



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Hvordan kan en med en kognitiv tilnærming bidra til at en pasient som selvskader får økt mestringsopplevelse?

Kirsti Angvik

Totalt antall sider inkludert forsiden: 35

Molde, 23.04.20



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 URKUND, 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 <u>kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</u>	<input checked="" type="checkbox"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Ingrid Olavsdatter Nesland

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

Dato: 22/04-20

Antall ord: 8792

Forord

Anstendighet: det uforklarlige, grunnlaget for all etikk. Tingene vi ikke gjør. Vi glør ikke når sjelen forlater legemet, men slører våre øyne med tårer eller dekker dem med hendene. Vi glør ikke på arr, de steder hvor sjelen har forsøkt å fly ut, men er tvunget tilbake og stengt inne, sydd inne. **J.M. Coetzee, 2003**

Sammendrag

Mennesker med selvskadingsproblematikk er noe jeg møter i min jobb ved en akuttavdeling. For å kunne hjelpe denne pasientgruppen er det viktig å ha en forforståelse av hva selvskading er. De kan også være med på å skape splid i personalgruppa siden selvskading er en reaksjon flere har vanskeligheter med å forstå og akseptere. Mange av de som selvskader har en personlighetsforstyrrelse i bunn og det kan skape upassende reaksjonsmønstre i ulike personlige og sosiale situasjoner.

I min oppgave vil jeg prøve å finne ut hvordan jeg som miljøarbeider kan hjelpe en som selvskader med å få økt mestringsfølelse.

Empirien i oppgaven handler om møtet med Sara som har drevet med selvskading i flere år og er innlagt på akuttpsykiatrisk avdelingen hvor jeg jobber. I teoridelen vil jeg presentere teori om personlighetsforstyrrelser, selvskading og kognitiv teori. I drøftingsdelen vil jeg ta utgangspunkt i narrative om Sara og diskutere det i lys av problemstillingen og teorien jeg har presentert.

Kognitiv terapi og en modifikasjon av kognitiv terapi som heter dialektisk atferdsterapi har vist seg å være virkningsfull på pasienter med selvskadingsproblematikk. I kognitiv terapi har en blant annet utviklet ABC-modellen som skal vise hvordan en situasjon kan påvirke tankene og følelsene, en spør også sokratiske spørsmål for å avdekke pasientens egne holdninger og tanker rundt en hendelse. Jeg vil prøve å tilegne meg kunnskap for å kunne hjelpe disse pasienten å forstå sine egne reaksjonsmønstre og om det kan være alternative måter å se en situasjon på når det kommer til en selvskadingssituasjon.

For å kunne hjelpe en pasient som selvskader er det viktig at relasjonen/allianse mellom terapeut og pasient, den må inneholde empati, ekthet og positiv anerkjennelse. De må også ha ett felles mål å jobbe mot og enighet om hvilke metoder og teknikker som skal brukes for å komme dit.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Begrunnelse for valg av tema og empiri	1
1.2	Problemstilling	2
1.3	Litteratursøk og funn	2
2.0	Teori	3
2.1	Personlighetsforstyrrelse	3
2.2	Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse.....	4
2.3	Selvskading	4
2.4	Kognitiv terapi.....	5
2.4.1	ABC-modellen	6
2.4.2	Negative automatiske tanker	7
2.4.3	Sokratiske spørsmål	7
2.4.4	Kjedeanalyse	8
2.4.5	Mestringsstrategier.....	9
2.4.6	Dialektisk atferdsterapi	10
2.5	Mestring.....	10
3.0	Empiri	12
3.1	Historien om Sara	12
3.2	Utdrag fra ett møte med Sara	13
4.0	Diskusjon.....	16
5.0	Konklusjon.....	24
	Litteraturliste.....	26

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema og empiri

Etter jeg startet å jobbe som sykepleier/miljøterapeut i en lukket psykiatrisk avdeling har jeg sett en god del selvskading gjennom årene. Selvskading er noe som jeg synes er vanskelig å forholde meg til og jeg vet at det er også mange andre som føler det samme. En kan ofte føle en viss spenning/uro når en skal gå inn på ett rom hvor det kan være en som har selvskadet seg alvorlig. Det kan også være vanskelig å vite hvordan en skal forholde seg til disse pasientene og en kan havne i den ene eller andre grøfta når det gjelder måten en møter de på. Hva skal en fokusere på? Skal de få mye eller lite oppmerksomhet, eller skal en kun konsentrere seg om såret?

Jeg vil med denne oppgaven prøve å få en bedre forståelse for de som selvskader, slik at det skal bli enklere å møte og hjelpe de til å få en bedre hverdag. Ofte er det slik at disse pasientene kommer tilbake multiple ganger uten at vi ser noen stor forbedring. Jeg ser hvordan dette også påvirker personalgruppa på min arbeidsplass. Noen av de blir sinte og andre føler seg maktesløse i møte med de selvskadende pasientene. Dette fører til mange diskusjoner og kan føre til splittelser av personalet.

Ifølge Kristin Ribe og Lars Mehlum (2015) er selvskading ett stort og økende folkehelseproblem i Norge. Dette er noe som ikke bare berører de som selvskader, men også pårørende, venner, lærere, psykologer, helsesøstre, leger og annet helsepersonell blir berørt. Selvskading er noe som er vanskelig å forstå – for alle involverte.

I behandling av personlighetsforstyrrelser er det ofte fokus på at relasjonen mellom terapeut og pasient skal være god for å sikre samarbeid og en god arbeidsallianse. Trygghet og tillit mellom pasient og terapeut med en åpen kommunikasjon og god kontakt er viktig, siden pasientens vurdering av kvaliteten i den terapeutiske relasjonen er forbundet med bedring i kognitiv terapi (Berge og Repål 2015).

Jeg har valgt å bruke kognitiv terapi og dialektisk adferdsterapi i min oppgave siden jeg synes dette er spennende arbeid som jeg har blitt mere kjent med i den siste tiden på min

egen arbeidsplass. Dette er en metode som gjør at også vi som er miljøterapeuter også kan være mere aktiv i pasientens behandling, i motsetning til tidligere hvor vi følte oss som voktere.

I min oppgave skriver jeg en oppgave om en pasient som jeg velger å kalle Sara, hun har drevet med alvorlig selvskading i flere år og har vært en gjenganger i vår avdeling. Jeg har valgt ut en episode fra avdelingen hvor jeg oppdaget at Sara selvskadet og jeg brukte kognitiv terapi for å hjelpe henne til å tenke over grunnen til at hun valgte å selvskade og hvordan hun kunne håndtere lignede episoder i fremtiden.

Min problemstilling ble derfor:

1.2 Problemstilling

Hvordan kan en med en kognitiv tilnærming bidra til at en pasient som selvskader får økt mestringsopplevelse?

1.3 Litteratursøk og funn

Når jeg søkte etter teori og artikler til oppgava var jeg innom flere søkemotorer før jeg fant noe som jeg følte jeg kunne bruke til oppgaven min. Jeg skrev også mail til noen som jobber med selvskading, de foreslo at jeg søkte på google scholar. Jeg søkte også i bibliotekets søkemotorer, Oria, Medline og Psycinfo, jeg begrenset søkene til å gjelde, norske, danske, svenske og engelske artikler. Jeg søkte på self injur, cognitvie therapy, kognitiv terapi, mestr*, selvsk* og kognitiv terapi. Mange av de artiklene som kom innenfor mine søk var studentoppgaver som f.eks bachelor og masteroppgaver. Jeg fant til slutt 2 artikler som jeg føler var relevante for min oppgave.

Å finne anerkjennende teori til oppgaven var enkelt. Det er en god del pensumlitteratur, men jeg har også fått låne flere bøker på biblioteket som jeg har brukt. Den jeg har brukt mest er Svein Øverlands bok, Selvskading, en praktisk tilnærming, denne boka har vært forståelig og lettlest.

2.0 Teori

2.1 Personlighetsforstyrrelse

Personlighetsforstyrrelse er en psykiatrisk tilstand som kjennetegnes ved at dine personlige trekk avviker mye fra det den kulturen du lever i forventer og om det skaper upassende reaksjoner i flere personlige og sosiale situasjoner. Ofte har de problemer med å styre følelsene sine slik at de enten blir for sterke eller for svake enn det som blir sett på som sosialt akseptert. Personlighetsforstyrrelse blir sett på som en forstyrrelse i utviklingen av personligheten og kommer for det meste frem i ungdomsårene og utvikler seg frem til voksenlivet (NHI.NO).

Ifølge ICD-10 deles personlighetsforstyrrelse inn i 11-12 undergrupper som igjen kan deles inn i 3 grupper:

1. Tar for seg angstpregede personlighetsforstyrrelser, disse har enten angst eller fryktsomhet som et fellestrekk, deres hverdag er preget av forsvarsmekanismer som fortrenkning, reaksjonsdannelse og isolering: unnvikende, avhengige, tvangspregede og passivt-aggressive.
2. Består av dramatiske personlighetsforstyrrelser preget av schizoide mekanismer, de preges av idealisering og splitting, omnipotent benektelse og proaktiv identifikasjon. Dette gjelder hysterisk personlighetsforstyrrelser, borderline-ustabil, impulsiv-ustabil og dyssosial personlighetsforstyrrelse.
3. Består av eksentriske personlighetsforstyrrelser: paranoide, schizoide og schizotype personlighetsforstyrrelser. Dette er personer som befinner seg langt utenfor det som betegnes som «normalt» av skyhet og mistenksomhet. (Hausgjerde, Jensen, Karlson og Løkke 2009)

Det er ofte vanlig at en person fyller kriteriene for flere personlighetsforstyrrelser, og grensene mellom forstyrrelsene kan ofte være uklare. Dette er en viten en må se på som er foreløpig og ikke fastlagt (Hausgjerde, Jensen, Karlson og Løkke 2009).

2.2 Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse

Kriteriene for å få diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, forkortet til EUP i denne oppgaven er: Kronisk tomhetsfølelse, lett krenkbarhet og redsel for å bli avvist, det er en karakterisert skjevutvikling av personligheten. Dette er en diagnose som kun skal settes om personen har hatt disse trekkene i mere enn 5 år og i flere perioder i livet. De fleste ønsker ikke å sette denne diagnosen på ungdom under 20 år, men noen mener dette er forsvarlig om symptomene er alvorlige nok (Kernberg, Weiner og Bardenstein 2000 i Svein Øverland, 2006). Ofte er symptomene, dissosiasjon, selvmordsforsøk og at verden er uvirkelig (deralisasjon). De har som særtrekk at deres atferd i stor grad blir styrt av deres personlighet og at de er mindre fleksible enn folk flest. EUP har to undergrupper, den mest kjente er borderline type, den andre er impulsiv type. Begge typene kjennetegnes av ett intenst og ustabil følelsesliv, en tendens til selvskading og et usikkert selvilde (Svein Øverland, 2006).

Pasienter med EUP har ofte vært «beryktet» i behandlingssystemet for det behandlere ser på som manipulerende atferd, sin selvskading og kroniske selvmordsatferd. Prognosene for bedring har ofte blitt sett på som dårlige og de har blitt sett på som kronisk vanskelige. Ofte har de med diagnosen blitt sett på av behandlere og miljøpersonell som noen som er ute etter oppmerksomhet og som er ansvarlig for egen lidelse. Dette har vist seg å være å være overdrevet og det har ført til at psykoterapeutisk behandlingen har blitt sett på som uhensiktsmessig og direkte skadelig (Svein Øverland, 2006).

2.3 Selvskading

En av flere definisjoner på selvskading er:» Selvskade er handlinger som innebærer at individet påfører seg skade og smerte uten at man har til hensikt å ta sitt eget liv. Selvskade er en handling mennesket bruker for å håndtere smertefulle overveldende tanker, følelser eller situasjoner. Ved å skade seg selv kan man føle seg bedre for en stund og være i stand til å mestre livet sitt» (Bloch Thorsen 2006 i Ødegård 2007).

Ett annet begrep som en kan bruke er villet egenskade, det er mange større undersøkelser som bruker akkurat dette begrepet i sine studier. De definerer dette begrepet som en handling som ikke førte til døden, hvor personen gjorde en eller flere av disse handlingene: Utførte en handling med hensikt å skade seg selv, Kutte seg, hoppe fra en høyde, Inntak av

medikamenter i høyere dose enn anbefalt, ta ulovlige narkotiske stoffer med hensikt å skade seg eller svelge en gjenstand eller ett ufordøyelig stoff (Ystegaard 2003 i Ødegård 2006).

Personer som utfører selvskade prøver flere forskjellige metoder for å kunne håndtere sine følelser av fremmedgjøring og uvirkelighet, og for å kunne dempe sin smerte. Selv om de utfører selvskading for å prøve å mestre sine følelser, blir det etter hvert klart at dette er ett mislykket forsøk på mestring. Det blir en risiko at denne selvskadingen utvikler seg til selvmordsadferd og alvorlige depresjoner. Det blir til slutt en vondt sirkel det er vanskelig å komme ut av siden familie og venner ofte blir skremt og trekker seg unna. Dette fører til enda mere stigmatisering og ensomhet, og det kan føre til at personen mister helt kontrollen over eget liv og gjør en allerede vanskelig situasjon enda verre (Øverland 2006).

Det kan være flere forskjellige grunner til at en person selvskader og det kan forklares på flere måter. Trauma reenactment syndrome kan sees i sammenheng med selvskading (Miller 1994 i Svein Øverland 2006). Personer som er traumatisert på en eller annen måte bruker selvskadingen som en metode for å få kontroll. Ved å gjøre seg selv vondt med selvskading opplever de en illusjon av å ha kontroll i det øyeblikket. De opplever en følelse av å ha kontroll når de selv påfører seg smerte, siden det ikke er andre som påfører de den smerten. De opplever å ha kontroll over situasjonen siden de både er offer og mishandler, de er da ikke avhengig av andre (Svein Øverland 2006).

I en del tilfeller kan selvskading forklares med at da er det noe som skjer i omgivelsene, det som ofte skjer er endringer eller konsekvenser som, oppmerksomhet, pleie, trøst tilbud om aktiviteter eller behandling. Dette kan igjen føre til en uheldig utvikling som vil forsterke pasientens problemer (Hausgjerde, Jensen, Karlsson, Løkke 2009).

2.4 Kognitiv terapi

Kognitiv terapi er en samtale som foregår i det indre av pasienten der han kan videreutvikle og utforske sine egne tanker og hvor en kan være tvilende til sine fastlåste tankemønstre. Kognitiv terapi retter seg mot pasientens hverdag og hvordan en best mulig kan hjelpe slik at pasienten best mulig kan leve med sine problemer. Pasientens behov og

ønsker er alltid i fokus, og terapeuten og pasienten skal komme fram til en felles forståelse av hvilke problemer som er viktig å behandle. Det er viktig som terapeut å være åpen og nysgjerrig på hva pasienten tror og mener. For å være respektfull i ett møte med pasienten er det viktig å være åpen og fri fra fordommer. Kognitiv terapi er i hovedsak hjelp til selvhjelp, pasienten skal til slutt bli sin egen terapeut, men for å kunne hjelpe seg selv er det viktig at en får kontroll over problemet sitt, hva som gjør at en har problemet og hva en kan gjøre for at det ikke skal oppstå nye problemer (Berge og Repål 2010).

Det er viktig å informere pasienten om terapiformen, hva den innebærer, de viktigste begrepene og pasienten skal også få klarhet i hvordan tankene kan påvirke følelsene våre. Terapien skal gjøres forståelig for pasienten og hun skal få forklaring på hva og hvorfor ting skjer. Det er avgjørende for resultatet av terapien at pasienten legger ned en egeninnsats. Denne terapiformen er i motsetning til mange andre terapiformer terapeuten aktivt samtalende, men han kan om nødvendig også være avventende og lyttende. Terapeuten kommer med mange konkrete spørsmål, informerer, forklarer og gir råd. Han prøver så godt han kan å være klar, tydelig og en som det er ganske lett å forholde seg til. Ved å jevnlig oppsummere prøver terapeuten å vise at han har forstått pasienten riktig eller ikke, slik at det kan bli raskt oppklart ved eventuelle feiltolkninger (Berge og Repål, 2010).

Kognisjon er en betegnelse på vår ustanselige bearbeidelse av informasjon, eksempler på dette er hvordan vi tenker, minnes eller forestiller oss bestemte hendelser. Hvordan vi tenker på en hendelse, vil påvirke hvordan følelser vi knytter til den spesifikke hendelsen. Som William Shakespeare skrev i Hamlet: *There is nothing either good or bad, but thinking makes it so*. Hvordan vi tenker om en hendelse, vil ha med vår personlige stil eller tankemønster og gjøre og våre tidligere erfaringer vil påvirke dette i stor grad. Derfor kan to ulike personer reagere helt forskjellig på den samme hendelsen (Berge og Repål 2010).

2.4.1 ABC-modellen

I kognitiv terapi er det utviklet en modell for å vise hvordan en situasjon kan påvirke tankene og følelsene, denne kalles ABC-modellen

A: Situasjonen/hendelsen – Hva var det som skjedde?

B: Tankene/fortolkningen av hendelsen – Hvordan oppfattet jeg det som skjedde?

C: Konsekvensene av tankene – Hva gjorde jeg, og hva følte jeg?

I en selvskadingssituasjon blir det at

A: Noen kommenterte/sa noe,

B: Jeg likte ikke det som ble sagt,

C: Jeg ble sint og følte meg dum, jeg sprang da på rommet og kuttet meg.

For å endre disse negative tankemønstrene er det ofte nødvendig med systematisk arbeid for å endre måten å tenke på og måten å reagere og handle på. Dette er en jobb terapeuten og pasienten gjør sammen, det er viktig at det blir fokusert på punkt C, siden er veldig enkelt å fokusere på å prøve å endre på punkt B. I en terapeutisk sammenheng bruker terapeuten sokratiske spørsmål (Berge, Repål, 2010).

2.4.2 Negative automatiske tanker

Kognitiv terapi er opptatt av de negative automatiske tankene. Vi er ofte ikke bevisst på hva vi tenker til enhver tid, vi ser ofte ikke på tankene, men fra dem og gjennom dem. Ofte har ikke tankene våre ett verbalt innhold når det er knyttet til noe vi ser, lukter eller hører, -de fremstår ikke som ord. Vi må derfor ofte oversette tankene til ord, slik kan det bli enklere å reflektere over betydningen av dem. Ofte er tankene forbundet med situasjonen en er i, og de kan derfor være vanskelig å hente frem igjen når en ikke er i den situasjonen mere. De kan også være for ubehagelige å hente frem igjen og de kan være så flyktige at du ikke engang er klar over at de farer gjennom hodet. Det er dette vi kaller automatiske eller selvdrevne tanker. Disse tankene inneholder ofte en overvurdering av muligheten for alvorligheten av en fryktet hendelse eller undervurdering av egne mestringsmuligheter eller andres vilje til å vise forståelse eller hjelp. Eksempler er: Ingen bryr seg, alt er min feil, jeg er teit. Kognitiv terapi er rettet mot å finne alternativer til disse indre samtalene (Berge, Repål 2010).

2.4.3 Sokratiske spørsmål

Sokratiske spørsmål er en sentral del av kognitiv terapi. Her gjelder det ikke å overbevise pasienten om at det han eller hun tenker er feil. Man ønsker å avdekke pasientens egne holdninger og tenkemåte rundt en hendelse. Dette for at pasienten selv skal finne ut hva årsaken til han eller hennes vurderinger og konklusjoner. Om terapeuten påpeker negative tankemønstre vil dette ikke føre til endring. Derimot vil mange ta det ille opp og føle at de

blir kritisert. Målet er at pasienten kan se på sine måter å tenke på, vurdere dem og se hvordan de virker inn på livet, en skal også prøve å finne alternative måter å tenke om en hendelse. Terapeuten skal bruke spørsmål som ikke er ledende, men åpne for at en kan reflektere rundt de (Berge, Repål 2010).

2.4.4 Kjedefanalyse

Kjedefanalyse er en teknikk som kan brukes parallelt med ett ABC-skjema. Det er en funksjonell analyse og adferdsanalyse hvor en gjennomgår hva som var grunnen til at det utløste en selvskading eller ett selvmordsforsøk. Og for at en kan lage en plan for å unngå at denne situasjonen oppstår igjen. Funksjonsanalyse er blant annet en undersøkelse av sammenhengen mellom miljøet og personens adferd. Målet med analysen er at pasienten lettere skal se og kjenne igjen sammenhengen mellom episodene som førte til selvskading og hva de henger sammen med. Kjedefanalysene kan også fokusere på mestring, da setter behandler søkelyset på episoder hvor pasienten håndterte situasjonen bra og selvskading ble unngått. Uansett vinkling vil en kjedefanalyse fokusere på en bestemt situasjon og se på denne som ett resultat av flere foregående hendelser. En kjedefanalyse bør inneholde:

- Episodene: Finne en viktig og vanskelig episode som pasient og behandler vil kartlegge.
- Selve problemet: Hva er hovedproblemet? Er det selvskadingen, følelsen av f.eks. sinne eller unngåelsesadferden?
- Utløsende faktorer: Hva er det som utløser adferden. Er det krancling med venner/familie, lite søvn, opplevelse av krenkelsler? Viktig å ha fokus på hva som er skjedd i tiden før selvskadingen, ikke bare samme dag, men litt lengre tidsspenn. Hva var dråpen som fikk begeret til å flyte over?
- Tidslinje: slik at hendelsesforløpet blir mere klart. Tanker, adferd og følelser, relateres til tidslinjen (Svein Øverland 2006).

2.4.5 Mestringsstrategier

Kognitive strategier.

- Oppmerksomhetsskifte. Rette oppmerksomheten på andre ting, skifte fokus. For eksempel om en har flyskrekk og skal fly, så kan en prøve å ha en samtale for å avlede tankene sine.
- Oppmerksomhetsinnsnevring. Må innsnevre fokuset og ta små steg. Små steg på veien.
- Normalisering. Tenke at det er mange som opplever det samme som du, du er ikke alene om disse følelsene.
- Motargumentering. Ikke vitende åpne spørsmål. Så tvil om dine egne tanker og diskuter med deg selv. Hvor realistisk er denne tanken egentlig? Den vennlige støttespiller, hva har en venn kommet til å si til deg, eller hva har du kommet til å si til en venn i denne situasjonen?
- Den pragmatiske støttespiller, hva er det som er nyttig for deg? Har du noe utbytte av å tenke denne tanken? Den realistiske støttespiller, Er det realistisk at andre bryr seg om dette? Hva er fakta og hva er overdrevent?

Adferdsstrategier.

- Øke aktivitetsnivået. Det mere passivitet, det større blir problemet, (f.eks. ut å gå en tur, eller starte å male) Her må en kartlegge hva pasienten er interessert i å drive med fra før.
- Øke sosialt aktivitetsnivå. Være sosial sammen med andre, ofte om en har det vanskelig er det enkleste å trekke seg unna.
- Redusere sosialt aktivitetsnivå. Å snakke mye og gjøre mye samtidig er en dårlig kombinasjon, dette spesielt ved en manisk person.
- Praktisk realitetstesting. Teste sine egne grenser, eksponeringsterapi.

Sensoriske strategier.

- Hørsel, smak, etc. Selvskading kan en se på som en sensorisk strategi, det stimulerer smertesansen.
- Kroppsstimulering. Kan en finne andre ting som ikke skader så mye? Ikke skjære så dypt eller langt? Her kan en også bruke en isbit på huden. Få i gang sanseapparatet.

Fysiologiske strategier.

- Teknikker for muskelkontroll. Om en opplever frykt, kan en spenne alle musklene til en ikke klarer mere, for så å slappe av, gjentas ved behov.
- Teknikker for påvirkning av pusten. Puste i trekant (Bjørkly 2018).

2.4.6 Dialektisk atferdsterapi

Dialektisk atferdsterapi eller Dialectical behavior therapy forkortet til DBT, er en modifikasjon av kognitiv atferdsterapi. Den tar med seg kunnskap fra blant annet kognitiv terapi, atferdsterapi og læringsterapi, og den har også blandet inn noe dialektisk og zen-buddhistisk tenkning. DBT ble utviklet på University of Washington i USA av professor Marsha Lineham. DBT ble utviklet i grunnlag av at de så at det var ett behov for en mer effektiv behandlingsform for personer med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse og kronisk suicidalitet. DBT er i dag kjent som den beste behandlingen for de med disse utfordringene, den er også effektiv i forhold til andre psykiske utfordringer (Dbt.no). Dette er en aktiv behandlingsform som skal hjelpe pasienten til å lettere håndtere sine problemer, med hjelp av teknikker som sokratiske spørring og ABC-modellen (Svein Øverland 2006).

DBTs evidensbase er stor, og det er stadig ny forskning på den gamle modellen og nyere variasjoner. Studiene viser at DBT har god effekt på selvskading/suicidal atferd. DBT har hovedsakelig et fokus på endring av personens atferd. Ifølge en studie av Linehan-gruppen får DBT personen til å føle mere kjærlighet til seg selv, ett positivt selvbilde, mer selvbeskyttelse og mindre selvkritikk i både behandlings- og oppfølgingsperioden. Tradisjonelt gis DBT poliklinisk og det arbeides for at pasienten skal evne å klare seg hjemme i hverdagen (Mehlum og Tørmoen 2014).

2.5 Mestring

I følge Store Norske leksikon er mestring et mye brukt begrep i moderne psykologi. Det viser generelt hvordan en person håndterer oppgaver og utfordringer som vedkommende møter på i livsløpet. Det kan dreie seg om konkrete oppgaver som krever kompetanse og

ferdigheter (starte i en ny jobb) eller mer omfattende utfordringer (håndtere samlivsbrudd, alvorlig sykdom og dødsfall).

Avhengig av teoretisk utgangspunkt og tematisk område har mestringsbegrepet ulike betydninger.

Noen mestringsbegrep er:

Psykologisk motstandskraft. Mestring knyttes ofte opp mot evnen til å håndtere stress og påkjenninger uten å miste sin psykiske styrke. Optimisme, pågangsmot, positivt selvbilde og sosial støtte er viktige positive faktorer, mens negativ tenkning og grubling fungerer motsatt (Store Norske leksikon).

Mestring av stress og emosjonelle utfordringer. Forhold som gir utfordringer i hverdagslivet, stress og traumatiske opplevelser kan bli møtt på ulike måter. To hovedmåter har fått oppmerksomhet i forskning og terapi. Det er problemfokustert mestring, her gjør personen noe aktivt og problemløsende med utfordringen. Den neste er emosjonsfokustert mestring, her gjør personen noe med opplevelsen/følelsen problemet skaper. Om en skal håndtere en konflikt emosjonsfokustert, kan personen dempe eller undertrykke problemet med f.eks. å vike unna eller å selvskade seg for å unngå ubehaget problemet skaper (Store Norske leksikon).

Selvregulering. Omhandler personens evne til å regulere tanker, følelser og atferd, med tanke på ett mål personen har satt seg. Mestringsopplevelsen er sentral her, siden en med selvregulering antar at personen er si stand til å gjennomføre passende endringer for å kunne oppnå målet. Eksempelvis vet vi at en student ofte prokrastinerer/utsetter oppgaver, men ved å endre på daglige rutiner, planlegge bedre og mere langsiktig uttrykker han bedre mestring (Store Norske leksikon).

Endringer: Ofte for å lykkes kreves det at en gjør endringer, dette for eksempel når en skal lære seg nye ting eller en skal slanke seg eller slutte med en spesiell ting. Da er det viktig med mestringstro. Forskning har også vist at om en tror at endring er i det hele mulig er det en viktig faktor i endringsprosessen (Store Norske leksikon).

3.0 Empiri

3.1 Historien om Sara

I historien møter vi Sara som er i begynnelsen av 20 årene, hun har vært innlagt på avdelingen flere ganger siden hun fylte 18 år og hun har fått diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (borderline). Mange på avdelingen føler at de har gitt opp Sara, dette på grunn av at de føler at ingen behandling eller tilnærmingsform hjelper på henne. De føler seg tappet for energi når de skal samarbeide med henne. Hun driver med mye selvskading, for det meste kutter hun seg selv, men hun holder også på med blodtapping og har også flere andre metoder for å skade seg. Hun utfører dette ofte så alvorlig at hun må på sykehuset for enten å sy eller for få blodoverføring, blodoverføringer får hun siden Hb blir faretruende lav, men nekter for det oftest å gjøre det frivillig. Flere ganger har det kommet til ett punkt hvor det er farlig for livet hennes og hun har da flere ganger måtte blitt beltelagt for å få blodtransfusjon. De gangene det går så langt er det både vanskelig for henne og for oss som skal prøve å hjelpe henne.

Behandlere hadde lenge prøvd å finne ut om hun har opplevd noen form for traumer i barndommen, som f.eks. overgrep, men den første tiden hadde hun hardnakket nektet for dette, men til slutt innrømmet hun at hun hadde opplevd overgrep fra en onkel fra hun var 8år til hun var 14år, dette var noe hun ikke innrømmet for noen av de pårørende, hun ville heller ikke at de skulle finne det ut. Denne onkelen var nå død så hun mente at det ikke var noe spesiell grunn til at dette skulle komme fram.

Sara har god kontakt med mor, men hun bor på en annen kant av landet og derfor møtes de sjeldent. Hun har også en lillebror som bor sammen med mor og far. Faren snakker ikke Sara så mye om og det virker som hun har lite kontakt med han.

På grunn av at personalet og behandlere føler de ikke har så mye mer å gi, har det blitt opprettet en ansvarsgruppe som inneholder personer fra både kommune, DPS og ansatte på akutt, dette ser ut til at de har virket positivt på Sara, siden hun da får en mere stabil personalgruppe rundt seg som jobber i den samme retningen for å nå felles mål.

3.2 Utdrag fra ett møte med Sara

Ofte når hun har vært på legevakten og sydd, blir hun innlagt på vår avdeling etterpå. En gang jeg samarbeider med Sara er etter hun har blitt innlagt via legevakten på grunn av selvskading. Hun har da kuttet seg og har måttet sydd flere lange dype kutt på overarmen.

Vi sitter flere personer på stuen og snakker om helt dagligdagse ting, stemningen er god og vi merker ikke noe spesielt. Plutselig reiser Sara seg opp og går med bestemte skritt nedover korridoren, jeg ser hun går inn på rommet sitt. Hun har tilsyn hvert 30min, men siden jeg ikke stoler helt på hva hun kan finne på tenker jeg at jeg tar jeg tilsynet tidligere. Jeg går bortover korridoren og ser at døren på rommet er lukket, jeg banker på, men får ikke noe svar. Når jeg åpner døren ser jeg at hun sitter på sengen med ett alvorlig drag i ansiktet.

Jeg: Hva holder du på med? men hun svarer ikke noe på det.

Sara: Ikke noe, kan du ikke bare gå ut igjen?

Da ser jeg at den blå hettegensereren ser våt ut på overarmen,

Jeg: hvorfor er hettegensereren din våt på det ene ermet?

Sara: Kan du ikke bare gå ut av rommet mitt nå? Jeg drar en stol bort til sengen hennes og setter meg ned i stolen

Jeg: Jeg vil ikke gå ut før du begynner å snakke med meg.

Da tar hun hånden opp til overarmen og begynner å dra, genseren blir stadig våtere.

Jeg: Kan du ikke være så snill å slutte å dra deg i såret? jeg vet at det er ett langt kutt som er suturert dagen før under genseren.

Sara: Kan du ikke bare gå ut slik at jeg får være alene, du trenger ikke å se på dette, kan du ikke bare komme tilbake senere?

Jeg stiller meg i døråpningen for å tilkalle hjelp, vurderer at dette ikke er alvorlig nok til å utløse alarm for, vil ikke at alle skal komme løpende til, jeg ønsker heller at hun vet at jeg vil skåne henne fra mye oppstyr, men jeg føler at dette klarer jeg ikke alene akkurat nå. Da ser jeg en annen sykepleier komme nedover korridoren, jeg spør om hun kan komme inn for å hjelpe. En av oss setter seg sammen med Sara i senga og den andre i en stol, vi prøver å nå fram til henne for å få henne til å slutte, men det virker som hun nesten er i en transe. Til slutt tar vi henne i begge hendene og prøver å få henne til å se på oss, mens vi snakker med henne, dette ser ut til å virke etter en stund. Vi får henne til å ta av seg genseren, da ser vi hvordan kuttene som er sydd dagen før gaper på overarmen, jeg går for å hente bandasjer slik at vi kan forbinde sårene til de igjen kan bli sydd.

Jeg: Hva var det som førte til at du gikk på rommet for å selvskade deg?

Sara: Jeg hørte at Kari (en annen pasient) sa noe, og jeg følte at den kommentaren var om meg.

Jeg: Hadde du kunnet gjort noe annet enn å gå på rommet for å selvskade deg selv tror du?

Sara: Det er det sikkert, men det er dette jeg synes det er lettest å ty til, det er dette jeg kjenner og jeg føler gir meg øyeblikkelig hjelp.

Jeg: Hva føler du før du selvskader deg?

Sara: At alt er vondt, mørkt og at livet mitt er helt svart og uten håp.

Jeg: Nå etterpå, hvordan føler du deg nå?

Sara: Jeg føler at smerten jeg hadde inni meg er borte, den gikk over til en mere fysisk smerte, det er en lettelse. Men samtidig føler jeg meg skamfull.

Jeg: Hvorfor føler du deg skamfull?

Sara: Mest fordi du så hva jeg gjorde, men også at jeg ikke klarer å håndtere det på andre måter enn å skade meg.

Jeg: Kan du prøve å tenke over alternative metoder for ikke å selvskade seg?

Sara: Synes det er så vanskelig å komme på noe akkurat nå.

Jeg: Du kan få penn og papir så kan du skrive ned det du kommer på, så kan vi snakke om det i morgen.

Sara: Skal se hva jeg orker

4.0 Diskusjon

I denne delen belyses problemstillingen: «Hvordan kan en med en kognitiv tilnærming bidra til at en pasient som selvskader får økt mestringsopplevelse?» I diskusjonsdelen vil jeg drøfte empirien opp mot teorien. Jeg vil også prøve å se på og drøfte fordelene og ulempene med kognitiv terapi til pasienter som selvskader når rammene er innenfor en akuttpsykiatrisk sengepost.

En splittet avdeling

Sara har jeg blitt kjent med gjennom flere innleggelses i vår avdeling, hun har opplevd mye vondt i barndommen og dette gjør at hun ser verden i mere svart og hvitt/ godt eller vondt enn mange andre av oss gjør. Hun har virket til å være grei å snakke med når det ikke har vært selvskadingsepisoder. Under selvskadingsepisodene kan det virke til at rullgardinen går ned, hun går inn i seg selv og er vanskelig å få kontakt med. Saras selvskading er ofte omfattende og alvorlig, hun har ett vidt spekter av metoder hun bruker for å selvskade, dette kan være blant annet kutting, blodtapping og svelging av forskjellige gjenstander. Selv om vi har laget regler sammen med Sara på flere av hennes innleggelses så er det ikke alltid hun klarer å følge de, impulsene blir for sterke og de tar over. Det har da hendt at vi har sett det nødvendig å holde pasienten. Noen ganger har heller ikke dette vært nok og vi har måtte ført henne hylende inn på skjerming for å beltelegge henne. Etter hvert har jeg blitt godt kjent med Sara og har lært meg teknikker fra tidligere innleggelses som kan virke på henne når hun føler på trangen til å selvskade, men det er ikke alltid disse teknikkene fungerer. Men det å ha en god relasjon til henne ser ut til å være til hjelp. I episoden som er beskrevet klarte jeg ikke å hindre henne i å selvskade, men ved å stille spørsmål og være undrende kan jeg ha få henne til å se på sine reaksjonsmønster og kanskje hun klarer å unngå en så alvorlig selvskading neste gang. Det er også viktig at Sara stoler på meg og at hun blir trygg på at jeg er interessert i å hjelpe henne.

Jeg har ofte opplevd når vi har selvskadingspasienter på avdelingen, blir personalgruppen splittet og vi opplever mye uenighet i hvordan vi skal møte disse pasientene. Dette er også tilfelle når Sara er innlagt. Noen følte at de ikke orket å være kontakten hennes mere, siden de mente hun manipulerte omgivelsene og at ikke noe behandling virket slik den skulle. Manipuleringen mente de kunne gå i at hun skadet seg for å få oppmerksomhet og at hun delte personalgruppa i gode og onde personer, noe som fikk noen til å tvile på deg selv.

Andre mente at hennes problemer stakk dypere enn hun vil la oss se, og var mere innstilt på å jobbe videre med henne. Det medfører at vår samhandling med disse pasientene blir vanskelig og alliansebyggingen som er veldig viktig med denne pasientgruppen, bryter helt sammen. Mange av oss har ulike tilnæringsmetoder i møtet med en som selvskader, noen straffer og noen belønner adferden. Straff kan være å nekte pasienten å spise kveldsmat om en kommer for sent, eller nekte å gi bedøvelse under syng, mens belønning kan være å ha lange «dype» samtaler eller gi de ekstra service. Det viktige her er at vi ikke havner i noen av de «grøftene» når det gjelder samhandling, men finner oss en gylden middelvei.

Vi har alle våre egne toleransegrense for hvor mye og alvorlig selvskading kan være før vi bryter inn og stopper det. Behandlere har også sine egne meninger hvor mye de og vi skal tolerere, men ofte glemmes det at det er vi, miljøterapeutene som er sammen med pasienten hele vekten og tar det meste av trykket når pasienten er på avdelingen, ofte ender det opp i en dragkamp mellom oss på avdelingen om hvor grensene går. Det er pasienten som taper på denne situasjonen, da våre meninger blir i fokus og ikke hvordan vi best mulig skal hjelpe pasienten.

Ifølge det Elisabeth Hole (2009) skriver i sin artikkel blir det rapportert mye vanskeligheter i personalgruppa rundt noen som selvskader seg mye og ofte, det resulterte i avmaktsfølelse, konflikter og sykmeldinger blant de ansatte. Pasienten kjenner også på at personalet er frustrert og sint når det blir selvskading og de kjenner på en følelse av avvisning.

Ifølge Svein Øverland (2006) er det helt nødvendig å forholde seg til følelsene av avmakt og sinne når en jobber intensivt og miljøterapeutisk i en institusjon hvor en har pasienter som selvskader. Risikoen for å bli kynisk, eller bli overveldet av maktesløshet er stor, dette kan føre til at den empatiske forståelsen eller tilnærmingen til pasienten blir redusert. Ofte vil pasienten bygge opp ett forsvar for å slippe å kjenne på psykisk smerte eller å ikke stole på relasjoner, dette kan også skje med miljøterapeuten, den vil stenge pasientens lidelse ute. Dette kan igjen føre til at miljøterapeuten får en lavere terskel for å møte pasienten med sinne og avvisning. Maktesløshet kan komme frem i mange former, ofte er ikke det vi sier eller gjør som kan kjennes mest, men hva vi *ikke* sier og gjør. Ett eksempel er at vi kan gå forbi ett rom når vi ser døren står åpen og vi ser en pasient som sitter der dypt fortvilet. Spørsmål om hvor dypt kan det kuttes, og hvor mye blod kan tappes før vi griper inn og sier stopp kommer ofte opp i diskusjoner. Ofte er vår mening om hva som er nok, ikke det samme som pasientens, og da kommer vi opp i konfliktsituasjoner som kan ende opp i

tvang, da blir det kanskje holdning eller i verste fall beltelegging, noe som ikke er en ønsket situasjon for noen av oss. Når Sara satt på rommet og selvskadet vurderte jeg hvor mye og langt det skulle gå før jeg greip inn, ingen liker å sitte å se på at noen skader seg selv og at blodet renner. Ifølge artikkelen til Elisabeth Hole (2009) sier personen der at hun følte seg som en dritt når hun selvskadet, hun forventet også å bli behandlet som en dritt, når disse forventningene ikke ble innfridd fikk hun også mindre trang til å skade seg. Ofte må en gjennom en prosess for å møte en som selvskader på en måte som ikke gjør den psykiske smerten større. Denne prosessen kan en gå igjennom med å tilegne seg kunnskap, ha faglig refleksjon og anerkjenne pasientens opplevelser og kunnskap.

Når en som selvskader ofte er innlagt opplever vi i personalgruppen at det blir viktig å ha klare og tydelige grenser. Det kan være at vi tolererer overfladiske kutt, eller visse mengder med tappet blod, eller så har vi nulltoleranse som innebærer at pasienten blir skrevet ut med en gang det er selvskading. Dette er rammer som både vi og pasient skal være godt kjent med og være enig i. Ofte er det vi som bestemmer reglene og pasienten som sier seg enig for å få lov til å være på avdelingen, det kan sikkert oppleves for pasienten at det er vi som sitter på makta i slike situasjoner. Ifølge Berge og Repål (2015) har en felles forståelse en terapeutisk effekt i seg selv.

Sara har opplevd det meste når det gjelder behandling enten innlagt på avdeling eller på legevakten, og dette er noe hun snakker mye om, hvem er god og hvem er ond av oss som har jobbet med henne. Man kan oppleve at Sara driver med splitting av personalgruppen, hun har noen som hun liker veldig godt og andre som hun misliker, dette er hun heller ikke redd for å si ifra om. Hun kan også snakke negativt om seg selv i et øyeblikk mens hun plutselig kan finne på å si at hun er veldig flink i ett eller annet det neste øyeblikket. Noen ganger kan hun kommentere at hun er flinkere enn oss sykepleierne når det gjelder sårstell og bandasjer. Splitting kan beskrives som en psykisk forsvarsmekanisme som sørger for at personens oppfattelse av seg selv og andre deles opp i forenklete kategoriseringer basert på godt og ondt. Om en ikke har en trygg og god barndom vil ikke personen lære seg å se nyanser i seg selv og andre, De vil ikke klare å håndtere motstridende tanker, følelser og opplevelser ved refleksjon og psykologisk innsikt. Splitting kan skape store sosiale og emosjonelle problemer og de kan da virke uforutsigbare og irrasjonelle. Splitting er svært vanlig ved diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (webpsykologen.no).

Kognitiv terapi

I situasjonen med Sara var det ikke mulig å stoppe selvskadingen fra å skje, men jeg kunne sitte der med henne, til hun selv klarte å slutte. Etter hun klarte å slutte og kom til seg selv, velger jeg å bruke ABC-modellen eller en kjedeanalyse for å prøve å finne ut hva som utløste selvskadingen og hva som skal til for at situasjonen ikke oppstår igjen. Dette er noe Sara og jeg kan sette oss ned og arbeide videre med. Jeg går først igjennom ABC-modellen sammen med Sara, slik at hun blir ekstra godt kjent med metoden, men denne metoden er ikke ukjent for Sara siden hun er med i DBT når hun ikke er innlagt. Selve kjernen i kognitiv terapi er å bli kjent med sine negative automatiske tanker. Vi kan ikke forhindre at disse tankene plutselig dukker om, men vi kan gjøre noe med dem når de kommer. Jeg kan hjelpe Sara med å lære nye måter å tenke på og hjelpe henne til å finne alternative tolkningsmåter, slik at hun lettere kan se sammenhengen mellom tanker og følelser. Vi setter søkelys på Saras følelser og tanker, at dette kun er følelser og tanker og at de nødvendigvis ikke trenger å være riktige. Ved hjelp av sokratiske spørsmål får jeg Sara til å være mere bevisst sine egne tanker, følelser og handlinger. Jeg prøver å sette søkelyset på C, som er opplevelsen/følelsene handlingen gir. Ved å fokusere på følelsen i situasjonen kan man prøve å få tak i tankene Sara har, og prøve at alternative tanker kan føre til endring. Vi går igjennom og skriver ned ABC-modellen for å lettere se hvilke tanker og følelser hun hadde rundt denne selvskadingssituasjonen.

ABC Modellen

A: Hendelse/ situasjon

Hva førte til/ foranledningen til selvskadingen? (*Noen av de andre pasientene sa noe som jeg oppfattet som negativt*)

B: Tankene

Hva vi tenker om situasjonen/ det som hendte? (*Alle mener jeg er dum og ikke verdt noe*) Sara sier at det er sånn hun bestandig har oppfattet at folk mener om henne. Dette er noe som har hengt med henne fra barndommen og som bare har blitt forsterket med årene.

C: Konsekvensene

Hva jeg gjorde (*jeg kuttet meg i armen*) Sara forteller at siden hun føler at alle misliker henne er det ikke noe poeng i å finne ut hva de andre snakket om, det var helt sikkert henne de snakket stygt om, og derfor gikk hun på rommet for å selvskade, dette demper hennes vonde negative følelser.

Alternative måter å se situasjonen på

Etter selvskadingsepisoden snakket jeg med Sara og spurte henne spørsmål for å finne ut om hun trodde hun hadde oppfattet situasjonen på stua rett, eller det kanskje hadde vært andre måter å oppfattet situasjonen på? Var det slik at den andre personen sa noe negativt, eller var det bare hun som oppfattet det annerledes enn det som det var ment? Har resultatet blitt annerledes om hun hadde oppfattet situasjonen på en annen måte? Om den andre personen hadde sagt noe negativt til henne, var det noe annet hun kunne gjort i stedet for å gå å kutte seg?

Å endre på fastlåste tankemønstre er en av hovedpunktene i kognitiv terapi. Sara var enig i at hun hadde kunne tenkt annerledes, og det var kanskje ikke henne det ble snakket om. Hun innrømmet da at situasjonen sikkert hadde vært en annen og selvskadingen hadde antagelig ikke skjedd om hun hadde klart å sett annerledes på det. Om hun ikke hadde klart å styre helt unna selvskadingen hadde hun kanskje klart å begrense den litt. Ifølge Svein Øverland (2006) kan en bruke en kjedeanalyse parallelt med ABC-modellen, så da tegner jeg og Sara opp også en tidslinje, slik at hendelsesforløpet blir helt klart, en skriver inn tanker, adferd og følelser relatert til tidslinjen. Kjedeanalyse er noe Sara er kjent med fra før siden dette ofte brukes i DBT.

Sokratiske spørsmål

Ifølge Berge, Repål (2015) er en del av hensikten med å bruke sokratiske spørsmål er at pasienten skal lære seg å stille seg gode spørsmål i en akutt situasjon hvor det kommer lynraske, automatiske og deprimerende tanker. Vi vil prøve å få Sara til å klare å stille seg spørsmål som «Hva vil det bety for meg om hun sa noe negativt?» «Hva så, spiller det noen rolle?» og «Hvorfor skulle hun si noe negativt om meg?» når trangen til å selvskade seg kommer. Dette er noe som ikke er enkelt, og de trenger en god del trening for å få til dette. Derfor hjelper det godt at Sara har en ansvarsgruppe som kan samarbeide med oss om dette. Om dette hadde vært hos en pasient som ikke var godt kjent for oss, ikke var ofte innlagt og som ikke hadde poliklinisk oppfølging har det vært vanskelig å få øvd inn sokratiske spørsmål. For å evne å stille seg sokratiske spørsmål må en ha øvd en god stund og det er viktig med en god relasjon mellom pasient og behandler, dette kan være vanskelig å få til på en akuttavdeling hvor en har begrenset med tid. Vi prøver for det meste at pasienter som blir innlagt flere ganger får den samme spesialisten å forholde seg til, men av flere årsaker er ikke alltid dette like enkelt, spesielt ikke på en akuttpost.

Spesielt for pasienter med personlighetsforstyrrelser slik som Sara, skal tiden de er innlagt begrenses til et minimum, da de ofte ikke responderer bra på å være innlagt lenge.

Ved å bruke Sokratiske spørsmål til Sara kan hun finne alternative måter å se situasjonen på, hvordan kunne hun ha tenkt annerledes?

Spørsmål i denne situasjonen:

-Tenker du slik i alle situasjoner, eller er det bare av og til?

Nei jeg tenker ikke sånn alltid, men om jeg har sovet lite og har en dårlig dag kommer disse tankene lettere.

-Hvordan vet du at det var deg de snakket om?

Jeg vet vel egentlig ikke det.

-Hvordan kan du finne det ut?

Jeg har kanskje kunne gått til de og spurt de rett ut, men det er ikke alltid jeg tør det.

-I stedet for å selvskade deg, hva annet kunne du gjort?

Jeg kunne funnet frem tegnesakene og tegnet litt eller kanskje gått meg en tur.

B: De tanker vi gjør oss om hendelsen: Det var ikke meg de snakket om, jeg misforstod situasjonen. Jeg er like mye verd som alle andre og de har ikke noen grunn til å snakke stygt om meg.

C: Følelser og adferd: Jeg trenger ikke å gå på rommet mitt for å selvskade, jeg føler meg ganske rolig.

Mestringsstrategier

Sara får plutselige impulser til å skade seg både når hun er på avdelingen og når hun er hjemme. Målet er å få Sara til å komme fram til andre alternativer enn å skade seg. I første omgang kan det være at hun kan bruke mestringsstrategier og kroppsstimulering til å ikke kutte seg så alvorlig, få i gang sanseapparatet. Vi kan videre jobbe med at hun skal klare å gjenkjenne foranledningen til selvskadingen og gjøre en endring. Hun må komme med svarene selv, men vi kan komme med veiledende spørsmål. På denne måten blir hun mer bevisst på sine tanker og handlinger rundt situasjonen. Alternative metoder hun kan bruke når hun er innlagt på avdelingen er at hun kan kontakte personalet når hun kjenner impulsene kommer. Så kan vi ha en samtale der hun kan reflektere over hvorfor hun får disse impulsene og hvorfor hun handler som hun gjør. Vi kan hjelpe henne å bruke adferdsstrategier som å få fokuset over på andre ting som hun har interesse i å gjøre. Sara liker godt å tegne og derfor kom hun med ideen om at hun kunne prøve å sette seg ned for

å tegne når de vonde tankene kommer, derfor har vi alltid tegnesakene lett tilgjengelig slik at det bare er å sette seg ned å starte med tegningen. Hun kan også prøve å ringe en venn eller noen hun stoler på. Sara sier hun har en god venn hun kan ringe, hun stoler også på noen få som jobber i kommunen og hun vet at hun kan få lov til å ringe de når hun har det vanskelig. Jeg roser Sara for at hun klarer å komme med forslag på alternative ting som hun kan gjøre om hun får det vanskelig. Vi prøver også å jobbe med at hun kan bruke motargumentering når hun tror andre snakker stygt om henne, å så tvil om egne tanker og f.eks. si til seg selv: er det helt sikkert at det var meg de snakket om? Er det realistisk det jeg tenker nå? Trenger jeg virkelig å selvskade meg nå? Det er viktig at hun appellerer til fakta. For å få til dette er det viktig med en god allianse mellom terapeut og pasient. I artikkelen av Vivian L Rasmussen og Pia Riis Olsen (2015) kommer det frem hvilken betydning og rolle en terapeut har i behandlingen, her sier det at terapeuten har veldig stor betydning når terapeuten visste hvem de var som menneske og hadde en følelsesmessig kontakt. Det er viktig at de ser at terapeuten er oppriktig interessert i de som mennesker og at terapeuten også er menneskelig. Ikke sjelden har pasienter med personlighetsforstyrrelse ett lite personlig nettverk, ofte har nettverket blitt skremt unna etter mange episoder med selvskading og misforståelser. Personer som sliter med selvskading har ofte vanskeligheter med å fungere i ett vennskap over tid, dette siden de har problemer med å regulere egne følelser og de er såpass lettrenkbare. Sara er en av disse, hun har flyttet til en helt annen kant av landet enn familien og hun har «skremt» bort de fleste av vennene sine.

Kognitiv terapi i en akuttavdeling.

Ved innleggelse på akuttavdelingen hvor jeg jobber ser vi ofte at denne pasientgruppen har lite eller ingen oppfølging fra kommunen. Selvskadingsproblematikken holdes ofte skjult for familie og venner. Mange beskriver at de føler på skam over å selvskade. I slike situasjoner har vi ikke lang tid på oss for å starte med en behandling, men vi kan da ofte henvise de til behandlinger som skjer poliklinisk. Med Sara og ett knippe andre som kommer inn multiple ganger kan vi lage ett bedre kognitivt behandlingsopplegg, hvor vi samarbeider med de behandlere og miljøpersonale som de har utenfor avdelingen, det er dette vi kaller en ansvarsgruppe. Pasienten får mindre personer å forholde seg til på avdelingen og hjemme. Dette skaper en bedre allianse mellom pasient og personale. Berge og Repål (2015) påpeker at det som avgjør om en allianse er god eller ikke, er hvordan pasienten opplever den. For å bygge gode allianser er forståelse, respekt, empati, engasjement og positiv anerkjennelse samt ekthet/kongruens viktige faktorer. Vi kan

videreføre den polikliniske behandler, behandlingsopplegg innenfor avdelingens fire vegger slik at det blir kontinuitet i behandlingen. Dette vil hjelpe pasienten til å jobbe mot et ønsket mål og inkludere hjelpeapparatet. Sara hadde en ansvarsgruppe som fulgte henne opp når hun var hjemme og som samarbeidet med oss når hun var innlagt.

Sara går i gruppebehandling innenfor dialektisk atferdsterapi. Når hun er innlagt er det viktig at hun deltar på denne for å skape kontinuitet i behandlingen. Kognitiv terapi er ikke alltid like lett å gjennomføre på en akuttavdeling siden behandlingen ofte innebærer blant annet hjemmelekser og ulike mestringsstrategier som det kan ta litt tid å lære seg. Når en er innlagt i en akuttavdeling er du i en akutt situasjon hvor dine kognitive evner kanskje ikke er helt på plass av ulike grunner.

Siden Sara var i behandling med DBT var dette noe vi kunne ha benyttet oss enda mere av når hun var innlagt. Hos DBT har de ofte hjemmelekser som de skal gjøre mellom timene, dette er noe som hun også kan gjøre mens hun var innlagt. Ifølge Mehlum og Tørmoen (2014) er DBT noe som tradisjonelt gjøres poliklinisk, siden det arbeides for at pasienten skal evne å klare seg hjemme i hverdagen.

Ifølge Svein Øverland (2006) bruker en i dialektisk adferdsterapi en kjedeanalyse for å finne ut hva som utløste selvskadingen. Her kan de også vektlegge mestringsstrategien i situasjonen. Det blir fokusert på situasjoner hvor pasienten unngikk å selvskade. I denne oppgaven er Sara innlagt ved akuttpsykiatrisk avdeling. Jeg vil da vektlegge og bruke ABC modellen. Både ABC modellen og DBT er to metoder som kan brukes parallelt.

I kognitiv terapi er det viktig at vi kartlegger pasientens behov og ønsker. Vi ønsker å komme frem til ett felles mål som vi skal jobbe mot. Da vi ønsker at pasienten skal klare å leve best mulig med sine problemer. I artikkelen av Elisabeth Hole sier Ribe og Moe (2007) at målet er ikke alltid å slutte å selvskade, som noen mener er en overlevelsesstrategi, men målet kan være å få det bedre med seg selv. Ta tak i eget liv, ha innflytelse på behandlingen, få kontroll på egen økonomi og få kontakt med familie og venner igjen.

5.0 Konklusjon

Jeg har i denne oppgaven sett på hvordan en med hjelp av kognitiv terapi kan hjelpe mennesker som selvskader og som er innlagt på en akuttpsykiatrisk sengepost, til å føle mestring.

Jeg skriver om Sara som har fått diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Sara har selvskadet i flere år og har hatt x antall innleggelser de siste årene. Flere ansatte synes det har vært vanskelig å samarbeide med Sara når hun har vært innlagt. Mange kommer med kommentarene «off, kommer hun igjen»? «ikke noe hjelper med henne lell», «hva blir hennes neste stunt». Dette vil jeg tro er tanker de fleste av oss har fra tid til annen, meg selv inkludert. Grunnen til at disse tankene kommer kan kanskje forklares ved begrepet splitting. Pasienten kan finne støtte i at enkelte er gode og andre i personalgruppen blir onde. Jeg har erfart at trygge rammer fører til trygghet og at personal som føler på utrygghet kan gjøre at pasienten føler seg utrygg. Jeg har også erfart at det å samarbeide med færre personale har innvirkning på hva slags allianse man får med pasienten.

Gjennom kunnskap og erfaring kan vi øke vår forforståelse, og være delaktige i å bygge en god allianse. En allianse som gir økt mestringsfølelse og som på sikt vil bedre samarbeidet ved fremtidige innleggelser.

Kognitiv terapi til selvskadene pasienter i en akuttpost har både sine fordeler og ulemper. Det kan være fornuftig at pasienten har en fast gruppe rundt seg mens han/hun er innlagt. Det kan bidra til styrke samarbeidet ved at kjent personal samarbeider med pasienten. Fordelene kan også være at en kan hjelpe pasienten å se hvorfor de tenker og handler som de gjør. De kan også få arbeidsoppgaver de kan holde på med mens de er innlagt slik at oppholdet kan virke mere meningsfylt.

Ulempene er at vi ikke har mulighet til å følge pasientene over lengre tid. Pasienten blir som oftest ikke knyttet til en bestemt behandler eller miljøterapeut. Ofte trenger en også å koble på nettverket rundt pasienten. Dette kan være problemfylt da denne pasientgruppen ofte sier ifra seg all hjelp. Å bruke flere kognitive teknikker i akuttpsykiatrien synes jeg absolutt har noe for seg, men en kan også dra inn momenter fra andre retninger som f.eks

selvpsykologien, med punkter som blant annet et sammenhengende og meningsfylt selv, selvregulering og empatisk lytting.

Det er skrevet en god del om kognitiv terapi og selvskading, men jeg savner litt mer om bruk av kognitiv terapi i en akuttsituasjon. Det hadde vært interessant og undersøkt om det finnes noen forskning på aktiv bruk av kognitiv terapi. Hva vil dette si for arbeidet med denne pasient gruppen?

Litteraturliste

Bøker

Berge Torkil, Repål Arne (2010) Den indre samtalen. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo

Berge Torkil, Repål Arne (2015). *Håndbok i kognitiv terapi*. Gyldendal akademiske. Oslo

Bjørkly, Stål. 2018 *En introduksjon av noen sentrale psykoterapeutiske perspektiv*. Høgskolen i Molde. Videreutdanning i psykisk helsearbeid. Powerpoint høstsemester 2018.

Haugsgjerd Svein, Jensen Per, Karlsson Bengt, Løkke Jon A. (2009) 3.utg. *Perspektiver på psykisk lidelse -å forstå, beskrive og behandle*. Gyldendal Norsk Forlag. Oslo

Ribe Kristin, Mehlum Lars (2015) *Ut av selvskading, veier til forståelse*. Fagbokforlaget, Bergen

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

Fagartikler

Hole Elisabeth (2009). *En historie om selvskading i institusjon- fra kontroll til frivillighet og samarbeid*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid

Mehlum Lars, Tørmoen Anita Johanna (2014) *Hva er dialektisk atferdsterapi? En kort oversikt*. Suicidologi Årg.19 Nr.3

Rasmussen Limbrecht Vivian, Olsen Riis Pia (2015) *Dialektisk adferdsterapi bidrager til et liv, der er verdt at leve*. Klinisk Sygepleje

Nettsider:

<https://dbt.no/om-dbt/>

Lest 04/3-20

<https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/1/0/2599519>

Lest 20/1-20

<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/diverse/personlighetsforstyrrelser/>

Lest: 25/2-20

<https://snl.no/mestring>

Lest: 10/2-20

<https://www.webpsykologen.no/artikler/splitting/>

Lest: 15/4-20