse med for eksempel kognitive utviklingsforstyrrelser og mental retardering (Rubæk 2009).

Mange av dem som skader seg har vært utsatt for ulike tap og traumer som omsorgssvikt eller overgrep. Rubæk (2009) hevder sågar at tilfeller av seksuelt misbruk synes å disponere for selvskading mer som en regel enn unntak. Selvskading blir sett på som et forsvar mot ubehagelige følelser og retraumatisering. Det kan altså bli en måte å unngå ubehagelige minner på, eller for å motvirke en følelse av uvirkelighet (Øverland 2006). Der dette i likhet med skamfølelse og ubehagelige minner, oppleves som et tegn på begynnende kontrolltap, kan selvskadingen oppleves som et redskap til å gjenvinne denne kontrollen. Det er ikke uvanlig at den som skader seg opplever seg krenket, og kjenner behov for å dempe smerten rundt dette. Personer med nevnte bakgrunn har ofte problemer med å kommunisere sin smerte, og fremstår dermed gjerne som mer kontrollerte enn de er.

Erfaring med overgrep fra nære omsorgspersoner griper dypt inn i menneskets personlighetsutvikling, der skamproblematikk vil prege en stor del av identiteten (Anstorp et.al 2003 og Reece, J 1998). Skam er en ubehagelig følelse av å ha vist en nedverdiggende side av seg selv. En opplever seg avslørt som mislykket, udugelig eller som et umoralsk individ. Å kjenne på skam kan bety at man kjenner seg liten og det er nært knyttet til selvfølelsen. Skam vanskeliggjør det å opptre konstruktivt, og kan disponere for aggresjon rettet både mot en selv, men også tilfeldige andre (Teigen 2010). Skam vil således i høy grad kunne ses i forbindelse med selvskading. Skamfølelsen vil slik sett både foranledige og etterfølge selvskadingen (Øverland 2006).

Ifølge Rubæk (2009) og Øverland (2006) er selvskading et fenomen som er knyttet til psykologisk dissosiasjon. Dissosiasjon kan best forstås som en forsvars- eller fluktmekanisme som tas i bruk i livstruende situasjoner, der hvor fysisk flukt er umulig. Dissosiasjonen innebærer en viss oppløsning av bevisstheten som blant annet gjør det mulig å "avbryte" forbindelsen mellom den psykiske og den fysiske virkelighet (Rubæk 2009). Man kan fortsette å dissosiere selv om man ikke er i reell livsfare og evne til

dissosiasjon kan redusere terskelen for selvskade idet man får en endret opplevelse av fysisk smerte (Øverland 2006).

2.2 Det systemiske perspektivet

Systemteori har hatt stor innflytelse på ulike teorier om kommunikasjon i relasjoner. Det som er blitt kalt for relasjonell kommunikasjonsteori, er en retning som ble utviklet i 60 årene av en forskergruppe som ble ledet av Gregory Bateson og Paul Watzlawick. Denne retningen har hatt stor innflytelse på helsefaglig tenkning om kommunikasjon.

Systemteori er en tverrvitenskapelig tenkemåte som i særlig grad benytter begrepene modell og system. Både innenfor helsefag og en rekke andre sammenhenger blir dette brukt om en forståelse av at den enkeltes handlinger påvirker helheten. Det vil si at det som den ene aktøren gjør, påvirker igjen også de andre i systemet. Det å tenke systemisk handler om å forsøke å forstå dynamikken innen systemet (Eide og Eide 2004).

Det systemiske perspektivet henter hovedinspirasjonen sin fra det humanistiske og det psykologiske perspektivet (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson og Løkke 2008). Dette perspektivet er sterkt inspirert av konstruktivistisk filosofi, som igjen bygger på en forståelse av verden som et produkt av ens egne tankemessige konstruksjoner.

Konstruktivismen fokuserer på de systemene som blir observert. I første ordens kybernetisk tenkning var terapeuten ekspertens som sto utenfor og foretok uavhengige observasjoner av pasienten. Deretter ble tiltak iverksatt basert på terapeutens observasjoner.

I begynnelsen av 1980 årene fikk andreordens kybernetikken et gjennombrudd blant annet i familierapi feltet, og begrepet ”det observerende system” ble nå det store fokuset. I dette ligger det at det ikke lenger finnes observatørplasser, alle er deltakere – også terapeuten. Haugsgjerd et.al (2008) fremstiller det som at forklaringen sitter i øyet til den som ser, det vil si at alt som blir sagt, blir sagt av en observatør. Igjen kan dette forklares med at det finnes mange versjoner av virkeligheten, som har det til felles at de er avhengige av observatørene.

2.2.1 Å møte den andre: Øverland (2006) minner oss på at det finnes like mange grunner til å skade seg som det finnes personer som skader seg. Han sier at faren med å ha møtt noen som skader seg er at man tror at alle som skader seg er like. Anstorp et.al (2003) er klar på at heller ingen samtaler er like. Ethvert møte skaper seg selv, og blir skapt der og da av de to som møtes.

2.2.2 Terapeutisk grunnholdning: Handler om å skape en atmosfære der pasienten føler seg trygg og forstått, så vel som at man mobiliserer pasientens psykologiske ressurser til å ville bli frisk (Tveito 2010). Det kan også defineres som å ha tiltro til at ethvert menneske kan utvikle sine egne ressurser, i tillegg til å se betydningen av at man skaper et aksepterende klima i forholdet mellom terapeut og klient.

2.2.3 Etikk som grunnlag i vårt arbeid med andre: Helsearbeidere har sin egen yrkesetikk hvor man er ansvarlig for å bevare liv, men også et ansvar for å forholde oss til pasienten med respekt, slik at hans personlige integritet kan bevares eller styrkes (Vråle 2009). Sykepleiere har yrkesetiske retningslinjer å forholde oss til, og de slår fast følgende: *Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet. Sykepleien skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert (Vråle 2009, 54).*

2.2.4 Empati: Empati betyr evne til å få en realistisk forståelse av hvordan et annet menneske føler og opplever sitt liv – ut fra vedkommendes utsagn og oppførsel (Cullberg 1997). Det innebærer også evnen til å forstå andre sine motiv for ens handlinger, men også deres verdier og holdninger.

2.2.5 Omsorg: God omsorg handler om å se, høre, ta på alvor og være tilstede for den andre. Omsorg er også å ha tro på den enkeltes ressurser, krefter og livsmuligheter. Omsorg har ifølge Anstorp et.al (2003) verdi bare i den grad den viser seg i praktisk og konkret handling som er til beste for den andre.

2.2.6 Håp: Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee definerer håp og knytter det til mål som man ønsker å nå, og som det er grunn til å ha en viss forventning om at man kan nå. Hun benevner det også som ”en fornemmelse av det mulige”. Tone Rustøen (1991) mener at håp er en av dimensjonene som er avgjørende for opplevelse av livskvalitet.

2.2.7 Mestring og myndiggjøring:

Å fokusere på individets mestring, mestringsmuligheter og mestringshjelp kan betraktes som en ressursorientert strategi, der hensikten er at individet utvikler seg, lærer og øker sin livskvalitet (Tveiten 2001). Empowerment, det engelske ordet for myndiggjøring, er også meningsfullt både i forhold til mestring og mestringshjelp. En kan definere dette begrepet som *forsøk på å finne måter å arbeide med andre på som gir dem maksimal beslutningsmulighet over sitt eget liv* (Tveiten 2001, 25). Lazarus og Folkman (1984) definerer mestring som det å kunne vurdere den situasjonen man er i, kognitivt og så vurdere hvilke muligheter den gir. De beskriver også betydningen av tro på kontroll i situasjonen så vel som generell kontroll som å være viktig for mestring. For å tilrettelegge for læring og mestring må man ta utgangspunkt i den aktuelle situasjonen som personen befinner seg i.

2.2.8 Salutogenese og ”sense of coherence”: Ifølge sosiologen Aaron Antonovski er salutogenese aktiviteter som styrker eller fremmer vår helse. Faktorer som virker helsefremmende kan for eksempel være fysiologiske, kulturelle eller psykologiske. Sense of coherence kan oversettes til følelse av tilhørighet, og innebærer en kombinasjon av menneskets mulighet til å oppnå en forståelse av situasjonen de befinner seg i, samt det å ha kapasitet til å bevege seg i en helsefremmende retning (Tveiten 2001).

2.3 EMPIRI

Brita vokste opp i en familie bestående av foreldre og to eldre brødre, så vel som en onkel og tante som bodde i ”kårboligen” på gården. Det ingen visste var at Brita ble utsatt for incest av den ”snille” onkelen fra hun var ca 6 år, noe som pågikk frem til han døde i en ulykke da Brita var 13 år. Overgrepene tok da slutt, mens skadene hun ble påført har ikke opphørt. I en alder av 42 år sliter hun fortsatt med påminnelser om onkelens overgrep. Det startet med at hun begynte å få smerter i mage og rygg, noe hun ble henvist til fysioterapi for et halvt år etter onkelens død. Et par år senere ble hun henvist til BUP der hun etter lang tid begynte å fortelle om overgrepene. Hun har etter fylte 18 år, hatt flere innleggelses og polikliniske samtaler ved voksenpsykiatriske avdelinger, så vel som opphold ved et incestsenter. Brita forteller at oppholdene stort sett har vært til litt hjelp der og da, men at det ikke har fungert når hun har kommet hjem.

Samtidig opplever hun at det ved innleggelsene har vært mest fokus på medisiner, og ikke alle behandlere har møtt henne på en god måte. Overgrepene resulterte i at hun utviklet en alvorlig angstlidelse fra tidlig ungdomsalder med sterke panikkanfall, hyperventilasjon og dissosiasjon. Spesielt natten har vært vanskelig med regrediering hvor hun kan bli liggende i fosterstilling og hyperventilere med til dels kramper. Da blir hun igjen et hjelpeløst barn på 6 år. Brita opplever gjenopplevelser, spesielt lukt og smak. Gradvis har hun opplevd økende tendens til panikkanfall også på dagtid, noe som igjen har ført til tiltagende agorafobi og sosial isolasjon. Hun har etter hvert også utviklet agorafobisk angst, for eksempel angst for å ta offentlige transportmidler, heiser, ferger og store folkemengder etc.

De siste par årene har hun også begynt å få panikkangst på dagtid. I perioder er det vanskelig å gå på butikker alene, også nærbutikken hvor hun kjenner de ansatte. Hun er blitt tiltagende isolert og ensom, noe hun opplever som skremmende og fortvilende. Hun sier selv at om hun reiser bort og får angst, så er det ingen som kan hjelpe henne. Hun frykter angsten også fordi hun er redd for å ødelegge for andre, og for ikke å være bra nok. Brita har forsøkt ulike typer medikamenter opp gjennom årene, men ingen av medikamentene har gitt ønsket effekt over tid. Hun opplever at minnene om det som skjedde og angsten ofte tar kontrollen over henne.

Da hun var yngre skadet hun seg selv til dels mye, og har fortsatt en tendens til å gjøre dette når livet blir vanskelig. Dette kan bestå i kutt i armene med kniv, glassbiter og barberblad. Hun opplever å ha kontrollert det litt bedre etter at hun som 30 åring fikk en sønn, men at hun i dårlige perioder mister kontrollen igjen. For å døyve de indre smertene har hun også brukt varmt vann på hendene, slag med hendene i fliser og vegger. Hun har også kuttet seg på beina. Brita beskriver at hun da flytter smerten, angsten og frustrasjonen, og det blir enklere å takle den fysiske selvpåførte smerten på kroppen. En periode i tenårene brukte hun i tillegg alkohol i kombinasjon med sterke smertestillende. Samtidig har hun et vanskelig forhold til mat, og i perioder lar hun være å spise, eller spiser minimalt. I tillegg har hun symptomer med tvangspreget vasking og dusjing, hun opplever at hun er uren, lukter og at alle syns hun er ekkel. Tvangen kommer også til uttrykk ved at hun rydder og vasker hele huset midt på natten når hun ikke klarer å være i ro.

Det er mye skyldfølelser hos Brita, når noe er galt kommer automatiske tanker som at det er hennes skyld. Hun har hatt mange hjelpere inne i livet sitt. I tillegg til psykiatriske avdelinger har den kommunale helsetjenesten innehatt en sentral del av hennes og familiens liv. Det har vært ukentlige samtaler med psykiatrisk sykepleier, så vel som hyppige timer med fastlegen. Om natten, når hun sliter som mest, er det hjemmesykepleien som skal kontaktes om hun trenger hjelp i forbindelse med dissosiering, eller hindre at hun skader seg. Å be om hjelp sitter langt inne, men når angsten blir for intens ser hun ingen annen utvei enn å be om at noen kommer. Det er da ulike personer som er på vakt, og hun opplever at den hjelpen hun får er svært tilfeldig og personavhengig. Det er også ofte travelt for nattevakten som gjerne må haste videre til neste oppdrag, og en må prioritere mellom de mange og ulike pasientene. Noen opplever dette som vanskelig og blir frustrerte over å måtte bruke tid hos en person som tilsynelatende ikke ”kommer videre”.

Det har underveis vært konferert med spesialisthelsetjenesten og det er blitt gitt intern undervisning hos personalgruppen. En kjenner likevel på en hjelpeløshet i forhold til hva man skal gjøre, og ser ingen fremgang etter å ha vært der i flere år. Noen har vært såpass frustrerte at de også har ytret frempå med utsagn som, sitat: ”hun kommer aldri til å bli bedre, hun vil ha det slik”. Dette er også kjent for Brita, som opplever det som urettferdig og feilaktig, men som også noen ganger er enig i at det er oppmerksomhet hun ber om. Da resulterer det i skamfølelse og dårlig samvittighet.

Flere har også notert seg at det er situasjoner hvor Brita raskere kommer ut av sin dissosiative tilstand. En har lagt merke til at om hun tilsynelatende har falt inn i en tilstand der hun ikke har kontakt med omverden, vil hun likevel raskt bli våken om det skulle komme lyder fra sønnens rom. Dette tolkes av enkelte som at hun har mer kontroll enn hun gir uttrykk for.

Brita opplever selv at den voksne delen i henne blir aktivert i forhold til både egen sønn, men også andre barn som trenger hjelp. Det er derimot vanskeligere å se at det også inne i henne finnes et barn som trenger hjelp. Brita har samtidig mange ressurser, noe som kommer til uttrykk på flere områder.

Hun har et talent innen maling og har hatt flere salgsutstillinger hvor hun har fått gode kritikker. Da fremstår hun totalt forskjellig, der er hun i en voksenrolle hvor hun er mestrende og sterk. Ingen som ikke vet om bakgrunnen, ville kunne si at hun har de problemene som er nevnt hittil. Som kunstner står hun i gallerier og snakker med kunder som vil vite mer om motivet hun har malt, og tilsynelatende behersker hun dette uten nevneverdig angst. Dette har ikke gått upåaktet hen, og kritiske røster har uttalt, sitat: ”Ja, dette klarer hun, nå er det ikke mye problemer nei”.

Det er ikke alltid nødvendig å bruke ord for å formidle et budskap, dette har Brita erfart mye av. De fleste forsøker nok å skjule negative holdninger, men Brita er veldig var for nonverbal kommunikasjon. Hun har opplevd hjelpere som har vist glimt av avskyreaksjoner over synet av hennes blodige legger. Dette har fått henne til å tolke det dit hen at de har opplevd henne som person som avskyelig, ikke bare handlingen. Følelsen av å være til bry, at hun beslaglegger tid oppfattes raskt, og oppleves veldig sårende. Det aktiverer også skyld og skamfølelsen på nytt. I slike perioder lar hun være å ta kontakt med kommunens hjelpeapparat, da lider hun heller i ensomhet, eller skader seg for å få utløp for smerten. Det viktigste i livet er sønnen og hun ønsker mest av alt å få en normal hverdag for hans og sin egen del. Hun vet bare ikke helt hvordan, og er i ferd med å miste håpet.

3.0 DISKUSJON

3.1 Hvordan møter helsepersonell selvskading?

Brita opplever etter eget sigende å ”føle seg i live” etter å ha kuttet seg. Når hun ser blodet renne etter å ha skadet seg, beskriver hun dette som at noe vondt renner ut og forsvinner. Rubæk (2009) på sin side omtaler selvskade som en farlig bandasje som dekker over følelsene med fysisk smerte. Det tiltrekkende er at det fysiske er mer konkret enn den psykiske smerten. Hun definerer også selvskade som et ”smerte-drevent syndrom”, fordi hun mener at adferden ikke er styrt av den frie vilje, men snarere av en indre smerte som er mer uutholdelig enn den fysiske som en påfører seg. Når Brita slår hånden i de flisbelagte baderomsveggene kan en derfor forstå det som den mest adaptive og minst smertefulle strategi, som hun har til rådighet i situasjonen. Tidligere ble selvskading sett på som et fenomen hos pasienter med psykose, alvorlig psykisk utviklingshemming eller alvorlige personlighetsforstyrrelser.

I dag vet vi at det også forekommer ved andre diagnoser så vel som at det er et fenomen også hos personer uten en psykisk lidelse. Øverland (2006) hevder imidlertid at lite har skjedd i forhold til hvordan fagfeltet tilbyr behandling til de som skader seg. Dette er en erfaring som Brita nok til dels vil si seg enig i, hun opplever i alle fall ingen økt forståelse fra de som har vært inne hos henne etter episoder med selvskading. Øverland (2006) oppfordrer også enhver som møter personer med selvskading til å skaffe seg kunnskap gjennom aktivt å søke ny faglitteratur, samtidig som man må forsøke å få den som skader seg til å beskrive mest mulig av sin egenopplevelse. Dette synes å gjenspeile det fenomenet at vi umiddelbart opplever og oppfatter verden - uten at vi trekker inn eventuelle bakenforliggende årsaker. Som kjent er dette vesentlig også innenfor det systemiske perspektivet.

Paul Watzlawick (1983) fremhever at for å kunne forklare et fenomen (for eksempel selvskading) må observasjonsfeltet være stort nok til å omfatte den sammenhengen som fenomenet opptrer i (Haugsgjerd et.al 2008). Men Øverland (2006) gir inntrykk av at vi har et stykke igjen før vi kommer dit. Han mener at hjelpere lett for å bli overveldet av det urolige og tidvis desperate uttrykket som selvskading gir. Både familie og hjelpere kan bli lammet av maktesløshet der man kan ende opp med å ikke ønske eller våge å hjelpe

pasienten. Denne maktesløsheten kan videre føre til at pasienten opplever håpløshet, noe som igjen fundamentierer selvskading som den eneste løsningen de vet om.

Mange eksperter på feltet hevder også at selvskading fremdeles blir opplevd av mange som forårsaket av manipulering eller et behov for oppmerksomhet (Øverland 2006, Rubæk 2009, Tveito 2010). Brita forteller også at flere hjelpere har mer enn antydnet dette overfor henne, et motiv som hun ikke kjenner seg igjen i. Harlene Anderson (2007) mener at utfordringen vår ligger i å lete etter alternative forståelser til de universale sannheter. Øverland (2006) benekter ikke at det finnes personer som skader seg for å få oppmerksomhet, men han minner oss på at dette i så fall er ekstremvarianten som ikke på noen måte er representativt. Han hevder således at det å ønske seg oppmerksomhet uansett ikke er noe sykkelig i seg selv, og det betyr uansett ikke at de ikke har det vondt. Han fremholder videre at problemet heller er det at personer med selvskading ofte ikke får oppmerksomhet på positiv atferd.

Det blir da nærliggende å tenke på at Brita som utøvende og flink kunstner, ikke opplever at det hun mestrer fører til positiv oppmerksomhet fra hjelperne. Det er mange personer som er involvert i livet til Brita, og de opplever trolig problemene ulikt, det vil si man ser flere versjoner av virkeligheten. Noe som igjen kanskje sier noe om betydningen av vår virkelighetsforståelse, eller våre kart / ideer som vi har om virkeligheten. Innenfor en systemisk forståelse har vi ikke tilgang til noen objektiv kunnskap om virkeligheten. Det innebærer i så fall at hjelperen uttaler seg om sitt *bilde* av Brita.

Vanskene med å forstå selvskading og den enkeltes handlinger kan utløse sterke følelser både hos leger og andre. Det kan bestå i ulike følelser som sinne, forakt, frykt, men også tristhet og ens egen opplevelse av å ha mislykkes (Sommerfeldt og Skårderud 2009). Også Rubæk (2009) har tilsvarende erfaring, hun mener at selvskadende personer er blitt møtt med bebreidelser og sågar sanksjoner – som ville ha vært uhørt om det hadde forekommet hos andre pasientgrupper. Brita kan på dette område derimot fortelle om en motsatt og positiv erfaring, der fastlegen gjennom 20 år er den som alltid har vært forståelsesfull, og aldri vært bebreidende. Andre har som kjent dårligere erfaring, og nyere undersøkelser har sågar vist at pasienter som er henvist til sykehus etter selvskading i form av kutting, får mindre psykososial oppfølging enn de som er blitt henvist etter forgiftning (Mehlum og Holseth 2009). Det engelske helsedirektoratet NHS (2010), har av liknende grunner sett behovet for å utarbeide nye retningslinjer for behandling av selvskade. Der står det;

Mennesker som har skadet seg selv, skal behandles med den samme omhu, respekt og diskresjon som alle andre pasienter. Herunder hører det til at helsepersonell skal behandle de lidelser som er forbundet med selvskadende adferd. (egen oversettelse av kilde NHS 2010).

Konklusjon: Forskning viser at helsepersonell sin forståelse for de som skader seg selv trolig har endret seg til det bedre, men at vi enda ikke er på et nivå hvor dette gjenspeiler seg i praksis (Øverland 2006). Bebreidelser og sanksjoner overfor denne pasientgruppen er godt dokumentert, og oppleves fortsatt (Øverland 2006, Rubæk 2009, Skårderud og Sommerfeldt 2009, Mehlum og Holseth 2009, Kultorp 2010). Studier viser samtidig at mange selvskadere er lite tilfreds med den hjelpen de får i forbindelse med selvskading (Warm, Murray 2002.)

3.2 Hva kan vi gjøre annerledes?

Også den Norske legeforening er blitt oppmerksom på at dette kan være et problem og legger til at måten man møter pasienter som skader seg selv, er en test på egen profesjonalitet (Hem og Lunde 2010). Det er ifølge Sommerfeldt og Skårderud (2009) en utfordring til de som jobber med dette feltet å utvikle kompetanse til både å møte ulike fenomener, men også til å håndtere egne reaksjoner. I motsatt fall vil dette kunne føre til uheldige intervensjoner. Også Hem og Lunde (2010) viser til studier som indikerer at kursing kan endre holdninger hos helsepersonell og andre, slik at de kan møte pasientene med forståelse og respekt. Dette kan ifølge sistnevnte gjøres med enkle grep, selv om man er presset på tid og kanskje ikke kjenner pasienten fra før. De foreslår at man for eksempel kan si: *Jeg ser du har hatt det vanskelig, eller Det gjør noe med oss som bryr oss om deg, at du er voldelig mot deg selv.* Dessverre har både Brita og andre opplevd at dette ikke alltid er måten man blir møtt på, og tilbakemeldinger av typen, *Nå må du slutte med dette tullet, du kan ikke holde på sånn,* er en ikke uvanlig erfaring (Hem og Lunde 2010, Kultorp 2010).

Et systemisk perspektiv innebærer for eksempel at vi ikke ber Brita om å slutte å skade seg, men at vi heller spør om hva det er hun opplever når hun kutter seg. Vi som er hjelpere kan stille spørsmål og la Brita få beskrive sin smerte, da først viser vi henne anerkjennelse.

Ifølge Tom Anderson (1991) er den narrative tradisjonen også mer opptatt av spørsmål enn av svar. Ved å jobbe systemisk gir vi Brita en mulighet til å fortelle en annen historie om seg selv. Sammen kan vi lete oss frem til andre måter hun kan oppnå spenningslette på, som er slik at løsningen ikke blir problemet (Watzlawick et.al 1967). Om vi møter en selvskader som et unikt menneske, og spør hva som for dem har vært nyttig i møte med hjelpeapparatet, vil vi trolig få ulike svar. Hensikten med dette er å lære at det alltid vil være forskjeller hos menneskene man møter – selv om man gjenkjenner likhetstrekk.

Konklusjon: Fagfolk oppfordrer helsepersonell og andre til å oppdatere seg faglig for på den måten å skape ny forståelse for fenomenet (Skårderud og Sommerfeldt 2009, Øverland 2006, Hem og Lunde 2010). Dette er samtidig nødvendig med tanke på å kontrollere egne reaksjoner, som ellers kan føre til uheldige intervensjoner. Faglig oppdatering er et viktig bidrag til den forståelse og respekt som selvskadere har behov for.

3.3 Hvilken betydning har skam og skyldfølelsen?

Erfaring med overgrep fra nære omsorgspersoner griper dypt inn i menneskets personlighetsutvikling, der skamproblematikk vil prege en stor del av identiteten (Anstorp et.al 2003). Øverland (2006) kaller da også skam for selvskadingsens onde tvilling. Skam og skyld er følelser som gjerne er tett sammenvevd, og er ett av de likhetstrekk en ofte ser hos mennesker som har blitt utsatt for alvorlige krenkelser. Seksuelt misbruk defineres da også av Rubæk (2009) som det dypeste snitt av alle. Mens skyld er frykt for en indre fordømmelse, er skam den samme frykten for den ytre verden.

Det Brita opplever er da også frykt for fordømmelse og negativ vurdering fra andre. Brita skammer seg pga overgrepene, en skam hun forsøker å vaske bort. Hun frykter at andre skal synes hun er skitten og ekkel, og er veldig var på andres blikk. Følelsen av skam kan synes å ha involvert identiteten hennes på en slik måte at hun er blitt værende i en offerrolle. Når hun skammer seg blir hun også mer sårbar og krenkbar, og kan føre til at hun unndrar seg å sette ord på det som er vanskelig. Også skam kan på et vis sees i et systemteoretisk lys. Først skammer hun seg, for så å føle seg bedre etter å ha skadet seg. Så kommer skamfølelsen på nytt fordi hun kuttet seg. Brita skammer seg også over å være den hun er, og fordi hun ikke har nådd de mål som andre på hennes alder har nådd.

Brita trenger følgelig en trygg situasjon for å bli møtt på hele det spekteret av følelser som følger med, det være seg skam, tvil, hat, men også sorg. Sorg over en barndom som hittil har ødelagt hennes muligheter for et godt voksenliv. Hun har erfart at hennes private grenser er blitt tråkket over, noe som har ført til en vedvarende følelse av skam og selvforakt. Dette er det nødvendig at hjelperne vet noe om. De trenger å vite noe om den avsky hun føler for seg selv som fører til at hun kjenner behov for å straffe seg selv på verst tenkelig måte (Rubæk 2009). Øverland (2006) sier det ikke bør overraske hjelperne at den som har erfaring med å bli sviktet, også vil ha en lavere terskel for å oppleve krenkelse eller forakt i en terapeutisk relasjon. Brita legger spesielt merke til kroppsholdning, men aller mest blikkontakt. Et unnvikende blikk er ensbetydende med at hun er ingenting å se på og ekkel. I gode perioder kan hun klare å se at det også kan bety at hjelperen er redd.

Konklusjon: Skam er en viktig affekt ved selvskading, og ses både som årsak og virkning, det vil si en skam-skam syklus (Sommerfeldt, Skårderud 2009).

Selvskading skjer ofte som en reaksjon på en sterk opplevelse av skam, og Skårderud (1998) er da også opptatt av det han kaller skammens dobbelte byrde, som består i at den som skammer seg bare venter forakt fra omgivelsene.

3.4 Hvor viktig er relasjonsarbeid?

Det finnes mye dokumentasjon på at en terapeutisk relasjon er av stor betydning, og at kvaliteten på relasjonen har tilsvarende stor betydning for utfallet (Norcross 2002, Øverland 2006). Sistnevnte hevder at pasienter som opplever bekreftelse og nærvær av helsepersonell ser på dette som en ”gave”, og at dette påvirker behandlingen positivt. Å skape en god relasjon kan for noen være utfordrende, noe vi også ser i Brita sitt tilfelle der mange helpere er involvert. Erfaring generelt tilsier at overgrepsoffer vil ha utviklet en fobi mot nettopp nærhet og intimitet, noe som kan føre til tilbaketrekking fra viktige relasjoner. Brita opplever seg også ensom og grenseløst alene, en følelse som blir forsterket når hun erfarer at hun ikke blir forstått. Hun vil at vi skal forstå at hun skader seg fordi hun ikke vet hva annet hun kan gjøre for å lindre den ekle og desperate følelsen som kommer. At det representerer en trygghet for henne å ha muligheten for å skade seg.

Som helsepersonell søker vi å leve opp til det etiske prinsippet om å ta ansvar for og yte hjelp til trengende. Der sympati viser til enighet og støtte med hennes standpunkt, viser empati ifølge Øverland (2006), til et forsøk på å forstå uten at det derved fører til at selvskadingen aksepteres. Et eksempel på dette er at ved å be henne om å slutte å skade seg, så ber vi henne faktisk om å legge ned sine våpen for en fiende som har gjort livet hennes til et helvete, og det er temmelig mye å be om slik Øverland (2006) ser det. Samtidig har hjelperne gjerne en indre drivkraft som gjør at vi forsøker å kompensere vår psykologiske maktesløshet med praktisk hjelp. En forutsetning for å kunne være tilstede og lytte til den andre, er derimot at man ikke føler seg truet av det man møter (Eide og Eide 2004).

Dette forutsetter igjen at vi har et avklart forhold til oss selv og våre følelser. Da kan det samtidig være nødvendig at vi konstruerer et felles forståelsesgrunnlag, ikke minst i personalgruppen. Det er riktig å snakke om ens følelser og hva selvskading gjør med oss. Brita på sin side erfarer at det er lettere for hjelperne å forholde seg til et blødende sår, enn til hennes smerte. Som hjelper er det heller ikke vår oppgave å fjerne hennes vanskelige følelser, men være tilstede slik at hun våger å slippe følelsene til for bearbeidelse. Brita trenger for eksempel at vi hjelper henne til å plassere skylden der den hører hjemme, hjelp til å se at det er feil person som skammer seg. Å yte profesjonell omsorg betyr at vi skal hjelpe Brita i hennes svakhet og svikt, samtidig som vi respekterer hennes muligheter og styrke. Innenfor systemteorien finner vi begrepene symmetriske og komplementære relasjoner. Dette vil si at relasjoner kan være basert på likheter eller forskjeller (Bateson 1958). Når relasjoner er symmetriske, kan det bety at Brita og hennes hjelpeapparat danner likeverdige relasjoner med gjensidig respekt for hverandre. Samtidig kan man si at hjelperne og Brita er i samspill med hverandre, noe som innebærer en gjensidig påvirkning, uten at det skal føre til at en utelukker det ene i forhold til det andre.

I en slik situasjon er både kontroll, makt og autoritet i forholdet jevnt fordelt og man opplever hverandre som jevnbyrdige (Eide og Eide 2004). Asymmetri er derimot det motsatte og innebærer at den ene parten har mer makt, kontroll og/eller myndighet enn den andre, noe som ligger i rollefordelingen mellom hjelper og hjelpemottaker. I et asymmetrisk forhold kan Brita få en følelse av å være liten, svak og usikker, mens hjelperen blir stor og tilsvarende selvsikker, sterk eller autoritær (Eide og Eide 2004). Dette er en situasjon som Watzlawick (1983) forøvrig beskriver som *one-up* og *one-down*,

det vil si over og underlegen. Det blir derfor vår oppgave som hjelpere å tilrettelegge forholdene for en prosess hvor denne forskjellen kan minimaliseres og relasjonen etter hvert bli mer symmetrisk. Ifølge Bateson (1958) vil vår kommunikasjon med andre både ha et innholdsaspekt og et relasjonsaspekt. Det faktiske innholdsbudskapet kan være at hjelperen sier, ”jeg kan komme å være hos deg i 30 min Brita, da må jeg videre til neste bruker”. Måten dette gjøres på er det avgjørende. Relasjonsaspektet er knyttet til hvordan vi formidler innholdet på, det kan være den holdning som vi uttrykker verbalt og nonverbalt når vi henvender oss til andre. Det kan være vår interesse, likegyldighet, utålmodighet, vennlighet eller irritasjon (Eide og Eide 2004). Et eksempel på dette kan være at vi med jevne mellomrom kikker på klokka, eller holder hånden på dørhåndtaket og signaliserer at vi helst skulle vært en annen plass. Innholdsbudskapet vil være det samme, mens relasjonsbudskapet altså vil være forskjellig.

Konklusjon: Forskning slår fast at en god relasjon har stor betydning for utfallet av behandlingen. I et systemisk perspektiv er kommunikasjon og relasjon begrep som henger tett sammen. I dette perspektivet vil all samhandling være kommunikasjon, og man kan ikke ikke-kommunisere (Watzlawick et.al 1967). Det avgjørende synes å være at en skaper en terapeutisk relasjon som er preget av tillit og samarbeid, slik at den blir unik for hver enkelt (Øverland 2006).

3.5 Kontroll og mestring.

Det hjelper ikke om vi tenker at vi er empatiske ved at vi lytter og forstår Britas følelser og reaksjoner, hvis vi ikke samtidig handler ut ifra hva som er til det beste for henne sett fra et faglig perspektiv. Ofte har man en tendens til å fokusere på problemet og det som ikke fungerer. Vi har tradisjoner på at både terapeuter og andre hjelpere raskt stiller opp med meninger og tiltak i forhold til dette (Anderson & Goolishian 1987). Kanskje kan utfordringen heller være at vi leter etter forhold som har hindret problemet i å bli større enn det faktisk er? Et eksempel på dette kan være at vi kvitter oss med forutfattede forklaringer av typen ”*hun klarer å snakke i en forsamling, så må hun klare å være alene på natta*”, eller ”*når sønnen våkner og gråter, så er det merkelig hvor raskt hun slutter å dissosiere*”.

Brita selv sier at hun ønsker å kunne bli respektert og godtatt selv om hun i en periode mestrer mye og ser bra ut. Dette sier bare så lite om hvordan hun har det inni seg. Om vi unngår ”more of the same” løsninger, kan det føre til at vi heller møter henne som en ”overlever”. Det betyr ikke at de vonde erfaringene ikke er reelle konstruksjoner, men der vil alltid være erfaringer som handler om kompetanse og mestring som vi kan være med å hente fram (Nielsen, Clemmensen, Yssing 2002). Sofia Åkerman (2009) som snakker ut fra en pasients erfaring, mener det er en minst like viktig oppgave å lete etter det friske mennesket, fordi det alltid vil være gjemt et sted bak det syke. Like viktig som å hjelpe med problemet er det å hjelpe med å ivareta ressursene.

Med et salutogenetisk perspektiv kan vi møte Brita på en annen måte. Vi kan endre våre kart i forhold til å se på Brita som ikke bare svak og hjelpetrengende, samtidig som det bør være en balanse mellom aksept og krav til endring. Ifølge Anderson & Goolishian (1987) så er Brita eksperten på seg selv, og empowerment kan i denne sammenheng bety avlæring av uhensiktsmessige mestringsstrategier. At hun ikke alltid velger minste motstandsvei, men lærer å sette grenser. For hjelperne kan dette innebære at hun får hjelp til å lære seg mer konstruktive ferdigheter i forhold til å regulere sine følelser og relasjoner til andre. Dette vil være et godt bidrag til å bedre hennes selvfølelse, men hun vil trenge mye støtte. Brita trenger et alternativ til det å skade seg, og sier selv at det kan være at vi sammen snakker om overgrepserfaringene i ”gode perioder”, for å få en felles forståelse. Spørsmålet blir ikke hvordan vi kan få henne til å slutte å kutte seg, men hvordan vi kan hjelpe henne til å bli kvitt de ekle følelsene på en annen måte (Øverland 2006).

Konklusjon: Et salutogenetisk perspektiv innebærer at vi ser Brita som et menneske med en lidelse, som samtidig har helsefremmede ressurser slik at hun gradvis kan oppleve livet som forutsigelig, forståelig, håndterbart og meningsfylt. Da må vi sammen interessere oss for hvilke faktorer som er helsefremmende i hennes liv. Det kan være at vi spør om hvilken støtte hun trenger, når, og under hvilke omstendigheter (Øverland 2006).

3.6 Hvor stor betydning har håp?

Mennesket kan heller ikke leve uten håp, selv om de fleste tilpasser seg når de er skuffet i håp (Rustøen 2001). Det kan være når Brita på et tidspunkt kjenner at hun ikke holder ut flere skuffelser, at hun ikke orker å føle mer. Dersom vi møter henne med omsorg, interesse og tillit kan ”håpets frø som syntes helt ødelagt, begynne å spire”. Å oppleve at man blir behandlet som en ”ikke-person” av liten verdi er derimot beskrevet som trusler mot håp (Rustøen 2001). Hun sier at hjelperens væremåte kan og bør utstråle ekte håp, i motsatt fall hvor en opptrer uinteressert og lite empatisk, kan dette altså gi Brita en oppfatning av at hennes situasjon er håpløs og ikke verdt videre innsats. Håp innebærer også at hun gis valgmuligheter, og ett bidrag kan være å hjelpe henne med å sette noen mål. Bevisstgjøre henne på at det finnes noe å velge imellom.

Konklusjon: Undersøkelser tilsier at helsevesenets ansatte spiller en sentral rolle med henblikk på styrken i pasienters håp. Betydningen av å bli trodd på og ansattes vilje til å hjelpe, er faktorer som pasienter har trukket fram som sentrale moment for håp og bedring.

4.0 KONKLUSJON

Brita skader seg ikke for å få oppmerksomhet; hun ønsker ikke å provosere oss, ei heller eller å dø. Hun forsøker kun å overleve i en verden av innskrenkede handlingsmuligheter og uforutsigbart kaos. Dette er selvskadingens vesen: Selvskading oppstår ofte som et utslag av fortvilelse eller såkalt emosjonell intensitet. Årsaken er ikke alltid åpenbar, men uavhengig av diagnose er hjelperens forsøk på å forstå selvskading generelt, og ikke minst, selvskaderens lidelse spesielt, et nødvendig bidrag til at hjelpen blir bedre (Øverland 2006). Det er videre avgjørende at vi klarer å skape en terapeutisk relasjon som innebærer tillit og samarbeid, noe som er viktigere enn teknikker.

Flere fagfolk innen feltet mener at noe av det viktigste vi kan gjøre i møte med mennesker i krise, er å være et medmenneske som viser omtanke for andre. Dette kan være å møte selvskaderens psykiske smerte, og vise at vi kan utholde den sammen med den som lider. Det er nødvendig at vi forholder oss til den følelsen av avmakt og sinne som ligger bak. Uten at vi inntar en felles overordnet holdning som derved danner grunnlaget for hvordan

man skal forholde seg til selvskading, vil heller ikke hver enkelt bli bevisst egne holdninger. Hjelperens rolle er å møte utrygghet og forvirring med trygghet og tydelighet, så vel som å gi håp, inspirasjon og delta sammen i kampen med de ferdigheter vi har. Dette er til sammen vesentlige bidrag av støtte som kan gi Brita krefter til å vinne sin kamp.

Man kan selvsagt lure på om selvskadere etterhvert vil få en normal og meningsfull tilværelse igjen. Rubæk (2009) mener at dette er mulig for de fleste, at med kunnskap og forståelse kan man komme langt. Noe også bl.a. Hægeland (2010) fremholder:

Menneskene som inviterer meg inn i sin private verden for å få hjelp, kjenner seg ikke hjulpet når jeg står ovenfor og roper ned. Bevegelsene skjer først når vi sitter ved siden av hverandre, og den andre får se meg i øynene og spørre; "Tåler du meg? Orker du å kjenne det jeg føler?"

Dette betyr selvsagt ikke at vi skal kutte oss selv, eller slå knyttneven i flisene på badet, men at vi skal være tilstede med hele oss når vi deler disse følelsene. For å behandle selvskading på en bedre måte må personalet forandre måten de møter selvskadende pasienter på. Det innebærer å lære å forholde seg til personen bak selvskadingen. Da først bidrar vi til at Brita og andre kan kjenne på følelsen av tilhørighet og aksept, som gjør at de kan begynne å bevege seg fremover i en helsefremmende retning.

5.0 REFERANSER

Anderson, Harlene (2007). *The therapist and the postmodern therapy system: A way of being with others*. 6th Congress of the European family Therapy Association and 32nd Association for Family Therapy and Systemic Practice UK Conference. Glasgow, Scotland, October 5

Anderson, Harlene ; Goolishian, Harry (1987). *Language systems and therapy: an envolving idea*. *Psychotherapy*, 24 (3S): 529-38

Anderson, Tom (1991). *"The Reflecting Team: Dialogues and Dialogues About the Dialogues"*. Norton, New York.

Anstorp, Trine; Hovland, Beate Indrebø; Torp, Elisabeth (2003). *Fra SKAM til VERDIGHET*. Teologisk og psykologisk arbeid med vold og seksuelle overgrep. Universitetsforlaget AS, Oslo

Bateson, Gregory (1958). *Naven*. Stanford: Stanford University Press.

Borg, Marit & Topor, Alain (2007). *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo, Kommuneforlaget AS

Cullberg, Johan (1997). *Mennesker i krise og utvikling – en psykodynamisk og sosialpsykiatrisk studie*. Aschehoug & Co, Gjøvik

Eide, Hilde; Eide, Tom (2004). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Gyldendal Norsk Forlag.

Haugsgjerd, Svein; Jensen, Per; Karlsson, Bengt; & Løkke, Jon A (2008). *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hem, E; Lunde, S (2009). *Å angripe egen kropp*. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2009;129:734

Hægeland, Didrik (2010). Landskonferansen ”Håp”. Verdensdagen mot selvskading. Folkets Hus, Oslo 1 Mars.

ICD-10, WHO (2004). *Den internasjonale klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Kultorp, Heidi (2010). *Leger syr selvskadere utan bedøvelse*
<http://www.adressa.no/nyheter/trondheim/article1456945.ece>

Lazarus, Richard; Folkman, Susan (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York. Springer Publishing Company.

Mehlum, L; Holseth, K. *Selvskading – hva gjør vi?* Tidsskr Nor Legefor 2009; 129: 759-62

Møhl, B (2005). *At skære smerten bort – en bog om cutting og anden selvskadende adfærd*. Psykiatriens forlag, København

Nielsen, J;, Clemmensen, T; Yssing, C. (2002). *Getting access to what goes on in people's heads: Reflections on the think-aloud technique*. [Proceedings of NordiCHI 2002](#), 101-110. New York, NY: [ACM](#).

Norcross, J.C.(2002). Empirically supported therapy relationships. In J.C.Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients (pp. 3-16)*. London : Oxford.

NHS (2010). National Institute for Health and Clinical Excellence.
<http://www.nice.org.uk/CG016NICEguideline>

Reece, Judith (1998). *Female survivors of abuse attending A&E with self-injury*. Accident and Emergency Nursing 6, 133-138

Rubæk, Lotte (2009). *Selvskadens psykologi*. Dansk psykologisk forlag.

Rustøen, Tone (2001). *Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?*
Gyldendal Norsk Forlag.

Røssberg, J.I (2005). Relasjoner mellom pasient og stab. Hva fremmer et gunstig
behandlingsmiljø? I:Opjordsmoen S.Vaglun P.& Bloch Thorsen G-R.(red). *Oss i mellom.*
Relasjonens betydning for mental helse. Stavanger: Hertevig Forlag.

Skårderud, Finn. (1998) Uro. *En reise i det moderne selvet.* Aschehoug, Oslo.

Sommerfeldt, B; og Skårderud, Finn (2009). *Hva er selvskading?* Tidsskrift for Den
norske legeforening. Nr 8/16.april; 129(8):754-8

Tattan, T; Tarrier, N. (2000). The expressed emotion of case managers of the seriously
mentally ill: the influence of expressed emotion on clinical outcomes. *Psychological*
Medicine, 30;195-204

Teigen, Karl Halvor. *Skam-psykologi.* <http://www.snl.no/skam/psykologi>

Tveiten, Sidsel (2001). *Pedagogikk i sykepleiepraksis.* Fagbokforlaget Vigmostad &
Bjørke. Bergen

Tveito, Kari (2010). *Å vere i livet.* Tidsskrift for Den norske legeforening. Nr 8,
2009;129 Lastet ned frå www.tidsskrift.no 12.4.2010

Vråle,Gry Bruland (2009). *Møte med det selvmordstruede mennesket.* Gyldendal Norsk
Forlag AS.

Warm, A.; Murray, C; Fox, J (2002). *Who helps? “Supporting people who self-harm”*,
Journal of Mental Health, Vol 11, Nr.2, ss.121-130

Watzlawick, Paul (1983). *How real is real? : Confusion, disinformation, communication.*
London: Souvenir Press.

Watzlawick, Paul; Bavelas, Janet Beavin; Jackson, Donald D (1967). *Pragmatics of Human Communication. A study of Interactional Patterns, Pathologies and Paradoxes*. Chapter: *Psychoterapy*. W.W. Norton & Co/NY.

Øverland, Svein (2006). *Selvskading, en praktisk tilnærming*. Fagbokforlaget, Bergen

Åkerman, Sofia (2005). *Sebrapiken*. Humanistisk forlag AS, Oslo.+