



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Hvordan kan man legge opp til vernepleiefaglig arbeid overfor personer med selvskading og borderline personlighetsforstyrrelse

How can one organize social education work aimed at persons with self-harm and borderline personality disorder

Andreassen Maud

Totalt antall sider inkludert forsiden: 47

Molde, 31.05.12



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Karl Yngvar Dale

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

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

Dato: 31.05.12

Antall ord:11810

Forord

Bakgrunnen for denne oppgaven er en obligatorisk innlevering i et fordypningsemne som en avslutning på vernepleieutdanningen. I tillegg er jeg så heldig, at jeg i avslutningen av studiet kan fordype meg i et tema som interesserer meg. Som i denne oppgaven om borderline og selvskading og de ulike behandlingsmetodene som kan være aktuelle.

I vernepleiestudiet har det vært fokusert på helhetlig tenking for den enkelte bruker. Der brukermedvirkning, mestring, kommunikasjon, relasjonskompetanse og samhandling er svært aktuelle begrep. For meg har det vært viktig å bruke begrepene i samarbeid med brukeren til casen i oppgaven.

For å få til bachelor oppgaven retter jeg en stor takk til min veileder Karl Yngvar Dale. Han har en positiv måte å veilede meg i arbeidet som jeg har gjort. I tillegg har han kommet med konstruktive forslag for hvordan man går frem for å løse en oppgave som denne, både til litteratur og oppbygging av oppgaven. Andre jeg vil takke er min kjære samboer Ole Andreas som har holdt ut med meg i denne hektiske tiden.

Skodje, 31. mai 2012

Maud A. Andreassen

Sammendrag

Funn jeg har gjort i teoridelen er at Øverland (2006) formidler at selvskading tidligere var oppfattet som et sjeldent fenomen, men at det i dag er relativt mer utbredt. De som jobber blant ungdom har likevel et inntrykk av at ungdom som selvskader seg er økende.

Det har vært gjort flere undersøkelser både nasjonalt og internasjonalt om borderline og selvskading. Undersøkelsene som er gjort internasjonalt viser at det er hyppigere forekomster av selvskading hos jenter enn hos gutter. Andre funn er fra en doktoravhandling som Fikke (2011) refererer til, der det viser seg at tenåringer som skader seg med vilje har svakere følelsesregulering og impuls kontroll.

Linde og Nordlund (2006) formidler at miljøterapi har hatt stor betydning i arbeidet med barne- og ungdomspsykiatrien og spesielt i institusjoner. Der man aktivt og planmessig tilrettelegger for pasienter slik at de kan lære seg nye atferdsmønstre. Blant annet gjennom nye opplevelser av mellom-menneskelige forhold og at man inntar nye roller.

I fagplanen for vernepleie (2008) revidert (2011) beskrives den helhetlige arbeidsmodellen som et redskap som kan fremme og synliggjøre miljøarbeid som vernepleierens primære arbeidsoppgave. Arbeidet kan kjennetegnes at det jobbes systematisk hvor ulike kunnskaps- og fagretninger skal flettes sammen som grunnlag for praktisk yrkesutøvelse. Metoden det jobbes etter er den samme om det er på individuelt, gruppe eller samfunnsnivå i prosessen der brukermedvirkning er i fokus. Måten det jobbes etter er å kartlegge brukerens behov og ønsker utifra ressurser og evner og analyser det som er kartlagt opp mot teori. Utarbeide mål og tiltak som er faglig begrunnet i prioritert rekkefølge. Det er også viktig med en plan for gjennomføring og evaluering. Dette er en metode jeg har brukt til det vernepleiefaglige arbeidet i drøftingsdelen i oppgaven.

Andre behandlingsmetoder som har vist seg å være effektive for personer med borderline personlighetsforstyrrelse og selvskading er dialektisk atferdsterapi. Der behandlingen går ut på at pasienten skal trene ferdigheter fra en ferdighetstrenings-manual, trinn for trinn i følge Linehan (2004). Det kan også i noen tilfeller brukes medisinsk behandling på symptomer til personer med personlighetsforstyrrelse. Blant annet nevroleptika og antidepressive medikamenter som kan dempe impulsiv og aggressiv atferd, i følge Snoek og Engdal (2008).

Innhold

INNLEDNING	1
Hovedproblemstillingen	2
Del problemstillinger	4
METODE	5
Valg av litteratur fra pensum	6
Forforståelse for selvskading	6
Kildekritikk	7
TEORI.....	8
Selvskading og selvmord	8
Personlighetsforstyrrelser, forekomst og årsak	11
Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse	11
Bordeline	12
Ulike benevnelser på denne lidelsen	13
DSM-IV OG ICD-10	13
Borderline og selvskading.....	14
Behandling av selvskading hos borderline personer	14
Behandlingens utfordringer.....	15
Medisinsk behandling	15
Kognitiv terapi	
Kognitiv terapi med ungdom	17
Dialektisk atferdsterapi	17
Miljøterapi.....	19
Psykodynamisk miljøterapi	19
Kognitiv Miljøterapi	20
Problemløsningsmodell som begrep	20
Den helhetlige arbeidsmodellen.....	20
Hvordan bruker man den helhetlige arbeidsmodellen som redskap?	21
Vernepleieren som miljøterapeut	22
CASE	24
DRØFTING	26
Hvordan blir jeg kjent med Anne og på hvilken måte kan jeg etablere relasjon og tillit?... 26	
Hvilke utfordringer vil jeg møte med hensyn til relasjonsbygging, samhandling og kommunikasjon og nærhet og avstand?	28
Samhandling, kommunikasjon og utfordringer.....	30
Hvilke etiske og terapeutiske dilemmaer vil jeg møte og hvordan kan disse håndteres best?32	
Hvordan lage mål og tiltak sammen med Anne?	33
Hvordan kan man hjelpe brukeren til å hjelpe seg selv?.....	36
Kritisk refleksjon.....	38
Avslutning	39
LITTERATUR	40

INNLEDNING

Selvskading er et relativt stort problem i dag, men bare for noen år siden ble selvskading oppfattet som et sjeldent fenomen. I faglitteraturen fra seksti og syttitallet viser beskrivelser av selvskading at det forekom mest i institusjoner og utenfor psykisk helsevern. Selvskading var mest kjent blant psykisk utviklingshemmede og innsatte i fengsel. Det finnes ingen gode undersøkelser som bekrefter at selvskading i vårt land er mer utbredt nå enn tidligere. Men for de som jobber blant ungdom er inntrykket at selvskading er økende (Øverland 2006:13).

Det finnes mennesker som har en personlighetsforstyrrelse, med selvskading som problem. En del av dem vil trenge hjelp for å mestre hverdagen sin. Det kan være i en akutt fase hvor det er viktig å få behandlet sår og kutt. Men det kan også være at noen trenger oppfølging over lengre tid for å bearbeide vonde tanker og følelser. Slik oppfølging kan blant annet være fra ansatte i helsevesenet.

Bakgrunnen for valg av dette temaet er at jeg tidligere har hatt en praksisperiode i en psykiatrisk avdeling hvor flere ungdommer med selvskading ble innlagt. Jeg har gjennom denne perioden sett at mange har behov for helhetlig oppfølging i lang tid. Slik oppfølging kan blant annet være hvordan man mestrer utfordringene i hverdagen når man er alene, men også hvordan det oppleves å forholde seg til andre i ulike relasjoner og hvordan planer og fremtidsutsiktene er for den enkelte.

Temaet har blitt avgrenset til å dreie seg om borderline og selvskading og hvilke behandlinger som kan være aktuelle. Mine fagkunnskaper om dette har i utgangspunktet vært begrenset og jeg ønsker å bruke denne arbeidsprosessen til å lære mer om selvskading og hvordan dette kan håndteres. I tillegg håper jeg at denne oppgaven kan bli nyttig for andre som jobber i forhold til brukere som har denne type problematikk.

Hovedproblemstillingen

Hvordan kan man legge opp til vernepleiefaglig-arbeid overfor personer med selvskading og borderline personlighetsforstyrrelse?

Som vernepleier vil man møte mennesker som har denne type problem og som man må forholde seg til. Derfor søker jeg mer kunnskap om dette emnet slik at jeg kan møte de som selvskader seg med et bredest mulig terapeutisk repertoar og ikke minst med en profesjonell holdning, der jeg kan vise respekt for den enkelte. Det vil her være viktig å vite mer om selvskading som atferd og hva som er årsaken til en slik atferd. I tillegg er jeg opptatt av å vite hva som er den beste behandlingen.

Vernepleieren har en helhetlig arbeidsmodell vi jobber i forhold til og som er knyttet til miljøterapeutisk arbeid. Jeg er interessert i å finne mer ut om dette er en arbeidsmetode som kan bidra til mestring i hverdagen til de som selvskader seg. Og hvordan mestring kan bidra til at selvbildet blir styrket. I og med at jeg ikke har anledning til å knytte dette til en bestemt avdeling eller pasient, har jeg utarbeidet en case som jeg skal bruke som utgangspunkt for å knytte teori til drøftingsdelen.

For meg som vernepleier vil det bli viktig å ha forståelse for begrepene kommunikasjon, relasjon, brukermedvirkning og mestring. Samtidig vil det bli viktig for meg å få belyst hvordan den helhetlige arbeidsmodellen kan brukes som et redskap i behandlingen av pasienter med borderline diagnose.

I følge Skau (2008) er kommunikasjon et viktig redskap i selvutvikling. Når vi setter ord på tanker, følelser og erfaringer kan vi bedre klargjøre, strukturere og videreutvikle dem. Gjennom samtale med andre kan vi få reaksjoner tilbake som vi kan lære noe av. Den som har samarbeid med andre som levevei bør legge stor vekt på å lære å lytte. Hjelp til lytting kan være å gi den andre anledning til å snakke. Som hjelper trenger vi å skape et inntrykk der vi viser at vi er interessert. Ved å høre på hva den andre sier kan det bidra til at brukeren kan klargjøre tanker eller bearbeide følelser.

Relasjoner til andre mennesker kan være et problem for de som har diagnosen borderline. De kan blant annet ha problemer med å regulere forholdet til andre, men også ha vansker med egne følelser og impulser, i følge Snoek og Engedal (2008).

Vatne (1998) formidler at når det skal etableres en terapeutisk relasjon og distanse til bruker, kan det beskrives som en spenning for å opprettholde en emosjonell og fysisk avstand til brukeren med tanke på et ønske om en terapeutisk allianse. De som er hjelpere kan ønske å utvikle kunnskap og opparbeide tillit i utviklingen av gode mellommenneskelige forhold. Likevel kan den som er helper også være bekymret for sin egen sikkerhet og komme i situasjoner som kan være usikre, eller vanskelig å takle.

Som vernepleier kan jeg bli godtatt eller avvist av den som jeg skal hjelpe. Jeg kan også risikere at bruker vil få et avhengighetsforhold til meg. Hvordan jeg som helper vil reagere i forhold til avisning og eventuelt et avhengighetsforhold vil ha med mine personlige egenskaper og faglige kompetanse å gjøre, og hvordan min for-forståelse er når slike problemstillinger forekommer.

I følge Vatne (1998) kan brukervedvirkning omfatte mye, men den virkelige og ekte medvirkning er når brukere får være med i planprosessen. Det kan være for eksempel når det skal utarbeides mål eller tiltak for den enkelte.

I følge Linde og Nordlund (2006) består den helhetlige modellen, som er vernepleieren sitt arbeidsredskap, av kartlegging, analyse, målvalg, metodevalg, planlegging, gjennomføring og evaluering. Ved å bruke denne modellen som redskap kan jeg hjelpe brukeren med å utarbeide mål og tiltak som er tilpasset den enkelte i forhold til behov, ressurser og interesser. Selv om jeg som vernepleier har denne modellen å jobbe etter blir det også viktig både å bruke mine personlige egenskaper i forhold til kommunikasjon, relasjon og samhandling til bruker. Samt være åpen for et tverrfaglig samarbeid med andre yrkesgrupper som har tilknytning til brukeren.

Del problemstillinger

Dette er del-problemstillinger som jeg vil se nærmere på i drøftingsdelen.

- *Hva kan jeg som vernepleier bidra med utifra den helhetlige arbeidsmodellen og hvilke utfordringer vil jeg møte underveis med hensyn til relasjonsbygging, samhandling og kommunikasjon og nærhet og avstand?*
- *Hvilke etiske og terapeutiske dilemmaer vil jeg møte og hvordan kan disse best håndteres?*
- *Hvordan kan man hjelpe brukeren til å hjelpe seg selv?*

METODE

Litteratursøk

Studentoppgaver krever søk etter kunnskap. BIBSYS er en felles bokkatalog for norske universiteter og høyskoler. Grunnlaget for å søke er at du vet hva du skal søke etter (Dalland 2007:67). Jeg har valgt å bruke den litteratur som er av nyere dato.

For å finne litteratur til å bruke i oppgaven har jeg gjort følgende søk via BIBSYS der følgende søkerord ble brukt:

- Selvskading
- Atferdsforstyrrelser og borderline
- Selvskading og behandling
- Selvskading og mestring
- Selvskading og miljøterapeutisk arbeid

Funnet via litteratursøk

Jeg har valgt å bruke litteratur som er spesialisert mot selvskading, årsaker og ulike behandlingsmetoder. Slik litteratur er kognitiv terapi, dialektisk atferdsterapi, psykiatri for helsefag, psykiatrisk helsearbeid og selvskading. Jeg har med stor glede mottatt tips om litteratur fra andre som har kjennskap til temaet. Min veileder har også anbefalt litteratur som jeg har brukt.

Funn via Litteratursøk er blant annet, Øverland- selvskading. Linehan Marsha- manual i dialektisk adferdsterapi og ferdighetstrening. Eknes-tvangslidelse, forståelse, diagnostisering og behandling.

Herheim, Åste og Langholm, Kari- psykisk helsearbeid, teorier og arbeidsmåter.

Aarre, Trond F, Bugge, Petter og Juklestad- psykiatri for helsefag.

Det viser seg at Øverland (2006) blant annet skrev den første boken om selvskading her i landet. Gjennom boken presenterer han flere ulike innfallsvinkler til behandling av selvskading. Han henviser til selvskading gjennom nasjonale og internasjonale

undersøkelser og av typer selvskading. Han tar også frem ulike behandlingsformer som har vist seg å være effektive.

Denne boken ser jeg på som relevant for å bruke med tanke på å forstå selvskading og hvilke problemer dette kan medføre. Når det gjelder reliabilitet så henviser Øverland(2006) blant annet til en internasjonal case studie som er blitt gjort der det viser seg at 3,1 % av guttene og 10,2 % av jentene rapporterte om et eller flere tilfeller om å ville skade seg selv.

Valg av litteratur fra pensum

Jeg har valgt pensumlitteratur som er relevant for denne oppgaven. Litteraturen jeg har valgt å bruke er relatert til problemstillingen. Dette er litteraturen jeg har kjennskap til og derfor har det vært lettere å komme i gang med skrivingen. Det har vært tidkrevende å finne det man har bruk for, derfor har jeg lest, skrevet, tenkt, grublet og skrevet igjen.

Teori som jeg kan knytte til emnet jeg skal skrive om

- Utviklingspsykologi
- Psykologi
- Psykiatri
- Innføring i profesjonelt miljøarbeid
- Vitenskapsteori i sosial og helsefag
- Metode og oppgaveskriving

Forforståelse for selvskading

I følge Aadland (2004) er forforståelse den forutsetning for forståelsen at man ikke setter spørsmålsteget. Andersen (2000) formidler at innen for den hermeneutiske tradisjonen kalles den grunnleggende antakelsen for forforståelse eller fordom. Min forforståelse for selvskading har vært at selvskading ikke var så utbredt som det viser seg å være. Jeg har også vært sikker på selvskadingen var like utbredt både hos jenter og gutter. Forforståelsen

min for selve adferden å skade seg, har vært at den som skader seg har et problem som en ikke selv har kontroll over.

Kildekritikk

I følge Dalland (2007) kan det være nyttig å minne seg selv om og ikke være for skråsikker i omgangen med litteraturen en bruker. Jeg har brukt pensumlitteratur, litteratur fra ulike bibliotek og nettsider som et hjelpemiddel for å skrive denne oppgaven. Hensikten med å bruke andre sin teori i denne oppgaven har vært å være så nøyaktig som det er mulig. Spesielt med tanke på og videreformidle andre sin teori. Jeg har stilt meg spørsmål om det kan være lett å misforstå budskapet i en teori, slik at teorien kan formidles videre på en mindre heldig måte.

Dalland (2007) formidler at kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann og at kildekritikk er et samlebegrep over metoder som er brukt for å skille faktaopplysninger fra spekulasjoner. Hvor man vurderer og karakteriserer den litteraturen som er brukt. Hensikten er at den som leser litteraturen skal få ta del i refleksjonene som er gjort og om litteraturen er relevant eller gyldig for problemstillingen. I et fagfelt som vokser raskt kan det være nødvendig å se på om litteraturen er oppdatert.

I oppgaven har jeg brukt den litteraturen som er aktuell for temaet og som vil være relevant i arbeidet for å løse oppgaven. Jeg har hatt hovedfokus på å få tak i den beste litteraturen som er tilknyttet problemstillingen. Mine valg har også vært å bruke noe av pensumlitteraturen fra studietiden ved vernepleieutdanningen. I litteraturen er selvskading et fenomen der det fortsatt er mange ubesvarte spørsmål. Slik jeg tolker litteraturen til Øverland (2006) er det den beste litteraturen å bruke i oppgaven. Fordi han blant annet henviser til flere undersøkelser som er gjort blant de som selvskader seg.

TEORI

Selvskading og selvmord

Hva er selvskading? I følge Øverland (2006) har forskningsmiljøene blitt mer oppmerksom på at problemet har en felles forståelse av begrepet og at det finnes felles kriterier. Det har blant annet blitt viktigere å se på kriteriene av hva definisjonen handler om – selvmord eller ikke. Videre stilles det spørsmål om den som skader seg, kun skader seg selv eller om skadingen kan føre til og ta sitt eget liv. Å definere selvskading krever derfor en tydelig avveining om det handler om selvmordforsøk eller selvmord. Øverland (2006) har tatt utgangspunkt i Thoresen (2006) sin definisjon av 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 mennesker 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. (Øverland 2006:17).

Eknes (2004) påpeker at selvskading ikke er et syndrom eller en sykdom, men kan fremstå som et uttrykk av et symptom på andre forhold. Det kan være aksepterte kulturelle uttrykk i ulike former som; status, uniformering, fremvising av styrke og selvkontroll til å være en sykkelig trang til å skade seg. Mens Berge og Repål (2008) argumenterer for at selvskading er en fellesbetegnelse på en atferd som kan innebære at en person vil endre en negativ tankefølelse eller en komplisert relasjon ved å påføre seg fysisk- eller psykisk smerte.

Hva er selvmord? I følge Øverland (2006) finnes det flere definisjoner av begrepet selvmord. Han påpeker at det ikke er enkelt å avgjøre hva som menes med at noen vil dø og derfor kan det være vanskelig å lage en tydelig definisjon av begrepet.

Snoek og Engedal (2008) har tatt utgangspunkt i verdens helseorganisasjon (WHO) sin definisjon (Snoek og Engedal 2008:126).

Selv mord er en handling med dødelig utgang som avdøde, med viten og forventning om et dødelig utfall selv hadde foranstaltet og gjennomført med det formål å fremkalle de av den avdøde ønskede forandring.

Øverland (2006) fremholder videre at mange vil synes at denne definisjonen er noe vanskelig formulert og kommer derfor med en mer presis definisjon.

Selv mord er en bevisst og villet handling som individet foretar for å skade seg selv, og hvor skadene er dødelige, eller selvmord er villet egenskade som fører til døden. (Øverland 2006:17f).

Årsaker til selvskading. I følge Eknes (2004) kan noen føle en sterk trang til å skade seg når de er sinte, mens andre igjen kan fortelle at det er mer som en uvane, nærmest en automatisk handling. Og enkelte opplever selvskading som en kontroll, en kontroll som de i andre tilfeller mangler. Mens andre igjen kan føle en beroligende effekt, hvor de demper vanskelige følelser som tristhet, savn, ensomhet og depresjon. Øverland (2006) formidler det slik at ved de biologiske forklaringene viser de fleste undersøkelsene at selvskading har en regulerende funksjon for vanskelige handterbare følelser.

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging forklarer det slik at det kan være flere grunner til selvskading. Mange forteller at de ikke vet hvorfor de gjør det. Likevel er den vanligste forklaringen at selvskadingen virker som en ventil på vonde følelser.

Selvskadingen kan dermed være en måte å mestre vonde følelser på.

www.selvskading.info.

I følge Herheim og Langholm (2006) kan selvskading være et forsøk på å mestre en uutholdelig psykisk smerte. Andre årsaker kan være at seksuelt misbrukte barn har følt seg maktesløse, og har ikke hatt mulighet til å gi uttrykk for den aggresjonen de har følt mot overgrepet og overgriperen. Selvskaden kan også oppfattes som sinne eller fortvilelse over egen opplevelse av mindreverd eller mislykkethet. En annen årsak kan være at den som

skader seg selv har som utgangspunkt å påføre seg selv smerte for å gjøre godt igjen noen som føles galt.

Selvskaderen har ofte vansker med å vise sine følelser til venner, familie og kjæreste. Noen mennesker har så dårlig selvfølelse at de mener seg fortjent til straff, selv om de ikke har gjort noe galt, i følge Øverland (2006).

En doktoravhandling om *Selvskadere med mindre impuls kontroll* viser at tenåringer som skader seg har svakere følelsesregulering og impuls kontroll, i følge Fikke (2011).

Testene som har blitt gjort viser at hjernens eksekutive funksjoner som er knyttet til kontroll av mentale prosesser og regulering av følelser, fungerer svakere hos ungdommer som utfører selvskading. De eksekutive funksjonene har blitt kalt hjernens kontorsjef og regulerer styring og kontroll av mentale prosesser. Disse funksjonene er knyttet til evnen til å planlegge og å gjennomføre oppgaver og som er viktige for å regulere følelser. Totalt 98 ungdommer deltok i testen. Fordelt på 62 i selvskadingsgruppen og som hadde utført minst to typer selvskading i løpet av det siste året og 35 i kontrollgruppen som aldri hadde utført selvskading. Testene er basert på teoretiske modeller og tidligere forskning. Resultatene viser at ungdom som utfører selvskading presterte svakere i å planlegge og gjennomføre oppgaver og regulere følelser enn de som ikke selvskader seg. De eksekutive funksjoner styrer følelsesreguleringen. Funnene samsvarer med forklaringen fra ungdommer som selvskader seg, at de gjør det for å regulere følelsene. www.forskning.no.

Forekomst: En spørreundersøkelse blant ungdom, foretatt i regi av seksjon for selvmordsforskning og forebygging, viser at om lag 10 % av norsk ungdom har prøvd å skade seg selv. Denne undersøkelsen omfattet 4060 unge ved 36 videregående skoler i fylkene Hedemark og Oppland. Selvskading forekommer oftere hos jenter enn hos gutter. Registreringer i sykehus av selvskading tyder på at dette er et økende fenomen. Det er ikke bare i Norge selvskading er økende, men også i andre europeiske land (Herheim og Langholm 2006:168).

Personlighetsforstyrrelser, forekomst og årsak

Personlighetsforstyrrelser: Personlighetsforstyrrelser kan beskrives som en form for utviklingsforstyrrelser som særlig berører personer sitt interne forhold. Dette dreier seg ofte om områder som reguleres av følelser og impuls kontroll. Personlighetsforstyrrelser sett i utviklingspsykologisk perspektiv kan oppfattes som ulike måter å mestre på og i forhold til en psykologisk tilstand som ikke er definert, men som er skapt av utilstrekkelige ytre forhold. Dette grunnlaget for utviklingen av en personlighetsforstyrrelse skapes i barndommen. Personlighetsforstyrrelser som utvikler seg fra barndommen kan ha karaktertrekk som vil opptre i en overdreven og fastlåst form og som kan føre til uheldig atferd. Typiske trekk ved personlighetsforstyrrelser er at man har vansker med å regulere forholdet til andre, egne følelser og egne impulser (Snoek og Engedal 2008:119f).

Det er mange teorier om hvordan man utvikler seg som person gjennom livet. I følge Bunkholdt (2000) har kognitiv utvikling mye å si for hvordan vi har evne til å tenke, vurdere det vi lærer og hvilken måte vi løser problemene på. Bunkholdt (2002) viser til Evenshaug og Hallen (1992) der *selvet* er forklart med at det er et begrep eller en oppfatning av hvordan en person vurderer seg selv.

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

Snoek og Engedal (2008) formidler at det som kan være typisk for personer med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelser er at de kan ha en tendens til å handle impulsivt uten å tenke på konsekvenser og der stemningsleiet kan være uforutsigbart og svingende. Det kan være eksempel at de har vansker med å kontrollere aggresjon hvis de impulsive handlinger blir kritisert eller hindret.

Selvoppfatningen kan svinge fra å være langt nede til å være høyt oppe.

Aarre (2009) formidler at ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelser kan selvskadning, suicidalforsøk og kortvarige psykose og liknende symptomer som hallusinasjoner og endret kroppoppfatning være fremtredende.

Bordeline

Snoek og Engedal (2008) formidler at den ustabile typen, også kalles borderline personlighetsforstyrrelse. Borderline-pasientene kan være uttrygge i forhold til sitt selvbilde, sine mål og verdier. De kan også lide av en kronisk tomhetsfølelse. De som har denne diagnosen kan være intense og ustabile i forhold til andre mennesker – også til terapeuter. Mange kan være flau over å fortelle om de vanskelige følelsene som de har. De er ofte så redde for å bli avist at de kan foretrekke og ikke møte andre igjen hvis de føler at de har utlevert for mye av seg selv. Det er også vanlig at disse personene har en tendens til selvskading, selvmordstrusler og selvmordshandlinger. Disse truslene brukes ofte for å få omsorg og anerkjennelse. Men dette kan heller føre det til det motsatte og bli en trussel for et forhold. Undersøkelser viser at selvmordsfaren er reell og at 10 % av pasientene tar sitt eget liv. De fleste før de fyller 30 år.

Forekomst: I følge Snoek og Engedal (2008) viser det seg ved ulike befolkningsundersøkelser at personlighetsforstyrrelser forekommer i 10–13 % av befolkningen. Det har vært vanskelig å gi nøyaktige tall fordi denne diagnosen også kan ha sammenheng med andre psykiske lidelser. Personlighetsforstyrrelser er forstyrrelser i relasjoner til andre mennesker og kan ha kjennetegn i hvordan personen forholder seg til den andre. Slike typiske trekk kan være hvordan forholdet til andre blir regulert. Hvilke forhold man har til egne følelser og hvordan man styrer egne impulser.

Årsaksforhold: Vi vet fortsatt lite om årsaken til personlighetsforstyrrelse, likevel har noen brikker kommet på plass i de senere år. Tidligere var det psykologiske modeller som dominerte i årsaksforklaringer. I dag tror man at det er flere årsaker som kan påvirke hverandre. Det kan blant annet være arv, hjernens oppbygging og funksjon. Læring og miljøfaktorer kan også ha betydning i følge Aarre (2009).

Berge og Repål (2008) argumenterer at i ulike litteraturer er det sammenhengen mellom selvskading og borderline personlighetsforstyrrelser som er mest beskrevet. Selv om selvskading også kan forekomme ved andre psykiske plager. I følge Øverland (2006) kan det før selvskadingen hos personer med bordeline personlighetsforstyrrelser og tidlige

traumer rapporteres om et økt nivå av stresshormonet kortisol og sammen med økende psykisk smerte.

Ulike benevnelser på denne lidelsen

I følge Øverland (2006) er somatiske og psykiske diagnoser beskrevet og kategorisert i WHO's (Verdens helseorganisasjon) diagnosemanual ICD (Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer).

Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse er en diagnose i ICD-10. Diagnosen har to undergrupper, impulsiv type og borderline type. Det er borderline som er mest kjent. I DSM-IV sammenfaller denne diagnosen i stor grad med diagnosen borderline personlighetsforstyrrelse.

Øverland (2006) formidler videre at det lenge har blitt sett en sammenheng mellom personlighetsforstyrrelsen emosjonell ustabil, også kalt borderline personlighetsforstyrrelse i DSM-IV.

DSM-IV OG ICD-10

Eknes (2004) påpeker at DSM-IV og ICD-10 skiller ut 3 kategorier: 1) Hovedsakelig tvangstanker, 2) Hovedsakelig tvangshandlinger og 3) Blandet type.

Forskning i forbindelse med utviklingen av DSM-IV viste at hele 91 % av dem med tvangslidelser befant seg i kategorien blandet type. 8,5 % hadde i hovedsak tvangstanker, 0,5 % hadde i hovedsakelig tvangshandlinger, og 2,1 % hadde kun tvangstanker uten noen form for observerbare tvangshandlinger.

ICD-10-kriterier. Hovedtrekkene ved denne lidelsen er tilbakevendende tvangstanker og / eller tvangshandlinger. Det kan være at ideer, forestillinger, impulser eller trang til å utføre bestemte handlinger kommer til personen om og om igjen. Og at disse handlingene har et gjentakende og stereotypt preg. Dette oppleves normalt som meningsløst og er som oftest ubehagelig. Handlingene er ikke behagelige eller nyttige på noen måte, bortsett fra at

utførelsen av tvangshandlinger forebygger eller reduserer konkret uro eller ubehag i følge Eknes (2004). Øverland (2006) påpeker at diagnosen personlighetsforstyrrelse bare kan settes dersom pasientene har vist trekkene i mer enn fem år og over flere perioder.

Eknes (2004) argumenterer for at det er stor kunnskapsmangel hos helsepersonell om årsaker og behandlingsmuligheter for tvangslidelse. Til tross for at tvangslidelse er relativt utbredt og godt dokumentert både med tanke på forekomst og som fenomen. Dette kan bidra til en underdiagnostisering som kan ha betydning for den enkelte med tanke på å få en tidlig diagnose for å kunne få den rette behandling.

Borderline og selvskading

Øverland (2006) formidler at personer med borderline personlighetsforstyrrelse har lenge vært ”beryktet” innenfor behandlingssystemet for sin kroniske selvmordsatferd, sin selvskading og det som behandlingsapparatet opplever som manipulerende. Pasientene har blitt sett på som kronisk vanskelig, og prognosen for behandling har ofte blitt oppfattet som dårlig. Dette viser seg å være sterkt overdrevet. En slik forståelse av sykdomsbildet kan påvirke tilnærmingen til behandlingen at psykoterapi vil være uhensiktsmessig, kostnadsineffektivt eller direkte skadelig. Samtidig har enkelte vært skeptisk til diagnosen i seg selv og sett i sammenheng med selvskading.

Både diagnosen og selvskading blir forstått som et uttrykk for en persons fortvilelse med bakgrunn i alvorlige traumer. Det sammenfaller med at mange som skader seg har vært utsatt for tap, traumer, omsorgssvikt, eller overgrep, og at selvskadingen derfor i noen tilfeller beskrives som et forsvar mot ubehagelige følelser og re-traumatisering i følge Øverland (2006).

Behandling av selvskading hos borderline personer

Generelt: Det finnes flere modeller for behandling til de som har en personlighetsforstyrrelse og selvskading som problem. Berge og Repål (2008) refererer til Svein Øverland (2006) om at kognitive modeller for terapi er aktuelle behandlingsmetoder. Det

er da tatt utgangspunkt i at disse pasientene har en personlighetsforstyrrelse som for eksempel at de er emosjonell ustabil, dramatiserende eller har en dyssosial personlighetsforstyrrelse.

Dialektisk atferdsterapi også kalt manualassistert kognitiv terapi synes å være en bra behandling for pasienter med borderline personlighetsforstyrrelser og selvskading, formidler Berge og Repål (2008).

Både innenfor barnevernet og det psykiske helsevesenet finnes det etter hvert gode tradisjoner for bruk av miljøterapeutiske prinsipper i institusjoner. Modellen til Gundersen (1978) er den mest brukte hvor det blir lagt vekt på *tilnærming*, (oppfølging utifra pasientens funksjonsnivå), *beskyttelse* (ved eventuell skjerming og fastvakt), *støtte* (ved omsorg og enkle aktiviteter), *struktur* (i forhold til klare rutiner og tilbakemeldinger) og *engasjement* (ved aktivisering og bekreftelse slik at pasienten ser sine egne symptomer), i følge Øverland (2006).

Behandlingens utfordringer

Øverland (2006) formidler at personer med selvskading har blitt behandlet på forskjellige nivåer i helsetjenesten. Uansett hvor og hvem som forsøker å hjelpe, er det sikkert at hjelperne opplever mange av de samme utfordringene og dilemmaene. De vil møte forvirring og en blanding av avisning og avhengighet og vil møte kaos, uvisshet og angst. Hvor mye ansvar skal den som skader seg selv ha og hvor går grensen for hva hjelperne skal tåle før de må gripe inn? Hva skal det fokuseres på i behandlingen? Hva med innleggelse og hvor tilgjengelig skal hjelperen være?

For meg som vernepleier i møte med pasienter med selvskading vil dette bli utfordringer jeg må ta stilling til.

Medisinsk behandling

Snoek og Engedal (2008) formidler at det finnes ingen medikamenter som har direkte virkning på selve personlighetsforstyrrelsen, men som kan ha en effekt på enkelte plagsomme symptomer. Medikamenter som kan brukes i små doser er blant annet

nevroleptika. Disse medikamentene gir best bedring av psykoseliknende symptomer, depresjon og impuls kontroll. På kort sikt ser det ut som at nevroleptika og kanskje andre nyere typer av antidepressive medikamenter har en moderat effekt når det gjelder å redusere selvmordstanker og å øke selvkontrollen. Men effekten er ikke påvist over tid. Enkelte antidepressive medikamenter har også vist seg å dempe impulsiv aggressiv atferd.

Kognitiv terapi: I følge Berge og Repål (2008) er kognitiv terapi er en godt dokumentert behandlingsmetode for psykiske lidelser. Denne behandlingsmetoden er blitt en etterspurt terapiform både nasjonalt og internasjonalt. De mest sentrale kjennetegnet ved terapien er at det grunnleggende trekk hos mennesket er at de er bevisst på sin egen eksistens. Denne bevisstheten vil si å ha evnen til å kunne forestille seg hva som kan komme til å skje i fremtiden, eller tenke over opplevelser som kan ha med fortiden å gjøre. Slik kan vi lære av våres feil og samtidig forbedre oss på utfordringer i fremtiden. En slik prosess innebærer at vi er aktivt med og velger ut og tolker informasjonen som vi mottar. Vi har et indre bilde av oss selv som ikke er en objektiv sannhet. Berge og Repål (2008) refererer til forfatteren Gabriel Garcia Marques som i sin selvbiografi skriver ”Et liv er ikke det som har hendt et menneske, men hva en husker og hvordan en husker det.”

I følge Berge og Repål (2008) er kjernen i kognitiv terapi å støtte pasienten i og mestre sine livsproblemer. Samtidig som man hjelper personen med å endre uhensiktsmessige tankemønstre og atferd som er forbundet med problemene. Som en del av samarbeidet må terapeuten gi en forklaring på det som skjer og hvorfor det skjer. Pasienten må hjelpes til å fremstå som en aktiv problemløser og medarbeider i terapien.

Eknes (2004) formidler at noe av det som er viktig er at vi bruker tid på og utforske hvordan tvangsimpulsene arter seg og når det er vanskelig å stå i mot dem. Eksempel på slike spørsmål fra terapeuten til pasienten kan være hvordan du prøver å si;

”Nei til tvangsimpulsene, og hva skjer da?” eller

”Kan du gi meg et eksempel på hvordan du klarte å overse en tvangsimpuls i dag?”

”Når du klarte å stå imot hvordan kjentes det ut?”

”Kjente du mye uro, eller gikk det ganske greit?”

”Hva sa du til deg selv?”

Kognitiv terapi med ungdom

Berge og Repål(2008) argumenterer for at det finnes flere måter å samtale med ungdom på. Slike eksempel er om ei beskjeden, men skoleflink jente som har fått henvisning til helsestasjonen fordi hun har problemer med å presentere et prosjekt på skolen. Jenta er blant annet redd for å bli hørt i faget engelsk. Arbeid med ungdom krever ofte at terapeuten er aktiv og engasjert og ikke gir opp selv om den unge svarer med ”Vet ikke” på de spørsmål som stilles. Det kan være å komme med konkrete forslag ved å gi eksempler som å bruke tavlen aktivt under samtalen. Terapeuten kan hjelpe ungdommer med å endre sine grunnforestillinger for ha et bredere perspektiv i sosiale situasjoner. På denne måten kan den enkelte oppleve økt positiv kontroll og mindre angst. En samtale kan utarte seg slik at i innledningen spør terapeuten om aktiviteter og om hvilke fag pasienten liker best o.s.v. Terapeuten prøver å snakke om noe hun har kjennskap til for å skape et felles fokus i følge Berge og Repål(2008).

Dialektisk atferdsterapi

Dialektisk atferdsterapi (DAT) er i Danmark en behandlingsform som er dokumentert med en god behandlingseffekt på klienter med borderline personlighetsforstyrrelse. Marsha Linehan har utarbeidet denne behandlingsmetoden. Hun er professor i psykologi ved Washington universitetet i Seattle og er blant annet leder for en forskningsklinikk i suicidal atferd. Hennes litteratur er oversatt til dansk av Charlotte Pietsch (2004).

Behandlingen tar utgangspunkt i en ferdighets-treningsmanual som er beskrevet trinn for trinn. Hensikten i å bruke denne manualen er å gå inn på de problemområder som er typiske trekk for pasienter med borderline personlighetsforstyrrelser. Linehan (2004) har tatt utgangspunkt i de karakteristiske trekk ved diagnosen emosjonelt ustabil. Det kan blant annet være i forhold til en atferd som er impulsstyrt og det kan være om usikkerhet rundt sin egen identitet. Det kan være intense og ustabile forhold til andre, samt selvdestruktiv atferd. Denne trenings-manualen handler om hvordan terapeuten skal hjelpe pasienten til å trene opp ferdigheter som er rettet mot de problemer som pasienten har. Dette er en treningsform som kan foregå i grupper hvor pasienten får utlevert materiell med et opplegg og i tillegg et hjemmearbeid som pasienten skal trene på til neste møte.

Ved individuell terapi inngår det som en del av det samlede terapeutiske opplegget hvor problemene er relatert til ferdighetene som det skal trenes på å bruke i hverdagen. Linehan (2004) uttrykker seg slik at for å forstå denne måten og jobbe på må man forstå det teoretiske grunnlaget for behandlings filosofi.

Metoden er etter hvert blitt tilpasset de som har diagnoser og problemområder, blant annet for ungdommer med selvskading og borderline personlighetsforstyrrelser, i følge Berge og Repål (2008),

I DAT er det utviklet fire ferdighetmoduler som utgangspunkt for treningen.

- 1) Oppmerksomhetsferdigheter
- 2) Relasjonsferdigheter
- 3) Ferdigheter i følelsesregulering
- 4) Ferdigheter i å holde ut

I følge Linehan (2004) finnes det ingen empiriske data som kan si noe om hvilken rekkefølge modulene skal foregå, men oppmerksomhets-treningen er flettet inn i de andre modulene og må dermed gjennomgås først.

Jeg har tatt utgangspunkt i Linehan (2004) sine forklaringer av treningen i behandlingen.

Oppmerksomhets trening. Der klienten trener på å kjenne til og lede sitt indre, som å observere seg selv, skrive ned følelsene sine, være deltakende i opplevelsen, unngå å være dømmende, gjøre en ting av gangen og være effektiv.

Relasjonsferdigheter. Der klienten klarer å holde ved like relasjoner, finne den rette balansen mellom egne ønsker og andres behov og utvikling av kompetanse og selvrespekt. I tillegg er det lagt opp til i behandlingen at det settes opp konkrete mål for å oppnå resultater i en situasjon. Slik trening kan blant annet foregå som hjemmelektse til neste møte.

Hvordan man regulerer følelser. Formålet med øvelsene er å forstå hvordan man iakttar og beskriver følelser og forstå hvordan følelsene kan påvirke. Samtidig som det trenes på å

reduere sårbarhet over for negative følelser. Hvor man kan gi slipp på smertefulle følelser gjennom oppmerksomhet.

Trene i å holde ut. Kan være gjennom synsinntrykk, lyd, lukt, sanseintrykk og berøring. Hvor man forbereder seg i nuet ved å fantasere, finne en mening med situasjonen, be en bønn, bruke avspenningsteknikker, gjøre en ting av gangen og oppmuntre seg selv.

Miljøterapi

I følge Linde og Nordlund (2006) har miljøterapi sin opprinnelse i Maxwell Jones ideer om det terapeutiske samfunn. Der det i psykiatriske institusjoner har vært fokusert på aktiv planlegging for hvordan man tilrettelegger i miljøet. Slik at pasienter kan lære nye atferdsmønstre gjennom nye opplevelser i samhandling med andre mennesker og ved å innta nye roller. Ideene fra Maxwell Jones har hatt stor betydning for utviklingen av det miljøterapeutiske arbeidet i barne- og ungdomspsykiatrien. Psykiatrien vært sykdomsorientert og preget av medisinsk tenking og tradisjon.

Det finnes flere definisjoner på miljøterapi

Miljøterapi er en slags intensiv livserfarings - og læringsprosess i en atmosfære som gir trygghet og omsorg nok til at de kan prøve å feile og lære underveis både om seg selv og andre, og som gir nok motstand eller utfordringer til at det er noe og vokse i forhold til, avstemt til den enkeltes muligheter og utgangspunkt.
(Vatne 1998:75).

Psykodynamisk miljøterapi

I følge Berge og Repål (2008) er miljøterapeutiske oppgaver som for eksempel å korrigere, grensesette, støtte, realitetsorientere, aktivisere og bekrefte pasientens projeksjon.

Miljøterapeutiske oppgaver kan være avhengige av hvordan miljøterapeuten tolker arbeidsoppgavene. For eksempel kan korrigerende innebære alt fra skjerming til refleksjon. Denne terapiformen krever derfor mye av miljøterapeuten med tanke på relasjonskompetanse.

Kognitiv Miljøterapi

Ved kognitiv miljøterapi lærer pasienten å stille spørsmål ved egen oppfatning av virkeligheten. Det handler ikke om å konfrontere eller tolke, men finne meningen i å undersøke innholdet i tankemønstrene, for å avdekke hvordan dette kontrollerer ens liv. Kognitiv miljøterapi handler ikke om å konfrontere en sannhet med en annen, men å erfare at det finnes flere sannheter, i følge Berge og Repål (2008).

Problemløsningsmodell som begrep

En måte å systematisere et arbeide på kan være å bruke en arbeidsmodell som et redskap. En slik modell gir en oversikt over de ulike delene i prosessen når en skal systematisere og kvalitets sikre arbeidet, i følge (Linde og Nordlund 2006:74).

Den helhetlige arbeidsmodellen

Denne arbeidsmodellen er en del av grunnlaget for utdanningen for bachelor i vernepleie ved høgskolen i Molde. Den helhetlige arbeidsmodellen er egnet i forhold til ulike typer arbeid og er ikke knyttet til bestemte brukergrupper. Denne modellen kan brukes både på individ-, gruppe- og organisasjonsnivå. Modellen synliggjør miljøarbeid som er vernepleieren sin primære funksjon. Dette er arbeid som kan kjennetegnes ved sin systematikk, hvor ulike kunnskaps- og fagretninger knyttes sammen som et grunnlag for praktisk yrkesutøvelse. Måten det arbeides og representerer er et brukerorientert utgangspunkt med habiliterende eller rehabiliterende siktemål. Det er tatt utgangspunkt i å gi hjelp i forbindelse med helse, daglig omsorg og trivsel. Samt utvikle og trene opp funksjoner en person i utgangspunktet ikke har eller har mistet – eller bidra til at de funksjonelle ferdigheter opprettholdes. Sammenhenger det arbeides i forhold til er i hverdagslivet til mennesker med ulike funksjonsvansker, deres pårørende og nettverk og forvaltningsansvarlige (Fagplan for vernepleie (2008) revidert (2011)).

Linde og Nordlund (2006) refererer til (FO 2000) i at vernepleierne sin modell består av kartlegging, analyse, målvalg, metodevalg, planlegging, gjennomføring og evaluering.

Hvordan bruker man den helhetlige arbeidsmodellen som redskap?

I følge Linde og Nordlund (2006) er det flere faser i arbeidsprosessen:

Møte en utfordring. Ivaretar brukermedvirkning, skaffe oversikt over utfordringen og hva som er brukerens hovedbudskap. I tillegg må man innhente nødvendig samtykke med involverte parter.

Definere problemområder. Bidra med å konkretisere aktuelle problemområder sammen med bruker og hvem gjør hva i forhold til kompetanse. Stemmer problemområdene med utfordringen som ble presentert? Utveksle tanker og ideer med bruker og fagpersoner, og fremdrift i avtaler og ansvarsområde.

Generell datainnsamling. Vurdere aktuelle datakilder sammen med en bruker og ha en plan for datainnsamlingen og der man bruker metoder som er tilpasset problemområdene. Bruke kvalitative og eller kvantitative datainnsamlingsmetoder som er tilpasset bruker.

Analyse. Vurdere data opp mot aktuell teori og kunnskap for å belyse problemområdene og drøfte mulige løsninger i lys av teori og vurdere konsekvenser. Det er viktig at bruker kjenner seg igjen. Det er også viktig at man kan konsultere andre fagpersoner.

Målvalgsprosess. Kunne definere problemstillinger i prioritert rekkefølge, ivareta brukeren sin prioritering og brukerens mål. Kunne formulere mål og prioritere mål og sette opp kortsiktige og langsiktige mål og begrunne målområder.

Tiltak. Samarbeid med bruker og andre involverte parter om tiltaket og utførelsen. Vurdere tiltak i lys av brukerens prioriteringer og der tiltaket er tilpasset funksjonsnivået.

Metode. Vurder ulike miljøarbeids- og behandlingsmetoder. Definere og begrunne valg av metode, der metodevalget må tilpasses brukers kognitive ressurser. Hvor man beskriver metoder og begrunner valg.

Evaluering. Der både bruker og andre fagpersonell evaluerer tiltaket. Evalueringen skal tas utgangspunkt i mål, ressurser, metoder og mulige konsekvenser. Det er viktig at man har et tidspunkt for når evaluering skal være. Hvor man skriver en evalueringsrapport.

Revurdering og nye utfordringer. Hvor man utifra evaluering vurderer behov for ytterligere data med tanke på tiltak og eventuell nødvendig endring av tiltak, der man vurderer anvendt teori og kunnskap. Der det foreligger en evalueringsrapport hvor man også tar hensyn til brukerens egen vurdering. I tillegg benytter man den teoretiske kunnskap som er tatt utgangspunkt for analysen. (Linde og Nordlund 2006:80f).

Vernepleieren som miljøterapeut

For en miljøterapeut kan det være en utfordring å ha fokus på bruker når en problemløsningsmodell eller andre modeller skal brukes. Problemløsningsmodellen som verktøy med fasetenkningen som grunnlag skal være til hjelp og må ikke komme i veien for brukerens behov. I samhandlingen må vi hele tiden være oppmerksom på brukerens rett til å medvirke (Linde og Nordlund 2006:76).

Miljøterapeuter har helse- og sosialfaglig utdanning ved høyskoler. Vernepleieren har en slik utdanning. Slik jeg ser det blir en viktig oppgave å bidra i et tverrfaglig i samarbeid med andre yrkesgrupper for å kunne gi brukere eller pasienter et helhetlig tilbud. Blant annet til brukere som kan ha diagnosen borderline og skader seg selv. Samtidig kan jeg kan bidra til å tilrettelegge for brukere ved å nytte den helhetlige arbeidsmodellen som et verktøy i den videre behandlingen.

Grugn (2010) setter vernepleiere sin identitet med å fokusere på og ivareta ressursene hos den enkelte bruker. Jobben blir å bidra til en god livskvalitet samt å minske gapet mellom samfunnets krav og individets forutsetninger. Videre formidles det at i det praktiske

arbeidet finner vi mening til det yrkesspesifikke og de gode erfaringene som gjør akkurat vår yrkesidentitet spesiell. Som for eksempel å kunne lytte til andre, være tilstede og hjelpe andre til et bedre liv.

CASE

En case er en situasjon som kan minne om situasjoner fra det virkelige liv. Casen er utarbeidet med tanke på den problemstillingen jeg har valgt for oppgaven og i forhold til valg av litteratur, sammensetting og forståelse av oppgaven.

Anne er ei jente på 19 år. Hun har diagnosen bordeline og i tillegg selvskader hun seg. Hun bor fortsatt hjemme sammen med foreldrene sine. Hun har en lillesøster på 14 år. Anne synes at lillesøster alltid har fått mer oppmerksomhet av foreldrene og familien enn hva hun får. Anne kommer fra en musikalsk familie og hun er flink og spille piano og synge.

Hun går på videregående skole, men det siste halve året har hun hatt mye fravær uten å ønske det selv. Hun har også mistet kontakt med venninnene. Anne har gitt uttrykk at hun er misfornøyd med sin egen kropp og synes selv at hun ikke er noe fin. Hun er overvektig i forhold til sine venninner. Hun har tiltider blitt mobbet på skolen for dette og har blitt kalt ”tjukka”.

Anne har et anstrengt forhold til faren. Han har liten forståelse for hennes problemer og mener at hun kan ta seg sammen og være slik som andre er. Anne har likevel et avhengighetsbehov for å være mye sammen med faren.

Anne har gjennom hele oppveksten hatt problemer med å regulere følelser. Når hun blir sint kan hun veksle med å bli innesluttet eller å skjelle ut de som hun er sammen med. Siste halve året har hun låst seg mye inne på rommet sitt. Da skader hun seg på kroppen sin med skarpe gjenstander. Hun sier selv at hun skader seg når hun blir frustrert. Gjenstander hun bruker når hun skader seg kan være barberblad, glasskår og skarpe steiner. Hun har også brent seg med sigarettglo og lighter. Anne har ingen forklaring på hvorfor hun skader seg, hun bare gjør det når hun blir frustrert.

Anne har vært innlagt på psykiatrisk avdeling flere ganger og så lenge hun er der går det bra. Når hun har vært hjemme noen uker faller hun tilbake til det gamle mønsteret.

Anne vet at familien er glad i henne, men likevel kan hun ha vansker med å forstå det når hun har en dårlig periode. Hun tenker da mye på at alle andre er flinkere og penere. Selv

om hun gode egenskaper, klarer hun ikke å føle seg likeverdig med venner og familie. Hun gir uttrykk for at hun aldri er glad.

Foreldrene til Anne er bekymret, og redd for at selvskadingen skal føre til selvmord.

DRØFTING

Hvordan blir jeg kjent med Anne og på hvilken måte kan jeg etablere relasjon og tillit?

Bollingmo (2002) har en teori at en måte å nærme seg dette, kan være at man som tjenesteyter stiller seg spørsmål og funderer over hvilken måte kan man skape trygghet og respekt på. I møte med Anne vil dette være viktige refleksjoner for meg. Kan jeg som fagperson møte Anne som likeverdig? Jeg vil trolig skape relasjoner ved å ta henne på alvor for de problemene hun har. Og at det jeg sier og gjør i samvær med henne er ekte og troverdig. Likevel kan jeg formidle henne at hun selv har ansvar for sitt eget liv, men at jeg som hjelper kan bidra henne i en vanskelig periode. Jeg må også ha forståelse for at hun av og til ikke vil prate med meg, eller at hun skjeller meg ut. Berge og Repål (2008) argumenterer for at den som arbeider med ungdom ikke må gi opp selv om brukeren sier "nei", eller "vet ikke". Som hjelper kan jeg vise Anne at jeg er til og stole på og at jeg tar kontakt med henne igjen uavhengig om hun at skjeller meg ut eller om hun har en dårlig dag.

Røknes og Hansen(2006) formidler at relasjonskompetanse innebærer at man reflekterer over innholdet i samhandlingen. Dette er noe jeg må gjøre både ved i konflikter og videre i behandlingen. Og hvordan handterer jeg for forståelsen for selvskadningen? Kan negative holdninger og uvitenhet om selvskadning få meg gi henne et inntrykk av at jeg ikke bryr meg om henne? Utifra casen har Anne tanker om at alle andre er flinkere og finere enn henne. Kan Anne også tenke slik i forhold til meg som hjelper? Selv om mine tidligere forklaringer om forforståelsen for selvskadningen er at de som skader seg gjør det i frustrasjon på grunn av sykdommen. Selv om Øverland (2006) formidler at diagnosen og selvskadning kan bli forstått som et uttrykk for en persons fortvilelse som grunner i alvorlige traumer, kan jeg som hjelper likevel bli tvilende hvorfor selvskadning forekommer.

Hva kan jeg som vernepleier bidra med utifra den helhetlige arbeidsmodellen?

I drøftingen har jeg tatt utgangspunkt at jeg er vernepleier i psykiatritjenesten i en kommune. Denne tjenesten har et samarbeid med Anne og foreldrene hennes for at hun skal få en trygg hverdag.

I det vernepleiefaglige arbeidet sammen med Anne kan jeg bruke den helhetlige arbeidsmodellen som Linde og Nordlund (2006) formidler og er de ulike fasene i arbeidsprosessen for modellen som brukes. Der man møter en utfordring som etter hvert kan defineres som problemområder. For finne mer ut om denne utfordringen må man kartlegge behovene og ressursene, deretter gjøre en analyse av kartlegging opp mot teoretisk kunnskap. Analysen av problemet kan videre bidra til å velge mål som er hensiktsmessige med tanke på brukerens interesser, behov og ressurser. Ved å ha utarbeidet hensiktsmessige mål kan man velge tiltak som iverksettes og i tillegg må man ha en plan for hvordan tiltaket konkret skal gjennomføres. Det må også være en plan for evaluering av tiltaket. Linde og Nordlund(2006) påpeker at selve at selve problemløsningsmodellen ikke må komme i vegen for brukerens behov.

I møte med Anne og familien vil jeg trolig få bruk for den helhetlige arbeidsmodellen som et redskap slik det er formildlet om i fagplanen for vernepleie (2008) revidert (2011). Fagplanen beskriver modellen som et redskap som kan fremme og synliggjøre miljøarbeid som vernepleierens primære funksjon.

Utifra casen leser jeg om Anne sine problemer og at hun blant annet er lite sosial og har mye fravær på skolen. Hun blir til tider mobbet og har en formening om at alle andre er flinkere og penere enn henne. Hun er også overvektig. Jeg leser videre at hun er flink å spille piano og synge. Jeg kan sammen med Anne finne mer ut om hvorfor hun har mye fravær på skolen. Hvorfor hun blir mobbet, og hvorfor er Anne overvektig? Er det fordi hun spiser feil mat eller at hun er for lite i fysisk aktivitet? Trøstespiser hun fordi hun er frustrert eller er det en kombinasjon? Hvilke planer har Anne for fremtiden, trenger hun hjelp fra flere instanser for å komme videre? Kan noen små justeringer i forhold til hennes livssituasjon bidra til at hun får styrket selvbilde og får bedre tro på seg selv?

Ved å kartlegge noen av disse områdene sammen med Anne kan vi få mer klarhet i hva som er viktigst for henne å prioritere i forhold til både kortsiktige- og langsiktige mål. Og hvilke tiltak som bør iverksettes. Vatne (1998) har argumentert for at brukermedvirkning er ekte og virkelig når en bruker er med i planprosessen. Som hjelper må jeg bidra til at Anne kan være med å bestemme hva som er viktig for henne i den situasjonen hun er i nå og for fremtiden.

Derfor vil jeg mot slutten av drøftingsdelen bidra Anne til å finne mål og tiltak som kan være aktuelle for henne for å komme videre slik at hun etter hvert kan få tro på at hun kan klare seg selv.

Hvilke utfordringer vil jeg møte med hensyn til relasjonsbygging, samhandling og kommunikasjon og nærhet og avstand?

Øverland (2006) har formidlet at tidligere var selvskading et noe ukjent fenomen. I dag er dette annerledes, selv om det ikke finnes noen gode undersøkelser her i landet som viser omfanget. De som jobber blant ungdom har merket at selvskading er et økende problem. Det har vist seg at det finnes flere behandlingsmetoder som kan være nyttig i samarbeid med brukere som har borderline og selvskading. Blant annet miljøterapi, kognitiv terapi og dialektisk atferdsterapi, samt medisinsk behandling.

Som hjelper vil jeg trolig møte de utfordringer som Øverland (2006) formidler at man som hjelper kan bli møtt i forhold til en blanding av avisning og avhengighet av bruker. Der man må tåle kaos, uvisshet og angst? Som for eksempel hvor mye ansvar skal jeg som hjelper ha for Anne når hun skader seg og hvor går grensen for hvor mye jeg som hjelper må tåle før jeg griper inn? Som vernepleier må jeg ha både fagkunnskaper og personlige egenskaper til å stå i konflikter.

Øverland (2006) er kritisk til at personer med borderline personlighetsforstyrrelser lenge har vært ”beryktet” innenfor behandlingssystemet for sin kroniske selvmordsatferd, sin selvskading og det som behandlingssystemet opplever som manipulerende. Og at det har blitt påpekt at behandling har vært nytteløst for disse pasientene. Han argumenterer for at

en slik forståelse av pasientene og problemene deres kan være direkte skadelig for videre behandling. Videre påpeker han at diagnosen og selvskading har blitt forstått som et uttrykk for en persons fortvilelse som grunner i alvorlige traumer.

Som vernepleier og hjelper for Anne vil jeg unngå å gå i den i fellen der jeg tror at det ikke kan være mulig å hjelpe Anne til en bedre hverdag selv om hun skader seg og har hatt gjentatte innleggelseser. Jeg vil heller velge å se på henne som en person jeg kan hjelpe til å få tro på seg selv til å komme videre i livet, men forklare at det kan være mulig at hun vil ha behov for oppfølging over tid.

Det kan virke som at Anne har vansker med å regulere følelsene sine fordi hun kan veksle mellom å være innesluttet og sint på dem hun er sammen med. Dette kan man knytte til det Snoek og Engedal (2008) formidler om at borderline pasienter kan være utrygge i forhold til sitt selvbylde, sine mål og verdier, samtidig som de er ustabile i forhold til andre mennesker. Videre påpeker Snoek og Engedal (2008) at det kan være typisk for de med borderline diagnose å ha en klar tendens til å handle impulsivt uten og tenke på konsekvenser og at stemningsleiet kan være uforutsigbart og svingende.

Mens Eknes (2004) argumenterer for at noen kan få en sterk trang til å skade seg når de er sinte, mens andre har fortalt at de gjør det mer som en uvane, nærmest automatisk. I følge casen kan dette stemme med Anne sin måte å uttrykke følelser på, der hun skjeller ut andre og skader seg når hun er frustrert, hun kan også skade seg uten å vite hvorfor hun gjør det. Kan det være slik at Anne ikke har så god kontakt med familien og venninner fordi hun skjeller de ut når hun blir frustrert? Og at de som blir utskjelt ikke forstår hvorfor Anne gjør det?

For Anne kan det kanskje bli vanskelig å få og beholde venninner når hun ikke har kontroll over følelsene sine. Slik jeg forstår det kan dette forstås med det som Snoek og Engedal (2008) formidler om at personer med borderline kan ha vansker med relasjoner til andre mennesker, samt vansker med å regulere egne impulser og følelser. Dermed vil jeg tro at Anne også vil få vansker med meg som hjelper og jeg bør være forberedt på at hun på grunn av frustrasjoner muligens vil avise meg eller få vansker med å prate med meg.

Samhandling, relasjon, kommunikasjon og utfordringer

I følge Skau (2008) er ordene en viktig del av vår kommunikasjon, men ord er ikke alltid den viktigste budbringeren. Hvis vi hele tiden avbryter den vi snakker med, men likevel gir et inntrykk av å være interessert. Eller hvis noen sier at de er glad i deg, men aldri har tid til å vise det. Hva vil du tro til slutt? Det nonverbale budskapet er ofte sterkere enn vi tror, en liten latter, et blick eller en bestemt kroppsholdning kan fullstendig undergrave det vi sier. Jeg vil trolig oppleve at Anne kan misforstå meg, og at hun ikke vil prate med meg fordi at måten jeg sier eller gjør ting på kan oppfattes som feil eller vanskelig for henne. Selv om dette skjer, vil det bli viktig for videre kommunikasjon med Anne at jeg ikke lar meg påvirke av hennes frustrasjon.

I følge casen sier Anne at hun skader seg når hun blir frustrert. Gjenstander hun bruker når hun skader seg kan være barberblad, glasskår og skarpe steiner. Hun har også brent seg med sigarettglo og lighter. Anne har ingen forklaring på hvorfor hun skader seg, hun bare gjør det når hun blir frustrert. Herheim og Langholm (2006) formidler at selvskading kan være et forsøk på å mestre en ellers uutholdelig psykisk smerte.

For Anne som har vansker med å sette ord på følelsene, men heller skader seg når noe blir vanskelig blir det viktig at jeg kan vise henne respekt og tillit ved at jeg ikke dømmer henne for handlingene hun gjør. Men prøve å forstå at hun ikke kan la være å skade seg når hun blir frustrert. Jeg må gi meg tid til å høre hva hun sier å forstå at selvskadingen kan være en sammenheng med en uutholdelig smerte som Herheim og Langholm (2006) påpeker kan være en årsak til selve handlingen. Jeg tenker at det er viktig å være ærlig og oppriktig når jeg er sammen med henne og jeg må være villig til og ikke bare være profesjonell, men også et medmenneske.

Røkenes og Hanssen (2006) formidler om hva det innebærer i å ha relasjonskompetanse i arbeidet med mennesker. Om man har reflektert over hvilken betydning innholdet har for samhandlingen. Hvilke evner man har til å kjenne seg selv og samtidig kan leve seg inn i hvordan andre opplever verden. Relasjonskompetanse innebærer å være nær andre, for eksempel når noen selvskader seg. Jeg må ha kunnskap i å stelle sår når Anne har skadet seg. I tillegg må jeg kunne samtale om frustrasjonen hun har mens jeg steller såret. Jeg må

også ha evnen til å sette meg inn i Anne sitt reaksjonsmønster og jeg må forstå at mine reaksjoner over hennes handlinger kan påvirke meg i samhandlingen.

Jeg vil tro at Anne vil ha behov for å føle at jeg behandler henne med respekt og at jeg ikke har noen fordommer og negative holdninger fordi hun skader seg. Samtidig må jeg ha forståelse for min egen frustrasjon i samhandlingen og at dette vil være reaksjoner jeg vil komme til å kjenne på. Det kan for eksempel være hvis Anne skader seg og nekter meg og se hvor alvorlig skadene er.

Sett i et fenomenologisk perspektiv som Aadland (2004) fremhever, legger man vekt på menneskets vilje, meninger og intensjoner om å få være seg selv.

Jeg må ta Anne på alvor når hun skader seg eller er i fare for å gjøre det. Som fagperson må jeg kunne sette meg inn i hvordan den som skader seg opplever frustrasjon før selve skadingen og når selve skadingen skjer og hvilke følelser som oppstår. Jeg må også ha evnen til å sette meg inn i hvordan det føles å skade seg uten å vite nøyaktig hvorfor man gjør det. Om det er selve atferden for handlingen som Berge og Repål (2008) påpeker, eller om det er flere faktorer som er avgjørende for handlingen som Eknes (2004) formidler. Eller om det kan være at handlingen styres av den hjernedel som regulerer styring av kontroll av mentale prosesser som (Fikke 2011) påpeker. Hvordan vil jeg som fagperson reagere på hennes atferd, og hvor går grensen for å diskutere skadingen og sykdomsbildet med andre faggrupper? Det vil være viktig for meg å oppdage disse faresignalene og jeg vil tro at dette er en balansegang som jeg alltid må forholde meg til når jeg er sammen med Anne. Jeg må ha forståelse for at Anne kan ha behov for å være alene og samtidig ha respekt for at hun aviser meg. For Anne som har vansker med å sette ord på følelsene, men heller skader seg når noe blir vanskelig, blir det viktig at jeg har empati. Det vil si at jeg har evne til å sette meg inn i hennes situasjon. Selv om jeg klarer å sette meg inn i hennes situasjon, vil det bli viktig for meg å tenke videre hvordan kan jeg hjelpe Anne ut av de vanskelige situasjoner.

Hvilke etiske og terapeutiske dilemmaer vil jeg møte og hvordan kan disse håndteres best?

Bollingmo (2002) formidler at etikk er måten man reflekterer over de verdier og normer som legges til grunn for handling. Hva betyr ord som respekt, likhet, trygghet og lojalitet for tjenesteyteren i samhandling med brukeren?

Slik jeg tolker det kan Anne sitt emosjonelle reaksjonsmønster sammenliknes med det som Snoek og Engedal(2008) formidler kan være typisk for personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Som også kalles borderline personlighetsforstyrrelse. Det er at de kan ha en klar tendens til å handle impulsivt uten å tenke på konsekvenser, og stemningsleiet kan være uforutsigbart og svingende. Eksempel som at de har vansker med å kontrollere sinne. Som hjelper kan jeg komme i etiske konflikter med meg selv, der jeg vet at jeg skal ha respekt for Anne og vise Anne trygghet og lojalitet, selv om hun kan skifte i humøret ved å skjelle meg ut og avise meg. Derfor vil det bli viktig og ha andre fagpersoner å snakke sammen med om slike etiske dilemmaer for å unngå at jeg får negative holdninger om Anne sin måte å være på.

Øverland (2006) skiller selvskading og selvmord i defineringen. Der han formidler hva som er hensikten med selvskadingen, om det er for å ta sitt eget liv eller om det er kun for å skade seg.

Både etisk og faglig sett kan det bli vanskelig å observere hvor grensen går mellom å skade seg eller å ville ta sitt eget liv og hva som er sykdommen og hva som er andre årsaker? Når skal man gripe inn? Og hvilke konsekvenser kan det få både for Anne og meg at jeg vurderer feil? Hvordan kan jeg som hjelper til enhver tid vite hvor stor frustrasjonen til Anne er? Og kan hun en dag gå over grensen ved å skade seg så mye at det kan være fare for eget liv? Anne gir også uttrykk for at hun ikke er glad, selv om hun egentlig innerst inne vet at hun har en familie som er glad i henne. Kronisk tomhetsfølelse og utrygghet i forhold til selvbilde samt egne mål og verdier kan være fremtrede hos de med borderline i følge Snoek og Engedal (2008). Men Eknes (2004) påpeker at selvskading ikke er et eget syndrom eller en egen sykdom, men kan fremstå som et uttrykk som viser symptom på andre forhold. Berge og Repål (2008) argumenterer for at selvskading er en fellesbetegnelse på en atferd som kan innebære at en person vil endre en

intens negativ tankefølelse eller en komplisert relasjon ved å påføre seg fysisk eller psykisk smerte.

Som vernepleier og i møte med Anne er ikke hensikten i å få henne til å slutte med selvskadingen. Likevel blir det viktig for meg å kunne forstå de signaler som Anne gir i forhold til selvskadingen, og hvor går grensen for når jeg eventuelt skal kontakte andre fagpersonell, som for eksempel en lege for å vurdere innleggelse. Og hvor går grensen mellom selvskading og selvmord? Hvem skal jeg rådføre meg med for å klargjøre grensene, jeg vil tro at min leder i psykiatritjenesten vil kunne bli min støttespiller her.

Hvordan lage mål og tiltak sammen med Anne?

I følge Linde og Nordlund (2006) er det flere faser i arbeidsprosessen og sammen med Anne kan jeg bruke denne modellen som et utgangspunkt for videre arbeid. I hennes tilfelle er det mange mål man kan jobbe videre med, men sammen med Anne har jeg prioritert de mål som betyr mest for henne.

Møte en utfordring: For meg som hjelper vil det bli viktig å danne meg et bilde av Anne sin situasjon. Casen viser at hun har diagnosen borderline. Hennes hovedbudskap er at hun er frustrert, hun selvskader seg og har et dårlig fungerende nettverk både i forhold til skole, venner og til dels familien. Når jeg skal møte disse utfordringene sammen med henne blir det viktig at jeg har samtykke for å hjelpe henne videre. Samtidig må jeg legge til rette slik at hun får medvirkning i arbeidet.

Definere problemområder: Som vernepleier kan jeg samtale med lederen min i psykiatritjenesten om utfordringene jeg har møtt hos Anne er i samsvar med det andre som jobber for henne kjenner til. For å være sikker på at problemområdene stemmer med de utfordringer jeg har møtt hos Anne satte vi oss ned og pratet sammen for å finne mer ut om dette. Vi snakket også om ansvar og avtaler og hvilke mål som blir viktig å prioritere videre? Og hva som skjer med de mål som blir nedprioritert?

Generell datainnsamling: I kartleggingen kan jeg bruke intervju sammen med Anne. Kjennetegnet ved metoden intervju er at en person stiller spørsmål til en annen person.

Den som intervjuer har ansvar for å registrere svarene i følge Løkken og Søbstad(2006). Når jeg bruker denne metoden kan jeg få svar på viktige opplysninger som for eksempel om diagnose. Hvilke forhold hun har til familien, skole, venner og hvilke interesser og ressurser hun har. Casen viser blant annet at Anne har en borderline personlighetsforstyrrelse og at hun skader seg selv når hun er sint eller frustrert. Hun har mye fravær fra skolen og har lite kontakt med venninner. Hun har vansker med å regulere følelser når hun er sammen med andre, men likevel gir hun uttrykk for i samtalen at det er viktig for henne å komme tilbake til skolen igjen. Og at hun håper på å få kontakt med noen av venninnene sine igjen.

Analyse: Snoek og Engedal (2008) formidler at borderline pasientene kan være uttrygge i forhold til sitt selvilde, sine mål og verdier. De kan også lide av en kronisk tomhetsfølelse. De som har denne diagnosen kan være intense og ustabile i forhold til andre mennesker – også til terapeuter. Kartleggingen viser at Anne er lite sosial og at hun er mye frustrert over sin situasjon. Dermed kan man vurdere data opp mot aktuell teori og vurdere konsekvenser. Herheim og Langholm (2006) beskriver mestring slik at det er hvordan et individ håndterer de forskjellige utfordringer i livet. I og med at Anne gir uttrykk for at hun vil tilbake til skolen og vil ha kontakt med venninner igjen blir det viktig at jeg kan bidra henne videre i denne prosessen. Hvis hun klarer å håndtere disse utfordringene kan det bety mestring for henne.

Målvalgsprosessen: Som vernepleier kan jeg bidra Anne til å finne ut hvilke mål som er mest nødvendig for henne. Jeg må hele tiden vurdere målene opp mot kartlegging og analysen. Men jeg må også lytte til hennes ønsker for mål og tiltak.

Overordnet mål: Anne bør ha en hverdag hvor hun trives og har det bra.

Begrunnelse: Linde og Nordlund (2008) beskriver at trivsel mål ikke nødvendigvis skal endre brukenes atferd, men poenget er at brukeren skal trives bedre og at dette kan bidra til å øke livskvaliteten. Det er ikke hensikten å få Anne til å slutte å skade seg, men hvis hun får økt trivsel i hverdagen kan det muligens bidra til mindre frustrasjon og at hun ikke skader seg så ofte.

Hovedmål: Anne får styrket den sosiale kompetansen ved å være sammen med andre

Delmål 1: Anne oppretter kontakt med skolen igjen

Delmål 2: Anne inviterer en venninne på besøk

Begrunnelse: I følge Linde og Nordlund(2008) kan man se en sammenheng mellom mestring - selvbilde og sosialkompetanse. I og med at Anne har vansker med kontaktforholdet til andre, kan det å komme tilbake til skole igjen bidra til at hun får styrket den sosiale kompetansen. Hvis hun lykkes kan hun få følelsen av å mestre noe som kan bidra til at selvbildet blir styrket. Dermed kan Anne føle seg likeverdig med andre hun omgås med.

Utifra de ønsker og opplysningene jeg har fått i samtale med Anne blir tiltaket valgt utifra delmål1. Grunnen til at vi valgte bort delmål 2 er fordi at når hun kommer tilbake til skole igjen får hun mulighet til å ha kontakt med venninner der. Delmål 2 er et mål det kan jobbes videre med likevel.

Tiltak: Anne tar kontakt med skolen

Begrunnelse: I og med at Anne har ønsker om å komme tilbake til skolen har jeg ivaretatt interessene hennes der brukermedvirkning har vært i fokus og dermed har hun bidratt til å ta egne valg. Mine vurderinger videre vil bli hvordan hun skal gjennomføre det å komme tilbake til skolen igjen. Hva må jeg være observant til? Selv om Anne ivrer etter å komme tilbake til skolen kan det være at hun ikke klarer å møte de sosiale utfordringene. Jeg behøver å rådføre meg med andre fagpersoner om gjennomføringsplanen.

Gjennomføringsplan: Som vernepleier i psykiatritjenesten i kommunen skal jeg bidra Anne i denne prosessen.

- Lage en plan sammen med Anne for hvordan det skal jobbes videre fremover.
- Forslå en dato/ dag der hun kan ringe skolen for å avtale et møte.
- Sette opp en plan for hva som er realistisk for henne å gjennomføre.
- Hvem skal hun ha et samarbeid med?

- Hvor mye ansvar har hun selv?
- Skal hun gå hver dag på skolen, eller kan det være at hun starter gradvis.
- Bør det opprettes en ansvarsgruppe? De som blir med i gruppen kan være Anne, noen fra skolen, mor eller far, lege, Nav og meg som vernepleier i psykiatritjenesten i kommunen.
- Opprette kontaktperson som Anne kan ta kontakt med hvis hun ikke mestrer å være på skolen eller får behov for å skade seg.

Evalueringsplan: Hensikten med tiltaket er at Anne skal få mestre å ha et sosialt liv, selv om hun i perioder kan fungere dårlig i relasjoner med andre. Hun har i hovedsak ansvar for sitt eget liv, likevel vil det være naturlig å få hjelp fra andre når hun ikke mestrer hverdagen, eller når hun skader seg.

Evalueringen av fremdriften i arbeidet skal foregå sammen med Anne slik at hun hele tiden er orientert. Vi setter opp datoer for evaluering av tiltaket og skriver en rapport om hvordan det har gått. Det kan bli at vi må gjøre justeringer etter evaluering.

Revurdering og nye utfordringer: Selv om hensikten er at Anne skal ta kontakt med skolen selv kan det være at tiltaket må endres. I følge teori i analysen formidler Snoek og Engedal (2008) borderline pasientene kan være uttrykke i forhold til sitt selvilde, sine mål og verdier. Selv om Anne har intensjonen om å ta kontakt med skolen, kan det være at hun ikke stoler nok på seg selv til å gjøre det. Hvis evalueringen viser at hun ikke klarer å gjennomføre tiltaket må jeg som hjelper ta hensyn til hennes vurderinger. Da kan jeg eller noen andre hun stoler på kontakt med skolen for å planlegge et møte for henne.

Hvordan kan man hjelpe brukeren til å hjelpe seg selv?

Herheim og Langholm (2006) forklarer mestring slik at det er hvordan et individ håndterer de forskjellige utfordringer i livet. Det kan være praktiske oppgaver som å sykle eller å bruke et verktøy. Det kan også være hvordan vi mestrer de ulike livshendelser som for eksempel å flytte eller at man mister noen i familien. Mestring kan være en opplevelse av å kunne møte utfordringer og det kan også være en følelse av å ha kontroll over livet sitt.

Grugn (2010) setter vernepleiere sin identitet med å fokusere på og ivareta ressursene hos den enkelte bruker. Der jobben blir å bidra til en god livskvalitet samt å minske gapet mellom samfunnets krav og individets forutsetninger. Som for eksempel ved å bruke den helhetlige arbeidsmodell for å finne brukerens behov, ønsker og interesser. Hvis Anne har realistiske mål i hverdagen kan det være løsninger til å klare seg selv bedre.

Utifra casen mestrer Anne dårlig både relasjoner til andre og hvordan hun oppfatter seg selv som person. I mitt møte med Anne kan jeg forklare henne at det er viktig at hun har mål og tiltak for hvordan hun vil ha det i livet sitt, og at i utgangspunktet er det hun som har de ressurser som trengs for at hun skal komme videre. Anne bør lære at for å forstå seg selv bedre må hun involvere seg selv mer i hverdagen. Det vil bli viktig at hun lærer ta signaler om egen sykdom i forhold til selvskadingen og at hun kan trene på å sette grenser for seg sjølv. Samtidig trenger Anne å ha et stabilt nettverk rundt seg både i forhold til skole, familie og venner.

Etter samtykke med Anne har jeg brukt den helhetlige arbeids-modellen som et redskap, der brukermedvirkning er i hovedfokus. For meg vil det være viktig å forklare Anne at det trolig vil være godt for henne å ha ei ansvarsgruppe der hun er i fokus. Og at i en ansvarsgruppe er det flere fagpersoner som kan hjelpe henne med å få en helhetlig oppfølging. Det kan være både i forhold til skole, familie, helsestasjon, lege, Nav og psykiatritjenesten i kommunen der hun blant annet kan benytte seg av dette hjelpeapparatet både i gode og dårlige perioder.

Linde og Nordlund (2006) påpeker i planprosessen for den helhetlige arbeidsmodellen at det i planarbeidet er brukerens interesser, behov og ressurser som skal vektlegges. I følge Hauge (2002) er brukermedvirkning når man som pasient får innflytelse på hvordan tjenesten blir utformet. Min oppgave har vært å ta med Anne gjennom planprosessen der hun hadde medvirkning. Videre har jeg støttet meg til det Vatne (1998) formidler om at brukermedvirkning er ekte når bruker får være med i planprosessen ved utarbeidelse av mål og tiltak. Ved å jobbe slik i forhold til Anne vil jeg tro at hun kan dra nytte av meg som hjelper i fremtiden.

Kritisk refleksjon

Kritisk refleksjon er et teoretisk perspektiv som er sammensatt av flere teoretiske elementer som er bygd sammen til et teoretisk ståsted og dette gir et spesielt utgangspunkt (Askeland 2011: 87f). Gjennom oppgaven kan jeg referere til Øverland (2006) som forklarer at man blant annet i forskningsmiljøene har blitt mer oppmerksomme på at problemet selvskading har en felles forståelse og at det finnes felles kriterier. Det har også blitt viktigere å se på om kriteriene av definisjonen handler om selvskading eller om selvmord. Eknes (2004) påpeker at selvskading ikke er et eget syndrom eller en sykdom, men kan fremstå som et uttrykk for andre forhold. Derimot argumenterer Fikke (2011) fra en doktoravhandling der undersøkelser viser at hos de som selvskader seg fungerer hjernens mentale prosesser for regulering av følelser svakere enn hos de som ikke har denne problematikken.

Min tolkning er at det fortsatt er uenigheter i forskningen om det finnes noen biologiske årsaker til selvskadingen. Og om man kan kalle selvskading en sykdom eller om det er selve atferden som styres av ulike påvirkningsfaktorer som for eksempel miljøet man oppholder seg i.

Avslutning

Som vernepleier har mitt hovedbudskap i oppgaven vært å bruke den helhetlige arbeidsmodell som et redskap i arbeidet videre saman med Anne.

Selv om den helhetlige modellen ikke er direkte knyttet til pasienter med borderline og selvskading er dette en arbeidsmetode som kan nyttes i forhold til de fleste brukergrupper. Der kartlegging, analyse, mål, tiltak og evaluering står sentral i arbeidet. Dermed har eg sett nytten av og bruke denne modellen også i arbeidet med Anne.

De mest sentrale momentene mine har vært å forstå hvordan Anne kan få en betre livssituasjon. Slik jeg ser det vil det bli en lang prosess for Anne å kunne å ta vare på seg selv. Selv om Anne har ønske om å komme tilbake til skolen og få betre kontakt venninner kan det bli utfordringer både for henne og for de som er saman med henne. Anne vil mest sannsynligvis ha både gode og dårlige perioder i forhold til sykdomsbildet borderline personlighetsforstyrrelse og selvskadingen. Eknes(2004) har argumentert for at det er kunnskapsmangel blant helsepersonell i forhold til borderline og selvskading. Slik jeg ser det vil det være viktig for Anne at hun få en trygg og god oppfølging fra hjelpeapparatet. Det vil derfor være viktig at kommunen som Anne bor i prioriterer å styrke fagkompetansen hos de ansatte.

I oppgaven har jeg også blitt kjent med flere andre behandlingmetoder som kan være aktuelle i behandling for Anne. Blant annet dialektisk adferdsterapi, miljøterapi, kognitiv terapi og medisinsk behandling.

LITTERATUR

Aadland, Einar (2004). *"Og eg ser på deg..." Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Aarre, Trond F, Bugge, Petter og Juklestad, Siv Iren (2009). *Psykiatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Andersen, Tom (2002) (red). *Felleskap og sammenhenger- Yrkeshjelpere i grupper, nettverk og organisasjoner*. Gjøvik: Gyldendals Akademisk.

Askeland Aga, Gurid (2011) *Kritisk refleksjon i sosialt arbeid..* Oslo: Universitetsforlaget AS.

Bollingmo, Leif (2002). *Etisk forsvarlighet - lettere sagt en gjort*. SOR- rapport nr 6.

Bunkholdt, Vigdis (2000). *Utviklingspsykologi*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Bunkholdt, Vigdis (2002). *Psykologi. En innføring for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

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

Eknes, Jarle (2004). *Tvangslidelse - forståelse, diagnostisering og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Grugn, Rolf Magnus, Wærness, Hanne Line og Ellingsen, Cato Brunvand (2010). *Venepleieboka 2010 - 20 år etter reformen*. Fellesorganisasjonen 2010.

Hauge, Olav (2002) *Brukermedvirkning - hindringer og muligheter*. Embla, nr 2.

Herheim, Åste og Langholm, Kari (2006). *Psykisk helsearbeid. Teorier og arbeidsmåter*. Oslo: N.W. Damm & Søn AS.

Linde, Sølvi og Inger Nordlund (2006). *Innføring i profesjonelt miljøarbeid. Systematikk, kvalitet og dokumentasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

Linehan, Marsha M (2004). *Manual til dialektisk adferdsterapi. Ferdighetstrening*. Gylling: Danish Edition Psykologisk Forlag A/S.

Røkenes, Odd Harald (2006). *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Skau, Greta Marie (2008) *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Løkken, Gunvor og Søbstad Frode (2006). *Observasjon og intervju i barnehagen*. Universitetsforlaget.

Vatne, Solfrid (1998). *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget.

Øverland, Svein (2006). *Selvskading. En praktisk tilnærming*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

www.selvskading.info. Lest 30.03.12

www.forskning.no. Lest 04.04.12