



Fordypningsoppgave

VPH705 Psykisk helsearbeid

Redusering av selvskading i akutt psykiatrisk enhet ved bruk av dialektisk adferdsterapi og andre kognitive teknikker/ Reducing self-harm in acute psychiatric unit at the use of dialectical behavior therapy and other cognitive techniques.

Nina R. Øverland

Totalt antall sider inkludert forsiden: 31

Molde, 18.04.2012



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: 10

Veileder: Kjell Erik Tveiten

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: 09.04.2012

Antall ord: 8265

1.0 SAMMENDRAG

Jeg arbeider i en akutt psykiatrisk døgnenhet som miljøterapeut. Fra flere forskjellige praksiser i psykiatrien gjennom flere år, har selvskading i stor grad blitt observert, oftest som en tilleggs diagnose til den lidelsen som er mest fremtredende hos pasientene som blir innlagt. Jeg møter stadig oftere pasienter med denne formen for problematikk og min interesse for fenomenet selvskading har bare økt med årene.

Jeg har valgt å anvende dialektisk adferdsterapi og andre kognitive teknikker som metoder, fordi jeg har lest i tidskriftet for Den norske legeforening nr 8- 16. April 2009, som sier at en behandlingsmåte som peker seg ut som lovende for selvskading er dialektisk atferdsterapi (dialectical behaviour therapy, DBT). (Berge og Repål 2008) sier at kognitiv terapi er en modell for å forstå og behandle psykiske lidelser.

Min problemstilling blir således.

“Hvordan kan jeg som miljøterapeut ved bruk av dialektisk adferdsterapi og andre kognitive teknikker, bidra til å redusere selvskading i akuttpsykiatrisk enhet?”

Første del av oppgaven belyser jeg teori om selvskading og kognitive teknikker, samt dialektisk adferdsterapi. Jeg har beskrevet et narrativ om en pasient jeg kjenner fra enheten og hennes historie.

I diskusjonsdelen anvender jeg teorien og disse teknikkene i samhandlingen med pasienten.

Historien om denne pasienten er i korte trekk at hun skader seg for å takle vonde følelser som hun ikke greier sette ord på. Målet med de teknikkene jeg bruker sammen med henne, er at hun skal finne alternative måter å takle de vonde følelsene. Videre har jeg forsøkt å hjelpe henne i å identifisere sine negative automatiske tanker, og finne ut hvordan hennes oppvekst har påvirket hennes tanker og følelser som gir utslag i selvskadings adferd. Ved å endre disse tankene og få mer hensiktsmessige leveregler er målet at pasienten selv skal kunne være i stand til følelsesmessig å få det bedre.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INTRODUKSJON	3
1.1 Problemstilling	4
2.0 TEORI	4
2.1 Selvskading	4
2.2 Miljøterapi	6
2.3 Kognitiv terapi	7
2.3.1 Feiltolkinger.....	8
2.3.2 ABC modellen.....	8
2.3.3 Sokratiske spørreknikk.....	9
2.3.4 Levereregler/ skjemaer.....	9
2.3.5 Negative automatiske tanker.....	10
2.4 Dialektisk atferdsterapi	10
2.4.1 Terapeutisk holdning.....	11
2.4.2 Dialektisk atferdsterapi og selvskading.....	12
2.4.3 Kjedefanalyse.....	13
2.4.4 Dagbok.....	14
3.0 EMPIRI	16
4.0 DISKUSJON	18
5.0 KONKLUSJON	25
6.0 LITTERATUR	27

1.0 INTRODUKSJON

Etter endt utdanning, har jeg arbeidet som sykepleier/ miljøterapeut innenfor psykiatrien. Fra flere forskjellige praksiser i psykiatrien gjennom mange år, har selvsykdom i stor grad blitt observert, oftest som en tilleggs diagnose til den lidelsen som er mest fremtredende hos pasientene som blir innlagt. Pasientene som blir innlagt, har blant annet lidelser som depresjon, angst og atferdsproblemer. Selvsykdom er ofte et ”ekstra problem” som følger med hos mange av disse pasientene. På min nåværende arbeidsplass møter jeg stadig oftere pasienter med denne formen for problematikk og min interesse for fenomenet selvsykdom har bare økt med årene.

Selvsykdom har i mange tilfeller ført til diskusjoner i personalgruppen og flere har gitt uttrykk for maktesløshet over ikke kunne nå frem med vårt ønske om å hjelpe ungdommene som selvsyker. Utgangspunktet for enheten hvor jeg arbeider er at pasientene ikke skal legges inn på grunn av at de selvsyker. Enheten har derimot et lavterskel tilbud i forhold til innleggelse for å kunne unngå at selvsykdom skjer.

I følge Svein Øverland (2008) har selvsykdom i de senere år blitt ett fenomen som en stadig ser mer av. Det har blitt mer vanlig, noe som har medført at fagarbeidere nå er blitt mer fokusert på å gi riktig hjelp. Fagfolk etterspør hvilke tilnærminger som er hensiktsmessig og hva som er effektiv behandling. Forfatteren sier videre at å forsøke å hjelpe et annet menneske er utfordrende og krever relasjon mellom den som skal motta og den som skal gi hjelp eller behandling. Når problemet er gjentatt selvsykdom blir dette enda vanskeligere. (Berge og Repål 2008) sier at det å behandle pasienten med selvsykdom er utfordrende og krevende. Men om behandlingen blir vellykket er belønningen desto større. Det er ikke alltid disse pasientene blir møtt med den forståelse og respekt de fortjener. Vi har ansvar for å hjelpe mennesker som har det vondt, og ett ansvar for å tilpasse behandlingen etter behovene til pasientene.

Jeg velger å anvende Dialektisk adferdsterapi og kognitive teknikker i oppgaven fordi jeg har sett denne tilnærmingen bli brukt i enheten. Det har derimot vist seg at kognitiv terapi i seg selv ikke har fungert like godt på pasienter med selvsykdoms problematikk i enheten, og på bakgrunn av dette valgte jeg og å benytte meg av dialektisk adferdsterapi som metode med innslag av kognitive teknikker. Dialektisk adferdsterapi er en ny form for behandling, som er spesielt tilrettelagt for disse pasientene, og har vist seg effektiv.

Dialektisk atferdsterapi er i følge Svein Øverland (2008) som viser til (Linehan m.fl. 1991), den første dokumenterte effektive behandlingsformen for pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse og selvskading eller med selvskadingsproblematikk. Denne randomiserte undersøkelsen ble gjennomført i 1991. Undersøkelsen viste reduksjon i antall selvmordsforsøk og ved selvskading og er den første dokumenterte effektive behandlingsformen for pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse og selvskading eller med selvskadingsproblematikk.

I oppgaven anvender jeg en historie om en pasient jeg velger å kalle Åse. Hun er en pasient som selvskader, og har gjort dette siden barndommen. I oppgaven vil jeg konsentrere meg om Åse og legge vekt på en oppstått episode inne i avdelingen og hvordan jeg som miljøterapeut kan bruke dialektisk atferdsterapi for å hjelpe Åse til å selvskade mindre. Min problemstilling blir således:

1.1 Problemstilling

“Hvordan kan jeg som miljøterapeut ved bruk av dialektisk adferdsterapi og andre kognitive teknikker, bidra til å redusere selvskading i akuttpsykiatrisk enhet?”

2.0 TEORI

2.1 Selvskading

Svein Øverland (2008) sier at ungdommer med selvskading problematikk ofte ser på selvskadingen som kontrollforsøk. Det kan også oppleves som at selvskadingen gir kontroll i livet deres, der ungdommen ikke kan bestemme noen ting.

Videre hevder han at selvskading innebærer mange forskjellige varianter, både kroppslig og selvdevaluerende atferd. Mange benytter også flere metoder. Den vanligste metoden for selvskading er kutting eller overdose av medikamenter

Begrepet selvskading er i ICD-10 (WHO 2004) definert som «villet egenskade» eller Intentional selfharm på engelsk.

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 sitt. (Øverland 2008,17).

Videre sier forfatteren at mange som har forsøkt å hjelpe ungdom som skader seg selv, har erfart at selvskadingen kommer tilbake igjen selv når man trodde at den var borte. Det er derfor viktig med positive tilbakemeldinger på selvskadings frie perioder. Når ungdommen har hatt en periode uten å selvskade og man slutter å fokusere på det, blir ungdommen igjen alene med tankene og følelsene og det kan da ende med at hun begynner å selvskade igjen. En må derfor se at behovet for oppmerksomhet stadig er der og en klar melding om at hun fortsatt trenger hjelp til arbeidet med det.

Hvorfor selvskade?

I følge Svein Øverland (2008) gir selvskading kontroll, og kommer som forsvar mot en intens ubehagsfølelse. Han hevder videre at de føler at selvskading er eneste kontroll de har og at ubehagsfølelsen er så sterk at den er vanskelig å beskrive. Denne følelsen er noe de har hatt over tid og de gjør hva som helst for å bli kvitt den. I følge forfatteren brukes også selvskading som straff mot seg selv. Særlig når tankefeil, skam, negative selvinstruksjoner og straff kobles sammen, er ofte løsningen å straffe seg selv. Selvskading er i følge Svein Øverland (2008) også en ond sirkel hvor negative følelser oppleves slik at de går i en evig sirkel. Selvskading blir brukt for å komme ut av den onde sirkelen.

Å ha skalpeller i vesken kan sammenlignes med å ha med seg beroligende medikamenter eller hjertemedisin. De har samme effekten. Det er beroligende bare å vite at jeg har dem (Øverland 2008,161).

Svein Øverland (2008) sier at dette er en typisk beskrivelse fra ungdom som skader seg og hvordan kuttingen oppleves som å ha kontroll. Selvskadere sier at de ønsker hjelp til å ha mindre plager med ekle tanker, men at de samtidig ikke kan love å slutte å skade seg. Avslutningsvis sier forfatteren at det vil sjelden fungere og si at personer som selvskader tar feil ved denne opplevde kontrollen, men heller anerkjenn deres opplevelse av selvskading som kontrollhandling.

(Berge og Repål 2008) sier at skamfølelse er noe som står sentralt i behandling av pasienter med ustabilitet og selvskading. For å gjøre det lettere for pasienter å beskrive skamfølelsen fins det en rekke nyttige teknikker for å gjøre det enklere for pasienten å beskrive skamfølelsen og videre arbeide med kognitive skjemaer. Videre hevder (Berge og Repål 2008) at en må skille mellom hva som er utløsere for skam, den umiddelbare reaksjonen på skam, samt forsøket på å mestre følelsen. Mestringen etterfølges av en innlært reaksjon der personen vil forsøke å skjule sin skamreaksjon Sidsel Tveiten (2001) hevder at vi heller skal minne dem på at de oftere har mer kontroll enn de tror de har. Å fokusere på mestring og mestringsmuligheter er en ressursorientert strategi. Hensikten er at en skal utvikle seg og lære å utvikle sin livskvalitet

I følge (Berge og Repål 2008) kan i utgangspunktet mange av de samme teknikkene brukes til behandling av ustabilitet og selvskading som ved behandling av personlighetsforstyrrelser. Personer med ustabilitet og selvskading vil som oftest ha problemer som er mer kroniske og påvirket av relasjonelle forhold. Noe som krever at behandleren er fokusert på problemforståelse og problem formulering, at problemene er mer sammensatt, og at de ofte krever lengre behandlingstid. Pasienter med ustabilitet og selvskading preges ofte av labilitet, svart, hvitt tenkning og enten eller tenkning. Noen ganger gir de som selvskader uttrykk for at de ikke har noen problemer eller behov for hjelp, dette kan skifte fort slik at alt er kaos, og de krever all den hjelp det er mulig å få.

2.2 Miljøterapi

Svein Øverland (2008) hevder at en enkel definisjon på miljøterapi er å være sammen så det hjelper. Noe som krever at miljøterapeutene må gi mye av seg selv. Han sier at ved å

arbeide miljøterapeutisk med pasienter som selvskader, kan miljøpersonalet påvirkes på grunn av de følelsene det vekker. I dette arbeidet er det viktig at miljøterapeutene står sammen og hjelper hverandre. Idealet er at vi som miljøterapeuter skal tåle det meste, men virkeligheten er at hjelperne kan bli like så såret i disse relasjonene som ellers i livet

Miljøterapi innebærer en reflektert, aktiv og kreativ nyttiggjørelse av de til enhver tid tilgjengelige ressurser i en gitt situasjon. Hensikten er å legge til rette for utvikling, vekst og modning, å gi gode og overførbare relasjonserfaringer og derigjennom fremme og tydeliggjøre mer hensiktsmessig samhandlingsmønstre (Øverland 2008, 206).

Solfrid Vatne (2007) sier at miljøterapi er en metode i psykisk helsearbeid, hvor det handler om tilrettelegging for både fysiske og de sosiale rammene. Videre sier hun at miljøet bør ha god struktur. Forfatteren påpeker også at bærebjelken i miljøterapi er samspillet/ relasjon mellom hjelper og pasient.

Miljøterapi er aktivitetsorientert behandlingsform som er rettet mot å bedre pasienters kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter. Noe som innebærer å bedre pasienters selvfølelse og opplevelse av mestring (Vatne 2007,27).

2.3 Kognitiv terapi

I følge (Berge og Repål 2008) kommer ordet kognitiv av ordet kognisjon som betyr bearbeiding av informasjon. Kjernen i kognitiv terapi er at våre tanker om en bestemt episode vil påvirke hvilke følelser som blir benyttet til denne episoden.

Kognitiv terapi er en modell for å forstå og behandle psykiske lidelser. Erkjennelse og forståelse vi får ved å bruke våre tanker. Kognitiv terapi er en behandling hvor våre tanker blir gitt oppmerksomhet. Erfaring viser at våre tanker spiller en viktig rolle i utviklingen og opprettholdelsen av psykiske lidelser. Behandlingen dreier seg om problemløsning og endring i tanker og handlemåter.

Måten vi tenker på vil alltid påvirke våre følelser og våre handlinger. Hvordan vi tenker om en bestemt episode vil ha noe å gjøre med tidligere erfaringer. Dette forklarer hvorfor mennesker reagerer helt forskjellig på den samme episoden.

2.3.1 Feiltolkninger

Feiltolkninger beskriver ulike måter et individ kan misoppfatte eller forvrengte informasjon. Det fins mange typer feilfortolkninger som trer i kraft når negative leveregler er aktivert. (Nielsen og Lippe 2002, 93).

1. Overgeneralisering: Skjer det en gang, skjer det bestandig.
2. Svart/ hvitt tenking: Gjør man en liten feil med noe som er veldig bra, tenker en at alt var mislykket.
3. Tankelesning: Tar det som en selvfølge at den andre skal vite hva man har lyst til, uten at man har sagt det.
4. Følelsesmessig resonering: Man bestemmer hva som er riktig eller galt uti fra hva man selv føler. Eks. Jeg føler med annerledes, derfor er jeg det.

2.3.2 ABC modellen

(Berge og Repål 2008) sier at det er nødvendig med systematisk arbeid for å oppnå bedre mestring. Til dette kan en ta utgangspunkt i en modell for følelser som sier at vi ofte blir fortvilet, urolig eller deprimeret ut fra de tankene vi gjør oss om hendelsene, ikke bare hendelsen i seg selv. Endring i disse tankene kan videre føre til endring i følelsene. Målet er å få kunnskap om hvilke tanker som hemmer eller fremmer mestring, tilpasning eller endring. Modellen inneholder følgende punkter:

A: Utløsende hendelse

B: De tanker vi gjør oss om hendelsen

C: Følelser og adferd

D: Alternative måter å oppfatte situasjonen på, kjernen i kognitiv terapi.

(Berge og Repål 2008) hevder at poenget ved å bruke ABC modellen er at pasienten blir klar over viktigheten av kontrolltap før punkt B eller C. En kan sammen med pasienten prøve å kartlegge en del situasjoner, slik at man er sikker på at pasienten forstår sammenhengen mellom tanker og følelser.

2.3.3 Sokratiske spørring

I følge (Nielsen og Lippe 2002) er sokratiske spørreteknikk, en ikke vitende posisjon der man stiller relevante, konkrete spørsmål som får pasienten til å reflektere over egne opplevelser. Man tillegger aldri pasienten motiver eller følelser hun ikke selv erkjenner, men fortsetter å stille spørsmål med håp om å bevisstgjøre henne gjennom dem.

Til å begynne med er målet å komme dit at pasienten kan åpne opp for at hennes tolkning ikke var riktig likevel. Om man ender opp med at pasientens negative tolkning likevel var riktig, blir det viktig å finne ut hva dette innebærer. For eksempel: Hvis det er slik, hva er så ille med det? Vi utforsker dette videre med positiv effekt: hva kan du gjøre med det?

Solfrid Vatne (2007) hevder at den sokratiske dialogen kjennetegnes ved at hjelperen vet at han ikke vet, og fortsetter derfor å spørre. Hjelperen fortsetter ikke å spørre for å avdekke fakta, men for at en skal danne seg hypoteser og utforske disse hypotesene sammen med pasienten.

2.3.4 Leveregler/ skjemaer

(Nielsen og Lippe 2002) sier at en leveregel en oppfatning av deg selv og ditt forhold til andre som du har dannet deg allerede da du var liten, som et resultat av de erfaringene man har gjort seg. De fleste er overbevist om at de stemmer, og de mener selv at de har mange livserfaringer som bekrefter det. Videre hevder disse imidlertid at vi spiller en stor rolle i egen utvikling og understreker at miljøerfaringer kan forsterke eller redusere naturlige adferds tendenser.

Levereglene er stabile og ligger ofte latent men aktiveres i spesielle situasjoner (Nilsen og Lippe 2002, 94).

Videre sier forfatterne at er to typer leveregler. De primære levereglene handler om kjerne i egenoppfatning av seg selv og andre. De sekundære levereglene kommer frem i spesielle situasjoner. En primær leveregel er grunnleggende og gir opphav til flere sekundære leveregler.

Man kan sammen med klienten formulerer en ny, mer optimal leveregel, ofte er det mest hensiktsmessig å justere den gamle. Følelsesmessig skal pasienten få det bedre ved å forandre tankemønsteret. Pasienten skal lære seg å stille spørsmål ved egen tanke.

2.3.5 Negative automatiske tanker

(Nielsen og Lippe 2002) sier at negative automatiske tanker er ufrivillige tanker og bilder som strømmer inn i vår bevissthet på veldig kort tid. I kognitiv terapi skal man lære pasientene å identifisere de negative tankene. Forfatterne sier videre at disse tankene ofte har et kort, men spesifikt innhold, for eksempel *jeg er dum*, og de dukker opp i spesielle situasjoner eller når vi er i en spesiell sinnstemning. Vi bruker ikke å fokusere på dem og det gjør at vi aksepterer dem som sanne. (Berge og Repål 2008) hevder at tankene har direkte innvirkning på våre følelser og atferd. Å lære pasienten å identifisere negative automatiske tanker er en viktig del av kognitiv terapi. En skal forsøke så tidlig som mulig å få fatt i hvordan pasienten tenker, og forsøke å vise hvordan tankene påvirker følelser og atferd. Når de negative automatiske tankene kommer til syne, utfordres pasienten i å tenke seg til hva som kan gjøres for å unngå at de negative automatiske tankene kommer tilbake i lignende situasjoner.

2.4 Dialektisk adferdsterapi (DBT)

Dialektisk atferdsterapi er en type kognitiv atferdsterapi som er tilpasset en spesiell målgruppe i følge Kåver og Nilsonne 2005). Svein Øverland (2008) sier at dialektiske atferdsterapi avspeiler kognitiv terap,i hvor pasient og terapeut arbeider mot samme mål hvor pasienten blir sett på som ekspert på seg selv. Dialektisk atferdsterapi er på linje med kognitiv terapi en aktiv behandlingsform, der målet er at en ved bruk av kognitive teknikker, sokratiske spørring, og ABC modellen skal få pasienten til å kunne håndtere sine problemer bedre. Dialektisk atferdsterapi innehar i tillegg teknikker som kjedeanalyse, og dagbok for å kunne løse pasientens dialektiske dilemmaer (Øverland 2008).

(Kåver og Nilsonne 2005) sier at pasienten skal oppnå forståelse gjennom utvikling av motsatte synspunkter, og må lære seg å finne løsninger som baseres på balanse fremfor ekstreme handlinger. I dialektisk atferdsterapi skal behandleren finne en balanse mellom å støtte pasientens affekt, samt krav om endring. Dette skal pasienten lære seg i Dialektisk atferdsterapi som består av både individual terapi, gruppetrening og telefonkontakt. I følge (Kåver og Nilsonne 2005) tar dialektisk atferdsterapi utgangspunkt i biososial terapi, som er en modell hvor en tar hensyn til både medfødte temperamentsvariabler og samspillet med miljøet som finner sted. Ut fra det biososiale perspektivet oppstår ustabil

personlighets forstyrrelse når en følelsesmessig sårbar person vokser opp i miljø hvor læring av å håndtere sin følsomhet mangler.

Når så vanskelige følelser skal håndteres, kan det føre til problematferd som for eksempel selvsykdom. Videre sier (Kåver og Nilsson 2005) at det er tre faktorer som gjør et menneske følelsesmessig sårbart, det er høy følsomhet for emosjonell stimuli, altså det skal lite til for at en reaksjon utløses, og følsomheten kan igjen skape problemer for både pasienten og omgivelsene som ikke forstår reaksjonene til pasienten. Høy intensitet i den følelsesmessige reaksjonen, som forstås som at følelsen er veldig sterk i forhold til situasjonen. Til sist kommer langsom tilbakevending til nøytral tilstand, hvor det er viktig å huske at følelser i seg selv er kortlivet og går over i løpet av sekunder eller minutter, men det er når følelser vekkes igjen av tanker og opplevelser at de kan bli selvdrevne og langvarige. En opplevelse som er smertefull kan bruke lang tid på å gå over, som igjen gjør at individet blir mer sårbar i neste situasjon som kan utløses av følelser.

2.4.1 Terapeutisk holdning

I følge (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2010) har den terapeutisk holdning fellestrekk med medmenneskelighet, med mål om å hjelpe. En viser da interesse, respekt og er nysgjerrighet ovenfor den som ber om hjelp. I kognitiv terapi legges det stor vekt på at terapeuten skal være ekte, empatisk og ubetinget aksepterende. (Nielsen og Lippe 2002) sier at terapeuten skal formidle at han er i stand til å hjelpe pasienten, vise tålmodighet og ærlighet. (Kåver og Nilsson 2005) sier at i dialektisk atferdsterapi er samhandling mellom terapeut og pasient vektlagt, som betyr at terapeuten skal ha en aktiv holdning samtidig som han har relasjonen til pasienten i fokus. En må videre være bevisst sin makt, sin evne til å påvirke og hvordan denne makten påvirker pasienten. I følge Svein Øverland (2008) kan avsløring om at ungdom skader seg føre til at pasienten får en aggressiv holdning til hjelperen, selv om hjelperen er tydelig i sine intensjoner. Videre sier forfatteren at det er viktig å vise nøytralitet, og stille spørsmål med et orienterende fokus, med oppriktig ønske om å lære mer om pasienten.

Relasjon

(Borg og Topor 2009) sier at for å lykkes med en god start mellom terapeut og pasient, må man sammen undersøke både problem og ressurser, og hva pasienten mener har vært til hjelp tidligere. Når det handler om å hjelpe mennesker med alvorlige psykiske lidelser, er relasjonen avgjørende for om tiltakene en setter inn virker positivt. Relasjonen er en

sentral del av behandlingen. Videre sier forfatterne at personer med psykiske lidelser ofte har svekket evne til å etablere relasjoner. Det er derfor viktig at behandlingsopplegget retter seg mot å hjelpe dem med å etablere og beholde relasjoner.

I følge (Berge og Repål 2008) er personer med selvskading impulsive, labile og lett krenkbare, og det er det viktig at behandleren i starten er oppmerksom på frafall.

Den første samtalen bør rettes mot å oppnå god relasjon, formidle håp, og informere om veien videre. Videre sier (Berge og Repål 2008) at empati også er viktig i det terapeutiske rom.

Terapeutisk empati innebærer å kunne stå på samme ståsted som et annet menneskes. En må også være i stand til å uttrykke en omsorgsfull holdning til pasienten, og at en må vise at seg i stand til å forstå pasientens opplevelse.

(Berge og Repål 2008) sier videre at dersom pasienten føler seg forstått kan det øke pasientens tilfredshet og vilje til samarbeid. Det å bli møtt empatisk vil kunne gjøre det lettere for pasienten å snakke om det som er vondt og vanskelig. Solfrid Vatne (2007) sier at en forutsetning for empati er et ekte ønske om å forstå den andre.

2.4.2 Dialektisk atferdsterapi og selvskading

Dialektisk kommer fra gresk og betyr kunsten å diskutere.

I følge (Kåver og Nilsonne 2005) kan dialektisk adferdsterapi forstås som er kognitiv terapi tilpasset en spesiell målgruppe, og har form og innhold som avspeiler dette. Som navnet tilsier tar dialektisk adferdsterapi utgangspunkt i et dialektisk perspektiv.

Forståelse oppstår gjennom en utvikling av motsatte synspunkter, og pasienten må lære seg og finne løsninger basert på balanse heller enn ekstreme handlinger. Behandleren skal finne en balanse mellom støtte av pasientens affekt og et krav om endring.

I tidsskriftet for Den norske legeforening nr 8- 16. April 2009 sier de at en behandlingsmåte som peker seg ut som lovende for selvskading er dialektisk atferdsterapi (dialectical behaviour therapy, DBT). (Kåver og Nilsonne 2005) sier at i et dialektisk perspektiv er virkeligheten alltid i bevegelse og endring.

Behandlingen er utviklet på grunnlag fra kognitiv terapi. Individualterapi og gruppebasert terapi blir kombinert og undervisning og trening dreier seg om å trene på å regulere følelser og forbedre mellommenneskelig fungering.

Dialektisk atferdsterapi blir rettet mot det å motvirke selvskading og livstruende atferd, samt å hjelpe ungdommer å finne andre og mer hensiktsmessige måter og regulere følelsene på.

I DBT brukes ulike teknikker. For eksempel: Kjedeanalyse, dagbok og hjemmeoppgaver. Dette for å kunne gjenkjenne og løse pasientens dialektiske dilemmaer.

En annen viktig del i DBT er i følge (Berge og Repål 2008) Struktur. Den andre siden av fleksibilitet er struktur. Pasienter med ustabilitet vil ofte glemme hjemmeoppgaver, eller med vilje sabotere behandlingen. Dette bør ikke tolereres, fordi pasienten da får mindre utbytte av behandlingen. Her er det viktig at terapeuten på en ikke dømmende måte kan påpeke betydningen av struktur og egenaktivitet. Dersom pasienten ikke har gjort hjemmeleksen kan samtalen starte med en kjedeanalyse av årsaken, med en ledsagende plan om hvordan dette skal unngås neste gang. Hjemmeoppgaven kan innebære registrering av selvmordstanker og selvskading. Hvis pasienten har glemt eller ikke gjort dette godt nok blir hun bedt om å gjøre det umiddelbart. Det er viktig at uønsket adferd blir møtt med en nøktern og faktabasert tone, mens ønsket atferd blir hilst med en positiv og oppmuntrende tone. Dette er effektivt overfor denne gruppen fordi de så ofte er vant med straffende eller likegyldige reaksjoner.

2.4.3 Kjedeanalyse

I følge Svein Øverland (2008) kan kjedeanalysen brukes parallelt ved siden av ABC skjema som brukes i kognitiv terapi. Kjedeanalyse er teknikk for å gå gjennom hva som utløste selvskading, for så å lage en plan for hvordan unngå selvskading neste gang situasjonen oppstår. (Berge og Repål 2008) sier at en annen viktig registrering er å finne episoder hvor pasienten har unngått selvdestruktiv adferd, og sammen med pasienten finne ut hvordan hun har maktet å dempe disse impulsene. I følge Svein Øverland (2008) er kjedeanalyse basert på adferdsterapi og kognitiv terapi. Selve analysen skal resultere i ulike forslag til holdninger og handlinger til problemløsning. Det vil etter hvert som man har brukt kjedeanalysen bli lettere å se om det eventuelt er et mønster i pasientens problematikk, og om mulig å oppdage om det finnes forbindelse mellom de ulike leddene i hendelseskjeden (Kåver og Nilsonne 2005).

I følge (Kåver og Nilsonne 2005) inneholder slik jeg ser det følgende ledd:

- Episodene, hvor en identifiserer og kartlegger episoder.
- Identifisere selve problematferden i situasjonen, finne her ut hva som er hovedproblemet.
- Utløsende faktor.
- Tanker, adferd og følelser bør relateres til hendelsesrekken.
- Kortsiktige konsekvenser.
- Langsiktige konsekvenser.

Svein Øverland (2008) sier videre at ved bruk av kjedeanalysen skal man forsøke å oppnå en løsning av tilsvarende situasjoner i fremtiden. Man skal ikke unngå situasjonene, men derimot trene på å oppsøke dem på en trygg og systemisk måte. Klarer pasienten dette, bør man bekrefte pasientens ferdigheter og personlige mot.

Kjedeanalysen skal i følge (Kåver og Nilsonne 2005) hjelpe pasienten til å skaffe seg nye ferdigheter for å kunne bryte den destruktive adferden.

2.4.4 Dagbok

I følge Svein Øverland (2008) har ungdom ofte vanskelig for å uttrykke seg, og da spesielt om vanskelige følelser. Ofte kan det da være lettere for dem å uttrykke seg skriftlig, da gjerne gjennom en dagbok. Fordelen med å uttrykke seg skriftlig er mange, men den viktigste er å fange følelsen der og da. Dette kan være nyttig for pasienten når behandleren ikke er til stede i det disse følelsene kommer. At pasienten får skrevet ned disse følelsene akkurat når de er til stede, gir en unik mulighet for behandleren å komme tettere på og forstå disse følelsene på et senere tidspunkt. Behandleren føler selvfølgelig ikke det samme som pasienten ved å lese dagboken, men lesningen kan gi en pekepinn om det som er vanskelig og snakke om gjennom en vanlig samtale. En kan bruke en dagbok for og strukturere tanker og hendelser i dagliglivet, slik blir de bearbeidet der og da, og kan huskes senere. Ved å bruke dagbok kan en få oversikt over selvskading, lete etter mønster og sammenhenger og finne situasjoner der pasienten har unngått selvskading som er det

viktigste punktet og kanskje skiller denne metoden fra andre teknikker. Se eksempel på logg over vanskelige hendelser/ følelser i Figur 1. under.

Dato	Ubehag (0-4)	Selvordstanker (0-4)	Selvskading Tenkt(ja/nei)	Selvskading Utført(ja/nei)

Figur. 1

3.0 EMPIRI

I oppgaven har jeg valgt å kalle pasienten Åse. Jeg har omskrevet en del opplysninger og forandret på historien for å sikre hennes anonymitet.

Fortellingen om Åse

Jeg ble første gang kjent med Åse da hun ble innlagt i en akuttenehet hvor jeg arbeidet, og ingen av miljøterapeutene som arbeidet i enheten kjente til henne. Hun hadde tidligere vært under behandling et annet sted i landet, og hadde en lang selvskadingshistorikk til tross for hennes unge alder.

Allerede fra 9 års alderen hadde Åse selvskadet hver dag ved å skjære seg i fingeren med papir slik at det blødde. Hun har formidlet at dette var noe hun gjorde, spesielt når hun hadde det vanskelig og hun ønsket å bli kvitt de vonde følelsene og at selvskadingen gav henne kontroll. Når hun så at det blødde så fikk det bedre der og da, men dette varte kun en kort stund. Etter hvert så eskalerte selvskadingen, noe som førte til at kuttene ble dypere og selvskadingen stadig skjedde oftere.

Åse ble første gang innlagt, da hun var 14 år. På denne tiden hadde hun begynt å selvskade i stor og alvorlig grad. Åse bor nå på en barnevernsinstitusjon og ved institusjonen har Åse til tider hatt vanskelig for å tilpasse seg. Det har også vært perioder der selvskadingen har kommet ut av kontroll, ved at hun trekker seg inn i seg selv og ikke lar seg tilnærme. Hun har ved enkelte anledninger selv bedt om å få bli innlagt, for at hun på denne måten skal la være, eller greie å stoppe selvskadingen. Det er ikke alltid det har vært til hjelp for Åse med innleggelse, da hun til tider også selvskader mye når hun er innlagt. Men at Åse hele tiden har hatt lav terskel for innleggelse i avdelingen, har gjort at en del selvskadings episoder har blitt avverget.

I løpet av de siste to årene har Åse vist varierende vilje/ evne/ motivasjon til å begrense sin selvskading, og hun har nektet å ta motta nødvendig behandling som suturering når hun har selvskadet dypt. Dette til tross for at hun utsetter seg for alvorlige somatiske skader. Åse sier at det trigger henne å se på de åpne sårene, og at hun liker godt å pirke i sårene hun har laget, for å lage de dypere. Dette har ført til at hun ofte får infeksjoner i sårene og arrene blir stygge når de først får gro.

Åse gir av og til inntrykk av at hun ønsker hjelp til å slutte med selvskadingen, og personalet har forsøkt sammen med Åse å finne ut om det er andre mestrings strategier hun kan bruke som kan hjelpe henne til å forhindre eller å begrense selvskadingen.

Åse formidler at hun selvskader for å teste ut hvor mye kroppen tåler. Hun ønsker å finne ut hvor dypt hun kan kutte og sier at hun er likegyldig for følgene av dette.

Jeg vil nå beskrive en opplevd episode med Åse fra avdelingen:

Episode

Åse kom til avdelingen fra sykehuset etter å ha sydd mange sting på grunn av selvskading. Hun virker mutt og lite meddelsom. Det kommer etter hvert frem at hun har ønske om å fortsette å skade seg. Hun gir uttrykk i sin væremåte at hun har det vanskelig, og at hun ikke helt vet hva som skal til for å få bukt med de vanskelige tankene.

Ved tilsyn inne på rommet til Åse satt hun med en bolle av glass i fanget på sengen. Hun var mørk i blikket og formidlet med sterke ord at hun ønsket at jeg gikk ut igjen. Jeg understreket at jeg kunne se på henne at hun hadde det vanskelig nå, og formidlet at jeg ikke trengte å si noe, men at jeg ønsket å være der for henne. Åse sa ikke noe på lenge, ikke jeg heller. Jeg bare satt der. Etter hvert sa hun at hun hadde tanker om å knuse bollen, for så å bruke glass skårene til å kutte seg. Videre sier hun også at hun ikke ønsker å være innlagt, til tross for hennes dårlige form. Hun hadde selv hatt ønske om å bli innlagt etter å ha vært på sykehuset, men hadde nå ombestemt seg. Åse begrunnet dette med at tankene om å skade seg nå ikke var så sterke lenger. Jeg opplevde Åse som svært urolig og med høy risiko for at selvskading kunne forekomme, og jeg hadde mistanke om at dette var noe hun sa for at hun skulle kunne skade seg når hun kom hjem. Åse formidler at hun selv ønsker å bestemme når hun trenger innleggelse og at det ikke skal være på våres premisser, men på hennes egne.

4.0 DISKUSJON

“Hvordan kan jeg så som miljøterapeut ved bruk av dialektisk adferdsterapi og andre kognitive teknikker, bidra til å redusere selvskading i akuttpsykiatrisk enhet?”

I Åses tilfelle er selvskadingen meget alvorlig. Det blir viktig for meg å finne teknikker som kan hjelpe Åse til å avverge selvskading inne i avdelingen og forhindre henne i å skrive seg ut før trangten til selvskading er redusert.

Tilbake til episoden som beskrevet ovenfor, er min forforståelse at grunnen til at hun ønsker seg utskrevet et påtrengende behov for å skade seg selv. Jeg velger å forsøke å få Åse til å forstå viktigheten av at hun blir i enheten til selvskadingstrangen går over. Og at vi sammen kan forsøke å bruke teknikker som hun selv også kan integrere i sitt hverdagsliv for å forebygge eller unngå selvskading.

Det at jeg i utgangspunktet har en god relasjon til Åse viser seg å ha god nytte. Åse vegrer seg ikke mye når jeg foreslår at vi sammen skal komme over den kneika som hun er i akkurat nå. Siden jeg etter hvert har blitt godt kjent med Åse fra flere tidligere innleggelses prøver jeg å bruke noen av de teknikkene som har virket før. Jeg snakker med Åse om hva hun tror kan hjelpe henne til å ri av denne stormen, og om det er noe jeg kan gjøre for å hjelpe henne. Jeg forsøker også å finne ut om det var noe spesielt som gjorde at hun fikk trang til å selvskade. Videre snakker vi om at det finnes alternative måter å avlede seg selv og de uhensiktsmessige tankene. Åse sier hun har prøvd før og at dette er vanskelig, men hun er villig til å prøve igjen. Hun sier det er fordi hun har tillit til meg, og som Åse kaller et godt forhold oss i mellom, noe vi har etablert over tid. Hun vet og er trygg på at jeg kjenner hennes historie, følelser og reaksjoner. Hun har erfart at jeg er oppriktig interessert i å hjelpe henne.

(Nielsen og Lippe 2002) hevder at det legges stor vekt på at terapeuten skal være ekte, empatisk og ubetinget aksepterende i kognitiv terapi og at terapeuten samtidig skal formidle at han er i stand til å hjelpe pasienten. Det er også viktig å ha tålmodighet, varme og nærhet. For å oppnå ett tillitsforhold til pasienten må terapeuten også være ærlig. Når vi har dette som utgangspunkt, vil jeg forsøke å endre hennes ønske om utskrivelse. Jeg velger å stille sokratiske ikke vitende spørsmål for å finne ut om min forforståelse stemmer, og om dette er grunnen til at hun ønsker seg utskrevet. De sokratiske spørsmålene er for å få Åse til å reflektere sammen med meg om valget om å skrive seg ut, og hva i så fall det kan medføre.

Følgende spørsmål kan være aktuelle:

Hva er grunnen til at du ønsker å skrive deg ut akkurat nå?

Er det noe jeg kan gjøre for at du skal endre mening?

Hva tror du blir bedre om du skriver deg ut?

Hva er grunnen til at du har endret mening om innleggelsen, siden du selv ønsket innleggelse?

Kan du forklare dine begrunnelser til meg?

Om det er slik du sier, hvordan blir det da å komme hjem?

Hva hendte sist gang du skrev deg ut?

Kan du sammen med meg finne en annen løsning?

Åse er enig med meg i at det hadde ikke hjulpet å skrive seg ut de foregående gangene og er villig til å finne en annen løsning enn å skrive seg ut.

Jeg velger videre å anvende ABC modellen som teknikk for å finne svar på hva som utløste selvskadingen på institusjonen hvor hun bor og for at Åse lettere kan forstå sammenhengen mellom tanker og følelser, samt at hun får kunnskap om hvilke tanker som hemmer eller fremmer mestring, tilpasning eller endring. Målet med dette er videre å redusere tankene om selvskading og mestre trangene til å selvskade. Noe som i følge (Berge og Repål 2008), er nødvendig for systematisk å oppnå bedre mestring.

A: Utløsende hendelse: Åse svarer meg at personalet der hun bor, hadde kommet på stuen for å spørre hvem som hadde spist opp sjokoladen som lå i skapet og så på henne.

B: De tanker vi gjør oss om hendelsen: Måten personalet så på henne gjorde at hun tenkte hun var forhåndsdomt. Hun sier at dette er jo typisk» *jeg får jo stort sett skylden for alt bestendig, slik har det alltid vært».*

C: Følelser og adferd: Åse sier hun følte seg urettferdig behandlet og ble forbannet. Hun hadde ikke spist sjokoladen, men visste hvem som hadde gjort det uten at hun sa dette. Hun sier videre at det ikke var noe vits, for de ville ikke trodd meg likevel. Åse formidler at hun ikke stolte på noen av personalet på institusjonen og greide derfor ikke å fortelle hva hun følte. Åse sier videre at hun ikke tror noen bryr seg om henne. Dette endte med at hun selvskadet for å dempe de vonde negative følelsene hun hadde fått ved å føle seg urettferdig behandlet. Åse forteller at hun ikke føler seg noe verdt som menneske, og at

selvskadingen er en reaksjonsmåte hun har bruker for å få vekk denne følelsen. I følge teorien er dette Åses primære leveregel.

Kjedeanalyse

Som Svein Øverland (2008) hevder i sin teori, er det en fordel å anvende kjedeanalyse parallelt med ABC modellen, derfor fortar jeg en kjedeanalyse sammen med Åse.

- Episodene: Den har Åse synliggjort i ABC modellen ovenfor.
- Identifisere selve problematferden i situasjonen: Som det kom frem i ABC modellen greide ikke Åse å formidle sine tanker og følelser (Feiltolkninger).
- Utløsende faktor: Åse følte seg beskyldt for noe hun ikke hadde gjort
- Tanker, adferd og følelser: Åse følte at det ikke var vits i å protestere fordi hun følte seg forhåndsdomt. Åses måte å takle disse tankene og følelsene endte med at hun selvskadet.
- Kortsiktige konsekvenser: Åse følte seg bedre der og da.
- Langsiktige konsekvenser: Åse sier hun føler seg mindreverdig, samt at hun føler hun har ødelagt noe hun har greid å bygge opp etter å ha unngått selvskading i lengre tid. Åse tror også at personalet nå har mindre tro på henne.

Som (Nilsonne og Kåver 2005) er inne på, blir det etter hvert som kjedeanalysen blir brukt lettere å se om det er et mønster i problematikken. Slik er det mulig å finne forbindelse mellom de ulike leddene i hendelseskjeden. Åse skal ved bruk av kjedeanalysen søke å oppnå en løsning av tilsvarende situasjoner når hun får problemer i fremtiden. Det er viktig å formidle at Åse ikke skal unngå situasjoner hvor hun tidligere har fått det vanskelig, men skal trene på å oppsøke dem på en trygg og systemisk måte (Øverland 2008).

Ettersom jeg fikk svar på mine spørsmål til Åse rundt hva som hadde skjedd, undret jeg meg over hvordan hun kunne ha unngått å skade seg, og heller gjort noe annet i stedet. I følge (Berge og Repål 2008) er poenget ved å bruke ABC modellen, at pasienten blir klar over sine negative automatiske tanker. Jeg kartlegger her sammen med Åse situasjonen, slik at jeg er sikker på at Åse forstår sammenhengen mellom tanker og følelser. Sammen med Åse forsøker jeg å finne ut om det var andre ting hun kunne gjort i stedet for å selvskade. Åse selv kommer med forslag, som at hun kunne ha gått seg en tur, eller hun kunne ha valgt å få ut sin frustrasjon ved å trene. Jeg berømmer henne for at hun ser at hun

har andre muligheter enn å selvskade, dette er en alternativ måte å oppfatte situasjonen på, som er kjernen i kognitiv terapi. For å få svar på dette anvender jeg sokratisk spørsmål til Åse igjen.

Hvordan kunne du ha tenkt annerledes?

B: De tanker vi gjør oss om hendelsen: Åse svarer at dette kunne bare være ett spørsmål fra personalet sin side. En opplysning de ønsket svar på.

C: Følelser og adferd: Åse svarer at personalet kanskje ikke gav henne skylden slik hun tenkte. Hun burde kanskje ha svart at hun visste hvem som hadde tatt sjokoladen, og oppfordret den som hadde tatt sjokoladen til å tilstå.

Alternative måter å oppfatte situasjonen på, kjernen i kognitiv terapi: Jeg spør Åse om det er andre måter hun kunne ha oppfattet situasjonen, om det virkelig var rett slik hun oppfattet situasjonen.

Videre spør jeg henne hva hun kunne gjøre hvis situasjonen hadde utartet seg slik som hun nå svarte på spørsmålene ovenfor. Hva ville hun da ha følt? Åse sier hun da hadde følt det annerledes, hadde stått opp for seg selv og samtidig oppfordret den skyldige til å være ærlig. Dersom den skyldige hadde tilstått, ville dette ikke blitt så stort problem som det ble for Åse. Åse formidler at hun selv ser, at dersom hun hadde sett dette når situasjonen oppsto kunne kanskje selvskadingen uteblitt. Åse er med på at hun muligens hadde overreagert litt, på grunn av flere netter med dårlig søvn og da kunne hun lett ta på vei for noe som kanskje ikke var så ille. Om det overnevnte hadde skjedd, ville situasjonen utviklet seg helt annerledes for Åse. Hun sier hun ikke ville følt trang til å selvskade og har nå blitt klar over at det var hennes tanker og følelser som forårsaket hennes trang til å selvskade.

Her finner jeg det med rette å forklare Åse at hun automatisk tenker at personalet gav henne skylden, men at det overhodet ikke behøver å være slik.

Negative automatiske tanker

Videre forsøker jeg å forholde meg til Åses negative automatiske tanker, og se om vi sammen kan erstatte disse tankene med mer hensiktsmessige tanker. Jeg forklarer Åse at negative automatiske tanker- er ufrivillige tanker og visuelle bilder som strømmer inn i vår bevissthet i veldig kort tid. En mål i kognitiv terapi som (Nilsen og Lippe 2002) er inne på lære pasienten å identifisere de negative automatiske tankene. Åse forteller hvor verdiløs hun føler seg, og antyder at hun tror at ingen liker henne. Hun formidler også at etter episoden med selvskading, tror hun at alle er sure på henne fordi hun ikke greide å slutte å

skade seg. Det blir da viktig for meg at Åse identifiserer og tester ut de negative tankene for å finne ut om det er hold i dem. Det handler også om kontroll, og det blir viktig for meg å la henne få muligheten til å få kontroll på andre måter enn å selvskade, at hun kan finne andre strategier. Utfra svarene som Åse gir, tenker jeg at hun feiltolker situasjonen, med overgeneralisering.

Feiltolkninger/ levereregler

Erfaringene Åse har gjennom livet og oppveksten, er at hun alltid har fått skylden, og at alt er hennes feil, og i nevnte situasjon opplever Åse dette. Gjennom samtaler med Åse sier hun at personalet er lite forståelsesfull, som ikke så at hun fikk det vanskelig.

(Nilsen og Lippe 2002) sier at levereregler er noe en har med seg fra barndommen og spiller en rolle i utviklingen i voksenlivet. Her kan jeg sammen med Åse formulere en ny, mer optimal leveregel, ofte er det mest hensiktsmessig å justere den gamle. Følelsesmessig skal Åse få det bedre ved å forandre tankemønsteret. Åse skal lære seg å stille spørsmål ved egen tanke.

Her og nå situasjonen

I og med at Åse responderte godt på den foregående ABC modellen, ved selv å komme med forslag til hvordan hun kunne ha reagert, gjorde så jeg et forsøk med å nærme meg den situasjonen som vi var i her og nå.

Åse sitter fremdeles med bollen i fanget, og har ønske om å knuse den for så å selvskade. Sammen med Åse forsøker jeg å identifisere hva som er problemet nå, og hva hennes tanker og følelser er. Åse formidler at hun føler det som et stort nederlag at hun hadde selvskadet, for hun hadde jo vært selvskadings fri over 1 mnd. Hun hadde vært så stolt over dette, uttrykte selv glede over å ha greid å la være å selvskade så lenge. Nå var bare maktesløsheten og skammen igjen, for som hun sa:» *Jeg som har jobbet så hardt for å greie å bli normal*». Åse sier i det samme at nå spiller det ingen rolle fordi jeg selvskadet jo i går. Jeg roser Åse for at hun har klart å la være å skade seg selv over lengre tid. Det viktige her for meg som miljøterapeut blir å motivere Åse til å se at hun kan greie dette og at endring er mulig.

Jeg fortsetter å stille sokratiske spørsmål, men denne gangen handler det om hennes ønske om å selvskade.

Har du tanker om å selvskade nå?

Åse svarer at behovet for å selvskade nå ikke er fullt så påtrengende lenger på grunn av vår samtale.

Hva skal til for at du skal la være?

Åse sier at kanskje en røyk, er det som skal til.

Er følelsene om å selvskade så svake at du nå kan gi meg bollen, så kan jeg følge deg ut så du får ta en røyk?

Åse er litt ambivalent til dette. Hun sier at bollen føles litt trygg.

Jeg spør videre hva som gjør at bollen kjennes trygg?

Åse svarer at bollen kan bidra til å fjerne vonde følelser veldig fort.

Jeg undrer meg på hvilke vonde følelser hun har akkurat nå?

Åse sier at hun tror at jeg tenker negativt om henne, og at hun er svak fordi hun ikke greide å la være å selvskade.

Videre undrer jeg meg over om hun har belegg for å tenke det hun gjør, eller om jeg har gjort noe for at hun tenker det om meg?

Hun avkrefter dette.

Åse reiser seg plutselig opp og setter fra seg glassbollen, og spør om jeg følger henne ut slik at hun kan ta en røyk.

Jeg spør henne hva som hendte nå siden hun valgte å sette den fra seg?

Hun svarer at hun ser nå at hun kan velge å tenke på en annen måte.

Hvordan tenker du nå da?

Åse sier at hun vet hun har tidligere greid å la være å selvskade og at hun ser at hun har andre alternativ for å få kontroll.

Hvilke alternativ ser du at du har nå?

Jeg velger å stole på deg, og vet at du vil meg vel. Og at jeg greier mer enn jeg tror, gjennom å få støtte og forståelse. Hun sier hun ser at hun er nødt til å få personalet på institusjonen til å stole på at hun gjør sitt beste. Og at hun ser at hun da må vise at hun kan la være å selvskade. Dette innebærer også at hun må bli i stand til å si fra om hvordan hun tenker og føler, slik at misforståelser kan unngås og dermed også selvskading. Åse formidler at hun skal prøve å forholde seg utforskende og spørrende til sitt liv, sin tenkemåte og sin egen indre samtale. Hun sier da at hun i større grad kan bli i stand til å gi seg selv bekræftelse, støtte, forståelse og trøst. Målet er jo at jeg skal greie meg selv, sier Åse.

Jeg gir Åse positiv tilbakemelding på at hun greier å se de alternative måtene, ved at hun bruker de metodene som vi har anvendt nå. Hun kan også bruke en dagbok for og strukturer tanker og hendelser i dagliglivet. Slik blir de bearbeidet der og da, og kan huskes senere. Ved å bruke dagbok kan hun få oversikt over selvskading, lete etter mønster og

sammenhenger og finne situasjoner der hun har unngått selvskading. Dette er kanskje det mest sentrale punktet. Se eksempel på logg over vanskelige hendelser/ følelser i Figur 1. under.

Dato	Ubehag (0-4)	Selvordstanker (0-4)	Selvskading Tenkt(ja/nei)	Selvskading Utført(ja/nei)
Episode i bolig	4	0	ja	ja
Episode i enheten	2	0	ja	nei
Dagen etter	2	0	ja	nei

Figur. 1

Åse var blitt utskrevet fra enheten neste gang jeg kom på jobb. På rapporten jeg fikk, kom det frem at hun hadde klart å la være å selvskade mens hun var innlagt.

Veien videre

(Berge og Repål 2008) hevder at det er vanskelig å identifisere når en pasienten er ferdig behandlet. Dette skal helst skje når de negative levereglene er erstattet med mer realistiske leveregler. Ved samtale med personalet der Åse bor, kommer det frem at Åse daglig bruker de teknikker som vi har jobbet med. Hun bruker dagbok for å registrere og få oversikt over selvskadingen og trangen til dette, og ABC modellen sammen med kjedeanalyse for å finne de automatiske negative tankene. Hun jobber med å identifisere og endre disse. Åse vet av erfaring at selvskadingen kan komme tilbake igjen selv når hun trodde at den var borte.

Åse sier at når hun har hatt en periode uten å selvskade og personalet slutter å fokusere på det, så blir hun igjen alene med tankene og følelsene og kampen kan da ende med at hun begynner å selvskade igjen. Det er derfor viktig at personalet ser behovet for oppmerksomhet stadig er der og ser at hun fortsatt trenger hjelp til arbeidet med det.

5.0 KONKLUSJON

Som nevnt tidligere sier Åse at hun skader seg for å takle vonde følelser som hun ikke greier sette ord på. Dette er en måte og forstå selvskadningens ansikt på. Åses alternative måte, når hun ikke greier å sette ord på det hun føler. Jeg har forsøkt å hjelpe Åse i å identifisere sine negative automatiske tanker, og finne ut hvordan hennes oppvekst har påvirket hennes tanker og følelser som gir utslag i selvskadings adferd. Ved å endre disse tankene og få mer hensiktsmessige leveregler er målet at Åse selv skal kunne være i stand til følelsesmessig å få det bedre. Åse bør lære seg å stille spørsmål ved egne tanker. Målet med dette er videre å redusere tankene om selvskadning, og på sikt skade seg mindre.

Ut i fra erfaringen med Åse har jeg sett at Dialektiske og kognitive teknikker til en viss grad har fungert for Åse. Men en skal være obs på at tilbakefall i vesentlig grad er til stede ved selvskadings problematikk. Det er viktig at Åse får positive tilbakemeldinger i selvskadings frie perioder. Et viktig steg på veien er at dersom pasienten selv er villig til å ta i mot hjelp og ser at det hjelper, kommer man langt på vei. De teknikkene som jeg har lært Åse er også viktig at hun bruker i dagliglivet. Det er også viktig at personalet på institusjonen der Åse bor til daglig setter seg inn i hvordan de på best mulig kan hjelpe Åse i å avverge selvskadning og hjelpe henne til å finne alternative måter og takle vanskelige følelser på.

I følge tidsskrift for den norske legeforeningen 8- 16. april 2009 står det at kunnskapsgrunnlaget ennå er forholdsvis svakt når det handler om effekten av de forskjellige behandlings former for selvskadning problematikk hos selvskadende ungdom. Behandlingsmetodene som utpeker seg som virksomme er Dialektisk atferdsterapi (DBT). Videre står det i tidsskriftet at dersom vi skal kunne hjelpe ungdommer til å endre uhensiktsmessig mestringsmønstre, er det viktig å arbeide målbevisst og spesifikt mot problematferden. Videre sier artikkelen at det er viktig å analysere hva som øker sårbarheten for eller utløser selvskadningen og vedlikeholder denne.

I følge St. meld. Nr. 47 (2008-2009), samhandlingsreformen, rett behandling - på rett sted - til rett tid. Gjennom samhandlingsreformen skal en vise evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte. Slik jeg ser det blir veien videre å få til ett godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten (enheten hvor jeg jobber) og kommune (institusjonen hvor Åse

bor), slik kan de videreføre og fortsette samme behandlingen og gi den hjelp og støtte Åse trenger når hun er hjemme.

Når en arbeider med mennesker vet man at ingen mennesker er like. Det handler om å se den enkelte person og hva de trenger for å takle sin hverdag.

LITTERATUR

- Berge, Torkild og Arne Repål 2008. *Håndbok i kognitiv terapi*, Oslo: Gyldendal forlag
- Borg, Marit og Alain Topor 2009. *Virksomme relasjoner, om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget AS
- Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, Bengt Karlsson og Jon A. Løkke 2008, *Perspektiver på psykisk lidelse- å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS
- ICD-10, Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser 2006. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kåver, Anna og Åse Nilsonne 2005. *Dialektisk atferdsterapi ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse*. Oslo: Gyldendal forlag
- Nielsen, Geir Høstmark og Anna Louise Von Der Lippe 2002. *Psykoterapi med voksne, Fem perspektiver på teori og praksis*. Oslo: Tano AS
- Skårderud, Finn, Svein Haugsgjerd og Erik Stanicke 2010 *Psykiatriboken, sinn- kropp- samfunn* Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS
- Helse og omsorgsdepartementet. St. meld. Nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen*
<http://www.regjeringen.no/> (lest 16.01.2012)
- Tidsskriftet for Den norske legeförening. 2009. nr 8- 16. April
<http://tidsskriftet.no/> (lest 12.01.2012)
- Tveiten, Sidsel 2001. *Pedagogikk i sykepleiepraksis*.
Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Vatne, Solfrid 2007 - *korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*.
Oslo: Gyldendal Akademisk

Øverland, Svein 2008. *Selvskading, en praktisk tilnærming*. Bergen: Fagbokforlaget