

Å trenge et menneske

Hvordan kan sykepleier i møte med en person som skader seg selv, bidra til å skape håp og tillit?



Foto: Lisbeth Simensen

Bacheloroppgave i sykepleie

Institutt for sykepleie og helse

Diakonhjemmet Høgskole

Kandidatnummer: 207

Kull: 12SYKhel

Antall ord: 10995

Innleveringsfrist: 03.09.2015

Sammendrag

Problemstillingen for oppgaven er: Hvordan kan sykepleier i møte med en person som skader seg selv, bidra til å skape håp og tillit? Formålet med oppgaven er å belyse og få frem kunnskap om hvordan vi som sykepleiere, hjelpere og medmennesker kan bidra til å skape håp og tillit i møte med personer som skader seg selv. Metoden brukt for å besvare problemstillingen er tekstanalyse av litterær tekst, en form for kvalitativ metode. Funnene viser at arbeidet med å skape håp og tillit er en prosess og fordrer sykepleiers evne til å se den enkelte. Sykepleier kan bidra til å skape henholdsvis tillit og håp ved å gi tid, ved å vise seg annerledes, gjennom støtte, aksept og utfordring; gjennom omsorg og tillit, ved å håpe og formidle håp, gjennom å se det friske, samt ved å bidra til at pasienten opplever å ha valg.

Innhold

1 Innledning og bakgrunnsstoff	5
1.1 Begrunnelse for valg av tema og presentasjon av problemstilling	5
1.2 Formål	6
1.3 Begrepsavklaring	6
1.4 Avgrensning og presisering av problemstillingen	7
1.5 Oppgavens oppbygning	7
2 Teori	9
2.1 Selvskading	10
2.1.1 Direkte og ikke-direkte selvskading	10
2.1.2 Suicidalitet og selvskading	10
2.1.3 Ikke-suicidal selvskading	11
2.1.4 Risikofaktorer og mulig bakenforliggende årsaker til selvskading	12
2.1.5 Selvskadingens mulige funksjoner og meninger	12
2.1.6 Behandling av selvskadingsproblematikk	13
2.2 Begrepet håp	14
2.3 Begrepet tillit	15
2.4 Joyce Travelbee sin sykepleiefilosofi	16
3 Metode	18
3.1 Tekstanalyse	18
3.2 Fremgangsmåte	18
3.3 Svakheter ved metoden	19
3.4 Etske overveielser	20
4 Funn	21
4.1 Innledning til funn	21
4.2 Funn	21
4.3 Utdyping av funn	21
4.3.1 Selvskadingens funksjon	21

4.3.2 Omsorg.....	22
4.3.3 Tillit.....	23
4.3.4 Håp	23
5 Drøfting.....	25
5.1 Å forsøke å forstå selvskadingen.....	25
5.2 Omsorg og hjelp fra andre.....	26
5.2.1 Å bli sett og kjent	26
5.2.2. Medfølelse og selvmedlidenhet.....	27
5.2.3 Betydningen av trygghet	28
5.3 Å skape tillit.....	29
5.3.1 Å vise seg annerledes.....	30
5.3.2 Tid	31
5.3.3 Støtte og utfordring	31
5.4 Å skape håp	33
5.4.1 Tillit og omsorg.....	33
5.4.2 Sykepleiers håp	33
5.4.3 Å se det friske.....	34
5.4.4 Betydningen av valg.....	35
6 Avslutning.....	37
Litteraturliste.....	38

Antall vedlegg: 1

1 Innledning og bakgrunnsstoff

Fenomenet selvskading fanget nysgjerrigheten min da jeg jobbet i en interesseorganisasjon innen psykisk helse-feltet. I møte med mennesker med en så destruktiv problematikk som selvskading kjente jeg både forvirring, frykt og en slags fascinasjon – og ikke minst et stort ønske om og behov for å forstå mer. Jeg leste mye faglitteratur og snakket med fagpersoner jeg kom i kontakt med, og har siden da hatt en spesiell interesse for temaet. Selv om mye nok ikke kan forstås av oss utenfor, tror jeg likevel det er viktig å forsøke å forstå mest mulig. Å fordype seg i temaet i denne oppgaven vil forhåpentligvis kunne bidra noe mer på den veien, både for undertegnede og for eventuelle lesere.

Selvskading er et betydelig folkehelseproblem i Norge og i en rekke andre land (Mehlum 2015:13). Mange sykepleiere møter mennesker som skader seg selv. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, punkt 6.2, sier at ”Sykepleieren bidrar aktivt for å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse- og omsorgstjenester”. Mennesker som skader seg selv må kunne sies å være en sårbar gruppe i møte med hjelpeapparatet. Mehlum (2015:14) påpeker at mangelen på kunnskap om selvskading er stor, både i samfunnet og i hjelpeapparatet. Han skriver at mennesker med selvskadingsproblematikk ikke sjelden møtes med lite forståelse eller endog med negative og stigmatiserende holdninger.

Kan vi forstå selvskaden? Vi kan – og bør anstrenge oss – for å forstå mye. Vi vet at det er et problem, et symptom, men vi bør også forstå at det er et forsøk på en løsning. Men løsningen er ikke god nok. Smerten er noe vi vanligvis løper fra. Når vi likevel løper etter smerten, er det fordi den kan ha noe å gi. Smertens fortrinn er at den kan skyve annet til side. Smertens paradoksale kvalitet er at den kan være smertelindrende (Skårderud 2006:25).

1.1 Begrunnelse for valg av tema og presentasjon av problemstilling

Utgangspunktet mitt for oppgaven var et ønske om å belyse hvordan vi som sykepleiere i møte med en person som skader seg selv, kan bidra til en form for lindring av den smerten vedkommende opplever. Da jeg ble kjent med at det nylig var gitt ut en bok i samarbeid mellom en person som selv har slitt med selvskading, og en fagperson, var tanken at denne

teksten kanskje kunne fungere som et utgangspunkt for arbeidet mitt. Jeg formulerte følgende problemstilling for oppgaven:

Hvordan kan sykepleier i møte med en person som skader seg selv, bidra til å skape håp og tillit?

For å belyse problemstillingen har jeg valgt å ta utgangspunkt i en litterær tekst skrevet av Kristin Ribe. Teksten består av kapitlene skrevet av Ribe i boken *Ut av selvskading. Veier til forståelse* fra 2015, som Ribe og Lars Mehlum sammen har utgitt. Kristin Ribe skadet seg selv i mange år, og har skrevet både artikler, essays og bøker om sin erfaring med selvskading og om behandlingen og hjelpen hun har fått. Lars Mehlum er professor dr.med. og leder for Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging.

Boken består av kapitler skrevet av henholdsvis Ribe og Mehlum. Jeg vil i teksten henviser til den av forfatterne som har skrevet kapitlet jeg henter sitater og teori fra. Dette gjør henvisningen kortere og likevel presis. Når jeg henviser til Mehlum er det altså hans kapitler i boken jeg viser til.

1.2 Formål

Opgavens formål er å belyse og bidra til kunnskap om hvordan vi som sykepleiere, hjelpere og medmennesker kan bidra til å skape håp og tillit i møte med mennesker som skader seg selv.

1.3 Begrepsavklaring

Begrepet *selvskader*: Jeg har bevisst valgt å unngå å bruke termen ”selvskader”/”selvskadere” om mennesker som skader seg selv. Som Øverland (2006:26) skriver, ”Bruken av betegnelsen selvskader kan oppfattes som en stigmatiserende betegnelse, og i strid med den respekt denne gruppen bør møtes med”. Jeg deler denne oppfatningen, og vil dermed, på tross av at det muligens gir teksten noe mindre flyt og gjør den noe mindre leservennlig, bruke formuleringer liknende den i problemstillingen, ”personer som skader seg selv”. Nærmere definering av og redegjørelse for selvskading følger i kapittel 2.

Begrepet *håp*: Håp er

”en mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå fram til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige” (Travelbee 1999:117).

Begrepet *tillit*: Tillit handler om ”den trygge troen på at andre mennesker er i stand til å yte hjelp i nødens stund, og at det er sannsynlig at de vil gjøre det” (Travelbee 1999:120).

Nærmere redegjørelse for begrepene håp og tillit følger i kapittel 2.2 og 2.3.

1.4 Avgrensning og presisering av problemstillingen

I besvarelse av problemstillingen har jeg valgt å forutsette at samme sykepleier møter pasienten over tid og vil ha mulighet til å bygge en relasjon. Dette kan være i form av PLIS-opphold (PLIS står for planlagte innleggelses i serie) (Torgersen, Løvås og Tofte 2007), hvor pasienten har planlagte opphold med jevne mellomrom, eksempelvis hver 4. eller 6. uke over et tidsrom på ett til to år, eller i et opplegg liknende det Kristin Ribe hadde med ”åpen retur” til avdeling. Mennesker med selvskadingsproblematikk kan ha ulike diagnoser; det vil ikke bli tatt hensyn til i oppgaven da dette ikke oppfattes relevant for å kunne besvare problemstillingen. Oppgaven skrives som en del av en bachelorutdanning i sykepleie og vil ikke innbefatte de intervensjoner eller tilnærminger mer avgrenset til spesialsykepleiers arbeidsområder. Oppgavens fokus vil ligge på den generelle omsorgen og pleien en sykepleier kan bidra med overfor denne pasientgruppen, med den hensikt å bidra til å skape håp og tillit. Oppgaven vil ikke ha et behandlingsfokus og dermed ikke ta for seg ulike spesifikke former for behandling; kun nevne disse kort.

1.5 Oppgavens oppbygning

Oppgaven består av seks deler: Innledning, teori, metode, funn, drøfting og avslutning. I kapittel 2 presenteres aktuell teori – teori om selvskading og kort om behandling av denne problematikken, redegjørelse for begrepene håp og tillit, samt Joyce Travelbee sin sykepleieteori. I kapittel 3 vil metoden bli presentert. Dette inkluderer systematisering og analysing av funn, kritikk av metode og etiske overveielser gjort underveis i prosessen. I kapittel 4 presenteres og utdypes funnene av av tolknings- og analyseprosessen. Kapittel 5 vil

ta utgangspunkt i funnene og drøfte disse opp mot aktuell teori og annen faglitteratur som kan belyse temaet. Oppgavens avslutning er en kort oppsummering og konklusjon i kapittel 6.

2 Teori

Kapittelet starter med en redegjørelse for fenomenet selvskading; former for selvskading og nærmere definering av disse, relasjonen mellom selvskading og suicidalitet, risikofaktorer for og mulige årsaker til selvskading, samt selvskadingens meninger og funksjoner. Behandling av selvskadingsproblematikk omtales kort, og relatert til dette følger et punkt om begrepet tilknytning.

Begrepene håp og tillit er redegjort for.

Jeg har valgt å bruke Joyce Travelbee sin sykepleieteori i arbeidet med å besvare problemstillingen. Denne presenteres i siste del av kapittelet.

Vedrørende artikler brukt i teoridelen:

Artikler om selvskading:

Long, Manktelow og Tracey (2013): Søkt opp i Cinahl. Søkeord: *self-harm* og *understanding* og *nursing*.

McAllister (2003): Søkt opp i Cinahl. Søkeord: *self-harm* og *meanings*.

Nock (2010): Referanse funnet i Favazza (2011), søkt opp i Google. Søkeord: *nock* og *self-injury*. Fulltekst kjøpt gjennom Annual Review of Clinical Psychology.

Skårderud (2006): Artikkelen var kjent for meg og ble søkt opp i Google. Søkeord: *skårderud* og *skrift i hud*.

Sommerfeldt og Skårderud (2009): Søk gjort i Tidsskrift for Den norske legeforening. Søkeord: *selvskading*.

Thorsen (2006): Søk gjort i Google. Søkeord: *selvskading* og *suicidalitet*.

Artikler i kapittel 2.2 og 2.3 om tillit og håp:

Søkene er gjort i Cinahl og søkeord brukt er henholdsvis *trust* og *concept*; *hope* og *concept*.

2.1 Selvskading

I den bredeste betydning kan alle handlinger som utføres med intensjon og med forståelsen av at de kan eller vil føre til en grad av fysisk eller psykisk skade på en selv, sies å være selvskadende atferd (Nock 2010:341). For å klargjøre betydningen av og innholdet i begrepet selvskading, er det nødvendig med nærmere avgrensning og definering.

2.1.1 Direkte og ikke-direkte selvskading

Sommerfeldt og Skårderud (2009:754) refererer til Sutton og skriver at en første avgrensning vil være å skille mellom direkte og ikke-direkte selvskading. Ikke-direkte selvskading omhandler kroppspraksiser destruktive for liv og helse, som røyking, spiseforstyrrelser, rusmisbruk, risikoatferd og ødeleggende relasjoner. Slik indirekte selvskadende atferd er gjerne ikke noe man holder på med med intensjon om å påføre seg selv skade; i stedet er det noe man gjør fordi det gir tilfredshet, glede eller påfyll (Nock 2010:342). At det også kan påføre skade er en indirekte og uintendert bivirkning (ibid.). Ikke-direkte selvskading er ikke fokus for denne oppgaven og omtales ikke nærmere.

Direkte selvskading handler om at man aktivt påfører egen kropp sår, smerte og skader (Sommerfeldt og Skårderud 2009:754); med andre ord er hensikten med handlingen eller atferden å skade seg selv. Direkte selvskadende handlinger kan videre være suicidale, altså at det foreligger en grad av intensjon om å dø, eller ikke-suicidale, at det ikke foreligger intensjon om å dø, av natur (Nock 2010:341). I praksis er imidlertid skillet mellom disse to formene for selvskadende handlinger mer komplekst.

2.1.2 Suicidalitet og selvskading

I følge Favazza (2011:198) handler selvskading om å forsøke å føle seg bedre, mens intensjonen med selvmordet er å gjøre slutt på alle følelser.

Thorsen (2006:5) beskriver relasjonene mellom selvskading og suicidalitet slik:

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 permanente utveien fra livet. Selvskading hjelper en gjennom de vanskelige øyeblikkene.

Imidlertid er det, i følge Mehlum (2015:13), ikke alltid noe klart skille mellom hva som er en selvskadende handling uten selvmordsintensjon, og et selvmordsforsøk. Hensikten med selvskadingen kan plutselig skifte, og det som i utgangspunktet handlet om ”kun” å skade, kan ende som et selvmordsforsøk. Videre er det ikke nødvendigvis slik at selvskading er ufarlig (ibid.). Flertallet av de som driver med selvskading, har ett eller flere selvmordsforsøk bak seg. Samtidig er det ikke slik at alle som begår selvmordsforsøk, bedriver selvskading (Mehlum 2015:14).

I den grad det er mulig å skille mellom suicidal og ikke-suicidal selvskading, er det ikke-suicidal selvskading som er fokus for denne oppgaven. Spennet mellom å skade seg for å overleve og å skade seg for å dø tematiseres imidlertid i teksten til Kristin Ribe og vil dermed berøres i analysen og tolkningen av denne.

2.1.3 Ikke-suicidal selvskading

Ikke-suicidal selvskading, heretter omtalt som selvskading, kan i følge Favazza (2011:197) defineres som “the deliberate, direct altercation or destruction of healthy body tissue without an intent to die”. Han påpeker (2011:197) at det finnes en rekke atferder som direkte og intendert endrer eller ødelegger kroppsvev, og har laget en kategorisering av ulike former for selvskadende atferd. Det skilles her mellom kulturelt sanksjonert kroppsmodifikasjon og patologisk selvskading. Patologisk selvskading deles videre inn i fire kategorier: Alvorlig selvskading, stereotyp selvskading, tvangspreget selvskading og impulsiv selvskading. Det er impulsiv selvskading som er relevant for denne oppgaven og jeg omtaler derfor ikke de andre nevnte formene nærmere.

Impulsiv selvskading er handlinger som kutting og brenning av huden, slag mot kroppen og forstyrrelse av sårheling. Denne formen betegnes som impulsiv fordi man ikke kan motstå impulsen eller fristelsen til å selvskade, og den kan være episodisk eller repetitiv (Favazza 2011:212). Impulsiv selvskading viser til det folk flest forbinder med selvskading (Øverland 2006:31, Sommerfeldt og Skårderud 2009:755), og det er disse pasientene man gjerne møter i klinisk praksis (Sommerfeldt og Skårderud 2009:755).

I tråd mer overnevnte definisjon, men noe mer omfattende, er definisjonen til Thorsen:

Selvskade er handlinger som innebærer at individet påfører seg selv skade og smerte uten at man har til hensikt å ta sitt eget liv. Selvskade er en handling mennesket bruker for å håndtere smertefulle og 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 2006:5).

Thorsen sier noe om hvordan det å skade seg selv fungerer som et middel for å orke å holde ut livet og vektlegger den regulerende funksjonen selvskading kan ha.

2.1.4 Risikofaktorer og mulig bakenforliggende årsaker til selvskading

En rekke ulike livsopplevelser og -erfaringer kan være med på å øke sannsynligheten for selvskading (Long, Manktelow og Tracey 2013:108). Litteratur på feltet peker på vonde erfaringer fra relasjoner i barndommen, overgrep, mishandling, omsorgssvikt og den følelsesmessige kvaliteten på tilknytningsbåndene, i tillegg til individuelle risikofaktorer (McAllister 2003:180, Sommerfeldt og Skårderud 2009:756, Favazza 2011:235) som faktorer forbundet med utvikling av selvskadende atferd. I følge Mehlum (2015:15) har risikofaktorer for selvskading røtter i menneskets barndom og oppvekst; oppvekstmiljøet har stor betydning. Mehlum (2015:16) refererer til Caspi et al og skriver at en rekke undersøkelser har vist at det å bli utsatt for psykiske og fysiske traumer medfører betydelig økt risiko både for selvskading og selvmordsforsøk. Å oppleve neglekt eller direkte antipati fra foreldre kan ha samme effekt. Samtidig vokser mange barn under svært vanskelige forhold og klarer seg tilsynelatende greit. Miljøfaktorer er dermed i seg selv ikke tilstrekkelig (Mehlum 2015:15), og vi må i tillegg se på egenskaper eller risikofaktorer ved individet, slik som genetiske faktorer.

2.1.5 Selvskadingens mulige funksjoner og meninger

Kombinasjonen av de egenskaper man har med seg inn i livet, og ugunstige miljøfaktorer som nevnt over kan medføre alvorlige problemer med å oppleve, regulere og mestre sterke negative emosjoner (Mehlum 2015:15). Selvskading kan da bli en mulig strategi å ty til for å regulere og håndtere slike emosjoner.

Det er i dag enighet om at de fleste som skader seg selv, gjør det som følge av sterk psykisk smerte (Øverland 2006:16). Mye litteratur på feltet fremhever den følelsesregulerende funksjonen selvskadende handlinger kan ha. I følge Sommerfeldt og Skårderud (2009:757) er

det essensielt i forståelsen av selvskading at den er relatert til dysregulering av følelser, som kan presiseres som manglende evne til å tåle ubehagelige følelser, redusere spenninger, tåle stress og kjenne selvkontroll (ibid.). Mehlum (2015:14) skriver at det å skade seg selv ofte gjøres i et forsøk på å regulere, lindre eller fjerne følelser som oppleves som negative og/eller uutholdelige. Handlingen kan gi en opplevelse av lettelse og tilfredshet da det i personen som skader seg har bygd seg opp en følelsesmessig spenning (Favazza 2011:212).

Selvskading sees blant annet hos pasienter med personlighetsforstyrrelser, posttraumatisk stresslidelse, traumeproblematikk, angstlidelser og spiseforstyrrelser (Favazza 2011:213).

2.1.6 Behandling av selvskadingsproblematikk

I følge Mehlum (2015:134) mangler man fremdeles kunnskap om hva som kan gjøres for å gi effektiv behandling til mennesker med selvskadingsproblematikk. I følge Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010:396) er de behandlingsmetodene som peker seg ut som lovende dialektisk atferdsterapi, mentaliseringsbasert terapi og multisystemisk terapi. Mehlum (2015:137) nevner i tillegg skjemafokusert terapi. Som nevnt i kapittel 1.4 vil oppgaven ikke omhandle disse ulike behandlingsmetodene.

Mehlum (2015:138) nevner faktorer som generelt ser ut til å være sentrale i behandling av selvskadingsproblematikk. Et element er at behandlingen må bygge på en sterk terapeutisk relasjon. ”I effektive behandlinger mot selvskading for personer med emosjonell reguleringssvikt er det å bruke tilknytning som et grunnelement kanskje enda mer sentralt.” (Mehlum 2015:138). For at dette skal være mulig, må behandlingen ikke vært for kortvarig, og behandleren må i følge Mehlum bruke en aktivt validerende og ikke-dømmende stil der behandleren og pasienten i samarbeid utforsker selvskadingen, i form av utløsende og opprettholdende faktorer og hva som kan gjøres for å endre på dette. Et annet fellestrekk for effektive behandlingsformer er at de i betydelig grad har fokus på å øke pasientenes evne til å ”legge merke til og oppleve sine egne følelser i stedet for å prøve å hemme eller unngå dem” (ibid). Videre kan man i behandlingen oppleve at det oppstår kriser og økt selvmordsfare, og som en del av behandlingen trengs strategier som gjør det mulig for behandleren å bevare roen og unngå irrasjonelle reaksjoner, noe som kan føre til overreaksjoner og unødvendige innleggelses eller fortrenning og undervurdering av risiko.

Sentralt er det også i følge Mehlum (2015:140) at hjelpere må være seg svært bevisst på hva slags atferd de forsterker hos pasienten. Han skriver at mange av de som selvskader, nok har opplevd å få behandlernes oppmerksomhet og villighet til å tilby støtte eller handle kun når de skader seg mer eller bli suicidale. Dette kan bidra til å forsterke selvskadningen og at pasientene opplever at det er lite annet enn nettopp denne destruktiviteten som kan gi endring i en følelsesmessig svært smertefull situasjon.

Begrepet tilknytning

Mehlum nevner (jfr. 2.1.6) betydningen av tilknytning i behandlingen. Dette begrepet har opphav i tilknytningstradisjonen innenfor utviklingspsykologien. Psykoanalytikeren John Bowlby grunnla tilknytningsteorien, og beskrev hvordan spedbarn og barn har en grunnleggende draging mot å skaffe seg noen som kan gi dem beskyttelse psykisk og fysisk (Skårderud og Sommerfeldt 2013:75). Barn som er urolige, finner roen igjen hos en trygg tilknytningsfigur. Dette kan være mor, far eller en annen voksen person som representerer et følelsesnært bånd, og som dermed fungerer som en trygg havn for barnet.

Skårderud og Sommerfeldt (2013:136) skriver at det terapeutiske forholdet i følge Bowlby

”[ideelt sett skal] være en trygg base, hvorfra man kan utforske livets mange ulykkelige og smertefulle sider, fortid og nåtid, og at dette er utforskninger man neppe ville være i stand til uten en trygg guide”.

2.2 Begrepet håp

Hammer, Mogensen og Hall (2009) sin metasyntese av sykepleieforskning om håp identifiserte ulike dimensjoner ved håpet. I det følgende gis en oppsummering av sentrale funn. Håpet har en indre ”være”-dimensjon – håpet er noe dypt i et menneske som forblir positivt uansett hva som skjer. Det handler om en trygghet på at ting er som de skal være og på at ting vil gå godt for selv og andre. Håp er viktig for tilpasning og assosiert med høyere livskvalitet. Videre har håp en ytre ”gjøre”-dimensjon. Håp er ikke noe som kun oppnås, men kan innebære slit eller kamp. Det handler blant annet om å sette seg mål knyttet til de situasjoner man kommer opp i gjennom livet. Denne ”gjøre”-dimensjonen gir næring til den indre dimensjonen. Håpet har også en ”bli”-dimensjon forfatterne velger å kalle ”et lys i horisonten”, som handler om blant annet entusiasme for livet, om å se muligheter og forvente

noe positivt. Håpets ”relasjonelle” dimensjon handler om relasjoner mellom mennesker; om å ha et menneske man føler tillit og tilknytning til. Relasjonelt håp er å være kjent som menneske, og kan styrkes gjennom andre menneskers og hjelpers positive holdninger, trygghet og bekræftende relasjoner; ved at eksempelvis sykepleiere er der for en og viser interesse og bekymring, eller ved å ha nær familie i nærheten. Betydningsfulle relasjoner, tro, andres forsikringer og støtte bidrar til en følelse av verdi, en følelse av at det er behov for en og at en god nok, og hjelper en til opplevelse av håp. Håpet har en dialektisk dimensjon av håp og frykt. I håpløsheten og fortvilelsen er ikke håpet, men det har ikke blitt borte – det er gjemt. Det kan komme frem igjen og gi ny styrke i livet. Endelig har håpet en dynamisk og situasjonell dimensjon, som handler om å manøvrere i livet, om å håpe på gode utfall, om å gå inn for å kjempe seg gjennom alvorlige og vanskelige hendelser og opplevelser slik som eksempelvis sykdom.

Hammer, Mogensen og Hall (2009:554) ser håpets relasjonelle dimensjon som spesielt viktig innen omsorgsyrkene, og skriver at mennesker trenger å kjenne tillit, tilknytning og nærhet til andre mennesker. Sykepleiere kan bidra til dette gjennom å være der, tilstede og vise interesse for sine medmennesker (ibid). Forfatterne skriver at denne håpsdimensjonen kan ses i lys av Løgstrups idé om at mennesker er relasjonelle skapninger som er avhengige av hverandre gjennom livet.

2.3 Begrepet tillit

Hupcey, Penrod, Morse og Mitcham (2001:290) definerer tillit slik:

Trust emerges from the identification of a need that cannot be met without the assistance of another and some assessment of the risk involved in relying on the other to meet this need. Trust is a willing dependency on another's actions, but it is limited to the area of need and is subject to overt and covert testing. The outcome of trust is an evaluation of the congruence between expectations of the trusted person and actions.

Hupcey, Penrod, Morse og Mitcham (2001:290) skriver at det i forkant av at man velger å stole på noen, finnes et behov man trenger å få dekket med hjelp fra andre. Tillit innebærer en vilje til å sette seg selv i en sårbar posisjon siden resultatet ikke nødvendigvis blir som forventet. Det er en forventning hos den som stoler på noen om at de man stoler på vil

oppføre seg og handle på en måte som bidrar til å imøtekomme behovet man har. Videre vil det være en form for testing av troverdigheten til den man har tillit til. Dette kan skje åpent, eksempelvis ved at en pasient ringer på hjelp, eller mer skjult ved at vedkommende følger med på de tiltak som blir iverksatt for å se om disse virker, eksempelvis om de medisinene legen forordner har den effekten de blir sagt å skulle ha (ibid.).

Tillit i en sykepleier-pasient-relasjon krever i følge Bell og Duffy (2009:50) en god grunn for pasienten til å inngå i en slik tillitsrelasjon. Sykepleier må kunne vise seg faglig dyktig, vise godvilje overfor pasienten og forstå risikoen for pasienten, med tanke på at det vil være en ubalanse i maktforholdet mellom de to og at pasienten dermed settes i en sårbar posisjon.

I mye av sykepleielitteraturen omtales tillit som noe som bygges over tid, i følge Hupcey, Penrod, Morse og Mitcham (2001:284).

2.4 Joyce Travelbee sin sykepleiefilosofi

Presentasjonen av Travelbee sin sykepleiefilosofi bygger på lesing av den norske oversettelsen av boken hennes *Interpersonal Aspects of Nursing* (1999), samt på Kristoffersen (2005) sin oppsummering av teorien.

Travelbee er inspirert av eksistensialistisk filosofi og humanistisk psykologi, representert ved psykoterapeutene Victor Frankl og Rollo May. I følge Travelbee er sykepleiens overordnede mål og hensikt å hjelpe personen til å mestre, bære og finne mening i erfaringene knyttet til sykdom og lidelse. Sykepleieren skal videre forebygge sykdom og fremme helse.

En grunnantakelse i Travelbee sin sykepleiefilosofi er at hvert enkelt menneske er absolutt unikt. Sykepleiens mål og hensikt kan kun oppnås gjennom etableringen av et menneske-til-menneske-forhold, som kjennetegnes ved at både sykepleieren og den som er syk, oppfatter og forholder seg til hverandre som unike menneskelige individer. Et slikt menneske-til-menneske-forhold kommer ikke av seg selv; det er sykepleieres oppgave å bygge opp dette dag for dag mens hun samhandler med den syke og med andre. Det skjer gjennom en interaksjonsprosess med flere faser. Et menneske-til-menneske-forhold kan kun etableres mellom personer, ikke mellom roller. Det er derfor avgjørende at pasienten og sykepleieren kommer forbi det stadiet hvor de betrakter hverandre som ikke noe annet enn sykepleier og

pasient og beveger seg videre dit hvor de for alvor ser hverandre og forholder seg til hverandre som unike personer.

Travelbee er opptatt av sykepleierens evne til å bruke seg selv terapeutisk. Dette innebærer at en bruker sin egen personlighet på en bevisst og hensiktsmessig måte i samhandling med pasienten. Hensikten med dette er å fremme en ønsket endring hos pasienten. Endringen er terapeutisk når den bidrar til å lindre eller redusere plagene hos den som er syk.

Et begrep som står sentralt i Travelbee sin sykepleiefilosofi, er *håp*. Travelbee skriver om håp at det gjør mennesker i stand til å mestre vonde og vanskelige situasjoner og opplevelser av ulike slag, herunder lidelse. Hun beskriver seks kjennetegn ved håp: Håp er sterkt knyttet til avhengighet av andre, det er ikke en ensom og hemmelig handling; det er fremtidsorientert og knyttet til valg, ønsker, tillit, utholdenhet og mot. Det er sykepleierens oppgave å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet. Omvendt er det også sykepleierens oppgave å hjelpe den som opplever håpløshet, til å gjenvinne håp.

3 Metode

Metode er redskapet vårt i arbeidet med å samle inn informasjon om noe vi ønsker å undersøke (Dalland 2007:83). Den sier oss også noe om hvordan vi bør gå frem for å frembringe eller etterprøve kunnskap. Glasdam (2012:19) definerer metode som ”den planmessige fremgangsmåte, hvorpå du går til værks i din undersøgelse; både når empiri konstrueres og analyseres”. Med empiri menes ”det materialet, der er genstand for undersøgelsen, og som analyserne laves på baggrund af” (ibid).

3.1 Tekstanalyse

Metoden jeg har valgt å bruke for å belyse problemstillingen, er tekstanalyse. Som nevnt i innledningen har jeg valgt å ta utgangspunkt i en eksisterende litterær tekst. Tekstanalyse handler om at man foretar en systematisk fortolkning av tekster gjennom å stille spørsmål til tekstene – spørsmål som materialet er forventet å kunne gi svar på (Frederiksen og Beedholm 2012:72). Tekstanalyse som metode tar utgangspunkt i en hermeneutisk tradisjon (ibid.).

Tekstanalyse er en form for kvalitativ metode (Fangen 2015, underkapittel *Datainnsamling*). Hensikten med bruk av kvalitativ metode er å ”utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener, slik det oppleves for de involverte selv” (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2010, 1. avsnitt).

I følge Dalland (2007:90) er utvalget strategisk dersom en i en undersøkelse velger å henvende seg til den eller de personen(e) en tror har noe å fortelle om akkurat det fenomenet en er ute etter å undersøke. Jeg valgte en tekst jeg tenkte ville ha noe å fortelle om å skape håp og tillit. Tanken bak å bruke en tekst skrevet av en person med egenerfaring med selvskadingsproblematikk, og som i tillegg har jobbet seg ut av denne problematikken, er at hun i sin skildring av egen historie og prosess forteller om og reflekterer rundt hva som har hjulpet henne; hva hun har trengt, hvordan det har vært godt for henne å bli møtt. Disse erfaringene er kunnskap vi som sykepleiere vil kunne lære noe av.

3.2 Fremgangsmåte

I tråd med hva Beedholm og Frederiksen (2012:75) anbefaler, startet jeg med å lese gjennom hele teksten, for å få oversikt over innhold og tematikk. Jeg opplevde da at teksten ville kunne

være et egnet utgangspunkt for temaet jeg ønsket å fokusere på.

Med tanke på oppgavens begrensninger i tid og omfang, så jeg det som nødvendig å velge ut enkelte aspekter i innholdet heller enn å ta for meg teksten som helhet. I arbeidet med å analysere teksten hadde jeg dermed på forhånd bestemt meg for hva jeg skulle se etter og være opptatt av. At jeg har valgt å fokusere på håp og tillit, betyr ikke at det er disse temaene forfatteren nødvendigvis har vært mest opptatt av å formidle noe om.

Neste steg var å analysere teksten mer systematisk. Frederiksen og Beedholm (2012:79) skriver at dette kan gjøres ved å stille undersøkelsesspørsmål til tekstmaterialet.

Jeg valgte å stille følgende spørsmål til teksten: Hvilke behov hadde Kristin Ribe? Hva legger Kristin Ribe selv i begrepene håp og tillit? Hva slags hjelp og omsorg har Kristin Ribe fått? Hva ved den omsorgen Kristin Ribe har fått, virker å ha bidratt til opplevelser av håp og/eller tillit?

Basert på spørsmålene analyserte jeg teksten ved å finne meningstette enheter. Jeg trakk ut temaer og hovedtemaer i teksten. Dette er presentert i vedlagt analysetabell (vedlegg 1).

Jeg opplever det som relevant å se på omsorgen Ribe fikk for å kunne besvare problemstillingen. Kristin Ribe skriver mye i teksten om hva slags funksjoner og meninger hennes selvskading har hatt for henne, og jeg valgte i analysen også å inkludere noe av dette. Tanken bak er at hennes betraktninger rundt og forklaringer for hvorfor hun skadet seg selv, også kan uttrykke noe om hvilke behov hun hadde og hvordan hun trengte at disse ble møtt.

3.3 Svakheter ved metoden

Dalland (2007:88) skriver at forskerens erfaring med en metode virker inn på resultatet. Min svært begrensede erfaring med tekstanalyse som metode vil dermed være en svakhet ved denne oppgaven. Å ordne de kvalitative dataene kan i følge Dalland (2007:124) være vanskelig, noe jeg selv har erfart. Det er mulighet for at jeg i mine analyse og tolkning av teksten, og i de spørsmålene jeg stilte til teksten som den del av dette, har gått glipp av viktige data. Videre var det slik at jeg i forkant av analysen hadde bestemt meg for en problemstilling og dermed hvilke temaer jeg skulle være opptatt av. Analyse av teksten med en annen problemstilling vil antakelig avdekke andre og/eller flere temaer i teksten.

3.4 Etiske overveielser

Kristin Ribe har utgitt teksten under fullt navn. Hun er forfatter og har skrevet både artikler og bøker om egen historie. Anonymisering av materialet har jeg derfor ansett som unødvendig.

Imidlertid mener jeg at en så personlig tekst som denne, og forfatteren av den, skal behandles med stor respekt, og jeg har vært opptatt av å forsøke å få frem forfatterens stemme.

Underveis i arbeidet med oppgaven har jeg vært bevisst på å forsøke å skille klart mellom hva som er Kristin Ribe sine egne ord, beskrivelser og gjenfortellinger, og hva som er min tolkning av det hun skriver og forteller om. Jeg håper jeg har lykket med dette.

4 Funn

Som en innledning og et bakteppe for videre forståelse av tematikken og analysen har jeg valgt å starte kapittel 4 med noen innblikk i den smerten Kristin Ribe forteller om.

Deretter følger analysetabell med fremstilling av funn og videre en utdyping av funnene.

4.1 Innledning til funn

Kristin Ribe begynte å skade seg da hun var 23 år, og i forkant lå smerten der. Mye smerte.

”Høsten da jeg var 22 år hadde jeg det vondt. Svært vondt. [...] Jeg hadde 19 dager igjen å leve. Det var så *mye* ødelagt i meg [...]” (Ribe 2015:21).

Og vi får innblikk i smerten. Ribe gir tydelig uttrykk for å ha følt seg svært ensom.

Beretningen hennes vitner om en ekstrem opplevelse av et liv alene – og om savn og lengsel etter andre mennesker. I mangel av evnen til å kjenne og ordene til å beskrive hvordan hun har det, virker smerten å ha vært innestengt, lenge. Å skade seg selv er en heftig uttrykksform, men det er nå også nettopp det – uttrykk, i motsetning til å holde alt inne, for seg selv. Slik jeg tolker Ribe var det å skade seg selv et forsøk på å gjøre noe med noe som kjentes for vondt, uutholdelig, slik Mehlum (jfr. 2.1.5) skriver at selvskading nettopp kan fungere.

4.2 Funn

Funnene er presentert i en egen analysetabell. Denne er lagt som vedlegg, se vedlegg 1.

4.3 Utdyping av funn

4.3.1 Selvskadingens funksjon

Slik jeg oppfatter teksten ble den selvskadingen Kristin Ribe bedrev, en slags livreddende handling – den slapp noe ut, lindret noe, den gav en annen smerte og skjøv følelser unna.

Dette er selvskadingens følelsesregulerende funksjon. Videre lå det i synligheten dens muligheten for at noen skulle se og hjelpe. Det handlet om å gjøre noe med følelsene, *slippe ut et trykk*, og det handlet om å *kommunisere noe til noen*. Gjennom uttrykket har det vonde fått en form for synlig utløp, ensomheten har fått en slags måte å dele sin eksistens på og

Kristin Ribe har underveis, som en slags konsekvens av handlingene, gradvis sluppet andre mennesker inn.

Selvskadingen kan, slik jeg oppfatter Ribe, sies å ha hatt en form for smertelindrende funksjon for henne ved at den på et vis tvang frem noe annet enn ensomheten.

Alvorlighetsgraden i det hun gjorde var slik at andre måtte gripe inn. Videre forstår jeg det som at hun egentlig ønsket hjelp av andre, selv om det også her lå betydelig ambivalens. Og så var det ikke gjort over natten; å slippe andre mennesker mer og mer inn, tok tid, men var like fullt bevegelse på en vei bort fra det vonde, og mot å kunne dele med noen. Videre har kuttingen gitt andre mulighet til å *se* smerten hennes, og dermed mulighet til å hjelpe, til å *ta del, sammen med henne*, i det vonde.

4.3.2 Omsorg

Videre er omsorg et sentralt tema i teksten, noe som særlig kommer til uttrykk i Ribes beskrivelser av behovet for trøst. Hun trengte tydelig noe annet enn hva som hadde vært, eller rettere – ikke vært; det som i ensomheten hadde manglet. Sett i lys av nettopp den ensomheten Ribe beretter om, og med tanke på hvordan hun vektlegger andre mennesker i teksten sin, fremstår andres inngripen og tilstedeværelse som noe helt livsnødvendig, som en absolutt forutsetning for endring og bedring. *De andre* står som ensomhetens motstykke og som noe svært annet enn hva livet hennes tidligere virker å ha vært. Av hjelperne sine kunne Ribe få noe av det hun hadde savnet, noe av det hun trengte for at det selvskadingen var og gjorde for henne, ikke lenger behøvde å ha plass i livet hennes. Hun trengte andre, og hun ønsket andre, og så var det også vanskelig.

Omsorg handlet også mye om å kunne være noe annet enn den sterke som må klare seg selv. Det handlet om å ha et sted å kunne få trygghet og beskyttelse, å kunne få pause og hvile fra det livet hun levde utenfor avdelingen, og ikke minst om å få noe godt fra andre, i form av gode setninger, i form av bekreftelser på smerten. Det handlet om å bli sett og kjent av noen, slik som av primærkontakten på Østmarka.

Vi har sett hvordan selvskadingen, i all sin destruktive natur, hadde funksjoner for Kristin Ribe, hvordan det på flere vis var noe hun trengte. Samtidig virker handlingene å være muliggjort av en manglende opplevelse av egen verdi, av manglende evne til selvmedfølelse

og til å oppleve seg selv som noe verdt å ta vare på. Hjelpernes omsorg virker for Ribe å ha vært en vei inn til selvomsorgen, til muligheten for en opplevelse av seg selv som en hun heller ønsket å beskytte.

4.3.3 Tillit

På vei til en endring mot noe annet, mot noe mer enn overlevelse for Kristin Ribe, står *tillit til andre mennesker* som en slags forutsetning, som en første byggestein. Hun hadde klart seg selv gjennom livet og tenkte ikke uten videre at hun ikke også skulle fikse resten. Det var en skam over å trenge noe, noen, og samtidig en grundig, erfaringsbasert tvil på om det var trygt å stole på andre mennesker, på om de ville kunne hjelpe. I lengselen etter menneskene var det samtidig langt fra selvfølgelig å skulle slippe andre inn, å la andre få hjelpe henne. Til det var de dårlige eller vonde relasjonelle erfaringene for mange, eller for sterke, slik jeg forstår henne.

I teksten vises en bevegelse, ofte skjør, ”og sånn gikk tilliten på og av” (2015:32), men stadig i retning av større tiltro, av fornyet evne til å ta imot. Hun forteller om faste hjelpere som var der over tid og som gav henne tid, som holdt ut tausheten, tålte symptomene, som oppfordret henne til å be om hjelp heller enn å bli i ensomheten, som tok henne i mot når hun kom. Der hun ubevisst testet dem for å se hvor lenge de holdt, lot de seg ikke avvise.

4.3.4 Håp

Kristin Ribe ga aldri helt opp, hun tok aldri sitt eget liv. Av teksten er det tydelig at selvskadingen tidvis var så alvorlig at overlevelse ikke var noen selvfølge. Samtidig har jeg tidligere vist hvordan det at hun skadet seg selv kan virke som et forsøk på overlevelse, og kanskje er det håpet vi da ser; hun trengte selvskadingen for å holde ut i påvente av noe bedre, noe mindre vondt.

Andre mennesker har hjulpet henne med å bære håpet, med å gi henne håp, gjennom tid og innsats og deres tro på at det kunne bli bedre; ”Men psykologen hjalp meg fram til et håp, han mente bestemt at smerten en gang kunne bli mindre enerådende” (2015:50).

Tilliten hun med tiden fikk til hjelperne sine virker å ha gitt en trygghet og visshet om hjelp ved behov som muliggjorde opplevelsen av livet som noe det går an å stå i og utforske videre.

Videre virker håpet å ha sammenheng med glimtene av *liv*, de gode opplevelsene og gradvise erkjennelser av at livet også har mye fint å by på. Hun forteller om oppdagelser; å oppdage at det fantes ting hun likte å holde på med, å oppdage at det var mer innhold i henne som menneske enn hva hun visste om. Hun ble utfordret og oppfordret til livet der ute, utenfor avdelingen. Selvmordets fravær og den dødsangsten hun forteller om kan, midt i alt det destruktive, vitne om livslust, og det virker å ha vært av avgjørende betydning at dette ble sett og møtt.

5 Drøfting

5.1 Å forsøke å forstå selvskadingen

Selvskading er et fenomen det er knyttet ulike myter til. En vanlig myte er i følge Sommerfeldt og Skårderud (2009:757) og Mehlum (2015:14) at det handler om å få oppmerksomhet. Sannheten er at selvskading er mye mer komplekst, og i all hovedsak handler det om regulering av følelser, slik vi så i kapittel 2. Videre kan atferden ha et kommuniserende aspekt, slik Ribe forteller at selvskadingen hennes har hatt, og som Skårderud og Sommerfeldt (2009:757) skriver om i det følgende:

”Men i visse sammenhenger er det både relevant og nyttig å se hvordan den selvskadende kan rette søkelyset mot seg selv for å få de andre til å reagere. Det kan handle om et ønske om omsorg, et ønske om å provosere eller skremme, eller det kan være en anklage til omgivelsene. De konkrete sårene sier klart ifra om at *noe er skadet*.”

Travelbee (1999:140) skriver at det er grunnleggende at sykepleier, for å kunne hjelpe en person som er syk, opplever og responderer på det unike ved denne personen. Myter som overnevnte, samt det faktum at selvskading gjennom flere år ofte har vært sett i sammenheng med diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Øverland 2006:206), som også er en diagnose det kan knyttes forhåndsoppfatninger til (Hummelvoll 2012:281), gjør det naturlig å tenke at det vil kunne trenge en ekstra bevissthet hos sykepleier for å klare å se det enkelte mennesket, og mennesket bak symptomet, når det gjelder selvskading.

Lindgren, Wilstrand, Gilje og Olofsson gjorde i 2005 en studie hvor målet var å beskrive hvordan pasienter med selvskadingsproblematikk opplever den hjelpen de får, og hva slags hjelp de ønsker. De fant at det var viktig for pasientene at hjelperne deres evnet å se forbi symptomene – at de så den emosjonelle smerten deres og videre menneskeligheten og det unike ved hver enkelt. Videre var hjelpernes kunnskap om selvskading viktig, og da ikke kun generell faglig kunnskap, men at de kjente til hver enkelt sine personlige årsaker og følelser rundt selvskadingen.

Kristin Ribe skriver tydelig om hvordan selvskadingen for henne har fungert som en måte å be om hjelp på, få andre mennesker inn i livet på. ”Man burde bli feira for å komme på legevakta og be om hjelp, det er/kan være et første skritt på veien mot noe annet”, skriver hun (2015:123). Med dette sier Ribe noe om betydningen av hvordan man evner og/eller velger å

tolke eller forstå pasientens atferd og symptomer, og om nødvendigheten av en vilje hos sykepleier til å søke kunnskap og forståelse, både om selvskading som fenomen og om selvskadingens funksjoner og meninger for den enkelte. Å se selvskadingen som noe utelukkende destruktivt kan være uhensiktsmessig nettopp fordi den også handler om overlevelse. Den uttrykker behov, slik som et behov for hjelp, og den kan, i mangel av alternativer, oppleves å dekke behov, som et behov for trøst; den gir ”blodets trøst” (Ribe 2015:95). Grunnleggende virker det å være at det for sykepleier trenger å handle om, for å bruke Skårderud (2006:25) sine ord, ”å forstå at det også er et forsøk på en løsning.”

5.2 Omsorg og hjelp fra andre

Omsorg kan i følge Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010:86) beskrives som ”god samhandling som har kjennetegn av å springe ut av en grunnleggende forståelse av at vi mennesker er bundet sammen i avhengighet”, og ”den er alltid relasjonell”. Elementer i en slik omsorg vil kunne være nestekjærlighet, anerkjennelse, håp og forståelse for lidelse (Kirkevold 1998, i følge Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2010:86) Videre forstår vi gjerne omsorg som omtenksomhet, å bry seg om noen eller bekymre seg for noen (Eide og Eide 2011:32).

Vi har sett hvordan Kristin Ribe trengte *mennesker*. Hos psykologen og ved avdelingen ved Østmarka fant hun trygghet og hvile, og hun fikk samtaler og trøst. Hun forteller om hvordan det å få denne tiden inne, i beskyttende omgivelser, gav henne krefter til også å fokusere på livet der ute.

5.2.1 Å bli sett og kjent

Ribe understreker viktigheten av å ”*være kjent - for noen, hos noen*” (2015:63). Slik slipper hun å begynne på nytt hver gang, forklare, i møte med ukjente. Slik kan hjelperne hennes se endringer til det bedre og verre; også de små tegnene og de tegnene ordene ikke der og da finnes for.

Å kjenne et annet menneske er i følge Travelbee (1999:141) ”å oppleve og respondere på det unike ved dette mennesket”, noe som blant annet innebærer en evne til å ”oppfatte det mennesket som skjuler seg under merkelappen ”pasient”. Det er evnen til å ”se med friske

øyne” uten behov for å kategorisere, klassifisere, setter merkelappet eller sette i bås” (1999:140). En sykepleier som kjenner de hun har omsorg for som individer, vil i følge Travelbee (1999:141) være mye bedre i stand til å oppdage endringer i vedkommendes tilstand, ikke bare innlysende forandringer, men også mer subtile endringer som kan inntre. Å se forverring gir igjen gir muligheten til å gripe inn, handle, bidra til noe annet: ”Jeg hadde *mange* på avdelinga, men særlig Karen, som kunne avbryte meg i det vonde jeg var i akkurat da.” (2015:63).

5.2.2 Medfølelse og selvmedlidenhet

For Kristin Ribe var det godt at andre viste henne at de ble berørt, både av den indre smerten hennes og av hvordan hun behandlet seg selv. For henne ble andres medfølelse og medlidenhet en vei til den beskyttende selvmedlidenheten, til et gradvis sterkere ønske om å ta vare på seg selv.

”Det er ikke noe godt liv, å være selvskader, kutte i kroppen sin, brenne arr inn i kroppen sin. Og det er tilsvarende svært ubehagelig å bli pumpa. Og det er et vondt liv, å ligge aleine i en seng på somatisk overvåkning og spy 20 ganger på en natt. Men jeg hadde folk som syntes synd på meg. Som virkelig ville meg vel og som sa det.” (2015:120).

Travelbee (1999:200) skriver at sympati og medfølelse ”synes å være rettet mot formidling av omtanke og bekymring, sammen med en trang til å dempe årsaken til bekymringene.” Det handler om å kommunisere til vedkommende at han betyr noe for en, at man tenker på personen og ønsker å hjelpe.

At andre fikk vondt av Kristin Ribe, av det hun gjorde mot seg selv, vekket sakte en selvmedlidenhet hos henne. Jeg forstår selvmedlidenheten som å handle om en opplevelse av egen verdi, som ”seg selv” som noe som fortjener å bli tatt vare på. Det er bevegelse mot selvomsorgen. Sykepleiers uttrykk, gjennom ord og handling, for at man synes det er vondt å se hvordan den andre behandler seg selv, vil kunne gi vedkommende muligheten til gradvis selv å forstå at det er noe der, et menneske, å synes synd på og videre ønske å ta vare på heller enn å ødelegge. Jeg tolker henne som at andres medlidenhet oppleves som å bli sett, som at verdien hennes oppleves sett og bekreftet.

”Og kanskje er det mulig at selvmedlidenhet kan ta overhånd, bli passiviserende – kanskje. Men jeg tror ikke det er tilfellet for de fleste som skader seg selv. Selvmedlidenhet kan tvert imot føre til aktivitet, til at man går mot hjelpa som fins, men ikke minst: at man skal finne mening i å be om hjelp.” (2015:119).

Ribe har erfart og mener, slik jeg forstår henne, at det er viktig at selvskadingen ikke blir oversett. Imidlertid vil det være sentralt med en bevissthet hos sykepleier rundt når og hvordan man formidler omsorg og medfølelse overfor pasienten. Mehlum (2015:71) skriver at mennesker som skader seg selv ”kan komme til å ”lære” i sitt samspill med helsepersonell at det kun er når de selvskader, at behandlerne reagerer, strekker seg og gjør noe aktivt for å hjelpe”. Travelbee (1999:200) skriver at en sykepleier har medfølelse ”så lenge årsaken er til stede. Medfølelse er derfor ikke en permanent og alltid aktivert holdning – den er forbigående og skiftende i fokus og objekt”. Det vil være viktig at sykepleier sin formidling av omtanke og medfølelse overfor pasienten ikke er noe som gjøres kun i forbindelse med selvskadingsepisoder. Sykepleier må ha kunnskap om og huske på at det ikke primært er selvskadingen som er årsaken til at pasienten har det vondt; det er noe annet som ligger bak, slik vi har sett både i kapittel 2 og slik Kristin Ribe forteller om. Behovet for omsorg vil være der like fullt når pasienten klarer å la være å selvskade. Videre vil det være av betydning å forsøke å unngå de ”læringseffekter” Mehlum skriver om, siden resultatet ellers kan bli mer selvskading. Vi kan tenke oss at pasienten ellers kan påføres en opplevelse av ikke å være verdt å bli tatt vare på i kraft av den hun er uten selvskadingen.

5.2.3 Betydningen av trygghet

Etter to år med innleggelse og utskrivelse fikk Kristin Ribe åpen retur til Østmarka (2015:59), med det forbehold at hun ikke var der hele tiden. Mehlum (2015:70) skriver at innleggelse i avdeling kan gi pusterom fra det vonde, fra fare, konflikter og belastninger. Samtidig peker han på at det her ligger en utfordring, at ”sykehuset kan bli *for mye* av et tilfluktssted, mens det virkelige livet og utfordringene ligger utenfor sykehuset” (ibid.), og at det er mulig at enkelte vil kunne miste troen på egne evner til å løse problemer uten støtte fra sykehusmiljøet.

I lys av Kristin Ribe sin historie med å klare seg selv, tilsynelatende uten tillitsfulle relasjoner til andre mennesker, kan det være nyttig å se på hvordan behovet hennes for å oppleve

trygghet muligens var til stede i stor grad. Én form for trygghet virker å ha vært knyttet til hjelperne hennes og den tilknytningen og tilliten hun etter hvert fikk til dem. Videre virker avdelingen å ha representert en trygghet gjennom at det der fantes mennesker som så henne og kjente henne. Her kunne hun få hjelp til å dekke behov hun tidligere, i tilsynelatende fortvilelse, i ensomhet og med selvskading, hadde forsøkt enten å skyve unna eller å imøtekomme slik hun kunne. ”Jeg har trengt et trygt sted [...]. Der jeg sammen med andre mennesker kan få trøst. Ikke blodets trøst, men samtalens trøst.” (2015:95). Hun kunne jobbe med å bli bedre kjent med seg selv sammen med andre, utforske seg selv, og samtidig utforske verden omkring.

Med tanke på det Mehlum skriver om for mye av et tilfluktssted, vil være behov for en balansegang. Dette skriver også Ribe om: Hun trengte et sted hun fikk være svak, bli tatt vare på, samtidig med at hun hadde behov for at hjelperne hennes styrket det friske i henne. Hun trengte å bli utfordret, å bli pushet videre. Og hun trengte å jobbe med noen av de utfordringene som kunne møte henne utenfor. Sammen med primærpsykepleieren jobbet hun blant annet med relasjoner, med egne opplevelser av verdiløshet. Hun fikk konkrete setninger hun kunne bruke i møte med andre mennesker, hun fikk andres perspektiver og innspill til eksempelvis en mindre rigid holdning til seg selv og til livet (jfr. analysetabell).

Under oppholdene på avdelingen virker fokuset også å ha ligget på *utenfor*, og slik bidratt til en trygghet knyttet til å leve der ute. Hun fikk konkrete verktøy og, slik jeg forstår det, en visshet om at vanskeligheter hun traff på der ute, kunne bringes tilbake og jobbes med sammen med andre mennesker, i motsetning til å måtte holde ut i ensomhet.

5.3 Å skape tillit

Som så vidt nevnt i teoridelen, og tydelig fortalt om i Ribe sin tekst, står tillit sentralt når det gjelder å hjelpe et menneske som skader seg selv. Travelbee (1999:120) definerer tillit som ”den trygge troen på at andre mennesker er i stand til å yte hjelp i nødens stund, og at det er sannsynlig at de vil gjøre det”. Videre skriver Travelbee at mennesker som tidligere har bedt om hjelp, og som da er blitt avvist eller oversett, kan miste tilliten til andre og dermed basere seg kun på egne krefter. Øverland (2006:130) påpeker at man i møte med mennesker som har med seg dårlige relasjonserfaringer, noe som vil gjelde for mange som skader seg selv (jfr.

kapittel. 2.1.5), har et dårligere utgangspunkt for etablering av tillit, og at man som hjelper må vise seg annerledes enn det som har vært, ”jeg er annerledes enn de som har lurt deg før. Stol på meg”.

5.3.1 Å vise seg annerledes

Nettopp dette sier Ribe noe om; behovet for at psykologen hennes skulle bevise at han var annerledes enn alt som hadde vært før (jfr. analysetabell). Hun trengte nye erfaringer.

I følge Hupcey, Penrod, Morse og Mitcham (2001:290) vil en prosess av å få tillit til andre, innebære testing av de andres troverdighet. Kristin Ribe skriver at hun muligens satte hjelperne sine på en ”ubevisst prøve”, eksempelvis når hun kuttet seg heller enn å dra tilbake til avdelingen (2015:61). Å skyve dem unna var en måte for henne å finne ut på om de valgte å bli, eller om de lot seg avvise. Det virker som om hjelperne hennes forstod dette, hva hun drev med, og hvor viktig det var med tydelighet på noe annet; på at forventningene hun hadde med seg fra tidligere om ensomheten og ”klar deg sjøl” ikke lenger var gyldige.

Øverland (2006:130) skriver at det blir hjelperens oppgave ”[på en eller annen måte] å erstatte tidligere negative erfaringer med et håp om at det denne gangen blir annerledes”. Øverland (2006:129) skriver også at det er viktig at hjelpere, når de opplever at pasientene utsetter dem for avvising eller press for å teste dem, prøver å la være å reagere med sinne eller motangrep.

Travelbee (1999:198) skriver om den ikke-dømmende holdningen, en holdning ”som en bestemt måte å oppfatte andre mennesker på, nærmere bestemt at en ikke stiller seg bebreidende eller fordømmende”. I følge henne er denne holdningen en myte, ”for alle mennesker har en tendens til å bedømme andres atferd” (ibid). Det viktige er i følge Travelbee at sykepleieren går inn for å bli bevisst de ”dommene” hun feller om den som er syk og hva hun skal gjøre med dette. Dersom det ikke er mulig å endre ”dommen”, grunnet ubevisste faktorer hos sykepleier, bør hun gjøre en innsats for at den negative vurderingen i minst mulig grad skal virke inn på omsorgen (ibid.). Vi kan tenke oss at dette eksempelvis kan handle om å søke støtte og veiledning hos kolleger.

Eksempelet over om Ribes atferd av ”testing” viser hvor viktig det er at sykepleier har som utgangspunkt at hun vi skal hjelpe, ikke er ute etter å manipulere og ikke egentlig ønsker å

avvise hjelpen og hjelperne. Igjen handler det om behov, som behovet for bekreftelse på at andre er der, på at hjelperne ikke er som de som tidligere har sviktet. Muligens kan kunnskap om selvskading generelt, samt det å kjenne den enkelte man skal hjelpe, vil kunne bidra til forståelse for, og dermed mer konstruktiv handling i møte med en atferd av testing.

5.3.2 Tid

En faktor som virker å ha vært av stor betydning i prosessen med å bygge tillit, var å *få tid*. Tid i form av *langvarig* behandling og hjelp; i form av å *bli satt av tid til*, til faste tidspunkt og på tross av endringer rundt; i form av å *være velkommen* når hun selv kjente behov for eksempelvis en innleggelse.

Det er et faktum at en sykepleier ikke *alltid* har tid. Pasienten kan trenge sykepleieren akkurat når hun er opptatt, eller det kan oppstå uforutsette ting. Det vil fra sykepleiers side være viktig med tydelighet på egen tid og respekt for den andres tid. Gjennom avtaler kan vi skape forutsigbarhet og vi viser at vi ser den andre. Ribe skriver (2015:93): ”Men de *kunne* gi meg avtaler. ”Det er travelt nå, men jeg skal komme til deg om en time.”” Og videre (2015:65): ”Eller: ”Når passe det for dæ å kom neste gang?” Noe som gir meg en følelse av at min tid, og dermed jeg, som menneske, blir tatt på alvor.”

Sykepleieren bør, spesielt i en fase der tilliten bygges, være nøye med å holde avtaler, og, om hun blir forsinket, få gitt beskjed. Slik viser vi også at vi har sett den som venter på oss, at fraværet vårt ikke signaliserer den andres ubetydelighet. For tilliten kan være ekstremt skjør: ”I dagboka skreiv jeg: I går kom han 10 minutter for seint. Vanskelig da, å tro at han bryr seg om meg.” Så små marginer kan det være i følelse av tillit eller ikke.” (Ribe 2015:31).

5.3.3 Støtte og utfordring

I følge Mehlum (2015:42) kan det på veien til å etablere en tillitsrelasjon, være nyttig ”å søke å balansere støtte og aksept *samtidig* med å utfordre. Og da mener vi virkelig samtidig, gjerne i samme åndedrag eller samme setning”. Behovet for ”samtidighet” begrunner han med at personer som skader seg selv og som har betydelige vanskeligheter med å regulere følelser, tanker og handlinger, ofte vil være mer tilbøyelige enn andre til å oppfatte det kommunikasjonen måtte inneholde av kritikk eller krav, og reagere negativt på dette. Han gir

(2015:242) et eksempel på en setning hvor man uttrykker både støtte, aksept og utfordring: ”Ut fra det du forteller om hva du har opplevd, er det ikke så rart at du har sterke reaksjoner, men selvskadingen ødelegger livet ditt, så du må slutte med den, og jeg skal hjelpe deg.”

Ribe skriver ikke om nøyaktig dette. Derimot skriver hun om hvordan psykologen hennes stadig pushet henne i behandlingen, samtidig, slik jeg forstår teksten, med å være støttende.

Om utfordring:

”Og så var det jobben hans ikke å akseptere, å ikke se seg fornøyd med stagnasjonen i utviklinga av meg, men å stadig, stadig pushe meg ut i det ukjente. Pushe evnen til å ordlegge, gråte, være sinna. Og pushe med hensyn til jobb og det å skaffe seg et mestrende liv.” (2015:32).

Om støtte og aksept: ”Han ga meg aldri pauser, men han ga meg masse, masse trøst.” (2015:31). Ribe skriver at en type trøst psykologen gav henne, lå i at han aldri sa eller hintet om at hun var svak. Der hun forventet å få beskjed om å ”burde tåle”, ga han henne noe helt annet: ”Det er trist, at du må ha det sånn. Det er det som er så fortvilende, at du aldri hadde et sånt rom. Jammen har du vært langt nede.” (2015:33).

I behandlingen var det altså både utfordring og støtte og aksept. Jeg tolker teksten som at Kristin Ribe holdt ut å bli utfordret og pushet fordi hun også opplevde at psykologen ønsket å forstå, og etter hvert forstod, smerten hennes, forstod at det var mye hun aldri hadde fått og nå trengte å få. Ribe skriver (2015:65) at ”sykepleiernes medmenneskelighet” kanskje var spesielt viktig da psykologens hennes ”var så streng”. Nøyaktig hva Ribe her legger i medmenneskelighet, vites ikke, men hun skriver om i det i forbindelse med at hun skriver om ”å være i en annens tanke”, å kunne le sammen med hjelperne, og at hun åpent kunne grine. Jeg tolker det Ribe skriver som at opplegget og menneskene hun hadde rundt seg bidro med bekræftelser og trøst, samtidig med at de hadde veien hennes videre og livet hennes utenfor, i fokus, og at hun gjennom dette og den omsorgen hun fikk, med tiden stadig mer kunne kjenne og stole på at hjelperne hennes ville henne vel.

5.4 Å skape håp

Håp er i følge Travelbee (1999:117)

”en mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå fram til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige”.

Det var tidvis svært lite av håpet hos Kristin Ribe; tilsynelatende akkurat nok til å avverge den endelige selvmordshandlingen. Jeg forstår Ribe som at hun hele veien, i seg selv, hadde håp om å bli hjulpet, håp om å overleve, og at det sakte ble noe mer, et håp om gode ting og aldri mer ensomheten slik hun kjente den.

Travelbee skriver (1999:124) at sykepleieren ”[ikke kan] ”gi” håp til andre, men hun kan gå inn for å legge til rette for at den syke skal kunne oppleve håp.”

5.4.1 Tillit og omsorg

Grunnleggende for håpet til Kristin Ribe virker å være bevegelsen bort fra ensomheten, mot andre mennesker. Mot å oppleve omsorg og trygghet (jfr. kapittel 5.2). Håp er i følge Travelbee (1999:120) nært knyttet til avhengighet av andre og til tillit; det er i en grad avhengig av vissheten om at man får hjelp fra andre når man behøver det. Slik jeg forstår det, er det dette aspektet ved håpet Hammer, Mogensen og Hall (2009) kaller håpets relasjonelle dimensjon (jfr. kapittel 2.2). Relasjonelt håp kan styrkes gjennom nære og bekreftende relasjoner til andre mennesker og gjennom å oppleve trygghet. Dette er temaer jeg har vært inne på i foregående kapitler. Å få hjelpernes tid, interesse og medfølelse bidro for Kristin Ribe til en følelse av å ha verdi, av å være verdt noe for andre. Det samme gjorde opplevelsen av å bli tålt, som da psykologen hennes tok henne med seg da han byttet jobb. ”Å tåle meg er å gi meg verdi.” (2015:36). Å kjenne at en har verdi kan igjen bidra til opplevelse av håp (Hammer, Mogensen og Hall 2009).

5.4.2 Sykepleiers håp

Avdelingen ga Kristin Ribe håp, fordi det var mennesker der hun etter hvert fikk tillit til at var der for henne, mennesker som understreket sin tro på at det var mulig for henne å få det bedre, sin tro på at de virkelig kunne hjelpe henne (jfr. analysetabell), og de ga henne ikke opp;

snarere ba de henne om å komme igjen, og igjen. De var der når hun trengte dem. Det synes som om hjelpernes håp for Ribe tydelig ble kommunisert til henne og gradvis ”smittet over” til henne i tilliten hun fikk til dem. Kristin Ribe var alvorlig syk i mange år og hadde ved flere anledninger vært nær å miste livet. Vi kan tenke oss at det i arbeid med pasienter som Ribe vil kunne være vanskelig for hjelpere å beholde troen på og håpet om bedring. Travelbee (1999:223) skriver at ”en generell aura av hjelpeløshet og håpløshet” vil kunne gjennomsyre hjelperes holdninger og gjerne bli kommunisert til pasienten. Dette vil videre kunne ødelegge relasjonen mellom hjelper og pasient og føre til sterk fortvilelse hos pasienten. At sykepleier heller enn å gi opp, bærer og tydelig formidler håpet for pasienten vil være svært viktig, slik vi ser det var for Ribe. ”Men psykologen hjalp meg fram til et håp, han mente bestemt at smerten en gang kunne bli mindre enerådende.” (2015:50).

5.4.3 Å se det friske

Kristin Ribe skriver om hvordan hun trengte at hjelperne hennes så og tok tak i det friske i henne, det i henne som ville leve. I tillegg til å jobbe med å møte utfordringer (jfr. kapittel 5.2.3), brukte de mye tid sammen med henne på å finne frem til noe hun likte å holde på med, noe hun hadde lyst til å gjøre, ting som kunne gi henne pause fra smerten (2015:127), og ”ikke minst, der jeg kunne se, føle, hva et mestrende liv kan være. At det å være i live *også* kan være fint” (2015:127). En viktig sykepleieoppgave vil kunne være å bidra til at personen også får mulighet til å oppleve de gode tingene livet kan ha å by på. De gode opplevelsene kan bli motvekt til alt det vonde, samtidig som å ha noe gjøre kan bidra til der og da å unngå, utsette, kuttingen.

”Poenget for hjelpere, tror jeg, blir å foreslå, foreslå og foreslå, finne fram til den eller de tingene som er så viktig for den enkelte at de virkelig gjør alt de kan for å kunne gjennomføre det.” (2015:130).

Å bidra til de gode opplevelsene vil kunne innebære at man må være konkret og tydelig, noe som illustreres her:

”Kinofilmer går mange dager, og kanskje kunne jeg bare kutte nå, og heller gå på den filmen i morgen. Men da hjalp de meg: ”Lag en avtale med en av vennene dine. [...] Og hvis du da kutter deg, og så ikke dukker opp, kan du miste henne som venn.” Og det var en logikk jeg godt så sannhetsinnholdet i. Så jeg lagde avtaler, kuttet meg ikke rett før og fikk gode opplevelser.” (2015:128).

Gjennom tryggheten hun fikk av hjelperne sine, og arbeidet deres med å få henne til å prøve nye ting, fikk hun muligheten til å utforske, til å gjøre seg erfaringer som ble noe sterkere enn selvskadingen, noe hun ønsket seg mer, og mer av. Håp handler som vi har sett om et ønske om å nå frem til et mål, kombinert med en grad av forventning om at det man ønsker, er mulig, oppnåelig. Jeg forstår teksten som at Kristin Ribe gradvis fikk flere og flere slike erfaringer, gode opplevelser, og med det gradvis større tro på at dette gode også var noe livet hennes kunne inneholde, fylles mer av. Og videre, at det faktisk var noe hun var i stand til å ta del i.

5.4.4 Betydningen av valg

I følge Travelbee er håp relatert til valg (jfr. kapittel 2.4). Hun skriver at det å ha valgmuligheter i en vanskelig situasjon, sannsynligvis i større grad enn noen annen enkeltfaktor bidrar til opplevelse av frihet og autonomi, og at valgmulighetene, også om de ikke er særlig tiltalende, et stykke på vei kan skape følelse av kontroll (1999:119). Selv om det lå enkelte begrensninger i opplegget med åpen retur på Østmarka, slik som at hun kunne være der et visst antall dager per gang, hadde Ribe likevel valg – hun kunne velge å reise til avdelingen når hun kjente hun trengte det, hun hadde et alternativ til å være alene. Ribe (2015:59) beskriver hvordan muligheten for å komme ved behov, gjorde at hun turte å prøve seg mer og oppnå flere ting der ute enn dersom hun ikke hadde hatt det hun kaller retrettmuligheten; muligheten til å komme inn og få trøst og hvile noen dager, for så å prøve igjen. For Ribe var det lenge svært vanskelig å be om hjelp, det var vanskelig å ta plass. Her vil det, slik det var for Ribe (jfr. analysetabell) være viktig fra sykepleier sin side å være tydelig på mulighetene, på at det er greit å komme, på at man mye heller ønsker at pasienten kommer tilbake enn at vedkommende skader seg.

Relatert til å ha valg er også det faktum at man kan trenge hjelp til å ta gode eller hensiktsmessige valg. Kristin Ribe motsatte seg ved flere anledninger hjelp. Skammen stod tidvis i veien og hun trengte andres tydelighet, at hjelperne tok valget for henne.

”Jeg trengte sånn at noen hadde like sterk vilje som mine ”nei, nei, nei”. [...] Til å si ”vi skal ta vare på deg, vi skal ta vare på deg, vi skal ta vare på deg”. [...] Men i dette trengte jeg også, at noen tok meg litt ut av skammen, skammen for å trenge hjelp. Satte en strek over skammen: ”Jeg vil at du skal dra på Østmarka i dag.”” (2015:76).

Temaet ”valg” i tilknytning til selvskadingsproblematikk er stort og komplekst, og kan i det ytterste handle om spennet mellom frivillighet og tvang. Poenget er å understreke at det at en pasient kan velge mellom alternativer, krever av sykepleiere at vi ser de mulige hindringene pasienten opplever og at pasienten i noen situasjoner vil kunne trenge hjelp til å ta ivaretagende valg. Å oppleve at andre bidrar til hjelp når man ønsker denne, men ikke på egenhånd greier å ta imot, vil kunne styrke tilliten til at andre griper inn når egne ressurser ikke strekker til.

6 Avslutning

Jeg har i denne oppgaven forsøkt å belyse hvordan sykepleier i møte med mennesker som skader seg selv, kan bidra til å skape håp og tillit. Håp og tillit er i seg selv store og mangefasetterte fenomener og begreper. Oppgaven tar langt fra for seg alle aspekter det ville være relevant å se på dersom hensikten var en fullstendig forståelse, så langt dette er mulig, av hvordan håp og tillit kan skapes i relasjoner med personer med selvskadingsproblematikk. Besvarelse av problemstillingen tar videre utgangspunkt i en tekst skrevet av én person, og andre mennesker med liknende problematikk vil naturlig nok kunne ha andre behov.

Imidlertid er min oppfatning, med grunnlag i teorien og de faglige perspektivene jeg har satt meg inn i og presentert, at mye av det som har vært av betydning for Kristin Ribe, også vil være av betydning for andre med selvskadingsproblematikk, og at oppgaven dermed belyser noen faktorer som generelt vil være viktig i dette arbeidet. Sykepleier kan bidra til å skape tillit gjennom å vise at hun annerledes enn de pasienten tidligere er blitt sviktet av, ved å gi tid og gjennom å balansere og formidle tydelig støtte, aksept og utfordring. Sykepleier kan bidra til å skape håp gjennom omsorgen hun gir og tilliten som bygges, gjennom å håpe for pasienten og formidle håpet, gjennom å se og bygge på det friske ved pasienten samt gjennom å bidra til at pasienten opplever å ha valg.

Til slutt et siste sitat, hentet fra tekstens avsluttende kapittel (2015:149). Jeg opplever følgende linjer som en sterk skildring av den verdien andre mennesker og deres tilstedeværelse og inngripen i livet hennes, har hatt.

”Og jeg svarer: ”Mest leve.” Jeg veit jeg betyr noe for noen. Jeg vil tenke, til mine hjelpere: ”Karen, ’Gode 1’ og ’Gode 2’, de betyr noe for meg. Og etter alt de har gjort for meg, vil jeg ikke gjøre det til ingenting, ved å dø. Det skal være verdt noe, alt de har vært og er for meg.””

Litteraturliste

Bell, L. og Duffy, A. (2009). A concept analysis of nurse-patient trust. *British Journal of Nursing*, 18 (1), 46-51. Hentet fra Cinahl. (lest 11.august 2015).

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

De nasjonale forskningsetiske komiteene (15.januar 2010). Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder – likheter og forskjeller. URL: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/medisin-og-helse/kvalitativ-forskning/1-kvalitative-og-kvantitative-forskningsmetoder--likheter-og-forskjeller/> (lest 01.august 2015).

Eide, H. og Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning og etikk*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fangen, K. (17. juni 2015). Kvalitativ metode. *De nasjonale forskningsetiske komiteene*. URL: <https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvalitativ-metode/> (lest 02.august 2015).

Favazza, A. (2011). *Bodies under siege. Self-mutilation, Nonsuicidal Self-injury, and Body Modification in Culture and Psychiatry*. 3.utg. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Frederiksen, K. og Beedholm, K. (2012). Analyse af forskellige former for tekstmateriale. I: S. Glasdam (red.). *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. København: Dansk sygeplejeråd og Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, s.71-82.

Glasdam, S. (2012). Indledning: At komme i gang med et sundhedsfagligt (professions) bachelorprojekt. I: S. Glasdam (red.). *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. København: Dansk sygeplejeråd og Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, s.17-23.

Hammer, K., Mogensen, O. og Hall, E.O.C. (2009). The meaning of hope in nursing research: a meta-synthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 549-557. Hentet fra Cinahl. (lest 18.august 2015).

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. 7.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hupcey, J.E., Penrod, J., Morse, J.M. og Mitcham, C. (2001). An exploration and advancement of the concept of trust. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (2), 282-293. Hentet fra Cinahl. (lest 10.august 2015).

Kristoffersen, N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt og E.-A. Skaug (red). *Grunnleggende sykepleie, bind 4*. Oslo: Gyldendal akademisk, s.13-99.

Lindgren, B.-M., Wilstrand, C., Gilje, F. og Olofsson, B. (2004). Struggling for hopefulness: a qualitative study of Swedish women who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, 284–291. Hentet fra Cinahl. (lest 10.mai 2015).

Long, M., Manktelow, R. og Tracey, A. (2013). We are all in this together: working towards a holistic understanding of self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 105-113. Hentet fra Cinahl. (lest 13.juni 2015).

McAllister, M. (2003). Multiple meanings of self-harm: A critical review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 177-185. Hentet fra Cinahl. (lest 12.juli 2015).

Nock, M.K. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-363.
URL: <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
(lest 14.juli 2015).

Ribe, K. og Mehlum, L. (2015). *Ut av selvskading. Veier til forståelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Skårderud, F. (2006). Skrift i hud. *rus & avhengighet*, 3, 24-27.

URL: http://www.idunn.no/file/ci/2913019/Skrift_i_hud.pdf (lest 15.juli 2015).

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. og Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Skårderud, F. og Sommerfeldt, B. (2013). *Miljøterapi*. *Mentalisering som holdning og handling (MBT-M)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sommerfeldt, B. og Skårderud, F. (2009). Hva er selvskading? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129 (8), 754-758. URL: <http://tidsskriftet.no/article/1823575> (lest 18.juni 2015).

Thorsen, G.-R. B. (2006). Selvskading og selvmord... ingen selvfølge. *Suicidologi*, 11 (1), 5-9. URL: <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/tidsskrift/2006/nr1/Bloch-Thorsen.pdf> (lest 11.juli 2015).

Torgersen, T., Løvås, E. og Tofte, T. (2007). Korte, planlagte innleggelse ved villet egenskade. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127 (11), 1521-1523.

URL: <http://tidsskriftet.no/article/1545068/> (lest 10.juli 2015).

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2013). Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

URL: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

(lest 10.juli 2015).

Øverland, S. (2006). *Selvskading. En praktisk tilnærming*. Bergen: Fagbokforlaget.

Bildet på forsiden er brukt med fotografens tillatelse.

Vedlegg 1

Funn - Analysetabell

Meningstette enheter	Tema	Hovedtema
"Kuttene mine var noe annet enn å være ensom, noe annet enn å være "selvgående". De var et uttrykk for endring i meg: "Klar deg sjøl" hadde blitt til "Kom hit, jeg trenger dere, jeg trenger hjelp." (2015:123).	Ønske om hjelp Kommunikasjon	Hjelp fra andre Selvskadingens funksjon
"Hvordan er det mulig å tro at litt trøst og bekymring på mine vegne er skadelig for meg? Hvordan er det mulig å se på det som noe negativt at jeg føler jeg har blitt sett? Det er jo nettopp, sånn jeg tenker nå, det høyeste man kan trakte etter i livet, i alt liv. Man burde bli feira for å komme på legevakta og be om hjelp, det er/kan være et første skritt på veien mot noe annet." (2015:123).	Ønske om hjelp	Hjelp fra andre Omsorg
"Så jeg kutta meg og kutta meg og kutta meg – for i alle fall å kunne vise noe, for i alle fall å formidle noe: "Se, så skada jeg er." (2015:97).	Kommunikasjon	Selvskadingens funksjon
"På mange måter er selvskading ekstremt retta mot andre: "Se. Vær så snill og hjelp meg, jeg har det vondt." Nesten som et lite barn som strekker armene i været for å bli løfta, bli holdt." (2015:27)	Kommunikasjon	Selvskadingens funksjon
"Unektelig er det, for selvskadere, et trykk som er uutholdelig. Det er noe som er vondt, noe som er virkelig vondt. [...] Det er nødvendig å gi det innvendige trykket alle mulige former for lekkasje. En hermetikkboks på en varm kokeplate eksploderer. Men med hull i boksen går det bedre." (2015:97).	Følelsesregulering Indre smerte	Selvskadingens funksjon
"I nesten to år var jeg veldig taus. Men så fikk jeg en tillit, først ved tilfelle etter tre måneder, så veldig mye mer etter halvannet år til. Og jeg tenker, at i denne tida, da var det psykologen som venta på meg." (2015:23).	Tid	Tillit

<p>”Men så tenker jeg, nå, i dag, hvor ekstremt viktig akkurat det var i livet mitt, at han heller ville ha mine ord. Så <i>selv om</i> Dostojevskij og Hamsun har sagt lure ting, ville han ha meg, <i>uansett</i> om det kunne ta lang tid.” (2015:27).</p>	<p>Tid Rom</p>	<p>Tillit</p>
<p>”Aller først trengte jeg evnen til å stole på andre mennesker. Jeg trengte tid på igjen å i det hele tatt ville mennesker.” (2015:45)</p>	<p>Å stole på Mistillit</p>	<p>Tillit</p>
<p>”[...] det tok så mange år å snu mistillit til mennesker. Til å kunne ta inn empati, til å forvente verden som god, mennesker som gode.” (2015:22)</p>	<p>Mistillit Forventninger</p>	<p>Tillit</p>
<p>”Og kanskje var det en slags ”ubevisst prøve” jeg satte dem på. Jeg skjøv den fra meg for å se om relasjonen likevel holdt. Og kanskje kunne jeg i én betydning av ordene ”framprovosere avvisning”. Kanskje var det nesten sånn, at jeg var så sliten at jeg nærmest ville at de skulle gi meg opp, la meg få dø uten mer innblanding. Men det gikk ikke. Uten at de brukte ordet ”framprovosere”, så da de: ”Du kan ikke avvise oss. Vi kommer alltid til å være her, og du kan få komme.” (2015:61).</p>	<p>Å teste Avvisning Å bli tålt</p>	<p>Tillit</p>
<p>”Men mine hjelpere ga meg den tida, ga meg tid og trøst, ga meg ord som jeg kunne bruke, som dekket det jeg ville si.” (2015:28)</p>	<p>Tid Trøst</p>	<p>Omsorg</p>
<p>”[...] ”Gode 1” sa: Du må bare stole på mine gode hensikter.” Og ja, jeg bestemte meg for det. [...] Men samtidig trengte jeg sånn, som jeg nettopp sa, at han skulle bevise at han var annerledes enn alt hittil i livet.” (2015:32).</p>	<p>Erfaringer Vise seg annerledes</p>	<p>Tillit</p>
<p>”Det er, som selvskadende menneske, viktig å være kjent – for noen, hos noen. Det er, som selvskadende menneske, viktig å bli kjent igjen. For meg: for at jeg ikke alltid skal bli nødt til å begynne på nytt[...]. For avdelinga og behandlerne: for at de skal kunne se forskjeller i det vonde, og ikke minst utvikling. Men også, for at de bedre skal kunne se likheter i det vonde [...], måter å uttrykke på og med det bedre forstå hva som ligger under i det jeg prøver å si.” (2015:63).</p>	<p>Å bli sett At noen kjenner en Forståelse</p>	<p>Omsorg</p>

<p>”Jeg har trengt håpet. Jeg har trengt at hjelperne mine styrka det friske i meg. At de styrka det som ville leve, om det var aldri så svakt.” (2015:149).</p>	<p>Å ville leve Det friske</p>	<p>Håp</p>
<p>”De på avdelinga har brukt svært mye tid sammen med meg på å øve på relasjoner, øve på å kjenne meg selv som menneske sammen med andre mennesker. Særlig Karen har jobba med meg med dette. Hun kunne komme med setningsforslag [...] [...] Eller vi jobba med sårbarhet. [...] Eller vi jobba med verdiløshet, prøvde å finne noe som kunne motvirke verdiløshet. [...] Eller vi jobba med mine ganske bastante bestemmelser.” (2015:64).</p>	<p>Livets utfordringer</p>	<p>Omsorg Håp</p>
<p>”Men ja, jeg lakk. Eller kanskje ikke, jeg trengte bare trøst i sånne uendelige mengder. Det skal mye til å snu et helt liv. ”Gode 1” sa: ”Smerte må deles for å kunne håndteres.”” (2015:33).</p>	<p>Trøst Smerte</p>	<p>Omsorg</p>
<p>”Jeg har trengt et trygt sted, der jeg kan få hvile litt. Jeg har trengt et trygt sted, der kuttetrangen kan få avledning. Der jeg sammen med andre mennesker kan få trøst. Ikke blodets trøst, men samtalens trøst. Der jeg kan få tilbake krefter til også å tenke på livet.” (2015:95).</p>	<p>Trygghet Trøst Trygg base</p>	<p>Håp Omsorg</p>
<p>”Hvis jeg, med sår, kan få andre til å ha medfølelse med meg, synes synd på meg og virkeligheten min, så kanskje jeg en dag kan lære meg det også, lære å ta bedre vare på meg selv.” (2015:119).</p>	<p>Medfølelse Egenomsorg</p>	<p>Omsorg</p>
<p>”Og jeg tenker: Noe av det viktigste for at jeg begynte med og opprettholdt selvskadinga, var jo at jeg ikke hadde selvmedlidenhet. [...] Jeg trengte at noen framelska selvmedlidenhet i meg – gjennom deres medlidenhet” (2015:119).</p>	<p>Verdi Selvmedlidenhet</p>	<p>Omsorg</p>
<p>”Og kanskje er det noe av det viktigste jeg kan få for å motvirke selvskading. Hvis jeg er verdt andres tid, andre langvarige interesse og medfølelse, så kanskje jeg kan bli verdt noe for meg selv også. Da vil det ha noe å si om jeg lemlester meg eller ikke.” (2015:47)</p>	<p>Verdi Tid</p>	<p>Håp Omsorg</p>

<p>”Men jeg tenker: Hvis siste 10 prosent håp til omverdenen er å kutte seg og legge seg i veibanen og enten bli påkjørt og drept eller bli ført bort av politi under banning fra bilister involvert – er ikke det likevel bedre, enn å ha 0 prosent håp og gå og henge seg? ” (2015:148).</p>	<p>Ønske om hjelp</p>	<p>Håp Selvskadingens funksjon</p>
<p>”Hvem kan si, at sånne desperate handlinger er gale? Sånn jeg ser det, handler det om å ha valg versus å ikke ha valg. Jeg tok overdoser som en bønn til verden, jeg så det som en siste utvei, en siste sjanse. Jeg hadde et håp, tross alt. Å ikke se noen utvei, å ikke ha noe resthåp – er ikke det selve selvmordets forstyrrelse?” (2015:148).</p>	<p>Rop om hjelp</p>	<p>Håp Selvskadingens funksjon</p>
<p>”Jeg har kunnet gå ut, for så å komme tilbake til. Og på den måten er det ikke så skummelt, verken å skrive seg ut eller å være hjemme. [2015:61]</p>	<p>Trygghet Valg</p>	<p>Håp</p>
<p>Noen spør meg, etter foredrag, om åpne returer ikke blir utnytta av pasientene, at de med et sånt tilbud ”bare blir værende”. Og så var det ikke sånn for meg, at jeg utnytta det. Jeg nytta det. Jeg trengte alltid hjelp når jeg ba om å få komme. Men jeg merka også mer og mer glede ved å være utenfor, en virkelig livsnødvendig oppdagelse. Jo mer jeg også var utenfor, jo mer ville jeg være utenfor, være i virkelig liv.” (2015:61)</p>	<p>Behov for hjelp Å velge livet</p>	<p>Omsorg Håp</p>
<p>”Og så sa de, om og om igjen sa de når jeg kom: ”La oss få vise deg at vi bryr oss om deg, vi blir ikke sinna på deg om du kommer, det er veldig fint, i stedet for kutting. Det er det vi vil.” (2015:62).</p>	<p>Valg Tydelighet</p>	<p>Håp Omsorg</p>