

Bachelor i sykepleie



Selvskading og kommunikasjon.

“Hvordan kan jeg som sykepleier bruke kommunikasjon som verktøy i møte med selvskadere?”

Gruppenr. 851

Høgskolen i Gjøvik
Avdeling for helse og omsorg

Mai 2011

Antall ord: 10 414



SAMMENDRAG

Kull 08HBSPLH

Gruppe nr. 851

Dato: 09.05.2010

Forfattere: (fylles evt. ut *etter* sensurering)

Veileder(e): Kari H. Hugsted

Tittel:

Selvskading og kommunikasjon.

“Hvordan kan jeg som sykepleier bruke kommunikasjon som verktøy i møte med selvskadere?”

Self-harm and communication.

“How can I as a nurse use communication in the meeting with people who self-harm?”

Stikkord/nøkkelord: selvskade, kommunikasjon, sykepleie, self-harm, communication, nursing

Sammendrag:

Denne oppgaven tar for seg møtet mellom sykepleier og pasienter med selvskadingsproblematikk. Formålet med oppgaven er å belyse hvordan man som sykepleier kan bruke kommunikasjon som verktøy i dette møtet. Blant annet presenterer vi kort noen av de mest typiske lidelsene som er representert når det gjelder selvskading, former for selvskading, historikk og forekomst. Oppgaven dreier seg i hovedsak om møtet mellom pasient og sykepleier, og har fokus på teknikker i forhold til kommunikasjon og behandling.

This thesis examines the interaction between the nurse and patients with self-harm issues. The purpose of the exercise is to illustrate how a nurse can use communication as a tool in this meeting. Among other things, we present briefly some of the most common disorders that are represented in terms of self-harm, forms of self-harm, history and presence. The thesis is mainly about the meeting between patient and nurse, and focuses on techniques in relation to communication and treatment.

Innholdsfortegnelse:

Sammendrag	2
1.0 Innledning:	5
1.1 Begrunnelse for valg av problemstilling	6
1.2 Avgrensing av oppgaven	6
2.0 Metode	7
2.1 Søkestrategi	7
2.2 Kildekritikk	8
3.0 Teori/drøfting	10
3.1 Sykepleie	10
3.2 Sykepleieprosessen.....	11
3.3. Hva er selvskading?.....	11
3.3.1 Historikk	13
3.3.2 Former for selvskading	13
3.3.3 Mestringsstrategier.....	14
3.4 Hvem er selvskaderne?.....	15
3.5 Hvorfor skader noen seg selv?	17
3.5.1 Diagnoser/tilstander i sammenheng med selvskading	17
3.5.2 Sammenhenger?.....	18
3.5.3 Det biologiske aspektet.....	18
3.5.4 Dissosiasjon	20
3.5.5 Borderline	21
3.5.6 Posttraumatisk stresslidelse	21
3.5.7 Generalisering.....	21
3.6 Hvordan kan selvskading behandles?.....	22
3.6.1 DBT – dialectical behavioral therapy	23

3.6.2 Kognitiv adferdsterapi	24
3.7 Hva gjør vi?	24
3.7.1 Terapeutisk miljø	24
3.7.2 Gundersons miljøvariabler.....	25
3.7.3 Hvordan man som miljøpersonale skal forholde seg til selvskading.....	26
3.7.4 ”Lukket rom”	27
3.8 Kommunikasjon	28
3.8.1 Etikk.....	28
3.8.2 Generelt om kommunikasjon.....	28
3.8.3 Hjelpende, profesjonell kommunikasjon	29
3.8.4 Relasjon	29
3.8.5 Spørsmålsformer.....	30
3.8.6 Utfordrende ferdigheter	30
3.8.7 Å snakke om kuttene/arrene	32
3.8.8 Empati.....	32
3.8.9 Autonomi og paternalisme.....	33
3.8.10 Makt og avmakt.	34
3.8.11 Empowerment.....	35
3.8.12 Konfrontasjon	36
4.0 Konklusjon	38
5.0 Etterord.....	38
6.0 Kilder:	39

1.0 Innledning:

I rammeplanen fra Kunnskapsdepartementet (2008) står det at sykepleieren etter endt utdanning skal ha respekt for menneskets integritet og rettigheter, vise et helhetlig menneskesyn og ivareta pasientens grunnleggende behov, vi mener at kommunikasjonsnivåene til sykepleieren er grunnleggende i denne prosessen.

Vi vil begynne denne oppgaven med å presentere de delene av sykepleie vi mener er relevante for oppgaven, samt fakta om selvsykdom.

Av sykepleiens mange elementer, har vi i denne oppgaven valgt å ha fokus på kommunikasjon og den terapeutiske funksjonen.

Vi har begge noe erfaring om temaet fra praksis, og er genuint interesserte i temaet. Vi ser på dette som en god læringsmulighet, der vi kan utvikle oss selv som fremtidige sykepleiere.

Selvsykdom er et tema som de siste ti årene har fått mer oppmerksomhet og blitt mindre tabubelagt. Det er større fokus på å oppdage selvsykdom tidlig, bl.a. ved at lærere i grunnskole og videregående skole er mer oppmerksomme på varseltegn og symptomer hos elever.

Utfordringen for sykepleiere i møte med selvsyke er at pasientene kan ha vanskeligheter med å uttrykke følelser og behov, og det skjer liten utvikling i forhold til livssituasjon, selvfølelse og behandling. I tillegg kan behandlingen ta veldig lang tid, og man kan bli satt på en tålmodighetsprøve som sykepleier.

Selvsykdom er en form for kommunikasjon, men kan være svært ødeleggende fysisk og psykisk.

Jeg vil ødelegge utenpå det som har blitt ødelagt inni. Da får du et helhetsbilde av deg selv. Det er den indre ødeleggelsen som får et ytre bilde. Det er et uttrykk, noe har skjedd med meg, både før og nå. Det er noe som har skjedd.

(Moe & Ribe 2007, s. 95)

1.1 Begrunnelse for valg av problemstilling

“Hvordan kan jeg som sykepleier bruke kommunikasjon som verktøy i møte med selvskadere?”

Grunnen for at vi har valgt denne problemstillingen, er for å forsøke å finne løsninger på dette temaet, som vi selv synes er vanskelig å møte i praksis. Vi har også et inntrykk av at selvskading er noe som blir mer synlig, og muligens mer vanlig. Som sykepleiere er det viktig for oss å møte denne sårbare gruppen med kunnskap og respekt. Å ha fokus på forskning og nyere viten om denne gruppen, forekomst og måter å reagere på, tror vi kan være nyttig for å hjelpe denne målgruppen. Kommunikasjon er etter vår mening det viktigste verktøyet vi har i forhold til selvskadere, og vil derfor ha fokus på kommunikasjon og selvskadingens dynamikk gjennom oppgaven.

1.2 Avgrensning av oppgaven

Vi har valgt å avgrense oss til pasienter med selvskadingsproblematikk i institusjon, til tross for at en stor andel av selvskadere aldri havner innenfor behandlingsapparatet. Ved å ha fokus på institusjon får vi også med det miljøterapeutiske aspektet, som vi mener kan være avgjørende for en god behandling av denne problematikken. Vi har ikke valgt noen spesifikk aldergruppe, diagnosegruppe eller kjønn, dette fordi vi vil ha fokus på å ikke generalisere, men heller forsøke å se helheten av denne gruppen. Vi har valgt å ikke ha fokus på så mange av behandlingsmetodene, dette på grunn av ordbegrensingen på oppgaven, og at vi da ville risikert å havne utenfor problemstillingen vår. Sykepleiemessig har vi forsøkt å holde fokus på det kommunikative og relevante i forhold til problemstillingen.

2.0 Metode

Metode er i følge Dalland (2007) noe som forteller leserne hvordan man har gått til verks for å finne kunnskap eller etterprøve kunnskapen. Han siterer Vilhelm Aubert's definisjon på metode:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metode.

(Dalland 2007, s.81)

I denne oppgaven har vi brukt en kvalitativ metode, dette vil si at vi har forsøkt å finne meninger og opplevelser som ikke er mulig å tallfeste eller måle (Dalland 2007). Denne oppgaven er også et litteraturstudie, som betyr at vi har benyttet litteratur for å prøve å finne svar på vår problemstilling. Forsberg og Wengström (2008) definerer litteraturstudie slik: ”*Et litteraturstudie innebærer å systematisk søke, kritisk granske og sammenfatte litteratur innenfor et valg emne eller problemområde*” (ibid, s.34).

Ved dette studiet skal man utifra en tydelig formulert problemstilling svare systematisk gjennom kritisk vurdering og analysering av relevant forskninglitteratur (Forsberg & Wengström 2008).

Vi har valgt å skrive teori og drøfting i samme del, dette fordi vi synes at det kan føre til bedre flyt i oppgaven.

2.1 Søkestrategi

I forhold til vår problemstilling har vi brukt databaser, tidsskrifter, og andre søkeportaler som Google scholar, Bibsys, Caplex og Det store norske leksikon sine nettsider. Vi har brukt søkeord som: selvskading, selvskade, kommunikasjon, self-harm, self injury, communication og borderline.

For å finne artikler til oppgaven har vi brukt databaser som: Academic search elite, PubMed og SveMed +. Ved databasen Academic search elite brukte vi søke ordet self injury og fikk 631 treff og fant én relevant artikkel (nr. 43), *Self-injury: A research*

review som vi har brukt i oppgaven. Når vi brukte PubMed med samme søkeord fikk vi 954 treff, men vi brukte ingen av disse artiklene. Med samme database, men med søkeordet self-harm fikk vi 1786 treff, men fant heller ingen artikler her som vi ville bruke. Når vi brukte databasen SveMed + med søkeordet borderline fikk vi 76 treff og fant én artikkel som vi brukte *Selvskading og personlighetsforstyrrelser*.

Vi har også brukt tidsskrift for den norske legeforening, med søkeordene selvskadet (20 treff) og selvskadning (82 treff). Det vi fant to artikler som vi har brukt i vår oppgave.

For å finne bøker som var relevante for vår problemstilling har vi brukt biblioteket sine nettsider på Høgskolen i Gjøvik, som har link til søkeportalen Bibsys, her brukte vi søkeordene selvskadning og kommunikasjon og fant 3 bøker som vi valgte å bruke.. Vi valgte disse bøkene fordi vi syntes de var relevante og inneholdt pålitelig informasjon. Den ene boken, *Selvskadningens dynamikk*, inneholder også erfaringer fra tidligere selvskadere, som vi synes var veldig nyttig å få med i oppgaven.

Annen litteratur om sykepleieteorier har vi fått som tips fra veileder.

Vi har brukt pensumlitteratur for å finne informasjon om diagnoser, sykepleieteorier og annen relevant informasjon til vår oppgave.

Søkeportaler som Google scholar og caplex har vi brukt til å utdype noen begreper i teksten.

For å definere enkelte av lidelsene har vi brukt Helsedirektoratets søkefunksjon i ICD-10.

2.2 Kildekritikk

Databasene vi brukte er anerkjente og inneholder vitenskaplige fagartikler, dermed vil vi si at artiklene som vi fant der er av god kvalitet. Vi fant også artikler fra Tidsskrift for Den norske legeforening, og vi vet at her er det ikke nødvendigvis forskningsartikler, men de vi brukte fant vi relevante og hadde god nok kvalitet for vår oppgave.

Av faglitteratur forsøkte vi å bruke primærkilder, fordelen med dette er at man sikrer seg mot andres feiltolkninger og unøyaktigheter (Dalland 2007). Vi har også brukt sekundærkilder ved noen tilfeller, men det er først og fremst ved sitater fra primærkilden.

Vi har brukt noen engelske artikler som vi har oversatt til norsk, og tar forbehold om at noe kan ha blitt feiltolket.

Vi har valgt å ikke benytte PICO-skjema, grunnen til dette var at vi fant nødvendige artikler ved hjelp av enkle søkeord. Et PICO-skjema er noe man kan benytte ved litteratursøk, fordi det gjør problemstillingen mer tydelig. PICO er forkortelse for pasient/problem, intervention, comparison og outcome (Mediesenteret 2010).

3.0 Teori/drøfting

3.1 Sykepleie

Sykepleie er et funksjonsorientert fag og består av sykepleiens fokus, innhold og funksjon. Sykepleiens fokus er de områdene sykepleieren retter sin oppmerksomhet mot (Kristoffersen et al. 2005).

Det finnes flere teorier om hva fokuset på sykepleie bør være, og en av dem som beskriver dette er Joyce Travelbee. Hun beskriver sykepleie som en mellommenneskelig prosess der sykepleierens jobb er å hjelpe et individ, en familie eller et samfunn med mestring av erfaringer rundt lidelse og sykdom, i tillegg til å forebygge dette, samt å forsøke å finne mening i sykdom og lidelse (Travelbee 1999). Vi synes dette beskriver hva vi vil fokusere på i vår oppgave, som er samhandlingen mellom sykepleier og pasient.

Innholdet i sykepleien er det verdien og fagkunnskapen faget har. Sykepleieren skal utøve arbeidet sitt med grunnleggende omsorgsverdier. Kari Martinsen, en annen sykepleieteoretiker, har samlet tre grunnleggende kvaliteter ved omsorg:

- Omsorg er en sosial relasjon
- Omsorg omfatter forståelse for andre
- Dersom omsorgen skal være ekte er det viktig å ha anerkjennende holdninger i forhold til vedkommende man skal vise omsorg overfor

(Hummelvoll et al. 2004)

Omsorg er noe mange forbinder med sykepleie, og noe sykepleieren plikter til å utøve. For sykepleiere finnes det yrkesetiske retningslinjer som beskriver hvordan bør utøve sykepleie. Innholdet i verdigrunnlaget til sykepleiere er:

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for den enkelte menneskets liv og iboende verdighet.

Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert.

(Slettebø 2009 s.157)

Sykepleien bygger på altruistiske og humanistiske verdier. Altruistiske verdier har tilknytning til den kristne tanken om nestekjærlighet og barmhjertighet. Altruisme er det motsatte av egoisme og betyr at en handling er uegenytting. Humanisme betyr at man setter menneske i sentrum, og at en skal tro at menneske er grunnleggende godt og har evnen til å handle godt. Når man har et humanistisk menneskesyn mener man at alle mennesker er like mye verdt (Kristoffersen et al. 2005). Disse verdiene kan knyttes opp til verdigrunnlaget som er beskrevet ovenfor.

Sykepleiefaget består av syv funksjonsområder, vi har i denne oppgaven valgt å fokusere på de fire av disse områdene.

- *Den helsefremmende og forebyggende funksjon*
- *Den behandlende funksjon*
- *Den lindrende funksjon*
- *Den undervisende funksjon.*

(Kristoffersen et al. 2005 s. 16)

3.2 Sykepleieprosessen.

Den problemløsende og mellommenneskelige delen av sykepleieprosessen kan oppsummeres på denne måten; å samle data, klarlegge behov for sykepleie, vurdering/planlegging, sette mål, iverksette tiltak og evaluere. Innad i denne prosessen ligger; tillit, ansvar, respekt, engasjement og empati (Kristoffersen et al. 2005). Dette er et godt verktøy å bruke for sykepleiere, fordi en får bedre oversikt over pasientens tilstand og situasjon. Dette kan føre til at en utøver bedre sykepleie.

3.3. Hva er selvskading?

Selvskade er handlinger som innebærer at individet påfører seg skade og smerte uten at man har til hensikt å ta sitt eget liv. Selvskade er en handling mennesket bruker for å håndtere smertefulle overveldende tanker, følelser eller situasjoner. Ved å skade seg selv kan man føle seg bedre for en stund og være i stand til å mestre livet sitt.

(Thorsen 2006 i Øverland 2006 s. 17)

I ICD-10 vil selvskading havne under diagnosen Z72.8:

*Annet spesifisert problem i forbindelse med levevaner – Selvskadende atferd. .
ICD-10 er et diagnosekodeverk som brukes i systematisk klassifisering og
registrering av både sykdommer og beslektede helseproblemer.*

(Helsedirektoratet 2011).

Undersøkelser viser at de som skader seg ofte har drevet med dette i en lengre periode, det er snakk om flere år, og noen opplever selv at de er avhengige av å kutte eller brenne seg.

I noen tilfeller kan det tyde på at selvskadingen utvikler seg til repeterende selvmutileringssyndrom. Dette kan for eksempel innebære at den selvskadende adferden starter allerede i tenårene, selvskadingen pågår i mange år, og den består gjerne av forskjellige faser, der den som skader seg selv veksler mellom selvskading, annen impulsiv adferd og i noen tilfeller spiseforstyrrelser (Favazza og Rosenthal 1993 i Øverland 2006).

Artikkelen *Self-injury: A research review for the practitioner* fra 2007 forteller at de vanligste formene for selvskading er risping og kutting, etterfulgt av brenning av huden, dunking (for eksempel å dunke hodet i vegg) og slag mot seg selv. De vanligste stedene på kroppen der skadene blir utført er armer, hender, håndledd, lår og mage (Klonsky 2007).

Videre i artikkelen påpekes det hvordan rusmisbruk også kan være en form for selvskade, ved at man helt eller delvis skader sin egen kropp med vilje, og det er lignende psykologiske prosesser som underbygger denne typen adferd. I tillegg er det påvist at de som misbraker substanser har høyere forekomst av selvskading enn de som ikke misbraker (ibid).

For øvrig har vi valgt å ikke rette oppgaven mot selvskading direkte knyttet til rusproblematikk.

I artikkelen *Selvskading og selvmord...ingen selvfølge* skriver psykiateren Gerd-Ragna Bloch-Thorsen at alvorlig selvskade ikke kan forklares uten at man ser det i

sammenheng med PTSD og dissosiative fenomener. I artikkelen gis det en kort forklaring på relasjonene mellom selvskaade og suicidalitet:

En som er suicidal, ønsker primært å dø fordi vedkommende har mistet alt håp. Den som selvskader, ønsker å lette den følelsesmessige smerten for å kunne fortsette å leve. Selvmordet er den permatente utveien fra livet. Selvskading hjelper en gjennom de vanskelige øyeblikkene.

(Bloch-Thorsen 2006 s. 5)

3.3.1 Historikk

Selvskading er omtalt allerede i Bibelen, i Markus-evangeliet i Det Nye Testamentet står det om den besatte fra gravhulene: “...For han var ofte blitt bundet med fotjern og lenker, men lenkene rev han av seg, og fotjernene sprengte han. Ingen klarte å rå med ham. Natt og dag skrek han i gravhulene og i fjellet, og slo seg selv med steiner.”

(Bibelen)

Historisk sett kan man se selvskadende adferd flere tusen år tilbake. Som tidligere tolket fra Bibelen, og i tillegg kan man nevne mennesketyper som fakirer, religiøse flagellanter (kvinner og menn som reiste rundt på 1200-1300-tallet og pisket seg selv til blods for å gjøre bot (Moi 2011)), og eremitter (Bloch-Thorsen 2006).

I religiøse sammenhenger er det enkelte ritualer som innebærer å blant annet piske seg selv til blods, eller annen selvskaade, for eksempel under Muharram-feiringen der shiamuslimere minnes Imam Husseins død. Under denne feiringen banker de involverte seg på brystet, og skader seg selv, ofte med kniver og sabler (Ende 1978). Dette kan også sammenlignes med de kristnes minne om Jesu korsfestelse på palmesøndag, da enkelte kristne går så langt som å la seg selv korsfestes.

3.3.2 Former for selvskading

Selvskading kan variere i sterk grad både i metode og alvorlighetsgrad. Tidligere i oppgaven har vi nevnt de vanligste formene for selvskading, men det er viktig å huske på at selvskading kan være mye mer enn kutting/risping i huden på armer og ben.

Eksempelvis kan man nevne ting som slag mot seg selv, å stange hodet i veggen, overspising, å sulte seg selv, biting/klyping og rusmisbruk (Bloch-Thorsen 2006).

Også i dagligdags sammenheng kan man se milde former for selvskading, for eksempel i form av å klype seg selv for å overføre smerte fra ett sted til et annet ved tannlegebesøk osv. Blant annet har tidligere statsminister Gro Harlem Brundtland fortalt at hun pleide å ha en skarp stein i skoen når hun skulle holde vanskelige taler for å kunne konsentrere seg (Bloch-Thorsen 2006).

3.3.3 Mestringsstrategier.

Selvskading benyttes ofte som en mestringsstrategi. Grunnen til dette utdyper vi videre i teksten, i kapittelet *Hvorfor skader noen seg selv?*

“Mestring beskriver individets måte å forholde seg til og løse en situasjon eller hendelse på som medfører mistrivsel, ubehag eller trussel mot ens integritet.”

(Håkonsen 2003 s. 303)

I denne oppgaven har vi valgt å ha fokus på umodne og modne personlighetsstrategier for mestring. Vi vil her bruke begrepet “mestringsstrategier”, og skrive kort om noen av de mestringsstrategiene (umodne/modne) vi ser på som mest relevante i forhold til problemstillingen for oppgaven.

Når det gjelder umodne mestringsstrategier er dette noe vi mener at kan være det mest relevant for selvskadere, og at man bør ha modne mestringsstrategier i sikte når man arbeider med selvskadere.

Eksempler på umodne mestringsstrategier kan være; utagering – der pasienten handler uten å tenke på konsekvenser, passiv aggresjon, avvisning/klaging, dissosiasjon, tilbaketrekning og projeksjon, som betyr at man tillegger andre mennesker sine egne negative tanker/følelser (Håkonsen 2003).

Modne mestringsstrategier kan være; humor, for eksempel ved å bruke selvironi, altruisme – å vie livet sitt til andre, undertrykkelse av egne tanker/følelser, forberedthet i form av å forberede seg på ting/situasjoner som kan bli vanskelige, eller å finne alternative løsninger, sublimering – som kan hjelpe pasienten med å kanalisere

vanskelige følelser til positive ting, som for eksempel trening, og isolering av følelser (Håkonsen 2003).

Som sykepleier har man som oppgave å hjelpe pasienten gjennom det vanskelige uansett hvilken mestringsstrategi han/hun bruker. Vi mener man skal prøve å finne ut av problemene som ligger bak den umodne adferden. For bak denne adferden lider pasienten psykisk.

Lidelse sees i forbindelse med å oppleve en situasjon eller opplevelse som smertefull, som regel vil den som opplever lidelse ønske å komme seg ut av situasjonen, med de unntak der vedkommende for eksempel ser lidelse i forbindelse med noe religiøst der lidelsen har verdi. Lidelse er en betegnelse som kan tolkes på mange måter, men på folkelig språk er den vanligste tolkningen *et menneskes opplevelse av fysisk eller psykisk smerte* (Travelbee 1999).

Vi stiller oss spørrende til å isolere og undertrykke følelser, og påpeker at det er Håkonsen (2003) som mener dette. Det er en utfordring at mange selvskadere har vanskeligheter med å uttrykke følelser med ord, og bruker selvskading som en måte å uttrykke sine følelser/smerte på. Vår problemstilling handler om å bruke kommunikasjon i møte med selvskadere, og tror vi at å undertrykke og isolere følelser for å takle sine vanskeligheter på kan være negativt. Vi tror pasienten bør kunne kjenne på sine følelser, men at vi som sykepleiere bør være tilstede når det blir vondt og vanskelig, og heller la pasienten bruke ord/verbal kommunikasjon, istedetfor å uttrykke sine følelser med selvskadende adferd.

3.4 Hvem er selvskaderne?

Undersøkelser utført i Nord-Amerika viser at så mye som 4 % av den voksne befolkningen har selvskadet, derav 1 % oppgir alvorlig selvskade.

Cirka 20 % av voksne psykiatriske pasienter selvskader, men statistikker viser at så mye som 40-80 % av ungdom i psykiatrien selvskader. For øvrig tyder det på at selvskading er jevnt representert blant kvinner og menn, noe som strider mot tidligere allmenne myter, der det er påstått at tre ganger så mange kvinner selvskader enn menn (Klonsky 2007).

Når det gjelder omfanget av selvskading i befolkningen er det ikke utført undersøkelser som viser sikker forekomst, men overslag antyder at minimum 1 av 600 i befolkningen skader seg selv så kraftig at det er nødvendig med behandling på sykehus. I to fylker i Norge ble det gjort undersøkelser på videregående skoler der elevene svarte på om de noen gang hadde selvskadet, undersøkelsen viste at så mange som 10 % av elevene hadde selvskadet. Den viste også at svært mange ikke fikk behandling for dette (Bloch-Thorsen 2006).

Gjennom en multisenterstudie i Europa der Norge deltok ble det rapportert at 6,6 % av ungdom mellom 15 og 16 år hadde en eller flere episoder med selvskade, og kutting var den metoden som ble hyppigst brukt for å skade seg selv (Mehlum 2009).

For øvrig kan man stille seg spørsmålet om selvskading er en aktivitet eller at man som selvskader har dette som et personlighetstrekk. Vi tror at dersom selvskadingen er en aktivitet kan man slutte med aktiviteten, men et personlighetstrekk er vanskeligere å forandre/bli kvitt.

Og hvis man slutter å skade seg selv, men fortsatt har skadetrangen, er man da en selvskader fortsatt? Sluttes selvskadingen når man fysisk slutter å skade seg selv? Og hvor lenge må man ha klart å ikke skade seg selv før man har "sluttet"?

Dette er spørsmål som det er vanskelig å finne et godt svar på. Vi mener at det her er viktig å bruke menneskelig skjønn. Det kan være nyttig å se pasienten som et eksklusivt tilfelle, samtidig som man kan knytte det opp mot andre tilfeller man vet om. Ved å se sammenheng, men samtidig ulikheter blir man ikke like ensidig i sitt perspektiv på den enkelte sak. Men noe som vi mener er helt klart er at om det er en aktivitet eller et personlighetstrekk trenger pasienten profesjonell hjelp, omsorg og at selvskadingen må tas på alvor. Hvordan dette kan legges til rette, vil vi skrive om lengre ned i teksten.

3.5 Hvorfor skader noen seg selv?

3.5.1 Diagnoser/tilstander i sammenheng med selvskading

Det er ofte en klar sammenheng mellom å bli emosjonelt forsømt og selvskading. Ved usikre tilknytninger til sine omsorgsgivere, å bli forlatt av omsorgspersoner eller generelt en utrygg og ustabil oppvekst er særlig unge personer utsatt for å begynne å skade seg selv.

Seksuelle overgrep, fysisk og psykisk misbruk og alkoholproblemer i familien og/eller nære relasjoner er også risikofaktorer for utvikling av selvskadende adferd (Gratz 2003 i Øverland 2006).

Det er også en viktig faktor at selvskading ofte skjer i sammenheng med psykiske lidelser som for eksempel dissosiative lidelser, personlighetsforstyrrelser, posttraumatiske stressforstyrrelser PTSD, spiseforstyrrelser og depresjon (Øverland 2006).

I psykiatrien har det lenge vært fokus på hva som gjør folk syke, et negativt fokus som ser på det syke fremfor det friske. Det salutogenetiske perspektiv er et mestringsperspektiv som går imot den gammeldagse tenkemåten, og fokuserer heller på hva som bidrar til helse. Det patogenetiske perspektivet kan forklare den "gamle" måten å tenke og behandle på; der man forsøker å finne grunner til utviklingen av sykdom eller sykelige tilstander (Øverland 2006).

Selvskading kan etter vårt skjønn sees på både som sykdom og en sykkelig tilstand, alt ettersom i hvilken sammenheng selvskadingen skjer. Ved at man går ut fra det salutogenetiske prinsipp viser man mer respekt for pasienten, i tillegg til at man kan forbedre seg selv som hjelper ved å finne andre, og mer positive, innfallsvinkler.

Hva som gjør selvskading sykt og hvor grensen går, er etter vår mening ikke opp til sykepleieren å avgjøre, men gjennom et tverrfaglig samarbeid mellom behandler, sykepleier og øvrig personale. Sykepleierens viktigste funksjon i denne sammenheng er rapportering og dokumentasjon, sammen med det kliniske blikk og vurdering av pasienten i miljøet.

3.5.2 Sammenhenger?

Følelsesmessig dysregulering, depresjoner og angst er karakteristikk som er høyere representert i pasientgruppen som selvskadere. Selvskadere viser i større grad problemer med å uttrykke følelser. Nedsatt selvfølelse og sinne rettet mot seg selv kan være grunner pasienter oppgir i forbindelse med selvskading (Klonsky 2007).

Selvskading blir ofte forbundet med misbruk – særlig seksuelt – i barndommen. Noll and colleagues (2003 s. 1467) skriver at seksuelt misbrukte personer som selvskadere kan gjøre dette som en slags gjenopplevelse av misbruket de har blitt utsatt for, og at selvskading dermed er en slags form for manifestering av det tidligere seksuelle misbruket. Studier om temaet underbygger derimot ikke nødvendigvis noen direkte sammenheng mellom seksuelt misbruk og selvskading. Oppsummert kan man si at ikke alle som har blitt utsatt for seksuelt misbruk selvskadere, og heller ikke alle som selvskadere har blitt seksuelt misbrukt (Klonsky 2007).

Selvskading virker å ofte være en strategi for å lindre de intense, overveldene negative følelsene som pasienten sitter inne med, dette kan være følelser som sinne, angst og frustrasjon. Disse følelsene oppstår gjerne i forkant av en selvskadingssituasjon, og i etterkant av skadingen kan man føle seg mer lettet og/eller rolig (Klonsky 2007).

Vi mener at når en sykepleier er i møte med en pasient i den overnevnte situasjonen kan det være vanskelig å avgjøre hvordan man skal reagere. Det kan være at man klarer å avlede pasienten ved å kommunisere eller iverksette andre avledende aktiviteter. Med andre aktiviteter mener vi bl.a. å gå/kjøre tur, spille kort, høre på/spille musikk osv. Men hvis dette ikke fungerer kan man bli nødt til å la pasienten bruke selvskadingen for å mestre. Her må sykepleieren bruke faglig skjønn. Hvis man nekter pasienten å selvskade kan situasjonen forverre seg, men man skal jo heller ikke alltid la selvskadere få “viljen” sin. Dette vil vi forklare litt lengre ned i teksten.

3.5.3 Det biologiske aspektet.

Biologisk sett kan selvskading forklares ved det som kalles for serotonin-hypotesen. De senere årene har man funnet ut at transmittorsubstansen serotonin er aktiv ved flere psykiske lidelser, ved at man har et lavt serotonininnivå er det påvist økt risiko for aggresjon mot seg selv og andre (Øverland 2006).

I tillegg kan avhengighetshypotesen forklare sammenhengen mellom selvskading og smertetilvenning, ved at kroppen utløser stoffet enkefalin som kan sammenlignes med opium (*”råmateriale for fremstilling av mange narkotiske, beroligende og smertestillende stoffer”* (Caplex 2011)). Enkefalin gir smertelindring, og sådan kan man i likhet med opiatavhengighet utvikle en toleranse for enkefalin. Den følelsen av avslappethet mange føler i etterkant av selvskading kan knyttes opp mot enkefalin. En tredje modell handler om sammenhengen mellom selvskading og økt smertetoleranse. Denne modellen kan sammenlignes med dissosiasjon der den som skader seg selv opplever en følelse av nummenhet og uvirkelighet, selvskade kan på denne måten brukes for å bryte gjennom den vonde uvirkelighetsfølelsen mange selvskadere opplever i forkant av selvskading (Øverland 2006).

For øvrig mener vi at selvskadingens dynamikk ene og alene ikke kan baseres på de biologiske mekanismene, men at det så og si alltid ligger en psykisk smerte til grunn.

Det finnes mange teorier og meninger om hvorfor noen selvskader. Noen grunner kan for eksempel være å straffe seg selv, utøve sinne mot seg selv, mens noen selvskader for å få sympati og medfølelse fra relasjonsnære personer eller for å fremprovosere respons fra autoritetspersoner eller andre i eksempelvis institusjonssammenhenger (Klonsky 2007).

Antidissosiasjon og antisuicid kan også være forklaringer på selvskading. Der man henholdvis benytter selvskade for å flykte fra dissosieringen, eller for å motstå selvmordsønsket ved at selvskadingen kan lindre noen av de intense negative følelsene som kan gjøre at man føler seg suicidal (ibid).

Noen selvskadere har oppgitt grunner som “for å føle spenningen” eller “for å oppleve en rus”. Denne typen selvskading har en tendens til ikke å skjules i samme grad som ved for eksempel antidissosiasjon, antisuicid og selvstraffelse som sees på noe som holdes mer skjult og privat (ibid).

I noen tilfeller benyttes selvskading i en sammenheng for å skille seg ut fra det normale miljøet eller andre mennesker, noe som kan forsterke følelsen av autonomi og uavhengighet. Noen bruker dette som et redskap for å ha kontroll over noe ingen andre har kontroll over, og for å føle at de har noe som er utelukkende sitt eget (ibid).

Selv har vi erfaring med at noen selvskadere virker å ha god kontroll på årene sine, ofte kan de huske godt hvor, hvordan og hvorfor de lagde de spesifikke kuttene. På et vis

kan man se på arrene som et “album” over de psykiske minnene. Vi tror at dette også kan være med på å forsterke følelsen enkelte selvskadere har om at skadene og arrene er noe som er deres eget, og som kun den enkelte har kontroll over. Følelsen av å ha kontrollen og mestre noe kan være viktig i forbindelse med selvskading. Dette kan være en viktig funksjon særlig hos de som har erfart ting som omsorgssvikt i barne- og ungdomsalder.

3.5.4 Dissosiasjon

Dissosiasjon er en naturlig mestringsstrategi, det kan fungere som en overlevelsesmetode, men ved dissosiativ lidelse tar mestringsstrategien overhånd, noe som fører til at vedkommende mister kontroll over sanseapparatet og helt eller delvis sin egen bevissthet. Ting som sansene oppfatter kan starte prosesser som bringer frem minner som er så sterke at personen glir over i en dissosiativ tilstand (Bloch-Thorsen 2006).

Å skade seg selv kan gjøre at man klarer å “avbryte” dissosieringen, og utsagn som “når jeg kjenner smerten, kommer jeg tilbake til virkeligheten” vil ikke være ukjent.

På den annen side kan også noen bruke selvskading for å gå inn i en slags “nummen” tilstand, der man på et vis klarer å rømme fra de vonde minnene (Bloch-Thorsen 2006).

Dissosiasjon ser ut til å være en stor grunn for at blant annet personer som er utsatt for overgrep selvskader (ibid).

I ICD-10, betegnes dissosiative lidelser som følgende;

F44 Dissosiative lidelser [konversjonslidelser]

Felles for dissosiative lidelser eller konversjonslidelser er delvis eller fullstendig tap av normal integrasjon mellom erindinger om fortiden, identitetsbevissthet, umiddelbare sanseinntrykk og kontroll over kroppsbevegelser.

(Helsedirektoratet 2011)

Vi tror at å bruke selvskading som en teknikk for å avbryte dissosiasjon i utgangspunktet kan være positivt, foruten det selvdestruktive i det. Med tanke på at dissosiasjon kan gå over til å bli en grensepsykotisk tilstand, kan man på sett og vis konkludere med at det å skade seg er et bedre alternativ enn å gå inn i en psykose. I

tillegg tror vi det kan være mindre skremmende for pasienten, som bruker sin vante metode for å mestre dissosiasjonen.

3.5.5 Borderline

Ved borderline-tilstander kan man se grunnsymptomer som sees ved schizofreni. For eksempel tanke- og sanseforstyrrelser, manglende konsekvensforståelse og kontroll, emosjonell ustabilitet, selvdestruktiv adferd og unormalt forhold til selvbylde og indre verdier (Kringlen et al. 2008).

Siden humøret til en pasient med en borderline-tilstand svinger og pasienten har liten kontroll, kan dette ofte føre til en selvskadende adferd. Ifølge Urnes (2009) er selvskading utbredt blant pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse.

3.5.6 Posttraumatisk stresslidelse

PTSD:

“..oppstår som forsinket eller langvarig reaksjon på en belastende livshendelse eller situasjon (av kort eller lang varighet) av usedvanlig truende eller katastrofal art, som mest sannsynlig ville fremkalt sterkt ubehag hos de fleste.”

(Helsedirektoratet 2011)

Denne lidelsen innebærer ofte dissosiasjon, og dette kan være grunnen til at disse pasientene bruker selvskading som mestringsstrategi. Og ubehaget som de(n) traumatiske opplevelsen(e) fører til.

3.5.7 Generalisering

Det virker som at det har blitt skapt et generalisert bilde av den typiske selvskaderen – gjerne en ung jente/kvinne som har det vanskelig, og velger å løse dette med å kutte seg med barberblad på armene. Vi mener at det er viktig å få fram at selvskading er så mye mer enn dette. Selvskading oppstår i alle grupper, uavhengig av kjønn, alder, osv. Personer med milde til alvorlige psykiske lidelser, psykisk utviklingshemming og rusmisbrukere er bare noen få av de gruppene som representeres. Rusmisbruk kan for såvidt sees på som selvskading i seg selv, med tanke på at man med vilje ødelegger

sin egen kropp. Bevisstheten rundt det kan selvfølgelig variere i stor grad. Eksempelvis ødelegger også anorektikere og bulemikere kroppen sin i form av spiseforstyrrelser.

3.6 Hvordan kan selvskading behandles?

Når det gjelder behandlingsmetoder ved selvskading er det ikke en konkret metode for denne problematikken, men heller behandling knyttet til andre psykiske lidelser som ofte innebærer selvskading, for eksempel borderline-tilstander. Personer som selvskader viser ofte symptomer på borderline. Det påpekes også at angst er en faktor som ofte kan utløse skadetrang (Klonsky 2007).

Behandling med fokus på følelsesregulering kan være mest hensiktsmessig i tilfeller der selvskadingen skjer i forbindelse med å håndtere sterke negative følelser.

Når pasienten er mer innflytelsesbevisst kan behandlingen fokusere mer på å fremme mestringsmetoder og andre alternative metoder å reagere på når skadetrangen oppstår (ibid).

Vi tror at pasienten er innflytelsesbevisst når pasienten ikke har så stor skadetrang at man kan nå inn ved å bruke kommunikasjon. Og at pasienten er såpass tilstede at han/hun kan utsette selvskadingen til tross for skadetrangen. Det er også viktig at pasienten er villig til å finne andre mestringsmetoder, slik at det ikke ender i at pasienten og sykepleieren motarbeider hverandre.

Å oppdage og identifisere problemer tidlig er viktig når det gjelder selvskadende adferd, på den måten kan man lære seg å bearbeide og mestre de vanskelige tingene som fører til selvskading. Også i denne delen av psykiatrien er det viktig å behandle grunnlidelsen først. Det kan være nyttig å se etter kjennetegn på psykotiske tendenser, angst og depresjoner eller andre ting som for eksempel en underliggende tvangslidelse, PTSD, dissosiative lidelser, spiseforstyrrelser eller personlighetsforstyrrelser slik at det kan kartlegges (Bloch-Thorsen 2006).

Grunnen til at grunnlidelsen blir behandlet først, er fordi at det kan minske angstfylte og dissosiative symptomer, som kan være grunnen til at pasienten selvskader. Vi tror det kan være nyttig å gjøre dette fordi at det kan være skremmende for pasienten å mestre ting som dukker opp under behandlingen av grunnlidelsen uten selvskadingen. Hvis

pasienten ikke får lov til å selvskade vil skadetrangen kunne bli sterkere, og fokuset på å bearbeide de vanskelige tingene kan avta eller bli helt borte.

3.6.1 DBT – dialectical behavioral therapy

DBT kalles dialektisk adferdsterapi på norsk, og er en behandlingsform som er rettet mot emosjonell personlighetsforstyrrelse og selvskadings- og selvmordsproblematikk. DBT var den første behandlingen med dokumentert effekt, det er en form for kognitiv adferdsterapi der man har fokus på at pasienten er ekspert på seg selv, og behandleren er ekspert på kognitiv terapi. Sammen jobber de mot et definert mål. Hovedsaklig er det basert på at behandleren ikke fokuserer på det ubevisste hos pasienten, og heller ikke på barndommen til pasienten. Det er viktig å ha en aktiv holdning til å skape endringsstrategier hos pasienten, og et kjent utsagn kan for eksempel være *“jeg forstår at det ikke er du som er ansvarlig for problemet, men det er du som likevel må fikse det”* (Øverland 2006).

Ved bruk av DBT skal behandleren finne balansen mellom pasientens affekt og kravet om endring hos pasienten. Pasienten lærer opp i nye ferdigheter som er delt inn i fire moduler, henholdsvis “mindfulness”, “frustrasjonstoleranse”, “affektregulering” og “interpersonlige ferdigheter” (Øverland 2006).

I utgangspunktet ble DBT utviklet for unge kvinner, men har i senere tid blitt modifisert slik at den brukes for ungdommer av begge kjønn. Blant annet har dette medført at lengden på behandlingen er redusert og at foreldrene involveres (ibid).

Sykepleieren har ingen direkte rolle i DBT-behandlingen, men kan likevel være en viktig medspiller. Sykepleieren ser tross alt mer til pasienten, og har muligens et mer nært forhold til pasienten. I etterkant av behandlingen kan det dukke opp følelser hos pasienten som kan være vanskelig å takle på egenhånd, her mener vi at sykepleierens lindrende funksjon kommer inn. Som at pasienten må få slappe av, siden denne behandlingen kan være veldig slitsom. Det er også viktig at sykepleieren er tilstede, hvis pasienten har noe å snakke om.

3.6.2 Kognitiv adferdsterapi

Kognitiv adferdsterapi går ut på at man skal prøve å få til en endring i de uhensiktsmessige, negative elementene som preger bevisstheten om oss selv og våre omgivelser til noe mer positivt. Pasienten skal få en større forståelse for sammenhengen mellom tanker, følelser, adferd og fysiologi. Målet ved å bruke denne metoden er å løse problemer (Eide & Eide 2007).

Et nøkkelord er selvløsløse, som vil si at man gjennom terapien vil kunne organisere seg og sine følelser og takle situasjoner mer hensiktsmessig enn tidligere. For eksempel en pasient som skader seg selv, kan få bukt på de negative tankene som fører til selvskadning og heller utvikler mestringstanker. Mestringstanker er alternative tanker som er positivt ladet, som for eksempel at når pasienten opplever stor skadetrang, kan han/hun prøve å utsette dette og ta kontakt med personalet for å snakke om grunnen til skadetrangen (ibid).

Dette er en terapiform som vi mener at sykepleieren også burde beherske eller vite noe om. For dette er noe som kan brukes i hverdagen på avdelingen. Her kommer den behandlende funksjonen til sykepleiere inn. Vi mener at den fremmer helse og kan forebygge videre selvskadende adferd, ved at pasienten finner positive ladede tanker.

3.7 Hva gjør vi?

I dette kapitlet vil vi presentere hvordan sykepleierene på avdelingen kan legge til rette miljøet for pasienter som selvskader og hvordan man kan henvende seg til pasientene.

3.7.1 Terapeutisk miljø

Et terapeutisk miljø betyr at en bruker miljøet i avdelingen på den måten at pasienter skal få lære noe om seg selv, om andre og hvilken plass en har i tilværelsen. Det er vanskelig å beskrive konkret hvordan et slik miljø arter seg, siden dette er forskjellig fra avdeling til avdeling. Miljøet skal utformes avhengig av pasientenes psykiske forstyrrelser og deres behov (Aanderaa & Bråten 1997).

3.7.2 Gundersons miljøvariabler

Felles for avdelinger med fokus på terapeutisk miljø, blir fem forskjellige variabler utviklet av psykiateren John Gunderson benyttet. Hver enkel variabel blir brukt i større eller mindre grad, alt avhengig av pasientenes behov. Disse variablene er:

Containment: Omgivelsene er lagt til rette for at mål kan nås, hindre dårlige ting og fremme gode. Trygging skal ha som virkning at indre kontroll blir styrket. Men ved stor vekt på dette kan det føre til at pasienten trekker seg tilbake.

Support: Bevisste tiltak for å få pasienten til å føle mindre angst og fortvilelse. Støtte i form av tjenester, handling og verbal støtte, som oppmuntring, ros, komme med forslag og bidra til opplæring og trening. For mye støtte kan føre til manglende selvstendighet.

Structure: Omgivelsene blir mindre formløse og mer forutsigbare. For mye struktur kan kvele egenverd, kreativitet og skjule graden av den psykiske forstyrrelsen.

Involvement: Styrke pasientens 'jeg' og øke evnen til god samhandling med andre. En skal få pasienten til å delta aktivt i sine sosiale omgivelser. Man skal også konfrontere pasientens væremåte og konsekvenser av denne. For mye av dette kan føre til at pasienten blir skremt eller blir altfor føyeelig.

Validation: En skal bekrefte pasientens individualitet, og oppmuntre pasienten til å gjøre ting på grensen av sin yteevne. Pasienten får hjelp til å utvikle større evne til nærhet og en fastere identitet. Ved stor vekt på dette kan føre til at pasienten kan bli svært passiv og ikke-verbaliserende.

(Aanderaa & Bråten 1997)

Disse variablene er som sagt brukt i mange psykiatriske avdelinger. Som sykepleier kan det være hensiktsmessig å ha disse variablene i bakhodet når man er i dialog og jobber med pasientene. Det er også viktig å begrense bruken av hver enkel variabel, som det er beskrevet ovenfor, kan det få uheldige konsekvenser hvis man legger for mye vekt på disse.

Som sykepleier i et terapeutisk miljø bør man finne en balanse mellom støtte og krav. Det er uhensiktsmessig at man hele tiden støtter pasienten uten å stille krav. Dette vil som regel aldri føre til noen bedring. Kravene til pasienten kan være at han/hun deltar i miljøet og/eller felles aktiviteter. Det bør ikke være slik at pasientene

forskjellsbehandles, dette kan føre til uro og sjalusi blandt pasientene. Og i et terapeutisk miljø skal alle behandles likt. Vi tror dette er viktig for å skape et godt miljø blandt pasientene.

3.7.3 Hvordan man som miljøpersonale skal forholde seg til selvskading

Et selvskadeprojekt som ble gjennomført i Telemark i 2000, utformet noen prinsipper for helsepersonellet om hvordan de skulle forholde seg til pasienter som skadet seg selv. Disse er:

Forhold deg til skadene: Vis bekymring, og formidle at skadene betyr noe og at de trenger stell.

Fortrolighet: Ikke bryt taushetsplikten, dette vil sannsynligvis føre til at pasienten vil være forsiktig med å søke hjelp senere.

Forsiktig utspørring: Oppfordre pasienten til å snakke om følelsene sine. Mange har et ønske om at noen virkelig lytter.

Respekt og forsikring: Vis at du forstår at selvskading er en mestringstrategi og at det kan være vanskelig og leve uten den.

Akseptering: Det er greit og snakke om selvskading, å få pasienten til å forstå at dette er noe avdelingen kan ta imot.

Anerkjennelse: Vis at du forstår at det er et vanskelig tema å snakke om, og at du vet det krever mye av pasienten.

Bekymring: Få pasienten til å forstå at avdelingen ønsker å forstå smerten pasienten skjuler bak selvskadingen

Forståelighet: Vis pasienten at det er mulig å forstå selvskading, og fortell at det er også andre som bruker denne mestringstrategien.

Håp: Det er mulig å slutte med selvskading og dette er noe mange har fått til.

Behold roen: Man tilbyr mye av å lytte til pasienten, ikke send han/hun videre til noen andre med en gang. Dette kan føles som avvisning.

(Øverland 2006)

Dette er gode prinsipper som er nyttige å bruke som sykepleier i avdelingen. Her kan man også tenke på sykepleieprosessen, som er beskrevet i kapitlet *sykepleie*. Dette er en god måte som man kan bruke til å samle data og bli bedre kjent med pasienten, slik at man får bedre oversikt over situasjonen og kan iverksette tiltak. Det er også en god måte å vise omsorg på hvis man følger disse prinsippene. Disse prinsippene tar også med seg alle elementene i verdigrunnlaget i de yrkesetiske retningslinjer, som også står i kapitlet *sykepleie*.

Som sykepleier kan det være vanskelig å forholde seg til selvskading, og det kan føre til at man føler avmakt i forhold til dette. Det som er viktig er at personalet i avdelingen blir enige om hvordan man skal forholde seg til hver enkelt pasient, slik at det blir så likt som mulig. Man må finne en balanse mellom å være for streng, altså ikke tillate selvskading og å la pasienten få all kontroll over situasjonen, som kan føre til utrygghet. For å unngå at det skal bli usikkerhet og et uterapeutisk miljø i avdelingen er det viktig at personalet får veiledning og at det er rom for åpenhet. Dette er like viktig for personalet som for pasientene (Øverland 2006).

3.7.4 ”Lukket rom”

Ved bruk av det vi har valgt å kalle ”lukket rom” får pasienter som har problemer med å fortelle om grunnlaget for sin psykiske smerte en mulighet til å snakke med en person fra personalet. Tanken er da at pasienten kan si *hva som helst* til denne hjelperen, uten at hjelperen skal kunne rapportere eller fortelle videre hva pasienten har fortalt. Selvsagt med visse unntak, som f. eks. at det er alvorlig fare for liv og helse. På denne måten kan pasienten få utløp for sine følelser, og få satt ord på ting. Kanskje har pasienten aldri fortalt dette til noen, av diverse grunner.

Dette er en metode enkelte institusjoner bruker, og særlig de som jobber med ungdom og unge voksne. Vi har lært om ”lukket rom” i praksis, og vi mener at det kan være en god måte til å få i gang et samarbeid med pasienten på.

3.8 Kommunikasjon

I dette kapitlet skriver vi litt om kommunikasjon, etikk og eksempler på hvordan man kan samtale med pasienter som skader seg selv. Det som kan være utfordrende for sykepleieren i møte med en pasient som skader seg selv, er at de ofte har emosjonell dysfunksjon. Det gjør at de har vanskeligheter for å kjenne igjen følelser og sette ord på dem. Selvskading blir som sagt en måte å kommunisere på. Sykepleierens funksjon blir å få pasienten til å finne en sunnere måte å kommunisere på og vise at det ikke er farlig å snakke om følelser.

3.8.1 Etikk.

Etikk kan kort beskrives som teori om moral, og dreier seg fundamentalt om holdninger og verdier. Etikk og moral går hånd i hånd – særlig innenfor vårt fag (Brinchmann 2008).

3.8.2 Generelt om kommunikasjon.

Kommunikasjon er atferd ved at den alltid involverer fysisk og mental aktivitet både hos avsenderen og mottakeren av budskapet. Kommunikasjon er også en prosess for utveksling av meninger. Kommunikasjon krever altså at det må foreligge en avsender (en kilde), en mottaker og en mening (et budskap) som forstås av de involverte parter

(Travelbee 1999 s. 137).

Kommunikasjon kommer av det latinske ordet *communicare*, som betyr å gjøre noe felles. I et kommunikasjonsforhold er det minst to parter som deler meningsfulle tegn og signaler, disse kan være verbale (ord) eller nonverbale (kroppsspråk). I et kommunikasjonsforhold blir tegnene og signalene tolket, om det verbale og nonverbale stemmer overens (Eide & Eide 2007). Ved at for eksempel en pasient sier at: ”alt er bra”, når en spør om hvordan det går med vedkommende, må man tolke de nonverbale signalene, som at f.eks. pasienten ser ned i gulvet, eller møter blikket ditt. Det at pasienten ser i gulvet kan være et tegn på at vedkommende ikke har det så bra likevel, dette kalles dobbeltkommunikasjon.

3.8.3 Hjelpende, profesjonell kommunikasjon

Som sykepleier skal kommunikasjonen til pasienter være profesjonell. Dette vil si at kommunikasjonen skal være faglig velbegrunnet og til hjelp for den andre (Eide & Eide 2007).

Eide og Eide (2007) beskriver ti aspekter ved kommunikasjon som sykepleieren skal ta hensyn til, for at den skal virke hjelpende.

- 1. å lytte til den andre*
- 2. å observere og fortolke den andres verbale og nonverbale signaler*
- 3. å skape gode og likeverdige relasjoner*
- 4. å formidle informasjon på en klar og forståelig måte*
- 5. å møte den andres behov og ønsker på en god måte*
- 6. å stimulere den andres ressurser og muligheter*
- 7. å strukturere en samtale eller samhandlingsituasjon*
- 8. å skape alternative perspektiver og åpne for nye handlingsvalg*
- 9. å fortolke seg åpent til vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål*
- 10. å samarbeide om å finne fram til gode beslutninger og løsninger.*

(Eide & Eide 2007 s. 21)

Det første punktet er viktig for at personen skal føle at noen hører på han/henne og at noen bryr seg. For å forsterke følelsen av dette bør sykepleieren lytte aktivt, dette vil si og kombinere nonverbale og verbale tegn og signaler. Som for eksempel og sammenfatte det personen sier, slik at man viser at en har fulgt med og har øyekontakt med personen (ibid).

3.8.4 Relasjon

Ved å skape gode og likeverdige relasjoner skal en tenke på at verdigrunnet til sykepleien er altruistisk og humanistisk. Disse verdiene står beskrevet i kapitlet *sykepleie*. Dette er verdier som gjør at sykepleieren må se mennesket bak selvskadningen og det blir lettere å skape en god relasjon med pasienten. Dette er noe pasienten ofte kan ha behov for med tanke på at han/hun ofte kan føle seg stigmatisert. Stigmatiseringen trenger ikke komme utenfra, men pasienten kan føle dette på grunn av skammen selvskadningen fører til.

3.8.5 Spørsmålsformer

Som sykepleier har man som oppgave å møte pasienten med respekt og høflighet, dette for å skape kontakt og trygghet (Eide & Eide 2007). Det som også er viktig for å skape en god relasjon mellom sykepleier og pasient er å skape en åpen situasjon, dette vil si at sykepleieren stiller åpne spørsmål som gir rom for utforskning og beskrivelser av problemet. Som for eksempel: *Hvorfor skader du deg selv?* Lukkede spørsmål er også en nyttig metode, når en ønsker å utfordre pasienten eller få informasjon. Som for eksempel: *Skader du deg selv?*. Det kan være nyttig å unngå retoriske, ledende og sammensatte spørsmål.

Retoriske spørsmål har ingenting med hjelpende kommunikasjon å gjøre, men er meningen til personen i en spørsmålsform, for eksempel: *Ikke sant?*.

Ledende spørsmål vil si at svaret på spørsmålet er allerede klart, for eksempel: *Det er vel ikke noe problem for deg?*.

Sammensatte spørsmål er flere spørsmål på en gang, og er uhensiktsmessig i hjelpende kommunikasjon. For dette kan forvirre og det kan virke slik for pasienten at sykepleieren er usikker på hva de skal snakke om og er lite forberedt (Eide & Eide 2007).

Dersom pasienten er i en situasjon der flere problemer skal løses, burde sykepleieren hjelpe til med å sortere hvert enkelt tema, og la pasienten velge hvilket tema som skal tas opp først. Dette vil si at sykepleieren strukturerer samtalen (Eide & Eide 2007).

3.8.6 Utfordrende ferdigheter

Det kan ofte være slik at pasienten har et negativt syn på sine handlinger og reaksjoner i forhold til hvordan pasienten takler problemene sine. Som for eksempel at han/hun skammer seg. Dette er uhensiktsmessig når pasienten skal prøve å bearbeide problemene sine. Det hjelper ikke at man tenker destruktivt og trykker seg selv ned i søla. Da finnes det en rekke utfordrende ferdigheter som kan være nyttige, som er beskrevet i boken til Eide & Eide (2007).

Alle former for utfordringer skal fortelles på en vennlig og alliert måte, aldri som kritikk. Den ene kalles positiv omdefinering, og vil si at man setter plager eller symptomer i et positivt lys. Dette kan være svært utfordrende for pasienten, siden dette gjør at pasienten får et ansvar for å gjøre noe med problemet og at han/hun må leve opp

til de positive forventningene. Det kan virke mye lettere å forbli selvdestruktiv, siden man da kan føle at man ikke har noe ansvar eller forventninger fra andre. Da er det viktig som sykepleier å oppmuntre pasienten og fortsette på veien til endring.

En annen ferdighet er å utfordre perspektivet til pasienten, slik at han/hun kanskje vil tenke på en annen måte eller få et annet syn. Som for eksempel ved at pasienten skammer seg over arrene etter selvskadingen, og man som hjelper kan belyse det fra en annen synsvinkel. Man kan for eksempel si at det er en erfaring og man ikke er et dårlig eller svakt menneske av den grunn (Eide & Eide 2007).

En tredje utfordrende ferdighet er å bruke sine egne følelser i samtale med pasienten. Det kan være slik for pasienten som skader seg selv at han/hun ikke føler at noen bryr seg om situasjonen. Da kan man for eksempel si at: *Hvis du hadde vært min sønn/datter, hadde jeg vært svært bekymret for deg og lei meg på dine vegne. Og jeg også ser at du har det vondt og jeg bryr meg.* Dette kan være til hjelp for å få pasienten til å finne et nytt perspektiv (ibid). Det er viktig i en relasjon mellom sykepleier og pasient at man som hjelper er personlig, men ikke privat. Jean Watson, en sykepleieteoretiker fra USA, beskriver det å bruke seg selv i sykepleie:

The nurse's feelings may be experienced and felt, not as a way of obtaining relief or help from patients, but as a part of being and becoming in the relationship.

(Watson 1988, s. 65)

Hun sier at det å bruke seg selv i relasjonen mellom sykepleier og pasient styrker relasjonen. Men man skal ikke bruke seg selv på den måten at man bytter roller, og søker for eksempel trøst hos pasienten.

Vi synes også at det er viktig at man bruker seg selv i samhandling med pasienten, og er enige med Watson.

En annen utfordrende ferdighet er det at man er direkte med pasienten. Da er det viktig å være varsom. Denne ferdigheten må bare brukes når man føler at pasienten er klar for dette, og at relasjonen har vart over lengre tid. Her er det også viktig at man er personlig og ikke privat (Eide & Eide 2007). Et eksempel på dette kan være å fortelle pasienten at selvskading kan ende i selvmord, enten frivillig eller ufrivillig.

3.8.7 Å snakke om kuttene/arrene

Noe annet som kan være utfordrende er å snakke om kuttene eller arrene, men er også en viktig del av relasjonen. Alle mennesker har et behov for å snakke om behov og følelser i følge sykepleieteoretikeren Virginia Henderson. Som det står i *grunnleggende sykepleieprinsipper*, punkt 10 “å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine egne behov og følelser” (Kristoffersen et al. 2005, s.36)

En pasient som selvskader kan ha et stort behov for kontakt, noe som kuttene/arrene gir uttrykk for. Men for mange rundt pasienten kan dette virke skremmende, og føre til at de tar avstand. Som sykepleier skal man ikke la seg skremme, og møte pasienten.

I boka *Selvskadingens dynamikk* skriver Kristin Ribe om viktigheten av å kunne snakke om kuttene, de forskjellige stegene, og betydningen av det (Moe & Ribe 2007). Selv om man som hjelper ikke skal ha fokus på kuttene, tror vi dette kan være en god måte å få pasienten til å åpne seg på. Ved å ha en mindre negativ holdning når selvskadingen har skjedd, kan vi som sykepleiere skape et tillitsforhold til pasienten. For eksempel ved å si; *Har du kutta deg? Er det noe jeg bør se på?*, på den måten sier man på et vis at; *dette er noe vi står sammen om.*

Det er viktig at man ikke er dømmende mot pasienten, ved å skape et gjensidig samarbeid og samhandling er det lettere å finne løsninger som er rimelige for begge parter. Her mener vi at det altruistiske synet til sykepleieren viktig.

Vi tror også at som sykepleier er det viktig å ha en empatisk holdning og at dette skaper tillit til sykepleieren fra pasienten sin side.

3.8.8 Empati

Empati regnes som en bevisst handling, en erfaring mellom to eller flere individer, der målet er at man forsøker – og klarer – å oppfatte tankene og følelsene til den man har empati for. Derfor skilles empati fra identifikasjon og projeksjon som regnes for å være ubevisste mentale mekanismer. I sykepleiesammenheng er evnen for empati viktig i sammenheng med tillit og forståelse. Det finnes også visse kriterier og forutsetninger for empati. Blant annet ved at individene som “deler” empatien har felles erfaringer og på den måten helt eller delvis kan forstå den andres situasjon. For å oppsummere kort kan man si at empati er en opplevelse av å forstå (Travelbee 1999).

3.8.9 Autonomi og paternalisme.

I punkt ti under aspektene for hjelpende kommunikasjon står det at man skal samarbeide med pasienten om å finne fram til gode beslutninger og løsninger. Da er det viktig å ta hensyn til pasientens autonomi. Autonomi for pasienter kan være som prinsipp, rettighet eller som en egenskap. Som prinsipp vil det si at pasientens behov og ønsker skal bli tatt hensyn til og være respektert når avgjørelser blir tatt. Som rettighet betyr det at pasienten har krav på at behov og ønsker blir respektert. Dette er en etisk rettighet, men er også lovregulert (Slettebø 2009). Som i § 3-1 i pasientrettighetsloven står det at pasienten har rett til medvirkning (Lovdata 2011). Autonomi som egenskap vil si om pasienten er kompetent til å bestemme selv. Dette kan være om pasienten har innsikt i sin egen situasjon eller sykdomstilstand og klarer å se hva som er best å gjøre på kort eller på lang sikt. Dette kan for eksempel være når pasienten har skadet seg livstruende og ikke ønsker å slutte på egenhånd. Hvis det dukker opp en situasjon der dette er tilfellet, burde man som sykepleier benytte svak paternalisme, som betyr at man bestemmer over pasienten. Dette må bare benyttes hvis det faglig forsvarlig og at man kan påvise at pasientens kompetanse svikter (Slettebø 2009).

Jean Watson beskriver sitt syn på paternalisme slik:

“anon-paternalistic approach to helping a person gain more self-knowledge, self-control, and self-healing, regardless of the presenting health-illness condition.”

(Watson 1988, s. 73)

Hun sier med dette ved å ikke bruke paternalisme når en skal hjelpe, vil dette styrke pasienten på den måten at han/hun vil bli bedre kjent med seg selv, få bedre selvkontroll og er mer rustet til å hjelpe seg selv hvis pasienten kommer opp i lignende situasjon senere.

På den andre siden mener Martinsen at man skal bruke svak paternalisme, siden sykepleieren har fagkunnskapen og hun/han skal bruke denne til at den skal gagne pasienten mest mulig. Hun beskriver dette slik:

Sykepleieren har en fagkunnskap som pasienten ikke har. i den forstand er hun suveren. Men utfra en lydige, lyttende holdning til pasienten lar hun den andre komme til rett.

(Kristoffersen et.al 2005 s. 65)

Vi mener at å ikke bruke svak paternalisme er den beste løsningen så langt det er mulig. I spesielle tilfeller som beskrevet ovenfor mener vi det er best å bruke dette.

3.8.10 Makt og avmakt.

Ved bruk av svak paternalisme kan pasienten få en avmaktsfølelse, dette beskrives i Magelssen (2008) som en posisjon i en over- og underordning i et maktforhold. Avmakt er noe mange kan kjenne seg igjen i, som når en er i en situasjon der man føler at en ikke strekker til eller mangler kontroll over situasjonen. Makt kan for noen forbindes med noe negativt, men makt er noe alle har i større eller mindre grad. Makt er vanskelig å definere, men som det står i sitatet til Siri Meyer i Magelssen (2008):

Det er med makten som med tiden. Alle vet hva det er. Inntil noen spør oss. Da vet vi det plutselig ikke lenger. Ordene strekker ikke til. Makten lar seg lettest erfare i sin negasjon: som avmakt

(Magelssen 2008 s. 64)

Det finnes mange typer makt, men den makten som finnes i relasjonen mellom sykepleier og pasient kalles *symbolmakt*. Under symbolmakt er det tre underkategorier, normmakt, modellmakt og kommuniseringmakt. Normmakt vil si de forestillingene som er sykepleieren og pasientens plikter og rettigheter. Som forventningene om at pasientene godtar og er med på behandlingsopplegget og forventningene til at sykepleieren yter omsorg. Modellmakt går ut på at sykepleieren har en stor grad av makt i relasjonen på grunn av kunnskapen som vi har. Ved kommuniseringmakt er det i de fleste tilfeller at sykepleieren kan fagspråket bedre og kan bearbeide pasientens symptomer og omsette dette til relevante sykepleietiltak (Magelssen 2008).

Det er viktig i relasjonen mellom sykepleier og pasient at man skal komme frem til felles forståelse og at makten sykepleieren har skal brukes i beste hensikt (ibid).

Som sagt er makt noe alle har i større eller mindre grad. Men det er ikke bare pasienten som kan få en avmaktsfølelse. For sykepleieren kan det være vanskelig å møte

selvskadere. Grunnen til dette er at man kan få en følelse av håpløshet, sinne og tristhet i tillegg til avmaktsfølelsen ovenfor pasienten. Håpløsheten kan komme av at man føler at man ikke er til noe hjelp eller at man føler at det er sen eller ingen utvikling. Følelsen av sinne kan dukke opp som følge av håpløsheten og noen ganger kan man føle at man taler for døve ører. Man kan også føle en tristhet siden man får så vondt av pasientens situasjon og tilstand, men at man igjen ikke føler seg til noe hjelp. Disse følelsene kan være overføring av følelsene pasienten har. Når slike følelser dukker opp er det viktig at sykepleieren er i dialog og reflekterer med sine medarbeidere. Dette kan styrke sykepleieren på den måten at man blir mer bevisst på seg selv, sine følelser og reaksjoner. Når sykepleieren er mer trygg på seg selv og står sterkt i sin profesjon kan han/hun utøve bedre sykepleie. På denne måten er empowerment viktig for både pasient og sykepleier. Her vil vi først og fremst fokusere på pasienten.

3.8.11 Empowerment

På norsk betyr empowerment at man opparbeider styrke og kraft til personer eller grupper som er i en avmaktsposisjon til og komme seg ut av avmakten (Askheim 2007). Sykepleiere har som oppgave å opparbeide denne styrken til pasienten. Selvskading kan ofte føre til en avmaktsfølelse fordi det kan være skummelt å leve uten og vanskelig å leve med den.

Empowerment på individuelt nivå betyr å øke personens selvtillit, kunnskaper og ferdigheter (Askheim 2003). Paulo Freire en søramerikansk pedagog sier på side 72 i sin bok (oversatt versjon) *De undertryktes pedagogikk* at "*mennesket formes ikke med taushet, men med ord, med arbeid, med handling/refleksjon*" (Freire & Nordland 1999). Dette bygger opp hvor viktig det er at sykepleieren må snakke med pasienten om følelsene som ligger bak selvskadingen. Sykepleieren skal også lære bort sine kunnskaper og ferdigheter som kan være til hjelp for hans/hennes situasjon. Freire sier også noe om dette: "*Sann undervisning drives ikke av "A" for "B" av "A" om "B" men heller av "A" sammen med "B"*" (Freire & Nordland 1999 s. 78). Dette er en del av sykepleierens undervisende funksjon.

Dette vil si at sykepleieren og pasienten skal stå sammen om hva slags kunnskap pasienten trenger for å komme ut av avmakten. Det er pasienten som vet best hva han/hun føler og har behov for, "den vet best hvor skoen trykker, den som har den på".

For å kunne benytte empowerment på en hensiktsmessig måte kan det være fornuftig å kartlegge pasienten nøye, på den måten kan man få en bedre oversikt over hvilke behov pasienten har. Her er også sykepleieprosessen viktig å bruke. Vi mener at pasienten bør inkluderes i stor grad under denne kartleggingen, slik Freire (1999) beskriver som sann undervisning. Undervisningen kan gå ut på at sykepleieren lærer pasienten å kommunisere med ord fremfor selvskading. Dette kan være en tung omstilling for pasienten som kan ta lang tid. Her må sykepleieren motivere pasienten. Motivasjonen kan være at siden man fysisk ødelegger seg selv vil dette føre til kosmetiske konsekvenser senere i livet. Som for eksempel i jobb, skole, samliv etc. Siden huden er kroppens største sanseorgan kan selvskading føre til nedsatt følelse av berøring osv. (Moe & Ribe 2007). Dette er bare noen av konsekvensene ved selvskading som kan svekke selvfølelsen og kontakt med andre.

3.8.12 Konfrontasjon

Dersom man skal konfrontere en pasient angående selvskadingsproblematikk, er det viktig at man er godt forberedt, og at det tas hensyn til tid og sted. Dette er for eksempel ikke noe man tar opp i fellesarealer i avdelingen. Det bør tas hensyn til den enkelte pasient, og man bør tilnærme seg på en forsiktig, men samtidig direkte måte. Å "gå rundt grøten" er neppe den beste måten å gjøre dette på.

Som sykepleier er det viktig å ha en empatisk holdning, men også være utfordrende. Samtalen bør være målrettet og strukturert, dette kan hjelpe pasienten på den måten at sykepleieren virker trygg på seg selv og kan føre til at pasienten lettere vil åpne seg. Vi vil presentere en rekke spørsmål man kan bruke som kanskje kan få pasienten til å snakke om problemet.

- *Fortell meg hva du gjorde med deg selv for å skade deg.*
- *Hva var det du ville oppnå med å skade deg selv?*
- *Ønsket du at du skulle dø som følge av skaden?*
- *Ønsket du at noe skulle forandre seg som følge av skaden?*
- *Hvordan følte du deg før du skadet deg selv?*
- *Hvordan følte du deg rett etterpå?*
- *Hvordan føler du det nå i forhold til det å skade deg selv?*

- *Hva tror du kan ha utløst ditt ønske om å skade deg selv?*

(Mehlum 2009)

Det store spørsmålet; *skal man stoppe en person som selvskader?*

Dette er et vanskelig spørsmål som det ikke finnes noe fasitsvar på, men som må vurderes fra situasjon til situasjon og fra person til person.

Dersom skadene er så store at det er fare for liv skal man forsøke å hindre ødeleggelsene, men dersom selvskaden ikke er så alvorlig kan det ofte være nyttig å ikke stoppe selvskaden fordi det er en mestringsstrategi personen bruker for å overkomme sine problemer, og ved å stanse skaden kan man dermed øke selvmordsfaren (Bloch-Thorsen 2006).

Å stoppe selvskading kan ofte gjøre vondt verre. Ved å ta fra en person den ene mestringsstrategien vedkommende har effekt av, kan man blant annet øke faren for suicid. Her kan vi referere til Klonsky (2007) i kapitlet om hvorfor noen skader seg selv, der teorien om at selvskadingen oppstår for å lindre sterke negative følelser som kan gjøre at man føler seg suicidal.

4.0 Konklusjon

Det er viktig å ha et målrettet samarbeid med denne pasientgruppen. For sykepleierens del mener vi at det er viktig med kontinuitet, tålmodighet og respekt overfor pasienten. Selvskading er ofte et symptom på en underliggende psykisk lidelse, og det er viktig å behandle grunnlidelsen, for deretter å ha fokus på å overvinne skadetrangen. Det altruistiske og humanistiske synet til sykepleieren er viktig med tanke på å bygge en trygg og god relasjon til pasienten.

Det er vanskelig å finne et konkret svar på behandling og kommunikasjonsmetoder rettet mot selvskadere generelt, fordi det ofte kan være store forskjeller fra pasient til pasient. Både med tanke på forhistorie, diagnose og grad av selvskading.

Vi har kommet frem til at det er viktig å være ydmyk, å ha god kommunikasjon med pasienten og å lære pasienten å uttrykke følelser med ord via toveiskommunikasjon.

Avslutningsvis mener vi at vi har kommet frem til et godt grunnlag med tanke på kommunikasjon i møte med selvskadere.

5.0 Etterord

Først og fremst vil vi si at vi har lært mye av å skrive denne oppgaven. Vi føler selv at vi har fått et bredere perspektiv på selvskadingsproblematikk, og at det har vært nyttig for oss med tanke på vår fremtid som sykepleiere.

Samarbeidet har fungert bra, og vi synes det har vært fint å bare være to som har arbeidet sammen. Dette har ført til gode faglige diskusjoner og flere synspunkter som vi har funnet nyttige i arbeidet med oppgaven.

Som kritikk til oss selv synes vi at vi kunne ha drøftet og diskutert mer i oppgaven, men på grunn av ordbegrensningen har vi valgt å ofre litt drøfting til fordel for en del teori vi syntes det var viktig å få med.

6.0 Kilder:

Aanderaa, I. & A. R. Bråten. (1997). *Pasienten og sykepleieren: et gjensidig påvirkningsforhold*. [Oslo]: Ad notam Gyldendal. 153 s.

Askheim, O. P. (2003). *Fra normalisering til empowerment: ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal akademisk. 224 s.

Askheim, O. P. (2007). *Empowerment: i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk. 221 s.

*Bloch-Thorsen, G. R. (2006). *Selvskading og selvmord... ingen selvfølge. Suicidologi* [online] (1): 5. <http://www.med.uio.no/ipsy/ssff/suicidologi/2006-nr1/Bloch-Thorsen.pdf> (lest 03.04.2011).

Brinchmann, B. S. (2008). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal akademisk. 255 s.

*Caplex. (2011). *opium*. Forlag, J. W. C. (red.). Caplex: J.W. Cappelens Forlag.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk. 297 s.

*Eide, H. & T. Eide. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk. 443 s.

*Ende, W. (1978). *The Flagellations of Muharram and the Shi'te 'Ulamā'*. [online]. http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/3270/pdf/Ende_Flagellations_of_Muharram.pdf (lest 11.04.2011).

*Forsberg, C. & Y. Wengström. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur. 215 s.

*Freire, P. & E. Nordland. (1999). *De undertryktes pedagogikk*. Oslo: Ad notam Gyldendal. 174 s.

*Helsedirektoratet. (2011). *ICD-10 Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer* [online]. 10 utg.: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <http://finnkode.kith.no/2011/#|icd10|ICD10SysDel|-1|flow> (lest 05.04.2011).

Hummelvoll, J. K., P. Jensen, T. E. Dahl & P. Olsen. (2004). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk. 614 s.

Håkonsen, K. M. (2003). *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal akademisk. 351 s.

*Klonsky, E. D. M., Jennifer J. (2007). *Self-injury: A research review for the practitioner*. *Journal of Clinical Psychology* [online], 63: 11.

<http://web.ebscohost.com/ehost/viewarticle?data=dGJyMPPp44rp2%2fdV0%2bnjjsfk5le43eiH9N%2fpRuvX54as2%2baH8eq%2bS62otkewpg9Jnqy4SbWwr0qet8s%2b8ujfhvHX4Yzn5eyB4rOwSLWmsFCwqbdJpOLfhuWz44ak2uBV39zmPvLX5VW%2fxKR57LOwT6%2bqtkmwpqR%2b7ejrefKz5I3q4vJ99uoA&hid=15> (lest 13.04.2011).

Kringlen, E., N. Mjelle, B. Øgar, M. S. Selle & P. Høglend. (2008). *Psykatri*. Oslo: Gyldendal akademisk. 634 s.

Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt & E.-A. Skaug. (2005). *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk. 4 b. s.

*Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleieutdanning* [online]. Tilgjengelig fra:

http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepleieutdanning_08.pdf (lest 23.04.2011).

*Lovdata. (2011). *Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven)* [online]: Lovdata. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html#3-1> (lest 13.04.2011).

Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet: om å finne likhetene i forskjellene*. Oslo: Akribe. 219 s.

*Mediesenteret. (2010). *Kunnskapsbasert praksis - PICO* [online]. Bergen: Høgskolen i Bergen. Tilgjengelig fra: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/index.php?action=static&id=41> (lest 29.04.2011).

*Mehlum, L. (2009). *Selvskading - hva gjør vi?* [online].

http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1823950 (lest 23.03.2011).

*Moe, A. & K. Ribe. (2007). *Selvskadingens dynamikk*. Oslo: Universitetsforl. 178 s.

*Moi, O. (2011). *Flagellanter*. Store Norske Leksikon: Store Norske Leksikon.

Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk. 174 s.

*Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforl. 287 s.

*Urnes, Ø. (2009). *Selvsikading og personlighetsforstyrrelser*. [online].
http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1829201 (lest 13.04.2011).

*Watson, J. (1988). *Nursing: human science and human care : a theory of nursing*. Norwalk, Conn.: Appleton-Century-Crofts. XI, 111 s.

*Øverland, S. (2006). *Selvsikading: en praktisk tilnærming*. Bergen: Fagbokforl. 269 s.