



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BVP331

Predefinert informasjon

Startdato:	15-05-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-05-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BVP331 1 H 2020 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 318

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Svingdørspasienten

Antall ord *: 9974

Egenerklæring *: Ja

Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?: Nei

Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *: Ja

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



BACHELOROPPGAVE

Svingdørspasienten

– et essay om å forstå og møte pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.

Revolving door patient

– an essay on how to understand and meet patients with borderline personality disorder.

Kandidatnummer: 318

BVP331 Bacheloroppgave

Høgskulen på Vestlandet/Avd. Bergen/Vernepleie

Innleveringsdato: 22.05.20

Antall ord: 9974

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.*

Sammendrag

Pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse har i mange år vært sett på som manipulerende pasienter uten behandlingspotensiale. I dag finnes det gode behandlingsformer for pasienter med denne diagnosen. Som vernepleier er det viktig å forstå kompleksiteten i en slik lidelse for å kunne tilby riktig, tilpasset hjelp. I dette essayet møter du meg, som tidligere pasient med EUP, og nå snart utdannet vernepleier. Essayet tar deg med på en nådeløs vandring der du får innblikk i hvordan det kan se ut fra innsiden. Oppsummert handler det om at man kan bli frisk ved å få avkreftet det man frykter gjennom å få bekreftet sin verdi. Åpenhet, undring og kjærlighet er ord som går igjen.

Abstract

For years people diagnosed with borderline personality disorder were viewed as manipulating patients without any treatment potential. This negative treatment outlook is different today and there are various successful treatment forms for this specific group. For us, social educators, it is important to understand the complexity in this diagnosis, to enable us to offer correct and meaningful assistance. In this essay you will meet me, a former patient with this specific diagnose and soon to be an educated social educator. This essay will take you on a ruthless journey to the inside of such disease. To sum up: it's about how to get well by receiving conformation about one's self-worth in combination with demystifying self-loath and fear. Words like openness, curiosity and love are central in this personal essay.

Innhold

En ensom sebra – fra ensomhet til fellesskap	5
Historien om hjertet som sloss.....	5
Å skrive essay	6
Jeg fikk en alvorlig psykisk lidelse i London	7
Om forfatters ståsted	9
En fargeløs dans – mentaliseringssvikt	11
Jeg vil ikke dø	14
Diagnosestigma	19
Senvirkninger av seksuelle overgrep.....	21
Spiseforstyrrelser, et taust språk.....	26
Veien fra helvete til himmelen	28
En sebra uten striper – fra pasient til pleier.....	30
Referanser	32
Vedlegg I: Dokumentasjon av søk og valg av litteratur	34

Si meg lille sommerfugl,
Hvor har du vært?
Jeg har ropt på deg så lenge.

Jeg har vært her hele tiden, svarer sommerfuglen.
Men du har ikke sett meg.
Du malte jo vinduene dine svarte,
Og da ser man ingen sommerfugler (...).

Og du da, min venn,
Hvor var du da jeg trengte deg som mest?
Jeg gråt så fortvilet av savnet etter deg.

Men kjære deg, jeg var jo her.
Jeg stod ute i solen og ventet på deg,
Men du tittet jo aldri ut gjennom vinduet.
Og da ser man heller ingen venner.

Jeg tenker meg om en stund.
Ser på alt jeg plutselig har fått,
Og innser at det har vært i min nærhet
Men jeg har aldri våget å strekke meg etter det,
Av redsel for å miste det igjen. (Åkerman, 2005, s. 218-219)

En ensom sebra – fra ensomhet til fellesskap

Sofia Åkermans selvbiografiske roman, Sebrapiken, rundes av med dette diktet. En smertefull krig mot sin indre Lucifer er vunnet. Sakte, men sikkert kan Sofia starte å leve et verdig liv, uten selvskading, angst, anoreksi og et evig mørke. Sebrapiken ble en viktig bit i mitt livspuslespill. Sofia fikk ordene som satt fast i min munn ned på papiret. Jeg var ikke lengre alene, og kanskje trengte jeg ikke skamme meg så mye som jeg gjorde? Boken gir kunnskap, forståelse og håp. Den stripete piken kunne vært meg.

Jeg har kommet til veis ende av studiet, og snart kan jeg kalle meg vernepleier. Vi ble rådet til å skrive om noe som har engasjert oss, praksisopplevelser eller erfaringer som hadde vekket sinne, frustrasjon, håp eller glede. Jeg bestemte meg for å bruke egne erfaringer som pasient i psykiatrien. Men hvordan skulle jeg plukke ut et spesifikt tema å skrive om, når jeg brant etter å fortelle hele historien min? Jeg måtte gjennomføre en grundig selvgransking. Hva var hensikten med å skrive det jeg skrev? Ønsket jeg å bli klokere, eller var jeg drevet av behovet for å bli sett og hørt? Hvilken tekst er det kun jeg som kan skrive? Har noen skrevet om dette før? Jeg kjenner ingen som har blitt kvitt en emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Jeg vet folk med egenerfaring som er utdannet som erfaringskonsulenter, men dette er hovedsakelig innen rus-og psykosefeltene. Det er heller ikke særlig optimisme i litteraturen som finnes om EUP. Jeg har ikke bare blitt kvitt diagnosen min, men jeg har også snart fullført en helsefaglig utdanning. Min unike erfaring er derfor grunnlaget for dette refleksjonsessayet.

Historien om hjertet som sloss

«Hjertet ditt slår ikke som det skal, hva har du gjort»? kom det fra den grønnkledde damen som stod lent over meg. Jeg hadde aldri vært så redd i hele mitt liv. Blikket lette febrilsk etter noe kjent å feste seg ved. Jeg forstod hverken hvor jeg var, eller hvem de stressa pleierne rundt meg var. Jeg var iskald og kokvarm på samme tid. Jeg ville gråte og skrike, men det kom ingen lyd. Så ble alt svart.

Jeg hadde hatt selvmordstanker, vært sliten og fortvilet i lang tid. Hele sommeren hadde jeg stått i krevende situasjoner knyttet til anmeldelse av tidligere overgrep som jeg hadde vært utsatt for. Jeg hadde prøvd å be om hjelp, men ingen hørte meg. Jeg hadde ropt ulv litt for mange ganger. Derfor satt jeg også med den påfølgende skammen og forståelse for at ingen tok meg seriøst. Jeg hadde svelget små, hvite piller hundrevis av ganger før. Som oftest hadde jeg angret, fått panikk, ringt legevakten eller tryglet psykologen om innleggelse. Denne gangen var jeg sikker. Jeg orket ikke mer. *“Jeg har aldri passet inn, jeg HATER meg! Ta vare på pus for meg”*. Lappen la jeg på skrivepulten min før jeg tok flere piller enn noen gang før. Jeg ringte aldri etter hjelp.

Hjertet mitt stanset denne natten, og jeg var heldig som våknet på sykehuset morgenen etter. En venn hadde vært bekymret, og trolig reddet livet mitt. Denne hendelsen skjedde for noen år siden, og siden har den blitt et av de viktigste vendepunktene i mitt liv. Jeg forstod at jeg var en kriger som kjempet feil kamper. Jeg ville ikke dø. Jeg trengte hjelp til å lære meg å leve. Det er en avgjørende faktor å få på plass. Jeg skulle samle alle kreftene jeg hadde brukt på å skade meg, og bruke dem sammen med kjærligheten og støtten fra de rundt meg til å ta fatt på krigen bort fra min syke identitet.

Å skrive essay

Som forfatter av denne teksten er jeg både forteller, subjekt og objekt. Det er jeg som forteller historien, jeg er pasienten, og jeg er snart vernepleieren. Essay er både sjangeren og metoden. Essayet bæres av egne erfaringer i en sammensatt prosaform. Gjennom en slik personlig bearbeidelse, kan man bruke egne erfaringer til både selv å forstå, og til å skape forståelse for leserne (Bech-Karlsen, 2003, s. 18-19). Gjennom egne fortellinger fra livet som pasient og refleksjoner fra vernepleieren jeg er i ferd med å bli, tror jeg vi kan bli litt klokere sammen. Dialogen med meg selv er i stadig forandring, og jeg leter etter ny forståelse underveis. Sammenføyingen av fortelling og refleksjon utgjør essayet som helhet (Bech-Karlsen, 2003, s. 147). Mine fortellinger er supplert med utdrag fra Sebrapiken, samt annen relevant litteratur og forskning. Valg av litteratur og fremgangsmåte for søk etter forskning

er redegjort for (Vedlegg I). Å fortelle om egne erfaringer vekket mange følelser, og var mer utfordrende enn jeg hadde sett for meg. Essayets form og metode presset meg til å mentalt dra tilbake i tid, til da historiene fant sted, for å muliggjøre refleksjonene jeg ønsket å få frem. Dette ble en krevende prosess, der det flere ganger virket lettere å distansere seg fra historiene, fortelle om noen andre enn meg selv. Til tross for dette, er det nettopp den dobbeltheten jeg har, som bærer teksten. Jeg ønsker å bruke mine erfaringer for å gjøre teksten virkelighetsnær og levende. Jeg ønsker å ta deg som leser med på en vandring i et tabubelagt landskap.

Jeg fikk en alvorlig psykisk lidelse i London

Etter videregående flyttet jeg til London for å studere dans. Jeg hadde allerede opplevd mye vondt i livet mitt. Jeg hadde vært utsatt for mobbing og jeg slet med overgrepstraumer. På grunn av dette fikk jeg spiseforstyrrelser og drev med selvskading. Jeg hadde allerede hatt en rekke ulike behandlingstilbud. Jeg var deprimert så den ene, sorg så den andre, post traumatisk stress kom fra den tredje. Besatt av Satan, så de på den kristne skolen. Ingen gav meg svarene eller hjelpen jeg trengte. I London oppsøkte jeg hjelp. Jeg fungerte ikke som de andre rundt meg. Jeg bar på et intenst selvhat som konstant prøvde å ta livet av meg. Var det virkelig meningen at jeg skulle leve? Jeg oppsøkte psykiatrisk hjelp i England, og fikk diagnosen med hjem i hånden. Borderline personality disorder. Disse ordene skulle få betydelige konsekvenser for meg i lang tid, på godt og vondt.

Borderline personality disorder er det samme som på norsk i dag kalles emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, EUP. Personlighetsforstyrrelser kan forstås som (personlighets)mønstre som skaper utfordringer. Disse mønstrene kan gjøre det vanskelig å være sosial eller gå på jobb. Diagnosen stilles som regel på bakgrunn av styrken og varigheten på de dysfunksjonelle personlighetstrekkene, og man kan se at lidelsen vanligvis oppstår og utvikles i tidlig alder (Klette, 2008, s. 1538). Slik blir diagnosen definert i dag:

Personlighetsforstyrrelse kjennetegnet ved en klar tendens til å handle impulsivt, uten å tenke på konsekvenser. Stemningsleie er uforutsigbart og svingende.

Pasienten har en tendens til sterke følelsesutbrudd og manglende evne til å kontrollere eksplosiv atferd, særlig hvis impulsive handlinger blir hindret eller kritisert. To typer kan skilles ut: den impulsive typen, som i hovedsak kjennetegnes ved manglende følelsesmessig stabilitet og impuls kontroll, og den ustabile typen, som i tillegg kjennetegnes ved forstyrrelser i selvbilde, mål og indre verdier, kronisk tomhetsfølelse, intense og ustabile interpersonelle forhold, og ved en tendens til selvdestruktiv atferd, herunder selvmords handlinger og –forsøk. (World health organization, 2020)

Det finnes få studier som sier noe om hvor mange som blir friske av EUP, og hvor utbredt personlighetsforstyrrelser er. Grant et al referert i Hetland & Olsen (2009, s. 8) anslår et forekomstestimat på EUP i befolkningen på 0-6%.

Pasienter med EUP har i årevis blitt sett på som pasienter uten behandlingspotensiale, og blitt diskriminert av helsevesenet (Karterud, 2018). I dag finnes det forskning på behandlingsmetoder som viser å ha god effekt på reduksjon av plager. Det er også mulig å bli helt kvitt diagnosen. De fleste pasienter med EUP opplever flere lidelser på samme tid, såkalte komorbide lidelser. Tilleggs lidelser som angstlidelser, depresjoner, spiseforstyrrelser, ruslidelser, selvskading, selvmordshandlinger eller post traumatisk stress er ikke uvanlig (Hetland & Olsen, 2009, s. 10). Det er derfor naturlig å spørre om det er mulig å finne en bestemt behandlingsmetode som rommer en slik kompleksitet. Jeg tror det er viktig å danne et bilde av kompleksiteten i diagnosen, til tross for at utfordringene selvfølgelig er individuelle hos hver enkelt pasient. Noe som gjerne skiller EUP fra mange andre psykiske lidelser, er at pasientene selv ofte er hjelpesøkende (Karterud, 2018, s. 1). Burde ikke dette være et glimrede utgangspunkt for å tilby pasientene den hjelpen de trenger? Ingenting er vel bedre enn pasienter som selv er motivert for behandling – som i rusfeltet?

I løpet av tre år på vernepleiestudie har vi hverken hatt særlig undervisning eller relevant pensumlitteratur om denne pasientgruppen. Jeg har lett gjennom bok for bok, uten å finne særlig optimisme. I boken; Lærebok i psykiatri står det at forløpet preges av at: *“Lidelsen brenner ut mot slutten av 30-årene for de som overlever så langt”* (Malt, Retterstøl & Dahl, 2003, s. 578). I boken; Psykologi for høgskolen, forsterkes fordommene ved utsagn som: *“På grunn av deres irrasjonelle sinne, ofte klengende og manipulerende selvmordsstrusler er*

personene i denne kategorien vanskelige å behandle” (Bjerke & Svebak, 1997, s. 304). Hva gjør slike utsagn med holdningene våre? Utdannes det helsepersonell som opplæres i å skjære alle over en kam, til å generalisere personlighetstrekk for en hel gruppe? Mange vernepleiere arbeider i psykiatrien, i psykiatriske akuttmottak og døgnavdelinger i distriktpsyriskiske sykehus (DPS), eller i boliger for mennesker med psykiske lidelser. Hvordan kan vi være i stand til å møte pasientgruppen, dersom ingen har gitt oss kunnskap som gjør at vi kan forstå kompleksiteten i lidelsen, eller evner å se mennesket bak diagnosen?

Om forfatters ståsted

Jeg er en ung, blid dame med en helt normal kropp. Jeg har mange venner, jeg har gode karakterer, er aktiv danser og driver med musikk. I tillegg har jeg to katter. Jeg ser tilsynelatende lykkelig ut fra utsiden, ikke sant? Det var ufattelig vondt, og godt på samme tid å endelig få en diagnose som kunne forklare hvorfor jeg hadde det så vanskelig på innsiden. I 2016 ble jeg henvist til mentaliseringsbasert terapi (MBT) i Bergen, en spesialdesignet behandling for pasienter med min type problematikk. Jeg har hatt intensiv behandling der de siste fire årene. I tillegg til denne behandlingen har jeg hatt støtte fra både distriktpsyriskisk senter (DPS), fastlege, psykiatritjenesten i kommunen, rådgiving om spiseforstyrrelser (ROS), Nav, og senter mot incest og seksuelle overgrep (SMISO), mens jeg samtidig har gjennomført utdanning. I dag er diagnosen strøket, og jeg er om litt ferdig utdannet vernepleier.

Kjære dagbok

Til tross for stemmen i hodet som forteller meg at jeg skal dø, er det så mye jeg vil! Jeg vil gjøre en forskjell for noen, om det så bare er en ørliten en. Jeg drømmer om å en dag kunne få lov å skrive om alt dette som har vært. Alt det mørke. Det vil kanskje hjelpe meg med å

forsone meg med min egen historie. Jeg drømmer om at noen kan lese min historie, at den kan bety noe. Slik Sebrapiken gjorde for meg.

Maiken, 2016.

I tillegg til å håpe at andre med lignende utfordringer kunne kjenne på håp gjennom historien, har engasjementet som vernepleier blitt større for hvert år. Jeg har møtt utrolig mange helsearbeidere på min vei. Noen har gjort meg fly forbanna, redd, skamfull og såret, mens andre er engler jeg aldri kommer til å glemme. I dag ser jeg på begge som nyttige erfaringer å ta med seg som vernepleier. Jeg har sett hva omsorg og oppriktighet er, og ønsker å tilstrebe å være en slik vernepleier selv. Jeg har også sett hva holdninger, stigma og mangel på empati kan gjøre, spesielt i et asymmetrisk møte med svært sårbare mennesker. Dette tror jeg i hovedsak handler om mangelfull kunnskap og forståelse. Da jeg var syk, prøvde jeg ofte å si ifra om urettferdig behandling. Svarene jeg fikk var at mennesker som meg var manipulerende, (kanskje ikke så rart hvis det er disse holdningene helsepersonell opplæres i), ikke kunne bli friske, at mennesker som meg tolket alt feil, eller at min troverdighet ikke ville strekke til ved en eventuell klage. Jeg bestemte meg da for å dokumentere hele reisen min, i tilfelle jeg en gang ble frisk og fikk mulighet til å få et oppgjør.

Min erfaring er at helsevesenet over lang tid har møtt oss med stigma, frustrasjon og manglende evne til å se hvor sammensatt lidelsen er. På bakgrunn av dette er også viljen til å gi oss et sammensatt behandlingstilbud redusert. Våre stemmer blir ikke tatt på alvor så lenge vi har fått stempelen EUP. Har ikke vi også rett på brukermedvirkning? Det er få personlige beretninger tilgjengelig om pasienter som er friskmeldt fra EUP. Min sårbarhet er i dag en styrke for å skape forståelse for pasienter med diagnosen.

En fargeløs dans – mentaliseringsvikt

I årevis gikk jeg rundt med mye innebygd frustrasjon og smerte. Hvorfor hatet folk meg? Jeg trakk meg selv ned på bakgrunn av noe jeg var skråsikker på at andre tenkte om meg. Under en innleggelse jeg hadde, satt jeg en hel natt i sengen og gråt. Hvorfor hadde noen plutselig byttet om på hvem som var min kontaktperson under oppholdet? Den snille, omsorgsfulle vernepleieren med det gylne håret, som jeg hadde fått tillit til gjennom flere innleggelser tidligere, orket meg ikke mer. Til og med hun hadde fått nok av det grusomme mennesket jeg var. Dersom et så godt menneske kunne hate meg så intenst, burde vel også jeg hate meg? Slik ble jeg fanget i selvskaderens klør en hel natt. En ung mann banket på døren min morgenen etter, og fortalte at han skulle være kontakten min i helgen. Ansiktet mitt stivnet. En ting var å bytte kontakt, men å velge en mann. Hun som visste hvor redd jeg ble. Enda en bekreftelse på hvor mye vernepleieren hatet meg. Det tok meg tre dager å utfordre skråsikkerheten. Litt forsiktig, men spydig spurte jeg den unge herren hvorfor vernepleieren ikke ville være med meg mer. «De fleste ansatte er på kurs, vi er bare studenter på jobb i helgen», svarte han. Jeg skammet meg. Nok en gang hadde jeg danset meg langt inn i en «sannhet» uten nyanser.

En av de mest kjente behandlingsformene med dokumentert god effekt i behandling av EUP er mentaliseringsbasert terapi (MBT). Jeg var selv en del av MBT i fire år, noe som i stor grad har hatt betydning for min tilfriskning. Enkelt forklart handler det om å se seg selv utenfra, og andre innenfra. Mennesker med EUP tolker og oppfatter ofte ting annerledes enn andre (Klette, 2008, s. 1538). Slike misforståelser kan skape sterke følelser, og pasienten trenger derfor hjelp til å lære å skape nyanser i sin svart/hvitt tenkning. Å mentalisere er noe alle mennesker gjør hele tiden, men det er ingen stabil egenskap. Alle mennesker vil til tider oppleve mentaliseringsvikt. Dersom man blir sinna eller redd, er det vanlig å oppleve at evnen til å tenke klart svekkes.

Jeg vet godt hva jeg tenkte om mine kontakter under innleggelsen, men hva tenkte de om meg? Jeg var sint, følte meg sviktet, og var overbevist om at de hadde begynt å hate meg av

grunner jeg ikke selv forstod. Mannen som banket på døren min har kanskje tenkt sitt. Var mitt jernansikt og taushet en måte å manipulere han på? I situasjonen streifet ikke disse tankene meg, men jeg har tenkt i etterkant at denne tausheten muligens kunne tolkes som et forsøk på å få viljen min; få vernepleierkontakten min, som jeg likte så godt, tilbake. Eller kanskje han bevisst holdt avstand nettopp fordi han hadde fått formidlet mitt anstrengte forhold til menn? Men dette er spekulasjoner.

Burde han sagt hvem han var fra starten, eller handlet han riktig ved å holde den populære tometersavstanden? Eller for å vri det helt om, hvilken opplevelse hadde jeg som pasient blitt sittende igjen med dersom jeg hadde blitt informert om hva som skjedde i denne prosessen? Trolig ville jeg fått en enda tryggere relasjon til vernepleieren. Jeg hadde fått en ny erfaring med at jeg kunne stole på henne. Jeg hadde fått mulighet til å forberede meg på mannen som kom inn på rommet mitt på morgenkvisten, mens jeg enda lå halvnaken i sengen. Jeg kunne forberedt meg på å bruke denne, i utgangspunktet litt kjipe situasjonen, til å trene meg på å bli trygg rundt menn. Vi kunne samtalt om det i forkant, og fått et felles prosjekt denne helgen. Men, kanskje enda viktigere, hva lærte jeg av situasjonen slik den utspilte seg? Jo, nettopp erfaringen jeg fikk med å ta sats, tørre å spørre når jeg var usikker. Opplevelsen av å oppdage at min egen sannhet ikke alltid er representativ for den faktiske virkelighet. Nettopp det er selve grunnen til at jeg husker hendelsen så godt.

MBT er opprinnelig en evidensbasert behandling for borderline personlighetsforstyrrelse, utviklet av Anthony Bateman og Peter Fonagy. Formålet er å fremme mentaliseringsevnen og dermed følelsesregulering, identitet og mellommenneskelig fungering. Mentaliseringsbasert terapi retter fokus mot prosess mer enn innhold, og er en prosess av felles oppmerksomhet hvor pasientens mentale liv er i fokus. Det er et spesifikt fokus på selve den terapeutiske relasjonen. Den terapeutiske relasjonen vil aktivere tilknytningssystemer. En effektiv psykoterapeutisk relasjon er den beste analogien til en sikker tilknytning som kan fostre mentalisering. (Institutt for mentalisering, 2020)

I lys av denne teoretiske tilnærmingen, kan man si at det viktigste for helsepersonell er å sikre trygg tilknytning. Dette burde vært fokuset i situasjonen jeg opplevde. På lang sikt ville det vært mest gunstig for å kunne hjelpe meg til å jobbe med mentaliseringsevnen. Likevel

klarer jeg ikke å la være å se på situasjonen slik den ble, med takknemlighet. Jeg lært denne helgen å utfordre mentaliseringsevnen min. Kanskje på en litt brutal måte, men det hadde effekt. Jeg sitter likevel med opplevelsen av at dette ble en tilfeldig lærdom. Dersom helsepersonell aktivt skal jobbe med mentaliseringsevnen hos pasienter med EUP, burde det jobbes mer systematisk. Kanskje de ansatte ikke mentaliserte selv? Det var jo tross alt helg.

Eksempelet over viser hvilke konsekvenser mentaliseringssvikt kan få. Jeg overførte mine tanker til å bli sannheten om hva andre tenkte. Kan dette komme av gjentatte avisninger og tillitsbrudd tidligere? Mange kan nok oppleve pasienter med EUP som sta, dramatiske og vanskelige, mens pasientene selv ofte trenger hjelp til å forstå ting på en annen måte. Du hadde vel også blitt preget av sterke følelser om du hadde oppdaget at alle menneskene rundt deg hatet deg? For å komme i en posisjon der man får mulighet til å utfordre pasientens fastlåste tankegang, er det avgjørende å skape trygg tilknytning. Uten denne trygge relasjonen, vil det trolig være for mye bakgrunnsstøy til at pasienten klarer å ta inn det helsepersonellet sier, eller tør å utfordre egne tanker som føles virkelige.

Mentaliseringsbasert terapi foregår oftest som en kombinasjonsbehandling sammensatt av individuelle psykologtimer- og gruppeterapi med flere pasienter. Så hvorfor er det likevel viktig for vernepleiere å ha kunnskap om dette? Pasienter med EUP har ofte blitt kalt svingdørspasienter. Pasienter med hyppige, kortvarige innleggelser. Vernepleiere jobber i disse institusjonene. Vernepleiere tar imot pasienten som kommer inn på akuttpsykiatrisk og skriker etter hjelp med sine selvmordshandlinger. Hvordan kan man ellers formidle at man trenger å bli sett, trenger omsorg, når dette er det eneste språket man har lært? Tør du som nyutdannet vernepleier å møte dette mennesket med undring og empati, hvis de andre ansatte møter henne med fordommer og oppgitthet?

Det er du som vernepleier som møter denne brukeren ukentlig gjennom stillingen du har i psykiatritjenesten, på kontoret på Nav, som miljøterapeut på skole, eller rådgiver i ROS. Mentaliseringsbasert terapi utøves ikke bare av psykologer i poliklinikker. Vernepleiere kan hjelpe pasienter med EUP ved en mentaliseringsbasert miljøterapeutisk tilnærming. Vi kan

være de trygge støttespillerne, som kanskje i mye større grad enn psykologene får mulighet til å bygge en relasjon som er sterk nok til å utfordre skråsikkerheten. Som da veilederen min på Smiso tok det vågale steget i å spørre meg om jeg virkelig hadde tatt alle pillene jeg sa jeg hadde, fordi jeg ville dø. Et spørsmål som ingen psykolog noen gang har stilt meg. Og som sannsynligvis heller ikke ville blitt godt mottatt av meg. Så hvorfor falt dette spørsmålet i god jord fra nettopp henne? Svaret er at jeg var trygg på henne, og derfor stolte på at hun ikke ville forlate meg selv om jeg fortalte sannheten om at jeg egentlig ikke hadde tatt en eneste pille, men at jeg ikke hadde lært meg hvordan jeg ellers skulle forklare at jeg hadde det fryktelig vondt. Når sannheten kom frem, ga hun meg den hardeste, lengste klemmen jeg noen gang har fått.

Jeg vil ikke dø

Kjære dagbok

Jeg har intense tanker om døden. Hører ingen at jeg skriker etter hjelp? Jeg spør psykologen om jeg kan legges inn. Bruker hele timen på å få disse ordene ut av munnen. Skammen er så stor, og frykten for å bli avvist enda større. Hun sier jeg kjenner meg selv best, men sender meg likevel hjem. Kunne jeg ikke blitt møtt med respekt, fått hjelp til å hente nytt håp, slik at jeg til en viss grad fikk mestringen av at jeg selv tok ansvar for snu situasjonen min? Jeg kunne bedt familien eller venner om hjelp, men er ikke i nærheten av å klare slikt enda. Livredd for å være til bry. Det hjelper lite at psykologene forteller meg at det er dette som er målet. De står på land og roper at jeg må lære meg å svømme, mens de ser på at jeg drukner.

Jeg endte med å svelge piller, ringe legevakten, og ble sendt til sykehus. Jeg våknet full av panikk, overveldet av skammen. Hva hadde jeg gjort? Manipulert systemet? Ordet manipulator skrek i hodet mitt. Var jeg virkelig dette grusomme mennesket som systemene fortalte meg at jeg var? Jeg rev av ledningene som var festet til den ekle kroppen min, trakk pusten, begynte å løpe, og stanset ikke før jeg stod hulkegråtende, på sokkelesten midt i Bergen. Jeg rømte fra systemet fordi systemet ikke respekterte eller forstod meg. Hodet mitt

skal ikke lære at jeg må skade meg selv for å få hjelpen jeg trenger. Dette forsterker bare de destruktive atferdsmønstrene jeg desperat prøver å bryte.

Maiken, 2017.

Ønsket om å forlate verden, eller skade seg selv er vanlig blant mennesker med EUP. Suicidaliteten byr på flere utfordringer. Pasientene kan oppleves dramatiske og manipulerende, og mange opplever å bli hindret i å få hjelpen de ber om. Da jeg selv stod midt oppi dette, var det umulig for meg å skjønne hvorfor sånne som meg ble møtt med skepsis hver eneste gang. I dag er det lettere å ta et steg tilbake, og se dilemmaet i et annet perspektiv. Er det riktig å legge inn pasienter med EUP som truer med selvmordsplaner? Eller gjør man da pasienten en bjørnetjeneste? I hvor stor grad skal man ta pasienten på alvor hver gang hun truer med selvmord, når pasienten lider av en kronisk suicidalitet? Og kanskje viktigst av alt, hvordan skiller man mellom pasienter som er kronisk og akutt suicidal? Disse spørsmålene har mange stilt seg før meg. Kanskje det handler om evnen til å møte enkeltindivider med åpenhet og undring? Legge fordommene til side for å prøve å forstå hver enkelt situasjon?

Som observant leser har du gjerne lagt merke til at jeg har tatt deg med på to selvmordsforsøk. Innledningsvis fortalte jeg om en overdose som endte med hjertestans. Selvmordsforsøket jeg nettopp skisserte var ikke fullt så dramatisk, til tross for at jeg også denne gangen endte på akuttmottaket, der giften ble spylt ut av kroppen min. Jeg har stor forståelse for at det kan være vanskelig å bedømme når en pasient mener alvor, men for meg er det en tydelig forskjell i disse forsøkene på selvskading. Da jeg fikk hjertestans, mente jeg alvor. Jeg hadde strevd lenge. Jeg så ikke for meg hvordan jeg noen sinne kunne få det bedre. Jeg ga rett og slett opp. I det andre forsøket vil jeg i etterkant påstå at mine handlinger var mer rettet mot å bli hørt og sett, enn å faktisk ønske å dø. Kanskje til og med en form for å test, for å sjekke hvor langt jeg var nødt til å gå for å bli hørt. Eller kan det tenkes at selvmordsforsøket var aggresjon rettet mot meg selv, snarere enn et forsøk på manipulasjon? Jeg var ensom, og hadde enda ikke lært hvordan man på en sunn måte

håndterer det. Hadde jeg blitt spurt om jeg mente alvor i situasjonen, hadde jeg svart, ja, i frykt for å ikke få hjelpen jeg trengte. Men hvordan kan helsepersonell klare å bedømme slikt, når pasienten i begge tilfeller uttrykker de samme tankene om å ønske å dø? Ett svar ligger nok i det gjentakende svaret, relasjon.

Et eksempel på et godt møte med en pasient som formidler selvmordsplaner, er møtet med den ansatte på Smiso som turte å spørre om jeg virkelig hadde tatt alle pillene jeg sa jeg hadde. Jeg ble møtt av en som tok seg tid til å bygge tillit og trygghet. Når hun i tillegg våget å lete etter de underliggende problemene ble resultatet en tryggere tilknytning. Følelsen av å bli tatt på alvor, med omsorg. Et alternativt utfall kunne vært en stresset ansatt som ikke klarte å ta ansvar, en tur til legevakt med fremmede, leger med dårlig tid, og en traumatisk, korttids tvangsinnleggelse. Et svingdørsoyeblik. Istedenfor ble dette et vendepunkt. Starten på en reise, og innlæring av de første ordene i et fremmedspråk. I møte med suicidale pasienter er det avgjørende at helsepersonell setter seg i pasientens sted.

Jeg har pratet med veilederen min på Smiso om denne episoden flere ganger i ettertid. Det kunne gått fullstendig galt. Episoden kan sammenlignes med da jeg var innlagt og kontakten min ble byttet ut. Men hva skiller hendelsen på Smiso fra den tilfeldige opplevelsen av læring under innleggelsen? Hva om jeg virkelig hadde tatt pillene, betrodd meg til en jeg stolte på, for så å bli møtt med spørsmålet om jeg snakket sant? For en med relasjonstraumer og sårbarhet for avvisning, kunne det vært svært uheldig. Hva gjorde at hun likevel satset på å spørre? Svarene handler om hennes nysgjerrighet rundt ønsket om å dø. Hadde jeg virkelig lyst å dø, eller handlet det først og fremst om å ikke få til å leve slik jeg ønsket? Hun visste om min overgrep- og mobbehistorikk, og mitt evige strev etter å gjøre alt perfekt. Hun var også klar over at jeg hadde manglet nærhet fra andre som hjelp til å regulere meg selv. Var selvmordstruslene bare en måte å søke denne nærheten på? Sammenlignet med episoden under innleggelsen, var situasjonen på Smiso preget av systematisk relasjonsbygging. Vår relasjon tålte at hun var ærlig og nysgjerrig, og slik ble den enda sterkere.

Økt oppmerksomhet knyttet til kortvarige, frivillige kriseopphold, der pasienten er med i planleggingsprosessen, har fått større plass i norsk akuttpsykiatri de siste årene. Under slike opphold er det viktig å unngå at pasienten er til "oppbevaring", bruk av skjerming og andre tvangstiltak. Helsepersonell på slike avdelinger bør jobbe tett med polikliniske behandlere, og benytte oppholdene til å sammen med pasienten utarbeide en tilpasset kriseplan (Ekeberg, Kvarstein, Urnes, Eikenæs & Hem, 2019, s. 3). Hvordan sikrer man slik kompetanse hos personalet, når kunnskapen ikke inngår i utdanningsløpet?

Mennesker med EUP hevdes å være den mest stigmatiserte gruppen med psykiske lidelser (Sheehan, Nieweglowski & Corrigan, 2016, s. 1). Utsagn fra helsepersonell som «slike som deg har ikke godt av å være på avdelingen», eller press allerede før pasienten bli lagt inn om at pasienten bare får være der i et par dager, bidrar ikke til avstigmatisering (Ekeberg et al., 2019, s. 1-5). Schizofreni, en annen stigmatisert diagnose, blir ofte oppfattet som en lidelse pasienten ikke kan hjelpe for. Opplevelse av stigmatisering står like sterkt i den enkeltes sak. Kanskje det i større grad handler om at pasienter med EUP ikke blir møtt på opplevelsen av å være stigmatisert? «Pasienter med EUP trenger tilpasset akuttbehandling», er tittelen på en kronikk i Tidsskrift for den norske legeforening (Ekeberg et al., 2019, s. 1-5). Etter mange år med pessimisme rundt behandlingspotensiale hos denne pasientgruppen, er det nå økende dokumentasjon på at tilpasset behandling virker.

Fellen mange helsepersonell kan gå i er å bli for bekymret for om pasienten kommer til å gjøre alvor av selvmordsplanene. Personalet kan da forsøker å kontrollere pasienten ved tvangsinnleggelse, skjerming eller overvåkning. Dette kan komme i veien for å hjelpe pasientene med å håndtere de vonde følelsene som er årsaken til krisen. I møte med den suicidale pasienten bør man heller ha fokus på kriseplaner, strukturerte og målrettede tiltak. Dette kan være kriseopphold som pasienten selv er med å planlegge (Ekeberg et al., 2019, s. 1-5).

På bakgrunn av dette er det svært uheldig om pasientene møter uforutsigbarhet og ulike rammer hver gang de oppsøker hjelp. Mange pasienter har et godt støtteapparat i ukedagene, men er ekstra sårbare i helgene. Dersom pasientene ikke har en fungerende kriseplan, får legevakten ofte ansvaret for pasienter i kriser. Min erfaring er at møte og hjelpen man får fra legevakt er svært personavhengig, og i stor grad preges hjelpen av liten tid, mangel på forståelse og mangelfullt samarbeid med primærbehandlere. Handler dette om at helsepersonell har ulik utdanning, kunnskap og personlig erfaring med slike møter? En negativ konsekvens av dette kan være at helsepersonell som møter en på legevakt løser problemet ved å sende pasienten videre til et kort tvangsopphold på akuttpsykiatrisk, uten å gå inn i de bakenforliggende årsakene til at pasienten oppsøker hjelp. Dette medfører unødvendige påkjenninger for pasienten, og ofte forverring av situasjonen. Enda en rask tur gjennom den svingende døren. I andre enden av skalaen kan slike ulikheter hos helsepersonell resultere i svært gode møter mellom ansatte og pasient. Pasienten kan være heldig og møte på helsepersonell som sitter på kunnskap og erfaring nok til å våge å se pasienten bak diagnosen. Behandlingen pasienten får bør ikke være overlatt til tilfeldighetene av hvem som er på jobb.

Jeg opplevde å ikke ha kontroll over selvskadningen min. Jeg svelget piller mens jeg hadde telefonnummeret til legevakten klart. Sykdommen styrte meg. Paralleller kan trekkes til mangelfull hjelp og oppfølging i rusfeltet. I en undersøkelse om slike erfaringer forteller Magnar om hvordan han med vilje satte bomskudd på seg selv, for så å vente flere dager i smerte med å vise frem byllene på legevakten. Han visste akkurat hvor alvorlig det måtte være for å ha sjans å bli tatt videre i systemet (Taksdal, Breivik, Ludvigsen & Ravneberg, 2006, s. 56). Suicidalitet hos pasienter med EUP kan også oppfattes slik. Et desperat rop om hjelp, fordi en ikke oppnår hjelp uten at situasjonen er alvorlig nok. Dette er skummelt. Det skulle ikke være nødvendig at mennesker nærmest må gå til grunne før deres rettigheter blir tatt på alvor.

Pasienter med EUP har ofte sterke emosjonelle reaksjoner, og kan bruke både selvskadning, mat, rusmidler eller suicidal atferd som følelsesregulering. Når evnen til å tenke reflektert

svikter, bør helsepersonell hjelpe pasienten til å gjenvinne mentaliseringsevnen gjennom tydelighet, åpenhet og empati heller enn fordømmelse og kontrollerende atferd. Fokuset bør være på de underliggende problemene. Behandlingsmetoder som MBT har dokumentert effekt på innleggelse- og selvskadingsfrekvens (Ekeberg et al., 2019, s. 3). Da er det ikke så viktig hva man kaller det, om det er kronisk suicidalitet, akutt forhøyet suicidalitet eller lignende. Dersom man klarer å se mennesket bak symptomene, kommer man i en helt annen posisjon for å kunne tilby tilpasset hjelp.

Å komme seg bort fra min syke/farlige identitet, ble et årelangt prosjekt. Jeg var fanget i en offerrolle, både som pasient med EUP, voldteksoffer, og i menigheten jeg en tid hørte til, som lesbisk. *“Selvmord er tungt forankret i historier om homoseksualitet”* (Hellesund, 2008, s. 181). Hellesund har gjort intervjuer med homofile mennesker og deres selvmordsforsøk, og viser hvordan identitetspolitiske rammer spiller en rolle i menneskers selvforståelse og følelser (Hellesund, 2008, s. 175). Kanskje handlet selvmordstankene i utgangspunktet om menighetens homofobi og ekstreme heteronormativitet? De heteroseksuelle hadde høyere rang enn meg, og jeg brøt med deres normalitet. I sitt storsinn av nestekjærlighet lot de meg likevel bli i menigheten. Denne nedverdiggende medlidenheten reproduserte ulikheten mellom oss. (Hellesund, 2008, s. 174-177). Kan man utvikle EUP av å være fanget i et slikt dødelig nettverk? Min identitets- og verdifølelse ble i alle fall frastjålet.

Diagnosestigma

Noen pasienter blir nektet innleggelse i psykiatrien avdelinger grunnet stempelet som kronisk suicidal. Pasientgruppen har også erfaringer med at holdningene fra ansatte endret seg betydelig om diagnosen ble endret til f.eks PTSD eller bipolar lidelse (Ekeberg et al., 2019, s. 2).

Kjære dagbok

Stemmer det at det er totalt forskjellige retningslinjer kun basert på navnet på en diagnose? Det står i mine papirer at jeg er kronisk suicidal, men jeg har vel like mye verdi og rett på hjelp som de andre pasientene? Når jeg formidler at jeg trenger hjelp, så gjør jeg det. Og bare for å poengtere det, så sitter denne setningen så sinnsykt mye lengre inne hos en som er vant til å måtte dra hjem med halen mellom bena. Dessuten, som kronisk suicidal kjenner vel jeg bedre enn noen andre de ulike stadiene av suicidalitet? Jeg vet når det er alvor og når jeg bare trenger omsorg og hvile.

Maiken, 2018.

Jeg opplevde stor frustrasjon over å bli diskriminert på bakgrunn av diagnosen, stempelen som kronisk suicidal. Diskrimineringen pasienter med EUP opplever, kan illustreres slik: hva om en pasient med kols får forverring i lungefunksjonen, men blir nektet innleggelse i medisinsk avdeling på bakgrunn av at lungelidelsen er kronisk? (Ekeberg et al., 2019, s. 2). Mister man retten til helsehjelp dersom lidelsen er kronisk? Heldigvis er det også mange i helsevesenet som ikke forstår at pasienter med så stort lidelsestrykk blir hindret ivaretagelse i psykiatriske avdelinger.

Så langt har jeg lagt stor vekt på hvordan diagnosen fører til stempeling, stigma og diskriminering. Men diagnosen har også en positiv funksjon ved at den kan gi tilgang til medisinsk behandling, og fellesskap en ikke visste om. Før jeg fikk borderlinediagnosen min i London, hadde nærmest all psykiatriske helsehjelpen jeg mottok vært, i mine øyne, ubrukelig. Med diagnosen fikk jeg plutselig tilgang til den ettertraktede MBT-behandlingen. Jeg var fortsatt den samme, hadde de samme utfordringene og symptomene, men plutselig åpnet det seg en ny verden av behandlingstilbud. Skammen over å ikke mestre livet avtok også til en viss grad. På lik linje som at skammen hos en fyllick kan avta ved å bli diagnostisert som rusavhengighet. Likevel var jeg livredd for navnet på diagnosen min.

Kjære dagbok

Noen ganger blir jeg redd meg selv. Jeg vet ikke hvem jeg er, hva jeg vil, eller hva jeg er i stand til. For det er ikke alltid jeg vil dø. Noen ganger krysser jeg intenst fingrene for at noen finner meg tidsnok eller at det akkurat var en pille for lite. Jeg har vært innlagt en stund nå, men har det fortsatt veldig vondt. Likevel er jeg redd for å prate om hva som plager meg, livredd for fordommene. Din grenseløse manipulator. Derfor er det spiseforstyrrelsen som blir midtpunktet denne gangen. Og det fungerer. Så lenge jeg holder fokuset på å spise lite nok, mener personalet at jeg fortjener sengen jeg har kranglet meg til. Når dere spør meg om jeg har spist middag, og jeg svarer ja, er det det samme som at jeg har det bra? Er det ikke mulig at jeg kan ha spist middag, men likevel ha planer om ta livet mitt? Dere snakker et språk jeg ikke forstår, og det er slitsomt å analysere dere. Jeg prøver å snakke tydelig tilbake, snakke med handlinger fordi ordene blir for tomme, for store eller tvetydige. Så når kontakten min spør meg om jeg har spist middag, svarer jeg; jeg har ikke spist i hele dag, og får en trøstende hånd på kinnet.

Maiken, 2018.

Min erfaring er at fordommer mot pasienter med EUP som strever med selvmordstanker bidrar til at pasientene får mer dramatisk atferd. Fordommene øker avstanden og tilliten mellom personal og pasient. Jeg turte ikke å fortelle om selvmordstankene mine til personalet på DPS, i frykten for å nok en gang bli stigmatisert som et klassisk borderline tilfelle. Jeg brukte derfor andre strategier for å overleve. Om strategiene var hensiktsmessige kan diskuteres. På kort sikt oppnår en kanskje det man trenger, mens man på lang sikt får forsterket destruktive adferdsmønstre.

Senvirkninger av seksuelle overgrep

Klette viser til en longitudinell studie om sammenhengen mellom traumer, PTSD og personlighetsforstyrrelser (Klette, 2008, s. 1538-1540). Funnene i studien viser til totalt 653 informanter, der det kommer frem stor forekomst av generelle traumer blant mennesker

med personlighetsforstyrrelser. Det unike for EUP var at det var en sterk sammenheng mellom denne typen personlighetsforstyrrelse og seksuelle traumer, inkludert fysisk tvang/uønsket seksuell kontakt og voldtekt. Denne spesifikke sammenhengen ble ikke funnet blant andre personlighetsforstyrrelser (Yen et al., 2002, s. 517).

Gjennom egen erfaring med å være utsatt for overgrep, og ved at oppsiktsvekkende mange av mine medpasienter med EUP har opplevd lignende, styrkes indikasjonene på en sammenheng mellom slike traumer og utvikling av EUP. Gjennom flere år i MBT har det vært gjennomgående lite fokus på disse traumene til tross for opplevelsene pasientene bærer med seg som en fellesnevner. Min måte å løse dette på ble å ta kontakt med Smiso, et lavterskeltilbud for mennesker som har opplevd seksuelle overgrep. Ideologien er hjelp til selvhjelp. Smiso er et supplement til det offentlige hjelpeapparatet, og et samarbeid kan bli tilbudt (Smiso, 2015). I fem år har jeg hatt støtte fra senteret, med ansatte som har mye kunnskap om følelser, utfordringer og senvirkninger etter slike traumer. Gjennom enesamtaler, kurs, temakvelder, miljøterapi, musikkterapi og dyreassistert mestring har jeg lært å både forstå og håndtere mine utfordringer. Jeg har selv vært forkjemper og initiativtaker for at mine behandlere skulle samarbeide med min faglige veileder på Smiso. Burde ikke et så inngripende og sårt tema ha en naturlig plass i behandlingen? Hva med pasientene som ikke har kapasitet til å oppsøke ekstern hjelp for traumene, eller har ressurser til å være limet i et tverrfaglig samarbeid? Dessuten vet vi at mennesker som er utsatt for overgrep har økt sannsynlighet for å bli utsatte igjen. Er ikke dette enda en grunn til å ha fokus på hvordan man kan forebygge flere traumer?

Kjære dagbok

Noen mener det er et resultat av å bli utsatt for voldtektene at jeg har det så vanskelig som jeg har. Det hadde vært fint å gjemme seg bak dersom det var hele sannheten. Men jeg kuttet meg jo før jeg ble utsatt første gang, jeg strevde med relasjoner i forkant, og selvmordstankene var tilstede allerede. Jeg har mistet tellingen på overgrepene. Jeg tror hjernen slutter å følge med for å kunne overleve. Resultatet av dette er skyld og skam som

konstant spiser meg opp. Hvem er idiot nok til å ikke huske slikt? Det skal jo være slikt som brenner seg fast. Det eneste jeg vet er at jeg aldri kommer til å få et normalt forhold til sex, eller menn generelt.

Maiken, 2017.

Kan man med sikkerhet si at det er en konkret sammenheng mellom overgrep og EUP? I lys av hvor kompleks denne diagnosen kan være, vil det vel være like sannsynlig at EUP henger sammen med spiseforstyrrelser, ruslidelser, mobbehistorikk eller usikker tilknytning i barndom? En ting som er sikkert er at seksuelle overgrep kan føre til senvirkninger som er negative for helsen. Psykiske problemer som, angst, depresjon, konstrasjon-og lærevansker er bare noen. Kanskje alt henger sammen på et vis? Dersom man opplever sårbarhet på et område, vil det øke sannsynligheten for andre psykiske vansker også? Overgrep kan i mange tilfeller vekke følelser og tanker om avvisning. Bekymringer om man vil bli trodd, eller frykt for å bli forlatt. Kjerneproblematikken ved EUP handler om relasjonelle vansker og frykt for avvisning. Det er derfor grunnlag for å understreke disse koplingene. På Smiso ble jeg møtt med kjærlighet. Jeg fikk rom og plass til å sørge, bearbeide, vokse og å bli trygg. Jeg møtte ansatte (med stor bredde i utdanning), men som likevel alle møtte meg med omsorg. De lærte meg at jeg er verdifull, og til å gjenoppbygge tillit. Jeg har opplevd gode møter på ulike DPS og akuttpsykiatriske sykehus også, men kontrastene til møtene på Smiso er likevel enorme. Å lide av EUP utelukker vel ikke den potensielle gevinsten av traumebevisst omsorg?

Uten brobyggingen fra Smiso til å bearbeide traumer, hadde jeg neppe vært frisk i dag. Jeg har vært heldig som har hatt støttespillere som har tatt godt imot mine initiativ til samarbeid. Jeg var ikke alltid sikker på hva teorien bak tilnærmingen til de ansatte på Smiso var, men jeg valgte, som Åkerman (2005, s.29), å kalle det "kjærlighetsmetoden". Jeg ble alltid møtt med et smil, en klem, oppriktighet, og øyne som tydelig sa at de brydde seg. Dessuten bidro de til at jeg fikk trene på min evne til å mentalisere gjennom miljøterapi i trygge rammer.

Kjære dagbok

I dag har vi vært på dyreassistert mestring med Smiso. Jeg sitter igjen med en enorm takknemlighet. Jeg merker at jeg må jobbe med min evne til å mentalisere hele tiden, og jeg må jobbe med å sette grenser, være tydelig og tilstede. De ansatte gir oss brukere forskjellige oppgaver som er tilpasset våre individuelle utfordringer. De vet at jeg strever med å sette grenser, og at jeg legger all min verdi gjennom prestasjonene jeg gjør. Jeg fikk i dag i oppgave å jobbe med en hest som trigget alle følelsene av å ikke strekke til. Han krevde at jeg satt grenser. På et tidspunkt ble jeg så satt ut av at de andre observerte meg at min evne til å mentalisere sviktet. Jeg følte meg dum. Ble livredd for at de rundt meg ikke likte meg lengre, og ville forlate meg. Det gjorde at jeg heller ikke klarte å holde fokus på oppgaven jeg hadde fått tildelt. Jeg er jo hestejente, jeg burde kunne dette best av alle. For et mislykka menneske jeg er som ikke en gang får til dette. Jeg gravde meg selv lengre og lengre ned i skråsikkerheten om at jeg ville bli mislikt og forlatt.

Før vi avsluttet økten fortalte veilederen min meg at hun bevisst hadde satt meg til denne oppgaven, fordi hun visste at jeg ikke ville få til. Hun var rimelig sikker på at akkurat denne hesten, og den oppgaven ville være et håpløst prosjekt selv for meg. Hun ønsket at jeg skulle kjenne på det å ikke få alt til. Hun ønsket at jeg skulle øve på å hente frem mentaliseringsevenen når omstendighetene rundt ble krevende. Hun kjenner meg godt, og vi har fått en slik gjensidig tillit som gjør det mulig for henne å ta tak i kjernen av problematikken. Etter jeg hadde uttrykt all frustrasjonen min over oppgaven, ga hun meg en klem, før jeg fikk sale opp en stor, svart hest, og drømme meg bort på den gyngende hesteryggen. Jeg skulle ønske psykologen min hadde sett oss i dag.

Maiken, 2017.

I en amerikansk studie om effekten av bruk av hestesentrert psykoterapi for voksne, kvinnelige overgrepsutsatte, ble resultatene delt inn i fire gjennomgående mønstre.

Kvinnene opplevde å få tilbake kontrollen, de fikk en fysisk nærhet, de opplevde hesten som en terapeut, og nærheten med hesten snudde livene deres opp ned. Endelig kunne kvinnene sette grenser for seg selv, kreve å bli hørt, øve seg på å bli i sin egen kropp og følelser, de opplevde at hesten speilet dem, de hadde ikke lengre selvmordstanker, og de opplevde bruken av hesten som en terapiform som raskt ga effekt (Meinersmann, Bradberry & Roberts, 2008, s. 39-42). Vi vet at Modum Bad har benyttet hestesentrert psykoterapi i målrettet traumebehandling helt siden 2001, med gode resultater, spesielt for pasienter som har opplevd gjentatte relasjonelle, psykiske eller fysiske traumer (Modum Bad, 2020). Hvilket nettopp kjennetegner lidelser som EUP. En kan gjerne lure på hvorfor slik tilnærming ikke har fått større plass i et tverrfaglig samarbeid i det norske helsevesenet.

Hester er ekstremt sensitive. De er bygget for å scanne omgivelsene, med sin naturlige årvåkenhet. De responderer på menneskers følelser og atferd (Fine, 2019, s. 149-150). Ørene beveger seg for å fange opp lyd, hørene kan kjenne vibrasjoner gjennom bakken, de kan lukte følelser, og er vare for forandringer i omgivelsene sine. Hesten er en utmerket samarbeidspartner i terapi (Porter-Wenzlaff, 2007, s. 530). Hesten speiler mennesket, og man er avhengig av å være ærlig med sine egne følelser for å få til et samarbeid. Gjennom dyreassistert mestring fikk jeg praktisk trening i de teoretiske verktøyene jeg lærte på psykologens kontor.

Vi spoler litt tilbake i tid. La oss se på den suicidale pasienten som akkurat er avvist av legen på legevakten. Pasienten som er på vei med tvang i ambulansen til det iskalde akuttpsykiatriske sykehuset, livredd blant alle disse fremmede. Uten kontroll. Panikken øker av å bli holdt fast av personalet, men jo mer motstand man gjør, jo hardere griper de tak. Hvorfor kan de ikke forstå at vi kommer til å sitte stille dersom de bare slipper oss? Eller som Åkerman ville sagt, *“Jeg vet ikke om de hørte at jeg skrek «au» og ikke «jævla kukk»”* (2005, s. 108). Trykket øker, de sender flere ansatte, og panikken til pasienten stiger.

Vonde minner fra tvangsinnleggelse i akuttpsykiatrien lever fortsatt frisk i minnet mitt. Kroppsvisiteringer, beltelegging og maktbruk. I de fleste tilfeller fikk jeg grått meg til at det i det minste var kvinner som gjennomførte slike prosedyrer.

Da folk kom strømmende for å dra av meg klærne med vold, strittet jeg imot i rent selvforsvar. Jeg ble naturligvis lagt i remmer igjen, på magen, så jeg ikke kunne se noe annet enn madrassen og veggene. Jeg så ikke en gang hvem som kom inn og ut av døren for å se på meg (...). I tre kvarter holdt jeg ut før jeg lot dem vinne. Tårene stod i øynene mine da sykepleierne stappet hendene ned i trusen min, men skrek ikke, gråt ikke. For meg, en seksten år gammel jente med sterk kroppsforakt, var dette en ubeskrivelig opplevelse. Jeg, som ikke engang greide å vaske meg selv i dusjen fordi jeg følte meg så stygg og ekkel (Åkerman, 2005, s. 110).

Det er mange ledd som svikter her. Jeg ønsker å unngå å bli en slik vernepleier. Noen på legevakten burde ta seg tid til å prate med pasienten. På ordentlig. Hva er pasientens erfaring med innleggelse? Hvordan kan man unngå tvang? Er det noen man kan ringe til? Dersom avgjørelsen likevel blir å sende pasienten til tvangsinnleggelse, kan man ikke velge å ignorere pasientens historikk. Forestill deg konsekvensene et slikt møte kan ha for en pasient som er utsatt for seksuelle overgrep. Hvorfor må det bli en maktkamp? Hva kan forklare hvorfor noen handler på denne måten? Hva om de uttrykte selvmordsplanene det hele startet med, i virkeligheten er en måte å be om hjelp for overgrep som har skjedd? Trist at pasienten da ender opp i belter, mer traumatisert og tilknytningsskadet enn noen gang.

Spiseforstyrrelser, et taust språk

Kjære dagbok

Jeg hater bursdag, og jeg hater innleggelse. Jeg pleier å si at jeg ikke vil ha noe oppmerksomhet eller feiring, men vet innerst inne at dette er en forsvarsmekanisme for å unngå skuffelsene og avvisningen. Jeg vil ikke eksistere. Jeg skulle ikke bli 24. Det banket på døren min, og kontakten min kom inn. Etter mye overtalelse, fikk hun meg med ut på en rusletur i sommervarmen. Jeg klarte ikke prate så mye, og hun forstod det. Med øynene gav

hun meg nok kjærlighet til at jeg forstod at hun var på mitt lag. Noen timer senere banket hun på døren min igjen, med et stort smil, og et svært stykke hjemmelaget eplekake med lys på. Jeg kjente meg varm i hele kroppen, og tårene trillet, men monsteret inni meg lot meg ikke spise. Jeg fikk trykket ned en liten skei. En himmelsk smak, men jeg kunne ikke fortsette. Jeg visste ikke hva som var verst. Enten ville hun tenke at jeg ikke likte eller satte pris på kaken hennes, eller ville hun tenke at jeg var et egoistisk menneske som kunne sitte å trykke i meg et så stort kakestykke når jeg liksom skulle ha det så vondt. Jeg så henne aldri igjen, og jeg fikk aldri fortalt henne hvor mye det hadde betydd for meg.

Maiken, 2017.

Mange pasienter med EUP kan ha utfordringer knyttet til mat og kropp. Jeg opplevde selv å gjentatte ganger fortelle mine behandlere om slike utfordringer, uten at jeg følte meg hørt. Er det virkelig slik at man må være syltynn eller overvektig for å ha en spiseforstyrrelse man kan få hjelp for? Selv har jeg aldri vært noen av delene. Likevel ble de fleste dagene fylt opp av tanker om at jeg måtte ned i vekt, at ingen måtte se hva jeg spiste, eller at jeg måtte trene mer. Et konstant jag, som kanskje handlet mer om min dårlige selvfølelse, og frykten for avvisning, enn maten og kroppen i seg selv?

Jeg ble svært frustrert på min behandler en stund tilbake. Spesialistene på spiseforstyrrelsesavdelingen mente det ville være for krevende å gjennomføre deres behandling samtidig med MBT-terapien. MBT- teamet mente behandlingen deres var for krevende til å gjennomføres samtidig med spiseforstyrrelsesbehandlingen. Så hvordan velger man da, når alt henger sammen? Jeg valgte å fullføre MBT-behandlingen, og samtidig benytte meg av ROS. Enda et lavterskeltilbud, som jeg insisterte på at behandlerne mine skulle samarbeide med. I periodene jeg var så dårlig at jeg ble innlagt på grunn av selvmordstanker, ble det likevel spiseforstyrrelsen som fikk skinne, i mangelen på en tydelig plan med innleggelsene. Jeg visste ikke om de ansatte mente at jeg fortjente å være der. Som regel ble jeg jo nektet innleggelse, med beskjeden om at forskning viser at pasienter med EUP ikke har godt av slike opphold. Hva var grunnen til at jeg hadde sluppet gjennom

nåløye akkurat denne gangen? Jeg måtte ha hatt andre plager som var alvorlige nok til å overskygge EUP-diagnosen min. Ville jeg bli kastet ut dersom jeg åpnet meg til dem om de egentlige grunnene til at jeg trengte hjelp? Jeg visste ikke hvorfor de hadde gitt meg innleggelsen, eller hva jeg skulle bruke den til. Skulle målet være et par stabile dager med mat og søvn, hjelp til aktivisering, sosialisering, hjelp til å utarbeide kriseplan? Jeg visste ikke, og klamret meg derfor fast til den trygge spiseproblematikken.

Etter å ha skissert hvor kompleks EUP diagnosen kan være, kan det virke mer og mer utfordrende å se for seg en behandlingsform som kan romme så mange tilleggs lidelser. Kanskje er det ikke nødvendig å finne en behandlingsform som dekker alt? Går det an å se for seg at ulike enheter kan samarbeide, og slik utgjøre et fullverdig tilbud? Behandler man diagnosen eller symptomene? Vil det ikke bli feil å behandle en kompleks lidelse, som kan gi så mange forskjellige symptomer og utarte seg forskjellig fra person til person, på en bestemt måte, kun ut ifra diagnosen? En sammenligningsparalell kan trekkes til somatikken. Man behandler ikke diagnosen leddgikt. Man behandler ødemer med vanndrivende, smerter med smertestillende, muskelverk med massasje, og bevegelse med fysioterapi.

På 24års dagen min opplevde jeg en soleklar mentaliseringssvikt. Jeg var skråsikker på hva den snille vernepleieren ville tenke om meg dersom jeg spiste kaken hun hadde brukt timesvis på å lage. Jeg ble fylt av skam ved tanken på at hun skulle se meg trykke i meg kaken, kun basert på en antagelse om hva hun tenkte om meg. Kanskje trenger ikke pasienter med EUP en egen behandlingstilnærming spisset mot spiseforstyrrelser, men ved å øve opp evnen til å mentalisere, vil andre symptomer også kunne avta?

Veien fra helvete til himmelen

En grovt stigmatisert pasientgruppe. Pasienter som er manipulerende, dramatiske, og lenge sett på som uten behandlingspotensiale. Kan disse menneskene bli friske? Svaret er - ja. Et stort, JA. De aller fleste med EUP blir friske, eller symptomfrie gjennom behandling. De har

også stor sannsynlighet for å holde seg friske, etter avsluttet behandling (Zanarini, Frankenburg, Hennen & Silk, 2003, s. 282). Når statistikken viser slike oppløftende tall, hvorfor vedblir de diskriminerende holdningene bland helsepersonell?

Når jeg ser tilbake på min egen tilfriskningsprosess, ser jeg to gjennombrudd. Først da veileder min på Smiso turte å spørre meg om jeg snakket sant. Hun var den første personen på 10 år som klarte å se at handlingene mine var desperate overlevelsestrategier i mangelen på et annet språk. Hun lærte meg mine første ord, slik at jeg derfra kunne øve meg på å fortelle hva som egentlig plaget meg i de kommende krisene. Jeg lærte meg å si «*Jeg har det veldig vondt, jeg vet ikke helt hvorfor. Jeg føler trangten til å skade meg selv, eller fortelle noen om de suicidale tankene mine, men mest av alt trenger jeg bare en klem akkurat nå. Har du mulighet til å sitte her med meg litt?*» Dette var et stort vendepunkt. En krise kunne gå fra dramatiske timer på legevakt, ambulanse, inn og ut av akuttpsykiatrisk, til å bli en rolig kopp kaffe sammen med noen som heller kunne gi noen trøstende ord. Et slikt gjennombrudd krever helsepersonell med oppriktig empati og mot til å lete etter smertens røtter, samt kunnskap og selvrefleksivitet.

Det andre vendepunktet var da jeg fikk hjertestans. For første gang prøve jeg å ta mitt eget liv, uten å be om hjelp. Ja, for det er viktig å understreke at pasienter med EUP ikke alltid lyver om slikt, og det er kanskje nettopp derfor det er så vanskelig for helsepersonell å møte og forstå disse pasientene. Jeg hadde skadet meg selv hundrevis av ganger før, men som oftest kontaktet jeg noen i etterkant. Denne gangen skrev jeg et brev, svelget flere tabletter noen gang tidligere, og ble oppdaget ved en ren tilfeldighet. Kvelden er preget av mye tåke, men enkelte ting kommer jeg aldri til å glemme. «Hjertet ditt slår ikke som det skal, hva har du gjort»? kom det fra den grønnkledde damen som stod lent over meg. Jeg har aldri vært så redd i hele mitt liv. Jeg ville ikke dø, jeg trengte hjelp til hvordan jeg skulle lære meg å leve. At man må helt ned i avgrunnen før man kan klatre oppover er en klisje, men den inneholder likevel en innsikt. Målet bør likevel være å unngå dette, ved at helsepersonell får mer kunnskap, og bedre lærer seg å forstå de underliggende problemene hos pasienten. På denne måten kan vi hjelpe pasientene på den tunge klatreturen fra helvete til himmelen.

Kjære dagbok

Krigen mot meg selv er endelig vunnet! Etter utallige år i behandling er EUP-diagnosen fjernet. Det har vært en beinhard, intens, vond og til tider fullstendig håpløs kamp, men jeg klarte det! Fuck stigma! Med riktig behandling, et godt støtteapparat, et lass med kjærlighet, indre motivasjon og vilje, kan en altså bli frisk.

Maiken, 2020.

Underlid, Dyregrov & Thuen viser til bedring eller recovery som både klinisk og personlig. En klinisk forståelse av bedring handler om å se på utfallet, og fagpersonenes målbare observasjoner. Recovery som personlig bedring handler om prosess mer enn resultat. I en slik forståelse handler det om pasientens egen erfaring, og innsats mot en bedre psykisk helse (2016, s. 214-215). De aller fleste med en alvorlig psykisk lidelse opplever bedring. Ikke alle blir symptomfrie, men de fleste finner gode måter å leve med sine plager på (Underlid et al., 2016, s. 219). For mitt eget vedkommende var det hele tiden et mål å bli kvitt diagnosen. Stigma og det at jeg ikke kjente noen andre som hadde oppnådd dette, vekket fighteren i meg.

En sebra uten striper – fra pasient til pleier

Jeg var en ganske stripete sebra, da jeg var syk. Full i selvpåførte sår, løpende i full galopp fra innleggelse til innleggelse, fra overdose til overdose. Nå er jeg frisk, og rollene er fullstendig snudd på hodet. Jeg er snart vernepleieren som skal gjøre alt som står i min makt for at den neste sebrapiken som trenger hjelp, blir møtt med kjærlighet, kompetanse, empati og mot. I dag har jeg mer kunnskap enn jeg hadde som pasient. Likevel vil jeg påstå at jeg også da evnet å reflektere godt rundt min egen situasjon. Jeg var ikke dum. Jeg var syk, og trengte at noen tok seg tid til å lære meg det jeg trengte for å bli frisk. Som nevnt innledningsvis måtte jeg gjennom en selvgranskingsprosess for å kunne plukke ut hvilken retning denne teksten skulle ta. Grunnen til at jeg trekker dette frem igjen er for å påpeke at i min reise for å bli frisk, ligger det langt flere fortellinger bak, på godt og vondt. Det ville vært umulig å fange

kompleksiteten i et liv i et lite essay. Til lesere som er videre interessert, en slik tekst kommer ved en annen anledning.

Pasienter med EUP har ofte svekket evne til å mentalisere, noe vi bør hjelpe dem med. Ved å trene opp en evne til å se ting fra flere sider, kan pasientene unngå mye fastlåst smerte. Vi som profesjonsutøvere er også nødt til å mentalisere. Vi bør hele tiden evne å være kritisk til egne handlinger og holdninger gjennom selvrefleksivitet. Ved å vise at vi kan tenke fargerikt, kan vi hjelpe pasienten til å også se mer enn bare svart og hvitt. Dette er med på bygge trygge tilknytninger. Det er lett å bli skremt i møte med pasienter med selvmordshandlinger, men vi må ikke bli blendet av frykten eller navnet på lidelsen. Vi må ikke være redde for å prate om det vonde, eller redde for å ta ansvar. Den største tabben er å skyve ansvaret over på noen andre, og bidra til at svingdørene aldri stanser. Ved å vise åpenhet og undring blir slike møter mindre skremmende, og vi forstår mer. Pasienter med EUP har også rett til brukermedvirkning, og det er behov for helsepersonell med brukererfaring for å kunne øke sannsynligheten for at pasientenes stemmer blir hørt.

Når jeg nå stiller spørsmålet om hvordan vi kan møte og forstå pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, håper jeg at du sitter igjen med noen tankevekkere, og et litt annet perspektiv enn du hadde i starten av denne teksten. Det gjør i alle fall jeg. I FO's yrkesetiske retningslinjer står det at vi som vernepleiere skal bidra til at deler av hjelpeapparatet samarbeider for å gi pasienten et fullverdig og helhetlig hjelpetilbud (Fellesorganisasjonen, 2019, s. 5). I lys av kompleksiteten i EUP-diagnosen, er dette viktige retningslinjer å huske på. Møtene med helsepersonell som tok meg på alvor, viste empati og omsorg, bygget tillit og relasjon, samarbeidet og evnet å være selvrefleksive, hjalp meg til det fullverdige livet jeg kan leve i dag. De evnet å gjøre sammensetningen av ulike perspektiver til en styrke. En person kan ofte ikke fikse alt, men sammen kan vi få til en hel del.

Men størst av alt er kjærlighetsmetoden.

Referanser

- Bech-Karlsen, J. (2003). *Gode fagtekster : essayskriving for begynnere*. Oslo: Universitetsforl.
- Bjerke, T. & Svebak, S. (1997). *Psykologi for høgskolen*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Ekeberg, Ø., Kvarstein, E. H., Urnes, Ø., Eikenæs, I. U.-M. & Hem, E. (2019). Pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse trenger tilpasset akuttbehandling. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, s. 1-5. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2019/10/kronikk/pasienter-med-emosjonelt-ustabil-personlighetsforstyrrelse-trenger-tilpasset>
- Fellesorganisasjonen. (2019). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere*. Hentet fra <https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>
- Fine, A., H. (2019). *Håndbok i dyreassisterte intervensjoner : faglig grunnlag og retningslinjer*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hellesund, T. (2008). *Identitet på liv og død : marginalitet, homoseksualitet og selvmord*. Oslo: Spartacus.
- Hetland, J. & Olsen, C. S. (2009). *Prevalens av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse i relasjon til behandleres diagnostiseringspraksis og holdninger-en undersøkelse ved poliklinikker innen psykiatrisk divisjon ved et større helseforetak i Norge*. (Hovedoppgave, Universitetet i Bergen). Hentet fra <http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/3496/55611514.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Institutt for mentalisering. (2020). Hva er mentaliseringsbasert terapi? Hentet fra <https://www.mentalisering.no/om-mentalisering/hva-er-mentaliseringsbasert-terapi/>
- Karterud, S. (2018). Personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse diskrimineres. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 5, s.1-3. <https://doi:10.4045/tidsskr.18.0100>
- Klette, T. (2008). Omsorgssvikt og personlighetsforstyrrelser. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 128, s. 1538-15340. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2008/06/kronikk/omsorgssvikt-og-personlighetsforstyrrelser>
- Malt, U., Retterstøl, N. & Dahl, A. (2003). *Lærebok i psykiatri* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Meinersmann, K. M., Bradberry, J. & Roberts, F. B. (2008). Equine-facilitated psychotherapy with adult female survivors of abuse. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 46(12), s. 36-42. <https://doi:10.3928/02793695-20081201-08>
- Modum Bad. (2020). Ny manual om hestesentrert psykoterapi. Hentet fra <https://www.modum-bad.no/ny-manual-om-hestesentrert-psykoterapi/>
- Porter-Wenzlaff, L. (2007). Finding Their Voice: Developing Emotional, Cognitive, and Behavioral Congruence in Female Abuse Survivors through Equine Facilitated Therapy. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 3(5), s. 529-534. <https://doi:10.1016/j.explore.2007.07.016>
- Sheehan, L., Nieweglowski, K. & Corrigan, P. (2016). The stigma of personality disorders. *Current psychiatry reports*, 18(1), s. 1-7. <https://DOI:10.1007/s11920-015-0654-1>

Senter mot incest og seksuelle overgrep. (2015). Informasjon til fagpersonell. Hentet fra <https://www.smiso-hordaland.no/seksuelle-overgrep/informasjon-til-fagpersonell>

Taksdal, A., Breivik, J.-K., Ludvigsen, K. & Ravneberg, B. (2006). *På randen av å bo: erfart kunnskap om livet og flyttingene mellom psykiatri, rusomsorg, gater, hospitser og egne boliger*. (Rapport 1). Hentet fra <https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/bitstream/handle/11250/2628356/R01-06%20Taksdal%20mfl.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Underlid, K., Dyregrov, K. & Thuen, F. (2016). *Krevende livserfaringer og psykisk helse*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

World health organization. (2020). *ICD-10 : den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer: F60-F69: Personlighets-og atferdsforstyrrelser hos voksne*. Hentet fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/1/0/-1>

Yen, S., Shea, M. T., Battle, C. L., Johnson, D. M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., ... McGlashan, T. H. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(8), s. 510-518. <https://doi:10.1097/00005053-200208000-00003>

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J. & Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), s. 274-283. Hentet fra <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.160.2.274>

Åkerman, S. (2005). *Sebrapiken*. Oslo: Humanist forl.

Vedlegg I: Dokumentasjon av søk og valg av litteratur

Til tross for at essayet som sjanger er en sammensatt prosaform som i hovedsak bygges av refleksjon og fortelling, skal det også ha saklig innhold og litterære kvaliteter (Bech-Karlsen, 2003, s. 19). Dette vedlegget er en utdypning av anvendt metode i essayet. Her vil jeg vise eksempler på at jeg har forståelse for prosessen i forskningsmetode, og kritisk kan vurdere ulike datainnsamlingsmetoder ved kunnskapsbasert praksis.

Essaysjangeren har stor bredde i bruk av kilder, men jeg har likevel lagt vekt på at hovedvekten av kildene skal være bøker og artikler. På vernepleierutdanningen har det vært vanlig å skrive essayet med utgangspunkt i egen praksisfortellinger. Jeg valgte å bruke en lignende narrativ tilnærming, men bygget heller oppgaven på egne erfaringer og fortellinger som tidligere pasient i psykiatrien. Jeg vet at jeg tok en sjanse ved å gjøre det, da essayet ikke skal være privat. Dette løste jeg ved å kontinuerlig føre en indre dialog om hva hensikten min ved å fortelle det jeg gjorde var. En stor svakhet ved å bruke slike fortellinger preget av sterke følelser, er faren for å minste evnen til å se ting utenfra. Jeg valgte å løse dette ved å få tilbakemeldinger underveis fra andre fagfolk, samt gjennom god dialog med veileder som hjalp meg å sørge for at fortellingene hadde en faglig hensikt gjennom å gjøres allmenngyldige.

En annen utfordring med å skrive essay er alle sidesprangene man tar. Spesielt i mitt tilfelle, da selve temaet i teksten i stor grad preges av kompleksitet. Dette vil si at det er temaer jeg så vidt toucher innom, men som jeg dessverre ikke fikk mulighet til å gå dypere inn i, av hensyn til oppgavens omfang. Dette gjelder temaer som: dyreassistert mestring, traumebevisst omsorg, sammenheng mellom ruslidelser og EUP, spiseforstyrrelser, legning og seksuelle overgrep. Jeg skulle også gjerne hatt plass i oppgaven til å se nærmere på selvmordet som fenomen, ved f.eks å se på hva Emile Durkheim mente påvirket selvmordet. Andre bøker jeg gjerne skulle drøftet er URO av Finn Skårderud, og Stigma av Erving Goffmann. Som de fleste andre som skriver bachelor nå, må jeg også vise til enkelte begrensninger på grunn av Covid-19. Jeg er nok ikke av dem som er hardest rammet, da jeg likevel skulle skrive oppgaven alene. Begrensningen av tilgjengelig

litteratur og bøker har uten tvil vært min største utfordring. Dette har ført til at jeg flere ganger har vært nødt til å bruke andre kilder enn jeg i utgangspunktet ønsket.

Enkelte artikler har jeg fått anbefalt fra veileder, andre har jeg selv arbeidet med som metode gjennom søk i ulike databaser, mens noen har jeg funnet frem til ved å se nærmere på hvilke referanser som er brukt i annen litteratur jeg har brukt. For å finne frem til studiene jeg har anvendt brukte jeg KBP-læringsverktøy. Jeg har også brukt dette til å kritisk vurdere artiklene, supplert med ulike sjekklister fra helsebiblioteket. Jeg vil her vise et eksempel på hvordan jeg har anvendt KBP- læringsverktøy.

KBP-læringsverktøy

Skriv kort, beskrivende og presist

Informasjonsbehov

Beskriv den kliniske situasjonen som førte til et informasjonsbehov:

Jeg skriver en bacheloroppgave på vernepleierutdanningen som handler om pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Jeg skriver essay, og bygger oppgaven på egne erfaringer og fortellinger. Jeg har selv vært utsatt for seksuelle overgrep og har hatt godt utbytte av blant annet dyreassistert mestring, ved bruk av hest. Å bruke hester i traumebehandling burde, etter min mening, få større plass. Jeg trengte derfor å finne noen studier som eventuelt kunne bygge opp under denne meningen. Jeg ønsket også å vite mer om den generelle effekten av å bruke hester i traumebehandling for overgrepsutsatte.

Spørsmålsformulering

Hvilken type [kjernes spørsmål](#) er spørsmålet ditt?

Forekomst Årsak Diagnostikk Effekt av tiltak Prognose Erfaringer og holdninger

Fyll inn de relevante [PICO-elementene](#):

P	Populasjon	Mennesker utsatt for seksuelle overgrep
I	Intervensjon	Hestepsykoterapi, traumebehandling
C	Kontroll	
O	Utfall	

Formuler PICO-spørsmålet ditt:

«Hvilken effekt har hestepsykoterapi ha for mennesker utsatt for seksuelle overgrep?»

Litteratursøk

Kryss av for kilder du søkte i:

Oppsummert forskning		Primærstudier	
<input type="checkbox"/> UpToDate	<input checked="" type="checkbox"/> Annet (spesifiser) Campell library	<input type="checkbox"/> PubMed/MEDLINE Clinical Queries	<input type="checkbox"/> Andre (spesifiser) PubPsych
<input type="checkbox"/> BMJ Best Practice		<input type="checkbox"/> PsycINFO	Norart
<input checked="" type="checkbox"/> Cochrane Library		<input type="checkbox"/> CINAHL	SveMed+
<input checked="" type="checkbox"/> Epistemonikos		<input type="checkbox"/> SocINDEX	

Hvorfor valgte du disse kildene?

Jeg ønsket først å finne en systematisk oversikt fordi den vurderer et samlet sett av resultater fra studier som er relevante for problemstillingen. Jeg startet øverst i kunnskapspyramiden ved å først lete etter oppsummert forskning. Dette ville også spare meg for tid, og samtidig ta mindre plass i oppgaven, da jeg selv ikke hadde trengt å sammenligne flere primærstudier. Jeg startet med å søke i epistemonikos og cochrane library fordi dette er begge databaser som effekt av behandling.

PICO-spørsmålet mitt etterspør effekt av tiltak. Jeg ønsket å være åpen for både kvalitative og kvantitative svar. Jeg hadde allerede referert til bruken av hestepsykoterapi i Norge på Modum bad, og prioriterte derfor å finne internasjonale studier. Derfor ekskluderte jeg databaser som Norart og SveMed+.

Beskriv søkeordene og hvordan du kombinerte dem (lim inn eller legg ved søkestrategi):

Jeg startet med å søke i Cochrane library. Bildet viser hvilke ord jeg brukte og hvordan jeg kombinerte dem. Dette søket ga kun ett treff, som jeg ikke gikk videre inn på da studien handlet om et ønsket utfall; å redusere voldelig atferd.

Advanced Search

Search
Search manager
Medical terms (MeSH)
PICO search^{BETA}

Save search
View saved searches
Search help

Did you know you can now select fields from Search manager using the S button (next to the search box)?
 Search manager lets you add unlimited search lines, view results per line and access the MeSH browser using the new MeSH button.

–

Title Abstract Keyword ▾

–

AND ▾

Title Abstract Keyword ▾

–

AND ▾

Title Abstract Keyword ▾

(Word variations have been searched)

+

Search limits
Send to search manager
Run search

Videre prøvde jeg meg på de samme søkeordene i epistemonikos, og fikk her litt flere treff. Utfordringen var at jeg ikke fant noen studier som både handlet om hestepsykoterapi og seksuelle overgrep. Jeg fikk opp studier som enten handlet om psykoterapi og seksuelle overgrep, eller hestepsykoterapi og "substance" abuse.

Jeg bestemte meg så for å gjøre et forsøk i google scholar, da det her ofte ligger studier fra flere databaser samlet. Jeg brukte de samme søkeordene: Equine-facilitated psychotherapy AND abuse. På google scholar kan man blant annet se hvor mange ganger artiklene er sitert. Jeg møtte her på noen utfordringer da noen av studiene jeg ønsket å se nærmere på ikke ga meg lesertilgang. Jeg fant frem til en artikkel som var sitert 91 ganger, og logget inn på min HVL-konto for å se om oria hadde tilgang til den. Jeg kopierte tittelen, og fant den i oria.

Beskriv inklusjons- og eksklusjonskriterier:

Jeg ønsket å inkludere både kvalitative og kvantitative studier.

Jeg ekskluderte norske studier.

Resultat fra søk: Legg ved valgt artikkel i fulltekst, eller lenke til artikkel, oppslagsverk eller retningslinje.

Meinersmann, K. M., Bradberry, J. & Roberts, F. B. (2008). Equine-facilitated psychotherapy with adult female survivors of abuse. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 46(12), s. 36-42. <https://doi:10.3928/02793695-20081201-08>

Kritisk vurdering (legg eventuelt ved utfylt sjekkliste)

Hva er tema/problemstilling i artikkelen, retningslinjen eller oppslagsverket?

Forskningsspørsmålet er:

How does the experience of participating in EFP assist women in their recovery from abuse?

Hvilket studiedesign er brukt? (Begrunn hvorfor dette er et velegnet design for å besvare spørsmålet) (Gjelder ikke for oppslagsverk)

Et kvalitativt forskningsdesign er brukt i denne studien. Dataene ble samlet inn gjennom intervjuer med informantene. En svakhet ved denne metoden å samle inn data på kan være at informantene ikke har turt å si noe negativt om EFP når intervjuene var ansikt til ansikt. En styrke i disse intervjuene er at deltagerne selv fikk velge hvor intervjuet skulle holdes, de fikk mulighet til å trekke samtykke sitt til å være en del av studien, og de fikk velge om båndopptaker skulle være påslått.

Kvinner som hadde opplevd overgrep og hadde deltatt i EFP ble rekruttert fra hele US. Studien ekskluderte kvinner under 18 år, og kvinner som ikke kunne snakke og skrive engelsk.

Hva forteller resultatene? (Hvis relevant: angi effektestimater og informasjon om statistisk usikkerhet)

Syv kvinner sa ja til å delta i studien, men etter intervjuene var gjennomført og transkribert, ble to av kvinnene ekskludert da de ikke dekket inkluderingskriteriene. Programmene de hadde deltatt i passet ikke under definisjonen av EFP. De fem resterende informantene var mellom 27-49 år, og hadde alle opplevd overgrep som startet i barndommen. Ingen data om tidligere behandlingsmetoder ble hentet inn. Kvinnene hadde i varierende grad erfaring med hester fra før.

Etter analyse av intervjuene ble det kartlagt fire mønstre:

1. Kvinnene opplevde å gjenvinne kontroll.
2. Kvinnene opplevde en nærhet, og evne til å bli i egen kropp.
3. Kvinnene opplevde hestene som med-terapeuter.
4. Kvinnene opplevde at EFP forandret livene deres.

Kan du stole på resultatene? (Begrunn hvorfor du kan eller ikke kan stole på resultatene)

Ja, metode er nøye beskrevet i denne studien: studiedesign, hvordan data er analysert og bearbeidet er beskrevet, hvem som har deltatt, hvordan informantene er rekruttert er beskrevet, og inklusjons-og eksklusjonskriterier er beskrevet.

Det er lagt vekt på at fem informanter er i minste laget for å kunne generalisere resultatene, men at resultater fra andre intervju i etterkant støtter funnene.

En svakhet ved studien er at den kun inkluderer kvinner.

Kan du bruke resultatene i din praksis? (Angi relevante momenter knyttet til overførbarhet)

Ja, men det er leit at studien ekskluderer menn. Jeg liker også godt at studien trekker frem de økonomiske utfordringene rundt EFP. At informantene opplevde terapien som mer effektiv og mindre tidkrevende enn andre behandlingsmetoder er også et godt argument for å ta en slik praksis i bruk. Ingen bivirkninger er skissert.

Anvende

Hvordan vil du konkludere, og kan du integrere kunnskap fra artikkelen, oppslagsverket eller retningslinjen med din kliniske erfaring, pasientverdier og –preferanser i kliniske avgjørelser? (Skisser f.eks. forslag til handlingsplan)

Med forskningsbasert kunnskap som dette kan jeg fremme økt fokus på EFP blant kollegaer som arbeider med mennesker utsatt for overgrep.

Hvis du har endret praksis, beskriv endringene:

Evaluering

Hvis du har endret eller planlegger å endre din praksis, hvordan vil du evaluere dette? Evaluer også hvordan du selv har fulgt og gjennomført trinn 1-6 over. Hva var bra og hva vil du gjøre annerledes neste gang?

KBP-læringsverktøy gjør det lettere å gjennomføre systematiske søk. Jeg er mer bevisst på hva og hvor jeg søker, samt inkluderings-og ekskluderingskriterier. Ved neste søk vil jeg forbedre søkestrategi ved å bruke MeSH, en ordbok som kan hjelpe meg å finne synonyme søkeord, som slik kan utvide søkeresultater. Da jeg søkte i epistemonikos fikk jeg utfordringen med at ordet "abuse" i flere sammenhenger ble tolket som substance abuse. Denne kunne jeg unngått ved å bruke flere bolske operatører, f.eks NOT substance. Jeg kunne også økt søkeresultatene ved å bruke den bolske operatoren OR. Slik kunne jeg inkludert f.eks animal-assisted therapy og Equine-assisted therapy.

KBP-læringsverktøy er utviklet av Nina Rydland Olsen¹ og Lillebeth Larun², etter idé fra Per Olav Vandvik². Oppdatert av Hilde Strømme² juli 2018

¹Høgskulen på Vestlandet, ²Folkehelseinstituttet.