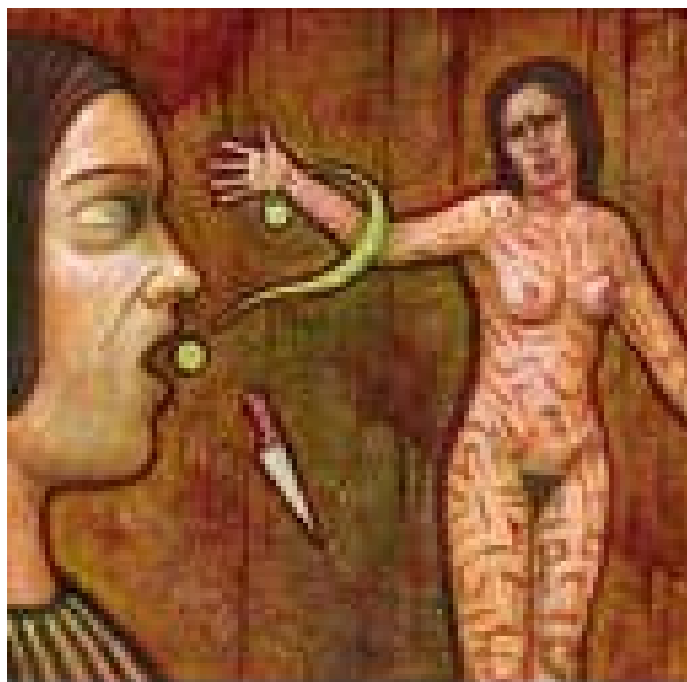


Selvskading



SYKHB008- Bacheloroppgave i sykepleie 2008

Kull 2005

Kandidatnr: 74 & 79

Antall ord: 10 168

Høgskolen Stord/ Haugesund, avd. Haugesund

USYNLIGE HENDER...

Usynlige hender sliter i mitt hår

Usynlige hender maler mitt liv

Usynlige hender gjør huden til sår

Usynlige hender skjærer med kniv

Usynlige hender skriver med blod

Usynlige hender får hatet til å brenne

Usynlige hender gjemmer mitt mot

Iblant vil jeg bare gi opp og forsvinne

- Sofia Åkermann -

Innhold

1.0	Innledning	4
1.1	Bakgrunn for valg av tema	4
1.2	Avgrensing og presisering av problemstilling	5
2.0	Metode	6
2.1	Hva er metode?	6
2.2	Valg av metode og data	6
2.3	Hvordan innhente og bearbeide data	7
2.4	Kildekritikk	8
2.5	Etiske aspekter ved gjennomføring av prosjekt	8
3.0	Teori:	10
3.1	Sykepleie som relasjon mellom sykepleier og pasient – menneske- til menneske- forhold	10
3.2	Hva er selvskading?	12
3.2.1	Fakta om selvskading	12
3.2.2	Hvor utbredt er selvskading	13
3.2.3	Årsaker	14
3.2.4	Kjennetegn ved den som skader seg selv	17
3.2.5	Behandling	17
3.2.6	Miljøterapi	18
3.3	Sykepleieren i møte med den selvskadende	21
3.3.1	Sykepleierens opplevelse og forståelse av den selvskadende adferden	22
3.3.2	Sykepleierens følelsesmessige reaksjoner på den selvskadende adferden	23
4.0	Resultat / funn	26
4.1	Vise respekt for pasienten	26
4.2	Etablere et menneske til menneske forhold og kommunikasjon	26
4.3	Vise omsorg og trygghet	27
4.4	Vise forståelse for den selvskadende adferden	28
4.5	Ikke hindre pasienten i å selvskade/ Oppfordre til andre alternative metoder	29
5.0	Drøfting	30
6.0	Konklusjon	31
7.0	Litteraturliste:	36

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det er rundt 1 pr. 600 i befolkningen som selvskader (Beasley 2000). Disse tallene viser til folk som skader seg i så stor grad at sykehusopphold er nødvendig. Når det gjelder selvskading er mørketallene store, dette kommer av at flere rapporterer selvskadingen som uhell og mange behandler og steller sårene sine selv. Det er også mange som velger å holde sin selvskading skjult, noe som videre fører til at helsepersonell ikke blir observante på skadingen (Arnold 2005).

Det er ut fra dette at vi har valgt å skrive om temaet selvskading. Tallene over viser til hvor utbredt selvskading er i befolkningen og mange sykepleier og samfunnsborgere har liten eller ingen kunnskap om dette fenomenet. Grunnet liten kunnskap er det mange som trekker forhastede og forenklete forklaringer og man tolker disse pasientene som oppmerksomhetssøkende og manipulerende (Arnold 2005). Det er ut fra dette viktig å sette fokus på temaet og dermed øke kunnskapsfeltet vårt innenfor dette området.

En annen grunn til at vi har valgt denne problemstillingen er å øke vår forståelse for selvskading slik at vi kan hjelpe pasientene til å forhindre ytterligere skading. Mange sykepleiere føler det kan være deres feil og at de ikke får til jobben sin dersom pasienten ikke viser fremgang og / eller skader seg selv (Arnold 2005). Ved å ha en bedre forståelse om hva selvskading dreier seg om, kan man lettere forstå at det ikke er vår feil dersom pasienten mislykkes og man de slipper å føle seg inkompetente i vårt yrke.

I litteraturen brukes flere begreper om det å påføre seg selv smerte. De mest brukte er "selvskading" og "villet egenskade" og de engelske ordene "self-mutilation", "self-harm", "self-injury", "self-cutting" og "self-mutilation" (Møhl 2007). I oppgaven velger vi å bruke det norske ordet "selvskading". Dette kommer av at problemstillingen vår refererer til selvskading og at selvskading er et mer egnet ord ettersom det er mer allmenn kjent. Det vil da gi flere assosiasjoner enn hvis vi for eksempel hadde valgt villet egenskade. Når vi omtaler selvskadene personer har vi valgt å bruke pronomenet "hun/ henne/ hennes" om personen som skader seg selv. Dette gjør vi dels fordi det er enklere enn å bruke "hun/ han",

men mest fordi det er et flertall av kvinner som selvskader. Når vi bruker ordet pasient/pasientene mener vi kun mennesker som selvskader og som er innlagt på institusjon.

I denne oppgaven har vi valgt å legge vekt på Travelbee sin sykepleieteori. Dette kommer av at hun fokuserer på mellommenneskelige forhold, noe som vi har valgt å ha fokus på i vår oppgave. Vi har også valgt å ta med de fem terapeutiske prinsippene til Gunderson, som vi kommer vi mer tilbake til under kapitlet om miljøterapi.

1.2 Avgrensing og presisering av problemstilling

På bakgrunn av informasjonen over har vi valgt følgende problemstilling:

Hvordan bidra til å unngå ytterligere selvskading hos personer innlagt på institusjon?

Avgrensningene vi har gjort i valg av problemstilling er å fokusere på selvskading blant pasienter over 18 år som er innlagt på institusjon over lengre tid. Vi har valgt å legge fokus på denne gruppen siden de under 18 år går inn under barne- og ungdomspsykiatrien. Vi har også valgt å ta utgangspunkt i at pasientene har selvskadet tidligere og at de har kjennskap til institusjoner fra tidligere innleggelser. Selv om mange selvskadere har en form for psykisk lidelse i tillegg, har vi valgt å fokusere kun på selvskadingen. Vi har også valgt å ikke avgrense når det kommer til kjønn, selv om det er flere kvinner enn menn som selvskader. Vi ønsker også å presisere at selvskading ikke er det samme som et selvmordsforsøk. Vi har dermed tatt med et kort avsnitt om selvskading og selvmordsforsøk.

2.0 Metode

2.1 Hva er metode?

I følge Dalland (2002) kan metode defineres som en fremgangsmåte for å fremme ny kunnskap, det vil si et middel som brukes for å løse et problem. I denne prosessen må vi være kritiske og vurdere om kunnskapen og påstandene er sanne og gyldige samtidig som de holder mål i forhold til forskningsbasert data (Dalland 2002). Vilhelm Aubert blir ofte sitert når det gjelder definisjon av begrepet metode, og hans formulering er slik (Dalland 2002, s. 71):

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formål, hører med i arsenalet av metoder.

Metode forteller oss om hvordan man bør gå til verks for å samle kunnskap. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at man må ha gode data og at spørsmålet belyses på en faglig og interessant måte. Metode kan sammenlignes med et redskap, og det er dette redskapet som skal brukes når man skal løse et problem og innhente ny kunnskap. Metode vil være nyttig ved innsamling av data, det vil si den informasjonen man trenger for å løse en oppgave (Dalland 2002).

Man skiller mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Ved kvantitativ metode tar man sikte på å forme informasjonen om målbare enheter, hvor man regner gjennomsnitt og presenter av en større mengde. Man går da i bredden og får et lite antall opplysninger om mange undersøkelsesenheter. Kvalitativ metode fanger i større grad opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. Man går i dybden for å oppnå mange opplysninger om få undersøkelsesenheter. Begge metodene tar sikte på å bidra til bedre forståelse i samfunnet vi lever i og hvordan enkeltindivider, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland 2002).

2.2 Valg av metode og data

Vi har valgt å gjennomføre en kvalitativ metode med systematisk litteraturstudie. Grunnen til dette er at vi mener det vil belyse problemstillingen vår på en tankevekkende, faglig og

interessant måte og gi oss formålstjenlig og kunnskapsbasert data. En systematisk litteraturstudie innebærer at man søker systematisk, gransker kritisk og setter sammen litteraturen innen et valgt emne eller problemstilling. Litteraturstudie er en informasjonskilde og bygger på vitenskaplige tidsskriftartikler og/ eller andre vitenskaplige rapporter (Forsberg 2003).

2.3 Hvordan innhente og bearbeide data

Utfordringen i kvalitativ metode er å strukturere store mengder data, identifisere eventuelle likheter, redusere mengden av data og ikke minst lage et rammeverk som på best måte formidler innholdet. Det er dermed viktig at man bearbeider materialet godt når man skal bruke det i en oppgave (Johannessen m. fl. 2006).

Vi har valgt å benytte biblioteket ved Høgskolen Stord / Haugesund, avdeling Haugesund, for å innhente data om selvsykdom. Vi valgte først å søke på BIBSYS, slik at vi fikk en oversikt over bøkene på Høgskolens bibliotek. Vi fant flere relevante fagbøker, både norsk-, svensk-, dansk- og engelskspråklige. For å finne frem til aktuell og relevant data for vår problemstilling har vi brukt den norske og nordiske artikkeldatabasen Norart og den svenske SveMed+. Her brukte vi søkeord som ”selvsykdom” og fikk bare 6 treff, hvor få var aktuelle for vår problemstilling. Vi søkte på engelske ord som ”self-mutilation” og fikk 16 treff, ”self-injurious behavior” ga oss 50 treff, mens ”self-harm” ga oss kun 3 treff men var som var veldig relevante for oppgaven.

Vi brukte også den engelske søkemotoren Ovid/ MedLine . Det første søkeordet var ”self-harm”, og det kom opp 915 treff. Det engelske ordet ”self-mutilation” ga over 551 treff, men da vi kombinerte disse søkeordene med ”psychiatric nursing” fikk vi 3 funn, hvor en av disse artiklene var aktuell for problemstillingen. I den samme søkemotoren kombinerte vi ordene self- harm og ”self-injurious behavior” og her kom det opp 2083 treff. Så søkte vi på ”nurses” hvor vi fikk 28825 treff, da vi la disse sammen kom det opp 38 treff. Her fant vi seks artikler som var relevant for oppgaven. Vi søkte også på ”self- injury” og ”self-wounding” som vi koblet sammen med ”nursing”. Men til sammen fikk vi ikke opp noen artikler som var relevant for problemstillingen vår.

Videre brukte vi også ProQuest som søkemotor og brukte de samme søkeordene som nevnt ovenfor. Vi ønsket kun fulltekst dokumenter og artikler hentet fra vitenskapelige tidsskrift, inkludert fagfeltvurderte artikler. På denne måten avgrenset vi antall funn. Vi har også søkt i flere andre databaser, blant annet Cochrane Library og Academic Search Premier, men fant ingen relevante artikler.

Etterpå leste vi litteraturen nøye og bearbeidet datamengden slik at den ble mer oversiktlig. Dette gjorde vi ved å sortere ut artikler og litteratur som var interessant for vår problemstilling. Litteraturgjennomgangen viste at det finnes ganske mye generell kunnskap om fenomenet selvskading. Når det gjelder sykepleiernes rolle og behandling i forhold til selvskadene adferd er derimot det teoretiske tilfanget atskillelig mindre.

2.4 Kildekritikk

I følge Dalland (2002) er kildekritikk metoder som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det vil si at man vurderer og karakteriserer de kildene som benyttes. Med dette forstår vi at den litteraturen vi har brukt i oppgaven vår skal være av god kvalitet, samtidig som den er av relevans og gyldighet i forhold til vår problemstilling. I arbeidet med å innhente data og litteratur har vi vært kritiske til enkelte litterære kilder, som for eksempel Tidsskrift for Norsk Legeforening, Sykepleien og diverse internettsider. På grunn av faglig relevans har vi valgt å bruke fagbøker og fagartikler som ikke er eldre enn 10 år.

Når man skriver en oppgave bør originallitteratur benyttes mest mulig, det vil si den opprinnelige utgaven av en tekst eller senere opptrykk av den. Litteratur hvor forfatteren presenterer sitt eget forskningsarbeid kalles primærlitteratur. Dette er å foretrekke framfor sekundærlitteratur, som inneholder tolkninger av andres arbeid (Dalland 2002).

2.5 Etiske aspekter ved gjennomføring av prosjekt

I følge Dalland (2002, s. 215) dreier etikken seg om ” normene for riktig og god livsførsel ” og Halvorsen (2003) mener etikk er en bevisst bearbeidelse av prinsipper, verdier og normer. Et eksempel på en slik norm er korrekt bruk av referanser i en seriøs litteraturstudie. Det som forfatteren formidler skal respekteres og ikke vrís på. Meningen til primærkilden skal derfor fremstilles på en slik måte at den videreformidler informasjonen som forfatterne mener. På denne måten viser man respekt for primærkilden og dens

forskning. Stilt overfor vanskelige avgjørelser skal etikken gi oss veiledning og grunnlag for vurdering før vi handler (Dalland 2002).

Ved gjennomføring av prosjekt er det mange etiske og vitenskapelige normer man må ta hensyn til. Er sitater og referanser korrekt gjengitt? Er forfatterens navn oppført, eller har man gjort seg selv til eier av en annen persons tekst? Dersom man ikke fører opp forfatterens navn, vil det betraktes som plagiat, som betyr tekstrov (Olsson 2003).

3.0 Teori:

3.1 Sykepleie som relasjon mellom sykepleier og pasient – menneske- til- menneske- forhold

Vi har valgt å bruke Travelbee sin sykepleieteori, dette fordi hun blant annet fokuserer på sykepleiefagets mellommenneskelige dimensjoner. Hun beskriver flere begrep i sin teori, men vi har valgt å legge vekt på begrepet menneske- til- menneske- forhold, men vi knytter også håp og kommunikasjon inn i oppgaven.

Travelbee (1999) mener at sykepleie er en mellommenneskelig prosess fordi den alltid, direkte eller indirekte, dreier seg om mennesker. Hun sier at ”sykepleiens oppfatninger av mennesket og menneskets natur vil dyptgående prege og påvirke hennes adferd på alle livsområder” (Travelbee 1999, s. 53). Hennes sykepleiedefinisjon er allment akseptert og den bygger på et eksistensielt menneskesyn hvor smerte og lidelse er en uunngåelig del av menneskets liv. I sin sykepleietenkning retter hun sin oppmerksomhet til det mellommenneskelige aspektet. Hun mener hvis sykepleiernes mål og hensikter skal kunne oppnås må det opprettes et menneske- til- menneske- forhold. For å kunne oppnå dette må begge parter se forbi rollene som sykepleier og pasient, og heller se på hverandre som unike personer, og bli kjent med hverandre som mennesker. Det viktigste redskapet i denne prosessen er kommunikasjon. Mennesker kommuniserer kontinuerlig, både verbal og nonverbal ved hjelp av mimikk, tonefall, bevegelser og berøringer (Kristoffersen m. fl. 2005).

Travelbee mener at sykepleien går ut på møtet mellom mennesker. Det er sykepleiernes oppgave å hjelpe individer, familier eller et samfunn med å mestre og forebygge erfaringer med sykdom og lidelse og i enkelte tilfeller hjelpe til med å finne meningen med denne lidelsen (Slettebø 2002).

Travelbee tar sterkt avstand fra generaliseringer som knyttes til pasientbegrepet. Hun mener det er det enkelte mennesket som er mottakeren av sykepleie og at det dermed er viktig for sykepleier å bli kjent med pasientens opplevelse av situasjonen. Hun må og får greie på hvilke meninger pasienten har i forhold til dette i stede for kun å gå ut fra diagnosen. (Travelbee 1999). Hun mener at (Kristoffersen m. fl. 2005, s. 28):

Enhver sykdom eller skade er en trussel mot selvet, og personens opplevelse av sin sykdom er langt viktigere enn et hvilket som helst diagnosesystem for helsepersonell. En kan ikke på forhånd vite hvordan den enkelte opplever sin sykdom, før helsearbeideren utforsker dette sammen med vedkommende og får frem hvilke meninger han tillegger sin tilstand.

De største målene i følge Travelbee er å hjelpe pasienten til å mestre, bære og finne mening i de erfaringene som følger med lidelsen og sykdommen. Men hun mener også at begrepet håp har en sentral rolle i sykepleiens mål og hensikter. Ved å hjelpe til med å bygge opp håpet hos pasienten kan sykepleieren hjelpe dem til å mestre i større grad enn hva de kanskje ellers ville ha mestret. For har man mistet håpet er det liten mulighet til å forandre og bedre livssituasjonen sin (Kristoffersen m. fl. 2005).

3.2 *Hva er selvskading?*

3.2.1 Fakta om selvskading

Selvskading er enhver handling som innebærer at en person påfører seg selv smerte og / eller skader sin egen kropp, uten den hensikt å ta sitt eget liv (Arnold 2005). Selvskadingen er en fysisk skade som ofte er ganske overfladisk, og hensikten er som regel ikke å lemleste eller å ødelegge kroppen. Ideen bak handlingen er snarere å få det bedre. Den selvskadende adferd er ofte en form for mestringsmekanisme, hvor kroppen brukes som element. Det sentrale ved selvskadende handling er at det utføres for å minske psykisk stress og spenning. Hvor paradoksalt det enn høres så ligger det ofte en overlevelsesmekanisme bak (Møhl 2007).

Det finnes flere ulike definisjoner av selvskading, men vi foretrekker Thorsens definisjon, som lyder slik (Øverland 2006, s 17):

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

Grunnen til at vi foretrekker akkurat denne definisjonen på selvskading er at den får frem at smerten brukes til å kunne fortsette å leve, i stedet for å dø (Øverland 2006).

Klinisk sett blir ofte mennesker som skader seg selv misforstått ved at de oppfattes som manipulerende og oppmerksomhetssøkende, men undersøkelser viser at dette ikke er tilfelle hos de aller fleste. Disse menneskene er ofte opptatt av å skjule selvskadingen (Øverland 2006). I tillegg til å skjule de fysiske skadene, foregår ofte den selvskadende handlingen når de er alene (Møhl 2007).

Selvskading kan utførers på mange forskjellige måter hvor de mest vanlige er kutting, brenning, kloring og hodedunking (Brodtkorb 2001). Mange mennesker bruker ofte flere metoder, avhengig av hvordan de har det og hva som er tilgjengelig. I tillegg til de nevnte metodene kan den selvskadende ta i bruk metoder som innebærer å putte skarpe gjenstander

gjennom huden, inn i kroppsåpninger eller svelge skarpe gjenstander eller skadelige stoffer (Arnold 2005).

I følge flere undersøkelser viser det seg at kutting er den mest brukte metoden for selvskading. Ved kutting brukes ofte barberblad, skalpell, kniv, glasskår eller andre skarpe gjenstander som kan skjære gjennom huden (Møhl 2007). Hvor ofte personer skader seg selv kan variere fra flere ganger daglig til en gang i uken eller sjeldnere. For noen kan den skadende prosessen ha blitt nærmest en vane, hvor de skader seg tilsynelatende uten grunn, mens andre er impulsive og trangen til å skade seg aktiveres ved mindre belastninger (Møhl 2007).

Tanken bak selvskadende handling er som tidligere sagt ikke å ta sitt eget liv. Forskjellen mellom mennesker som forsøker å ta selvmord og mennesker som selvskader er at ved selvmord ønsker personen å definitivt og permanent å komme seg bort fra sin sorg eller smerte, men selvskadende personer ønsker å endre sin følelsesmessige tilstand ved å fjerne den psykiske smerten og de ønsker som regel ikke å dø (Levenkron 1998). En annen forskjell er hyppigheten og metoden som er brukt. En person som forsøker å ta sitt eget liv føler seg hjelpeløs og har mistet troen på at livet kan bringe noe godt. En som skader seg selv gjør det for å oppnå kontroll og en form for lettelse. Flere undersøkelser viser derimot at personer som regelmessig skader seg selv har økt risiko for å ta sitt eget liv dersom lettelsen og roen ved å skade seg selv ikke avtar eller forsvinner (Møhl 2007).

3.2.2 Hvor utbredt er selvskading

Selvskading har alltid funnet sted, spesielt blant psykiatriske pasienter og i fengsler, men i senere tid har tilfeller av selvskadende adferd hatt en eksplosiv stigning, særlig blant yngre mennesker. Man vet lite om hvor utbredt selvskading er, både fordi det er underrapportert og underdiagnostisert. Det finnes utvilsomt langt flere mennesker som skader seg selv enn det man vet, og dette kan ha sammenheng med at det er forbundet med skam og derfor holdes skjult (Møhl 2007).

Mange undersøkelser om fenomenet baserer seg på et avgrenset utvalg og / eller lite materiale. Det finnes også et bredt utvalg av ulike definisjoner på selvskadende adferd og flere undersøkelser er basert på forskjellige definisjoner av fenomenet, i tillegg til at det er

stor usikkerhet rundt avgrensingen i forhold til selvmord og selvmordsforsøk. Dette bidrar til at det er vanskelig å komme frem til nøyaktige tall om hvor hyppig selvskading opptrer i befolkningen (Møhl 2007).

Frem til og med 2005 var det ikke gjort noen særlig systematiske undersøkelser av selvskading blant den alminnelige befolkningen, men overslag antyder at minst 1 pr 600 i befolkningen skader seg selv i så stor grad at sykehusbehandling er nødvendig. I tillegg er det sannsynligvis mange som presenterer skadene sine som uhell (Arnold 2005).

I og med at de fleste som selvskader seg behandler sårene sine selv, er det et fåtall som blir oppdaget av helsepersonell. De fleste som kutter seg vet godt hvor dypt de kan skjære uten å gjøre alvorlige skader. Men innimellom, ofte ved en feiltakelse, blir kuttet for dypt eller skaden så stor at det må behandles på sykehus (Møhl 2007). Resultater fra en undersøkelse viser at så mange som 80 % av personer som selvskader ikke er i behandling (Øverland 2006).

Øverland presiserer at det er en større andel kvinner enn menn som selvskader, særlig når det gjelder kutting (Øverland 2006). En antatt årsak til dette er at menn oftere lar frustrasjon og aggresjon gå ut over andre, og de ender oftere opp i slagsmål og ulykker. Man kan forenklet si at kvinner skader seg selv, mens menn skader andre, med andre ord så retter menn sin aggresjon utover, mens kvinner retter den innover (Møhl 2007). En annen årsak til at tallene viser økt antall kvinner som selvskader kan være at flere kvinner rapporterer selvskadingen. Det kan ha sammenheng med at menn er oppdratt til ikke å innrømme eller søke hjelp ved problemer (Øverland 2006).

3.2.3 Årsaker

De fleste mennesker er redde for smerte og vil gjøre mye for å unngå den når de for eksempel er hos tannlegen eller på sykehuset. Derfor vil selvskading være helt uforståelig for de fleste, og man spør seg selv hvorfor noen mennesker med vilje skader seg selv. Hva som gjør at de opplever lettelse ved å se blodet renne nedover armen, og hvordan noen kan bli avhengige av å skade seg selv, er spørsmål som ikke lar seg besvare enkelt. Det er neppe én grunn til at noen skjærer seg selv, og det hele dreier seg om et samspill av flere faktorer (Møhl 2007).

For å si det helt enkelt selvskader mennesker fordi det hjelper dem til å føle seg vel for en periode, samtidig som det hjelper dem å mestre vanskelige følelser. Den følelsesmessige smerten blir så uutholdelig, at ved å skade sin egen kropp vil de kunne overleve denne smerten (Arnold 2005).

I forbindelse med selvskading opplever personen ofte en form for dissosiering som følge av et høyt indre spenningsnivå, noe de ikke klarer å håndtere på andre måter. Dissosiering vil si en tilstand hvor personen opplever en endring av sin bevissthetstilstand, sin hukommelse eller sin identitet. Hos barn som har vært utsatt for traumatiske hendelser som seksuelle overgrep skjer dissosieringen lettere. Når den følelsesmessige spenningen blir for sterk, vil personen uvilkårlig reagere med dissosiering, og mange som kutter seg selv gjør dette i en dissosiativ tilstand, som fører til at de verken merker den psykiske eller fysiske smerten (Møhl 2007).

Det er mange forhold i barndommen som kan ha sammenheng med selvskadende adferd. Seksuelt misbruk og andre traumatiske opplevelser i barndommen ses veldig ofte hos mennesker med denne adferd, særlig i forbindelse med kutting. Ofte ser man at desto tidligere traumet har funnet sted, desto større er risikoen for utvikling av selvskadende adferd (Møhl 2007).

Eksempler på barndomsopplevelser som har forårsaket smerter, og som igjen kan ligge til grunn for selvskading er:

- Seksuelt, fysisk og / eller følelsesmessig misbruk
- Sviktende og mangelfull omsorg enten fysisk eller følelsesmessig
- Tap av en eller begge foreldre enten ved død eller atskillelse
- Alkoholmisbruk eller alvorlig sykdom hos foreldre
- Liten eller ingen kommunikasjon i hjemmet, særlig knyttet til følelser, problem eller behov
- Kronisk sykdom eller uførhet i barndommen
- Blitt stilt ovenfor overdrevne forventninger
- Mobbing og avvísning, særlig av jevnaldrende
- Rasistisk trakassering og undertrykking
- Frykt og skam rundt seksualitet

(Arnold 2005)

I følge Møhl (2007) er en mulig årsak til at akkurat seksuelt misbruk kan føre til kutting, ha sammenheng med at mange av disse menneskene har skyldfølelse og et enormt hat ovenfor seg selv, og de har derfor et sterkt behov for å straffe seg selv. Ved å skjære seg kan de både straffe seg selv og regulere og minske de smertefulle følelsene. Slik vil de oppnå en følelse av å være i kontroll og har en mulighet til å fjerne seg fra de ubehagelige følelsene ved dissosiering (Møhl 2007).

Mange mennesker opplever å ha lidd på grunn av flere av de nevnte barndomsopplevelsene. Å oppleve slikt i barndommen fører ofte til at mennesker blir ulykkelige og har det svært vondt. Opplevelsene virker også inn på utviklingen deres, og de kan miste muligheten til å utvikle den indre styrken og de ressursene som trengs for å mestre livet og mellommenneskelige forhold i voksen alder. Et eksempel på dette kan være at hun ikke lære å mestre eller uttrykke egne følelser dersom det har vært mangelfull støtte og kommunikasjon i barndommen (Arnold 2005).

Virkingen av slike opplevelser som til nå er nevnt innebærer ofte alvorlig og vedvarende følelsesmessig smerte. Mange av de som selvskader forteller at livet deres blir dominert av overveldende følelser av tristhet, sorg, depresjon, desperasjon eller håpløshet, og de sitter ofte igjen med svært dårlig selvbilde og mye selvbebreidelser. Ofte utføres selvskadingen for å mestre opplevelsen av selvhat, skyld, skam eller følelsen av å være skitten eller ond (Arnold 2005).

Møhl (2007) mener kontroll er et viktig nøkkelord for å forstå den psykologiske betydningen av selvskading. Når en person kutter seg selv og opplever dissosiering kan hun få følelsen av kontroll over for eksempel flashbacks og psykisk smerte. Undersøkelser viser også at de fleste opplever en umiddelbar lettelse av et indre press etter den selvskadende prosessen. Den selvskadende handlingen reduserer umiddelbart opplevelsen av sinne mot andre, sinne mot seg selv, indre tomhetsfølelse, angst, ensomhet og tristhet, men på den andre siden blir skamfølelsen større. I tillegg skaper selvskadingen en følelse av liv og intensitet og virker stimulerende. Selvskading fungerer som en form for selvmedisinering, og har en dempende effekt på mange følelser og symptomer (Møhl 2007).

2.3.4 Kjennetegn ved den som skader seg selv

Undersøkelser viser at de fleste som skader seg er i tju – trettiårene. De fleste har skadet seg siden tenårene og selvskadingen pågår som regel i flere år. Facazza og Conterious (Øverland 2006) undersøkelse viser at personer med selvskadende adferd ofte har tatt overdose medikamenter i tillegg, og de har økt forekomst av spiseforstyrrelser. De kommer ofte fra den øvre middelklassen, har god utdannelse, og har vokst opp i et hjem hvor det forekom fysisk eller seksuelt misbruk (Øverland 2006). En typisk selvskader bor ofte i byen eller i en forstad hvor kontakten ikke er så tett. Ellers er den typiske selvskaderen som regel smart, attraktiv og klarer seg ofte godt akademisk. Hun kan være veldig opptatt av utseende og vekt, og kan ha eksperimentert mer med alkohol og stoffer enn sine jevnaldrende. Følelsesmessig kan hun være avvisende, lukket og kanskje anspent. Noen ganger er hun stille og deprimert, andre ganger engstelig, upassende aggressiv og / eller agitert. Hun er gjerne impulsiv, men innimellom kan hun virke fjern og utilgjengelig. Etter en tid vil hun isolere seg mer og mer, og alltid gå med langarmet genser, også om sommeren (Møhl 2007).

3.2.5 Behandling

Det finnes liten tilstrekkelig data som gir sikre anbefalinger for hvilke behandlingsformer som er mest effektiv for behandling av selvskading. Tidligere ble godt fungerende mennesker som selvskader sett på som en kronisk vanskelig gruppe å hjelpe (Øverland 2006).

I behandlingen av pasienter som selvskader er det ofte tre trinn, hvor det første går ut på å gi pasienten tilstrekkelig informasjon om problemet. Dersom pasienten har kunnskap om sin selvskadende adferd vil det gi et godt utgangspunkt for videre behandling, og i noen tilfeller vil denne kunnskapen være tilstrekkelig til at de ved egen og eventuelt familiens hjelp kan overvinne problemet (Møhl 2007).

Det andre trinnet er profesjonell psykoterapeutisk bearbeidelse av negative tanker, følelser og adferd (Møhl 2007). Denne delen av behandlingen går ikke under sykepleierens ansvarsområde, men vi mener det er verdt å nevne ettersom dette er en vesentlig del av behandlingen. Videre presenteres to behandlingsformer som er aktuelle når det gjelder moderat og alvorlig selvskading, hvor begge har god dokumentert effekt. Den første

behandlingsformen er dialektisk adferdsterapi (DAT) bygger på kognitive adferdsterapeutiske prinsipper, og går ut på å stoppe selvskadende og terapiødeleggende adferd. Deretter går terapien ut på å arbeide med de underliggende grunnene til den selvdestruktive holdningen (Møhl 2007). Den andre behandlingsformen er mentaliseringsbaserte terapi, hvor pasienten på bakgrunn av sin mentale tilstand lærer å tolke egne og andres mentale tilstand og behov. Ved å gjøre dette blir pasienten i bedre stand til å regulere følelser og samspill (Øverland 2006).

Det tredje trinnet er medisinsk behandling. Dersom man i de to første trinnene ikke klarer å overvinne depresjon, angst eller impulsadferd, som ofte er fremtredende hos personer med selvskadende adferd, må medisinsk behandling tas i bruk. Hos selvskadende personer er nivået av signalstoffet serotonin i hjernen ofte redusert. Nedsatt serotonininnivå fører blant annet til økt impulsiv adferd både mot andre og mot seg selv. I motsetning kan høyt serotonininnivå i hjernen redusere den selvskadende adferden. Dermed vil bakgrunnen for den medisinske behandlingen først og fremst ta sikte mot å stimulere serotoninaktiviteten i hjernen. Depresjonsmedisin, særlig de såkalte SSRI-preparatene (spesifikk serotoninfremmende medisin) har god effekt på dette området (Møhl 2007).

2.3.6 Miljøterapi

For mennesker med selvskadende adferd som behandles i institusjon vil miljøterapi være en viktig faktor i behandlingstilbudet. De miljøterapeutiske prinsippene spiller en vesentlig rolle for pasientenes bedring. Miljøet, som består av de fysiske og mellommenneskelige prosessene på avdelingen, antas å ha minst like stor innvirkning som psykoterapi og medikamenter (Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning).

I følge psykolog Vedeler er miljøterapi en virksomhet hvor det legges til rette betingelser for terapeutisk virkende erfaringer på en koordinert og systematisk måte, både i og ved hjelp av det sosiale og materielle miljøet i en institusjon. Miljøet eller atmosfæren på en avdeling skapes av personalets tanker, følelser, holdninger, handlinger og ytringer, slik disse viser seg i samspill med pasienter og hvordan pasientene opplever disse (Hummelvoll 2005). Miljøterapi er en bevisst bruk av miljøet med hensikt å hjelpe pasientene til bedre fungering (Jordahl 2003).

Andersen definerer miljøterapi slik (Øverland 2006, s. 206):

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

Innenfor miljøterapi har professor i psykiatri John G. Gunderson utviklet en modell som er den mest brukte innenfor psykisk helsevern. Denne modellen viser til hvilke typer tilnærming man bør vektlegge ut fra ulike stadier og tilstandsbilder. Det er en miljøterapeutisk prosess som legger vekt på hvor viktig miljøet på avdelingen er for pasientenes bedring (Jordahl 2003).

Gunderson har fem funksjonsnivåer, som er beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og bekreftelse. Beskyttelse innebærer blant annet å ivareta pasientens grunnleggende behov for mat, trygghet, og ikke minst hindre ham i å skade seg selv eller andre. Det kan være fysisk omsorg, trygge omgivelser, og skjerming fra overveldende sanseintrykk. Aktive virkemidler kan være lukket avdeling, bruk av fastvakt og medikamenter (Jordahl 2003). Det kan være vanskelig å finne riktig nivå for en person som selvskader siden hennes funksjonsnivå raskt skifter flere ganger i løpet av dagen. Dersom man vet at hun kommer til å skade seg vil det være viktig med beskyttelse i form av fastvakt (Jordahl 2003).

Støtte kan vises gjennom omsorg og har som hensikt å få pasienten til å føle velvære og sikkerhet, i stedet for fortvilelse og angst. Dette kan skje gjennom råd, veiledning og det å være tilgjengelig for pasienten. Gjennom dette vil pasientens selvfølelse bedres (Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning). I løpet av hele dagen vil støtte være viktig for å få pasienten til å føle velvære og sikkerhet. Dette kan vi som sykepleier gjøre ved å være til stede for pasienten i miljøet og ikke gjemme oss på kontoret (Jordahl 2003).

Struktur er Gundersons tredje nivå. Et strukturert og ordnet miljø hjelper pasienten til å føle seg trygg, og ved å ha klare rutiner, tilbakemeldinger og fast døgnrytme på avdelingen vil det skape oversikt og forutsigbarhet hos pasienten. Dersom pasienten får opprettet en normal døgnrytme vil det være lettere for henne å delta i det sosiale liv utenfor avdelingen (Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning).

Engasjement er et tiltak som er med på og aktiviserer pasienten i et miljø gjennom aktiviteter og fellesskap (Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning). Engasjement kan skapes gjennom aktivisering i form av håndarbeid, matlaging og lignende (Jordahl 2003).

Bekreftelse og gyldiggjøring er prosesser som er med og bekrefter pasienten som et selvstendig individ. Dette kan gjøres ved å lage et eget individuelt behandlingsprogram til pasienten. Fra å være pasient blir hun mer betraktet som et individ (Jordahl 2003).

Bekreftelse kan også være å hjelpe henne til å forstå sine symptomer. Etter hvert som hennes funksjonsnivå øker kan bekreftelse være å gi henne i økende grad et privatliv i og utenfor avdelingen (Jordahl 2003).

Når man arbeider miljøterapeutisk med selvskadende pasienter kreves det at vi må gi mye av oss selv som person, og dette kan frembringe mange sterke følelser. Godt samspill blant personalet kreves for å våge å ta opp vanskelige tema, og en bør hele tiden være klar over hva pasientens adferd og problemer gjør med oss som person. Ved at personalet gjenkjenner og bearbeider vanskelige opplevelser og tema, kan det ha en positiv terapeutisk innvirkning på pasientens behandling. På den andre siden kan avdelingsmiljøet utvikle seg til å bli uterapeutisk dersom det ikke finnes rom for veiledning og åpenhet rundt vanskelige tema og situasjoner. Derfor kreves det at arbeidsmiljøet tilrettelegges slik at det oppleves som mest mulig trygt, og slik at det er aksept for å gi uttrykk for vanskelige følelser og opplevelser (Øverland 2006).

3.3 Sykepleieren i møte med den selvskadende

Det er viktig at man som sykepleier forstår og respekterer at selvskading er en form for kommunikasjon. Selvskading gjør noe med oss som sykepleier og det kan da være vanskelig å sitte og se på at en person skader seg selv. Til tross for dette er det viktig at man ikke fokuserer kun på skadene når det er det følelsesmessige som ligger bak man skal prøve å få tak i (Heimark 2004).

Som sykepleier må man ha empati når man jobber med selvskadere pasienter. Med empati menes at man må sette seg inn i selvskaderens situasjon og se det fra hennes perspektiv. Empati kan og ses på som et eget terapeutisk virkemiddel, mens mangel på empati kan få en negativ innvirkning på pasienten som da kan føre til at hun reagerer med motstand (Rovik 2007). Travelbee uttrykker sin forståelse av empati som ” en opplevelse som finner sted mellom to eller flere individer. Det er en grunnleggende evne til å gå inn i, dele og forstå en annen persons psykologiske situasjon i øyeblikket. Det er en prosess der individet er i stand til å se bakenfor ytre atferd, og oppleve på en presis måte den andres opplevelse på et gitt tidspunkt” (Andersen 2000, s. 19).

Det er viktig at man er tilgjengelig og åpen for å snakke om emnet selvskading. Man må oppmuntre til åpenhet rundt et så vanskelig tema som dette. Det er også viktig at man gjør det klart for pasienten at man forstår hvor vanskelig det kan være for henne å fortelle om dette. Man må vise at man bryr seg om smertene som ligger bak og at man forstår at årsaken til dette kan være en vanskelig opplevelse. Det er samtidig viktig at man viser at man respekterer henne og at man gir henne håp ved å fortelle at det er mulig å slutte med selvskading (Arnold 2005). Håp har i lang tid blitt sett på som en motiverende faktor bak menneskelig adferd. Håp gjør at man er i stand til å kunne mestre vanskelige situasjoner og lidelser. Det ser ut til at det er en motiverende impuls av håp som gjør oss i stand til å overvinne hindringer (Kristoffersen m.fl. 2005). Travelbee mener at en av sykepleierens roller er å hjelpe mennesker som er syke til å oppleve håp for å mestre sykdom og lidelse (Travelbee 1999).

Dersom pasienten åpner seg og begynner å snakke om selvskadingen sin er det viktig at man lytter og svarer med akseptering og vennlighet. For å få til et slikt samarbeid bør det opprettes et menneske- til- menneske- forhold. Det vil si at både sykepleier og pasient ser

forbi sine roller, og heller ser på hverandre som unike individer, og blir kjent med hverandre (Kristoffersen m. fl. 2005). Dette bygger som nevnt tidligere på Travelbee menneskesyn hvor hun hevder at kommunikasjon er en formålsstyrt prosess som gjør sykepleieren i stand til å etablere et menneske- til menneske- forhold (Travelbee 1999). Kommunikasjon er et av de viktigste redskapene man har som sykepleier. I hvert møte mellom sykepleier og pasient vil det foregå kommunikasjon, enten verbalt eller non-verbalt. God kommunikasjon er en viktig forutsetning når man skal kunne hjelpe selvskadere å mestre selvskadingen sin og finne mening via disse erfaringene. Ved god kommunikasjon vil et styrket tillitsforhold bli en del av behandlingsklimaet (Travelbee 1999).

Som sykepleier må man huske på at det er vår plikt å tilnærme oss selvskadere, ikke motsatt. Selvskadere kan ofte være ute etter råd om hvordan de bedrer hverdagen sin. Det kan da være hensiktsmessig å gi råd, selv om det er ved første møte hvis dette er ønskelig fra selvskadere side. Dette kan være fra å gi dem råd om hvordan de skal få sove til hvordan de skal løse en konflikt med en venninne. Dersom disse rådene virker, opplever selvskadere at man kan være til å stole på. Dette kan være starten på en relasjon. Dette vil også være med på å bedre hennes mestring og samtidig gi henne tro på at hun kan få det bedre (Øverland 2006).

3.3.1 Sykepleierens opplevelse og forståelse av den selvskadende adferden

Når det gjelder forståelsen av selvskadingen kan man i følge Rovik (2005) se på tre aspekter hvor det kan være vanskelig å forstå hvorfor de utfører disse handlingene. Det første momentet gjelder utøvelse av vold mot sin egen kropp. Det er vanskelig å kunne legitimere seg med disse pasientene siden deres mestringsstrategi kan oppleves som grotesk og merkelig. Men sykepleierne kan på samme tid forstå at det å skade seg kan for enkelte utgjøre en viktig måte å mestre hverdagen på, men det er selve fenomenet som enkelte sykepleiere har problemer med å forstå (Rovik 2005).

Ser vi på det andre momentet er det den uforutsigbare adferden og ustabiliteten i adferdsmønsteret til selvskadere som fører til en usikkerhet hos sykepleierne. Pasientene kan gå fra å være åpne for kontakt til å endre kroppsspråk totalt og gå inn i seg selv. Dette er en stor utfordring, og ikke minst å forstå hva det innebærer for den enkelte pasienten.

Dette er ikke alltid like lett, spesielt ikke når pasienten er lite samarbeidsvillig. Man kan da bli rådvill på grunn av opplevelsen av manglende kontroll (Rovik 2005).

I en studie kom Brodtkorb (2001) frem til at dersom man forstår selvskadene adferd som uhensiktsmessige mestringsforsøk kan man lære pasienten alternative mestringsmetoder. Da bør man starte med det helt grunnleggende å oppfordre pasienten til å ta kontakt med personalet når trangen til å skade seg oppstår. Dette vil ofte være vanskelig for pasienten å gjøre, i hvert fall ikke på en direkte måte. Hun kan gjøre dette ved å ha en appellerende og hjelpeløs væremåte. I stede for å overse dette kan man komme pasienten i møte og forsøke å få tak i hva budskapet er. Etter bevissthetsgjøringen rundt tanker og følelser er neste skritt å konfrontere pasienten med egen væremåte, og foreslå måter adferden kan endres, som for eksempel ved ulike former for avledning (Brodtkorb 2001).

3.3.2 Sykepleierens følelsesmessige reaksjoner på den selvskadende adferden

Sykepleiere er vanlige mennesker som har de samme reaksjonene som alle andre har til selvpåført kroppssmerte. Selvskading krenker den naturlige forestillingen man har hvor man ønsker å unngå smerte og heller fremme nytelse og glede. Ved selvskading forårsakes det som oftest skader på vev og dette kan være sjokkerende å se, spesielt når man vet at pasienten påfører seg dette frivillig. Man ser på blod, sår, arr og sting som en ødeleggelse av det normale kroppsbildet og man kan i enkelte tilfeller reagere med avsky (Walsh 2006). Det er en normal reaksjon å reagere med å trekke seg bort fra personen som med vilje ødelegger sin egen kropp, det er en naturlig del av den humane organismen. Når man ser pasienter skade seg selv er det forståelig at man blir sjokkert og ønsker å trekke oss bort fra pasienten, i hvert fall for en stund (Walsh 2006).

For å kunne utfylle rollen om sykepleier og gi en best mulig behandling til selvskadere må man kunne håndtere sin egen smerte. Det vil si at man må kunne "slå av" sine egne følelser slik at man kan kunne mestre jobben. Dette er viktig for pasientene har rett til å bli behandlet terapeutisk og med medfølelse når det gjelder deres selvskadende adferd (Walsh 2006).

Når man møter en selvskader for første gang fremkaller dette mange følelser. Disse kan plasseres på en skala fra antipati til sympati. Mange føler en overveldende omsorg og ikke

minst optimisme på vegne av pasienten. Det kan i mange tilfeller være vanskelig å få selvskadere til å slutte å selvskade og mange opplever stor skuffelse og irritasjon ovenfor selvskaderen når selvskadingen ikke avtar. Det er hardt for de som har gitt mye av seg selv for å hjelpe disse menneskene (Møhl 2007). Det er helt nødvendig at man forholder seg til følelser som avmakt, maktesløshet og sinne, som vil dukke opp i ulike sammenhenger og i ulike faser av behandlingen. Den største faren ved å føle seg maktesløs er at man stenger pasientens lidelser ute, som da kan føre til at den empatiske tilknytningen til pasienten blir redusert (Øverland 2006).

Dersom pasienten skader seg kan det fort oppstå ”forbudte” følelser som likegyldighet, noe som igjen kan gi utslag i en hardhendt behandling. Eksempler på dette er syng uten bedøvelse, den selvskadene kan bli overlatt til seg selv og i verste fall kan de bli behandlet med elektroshokk eller høye doser med psykofarmaka, uten sterke grunner til dette (Øverland 2006). En grunn til at disse følelsene kommer så sterkt frem er at man føler et stort ansvar ovenfor disse pasientene. Når behandlingen ikke har ønsket effekt og pasientene skader seg kan det føles som om man ikke strekker til og at man dermed ikke klarer å utføre yrket sitt (Øverland 2006).

I sin studie stilte Brodtkorb (2001) spørsmål om man skal vise oppmerksomhet til pasienten som nettopp har selvskadet. Hun kom frem til at enkelte sykepleiere mente at selvskadingen skulle overses for å unngå positiv respons på den uønskede adferden. Andre var opptatt av at man som sykepleiere ikke må underkjenne denne adferden, men heller gi den oppmerksomhet. Slik vil pasientens opplevelse av egen kropp som noe mindreverdig reduseres (Brodtkorb 2001). I og med at disse pasientene som oftest er veldig sensitive for avvisinger, kan avvising fra sykepleieren oppleves så sterkt at den positive oppmerksomheten rundt ikke- selvskadingen ikke har effekt. Avvisningen vil i tillegg virke enda sterkere, nettopp fordi det skjer når pasienten er mest sårbar og pasienten vil da ta i bruk den eneste mestringsstrategien hun ser på som nyttig nemlig selvskading. Hun vil da mest sannsynlig komme til å skade seg selv innen kort tid (Brodtkorb 2001).

Brodtkorb (2001) stilte også spørsmål om man bør gripe aktivt inn for å forhindre selvskadingen. Ved å gjøre dette vil man hindre pasienten i å selvskade, men samtidig svekkes pasientens integritet og autonomi. I følge studier vil denne type tiltak forsterke pasientens opplevelse av frustrasjon og fører til at den selvskadende adferden tiltar, noe som

fører til at kontrolltiltak ikke alltid får den ønskede effekt. Av den grunn bør man akseptere en del selvskading uten å gripe inn (Brodtkorb 2001). Man bør heller ikke fjerne gjenstander som pasienten bruker for å skade seg med. Dette har ingen hensikt ettersom hun da tar i bruk andre vilkårlige gjenstander (Wallroth 2002).

Selvskadere opptar mye av tiden og ressursene til sykepleierne. Dette kan ofte føre til en negativ innvirkning på det terapeutiske miljøet i avdelingen. Dette kommer av at selvskading fører til mye tid med syng, stripsing og sårstell. De andre pasientene kan da se på dette som urettferdig siden de også ønsker tid med oss som sykepleier. Dette kan medføre at vi får dårlig samvittighet fordi vi ikke får nok tid til de øvrige pasientene (Øverland 2006). Løsning her kan være at man utpeker noen i personalet til å ha ansvar for disse pasientene. Ved å gjøre dette vil de pasientene få den oppmerksomheten de trenger mens de andre sykepleierne kan fokusere på de selvskadene uten å måtte tenke på følelser og reaksjoner til de resterende pasientene (Øverland 2006).

4.0 Resultat / funn

Selvskadene adferd er en av de vanskeligste væremåtene å forstå og ikke minst behandle (Starr 2004), og som tidligere nevnt finnes det få behandlingsmetoder med dokumentert god effekt (Øverland 2006). Derfor er resultatet her basert på artikler med sykepleieres egne erfaringer og oppfordringer fra selvskadere, samt litt informasjon om behandling fra litteraturen. Ut i fra dette har vi kommet frem fem punkter som vi mener er vesentlig for å unngå ytterligere selvskading hos pasienter som er innlagt på institusjon.

4.1 Vise respekt for pasienten

I møte med den selvskadende er det viktig at man forstår tankene bak denne adferden slik at man kan møte den selvskadende på en god måte. Ved å være ærlige og vise at man bryr seg vil pasienten føle seg respektert og ivaretatt (Heimark 2004). Men man behøver ikke være enige med henne i at dette er riktig måte å mestre den indre smerten på, men heller prøve å forklare at det finnes bedre mestringsstrategier enn å skade seg. Det som er aller viktigst i møte med selvskadere er at man får dem til å føle at de er verdt noe som menneske. For disse menneskene har veldig liten selvrespekt og føler seg ofte veldig lite verdt. Klarer man å få opp selvrespekten, selv om det bare er litt, får selvskaderen det bedre med seg selv samtidig som hun ønsker å gi noe tilbake. Dette kan blant annet være at hun ønsker å tåle litt mer før hun selvskader seg neste gang (Heimark 2004).

Det er viktig at man stiller opp hundre prosent for å hjelpe, og pasientene fortjener å bli møtt på en god måte selv om de påfører seg selv skader og smerter. Man må heller se forbi denne adferden og se på dem som likeverdige og dermed gi dem den respekten de har krav på. Gjør man ikke dette og i stede avviser dem er det store sjanser for at de selvskader igjen innen kort tid, ikke for at de skal hevne seg men fordi de er usikker på seg selv som person (Heimark 2004).

4.2 Etablere en relasjon og et menneske- til- menneske- forhold

For pasienter som selvskader er en hver mellommenneskelig kontakt med på å forme deres selvbilde. I møte med disse er det lite rom for feiling, og man må hele tiden være positiv og

være der for henne. Dette kan til tider vært tungt, men det er viktig at man ikke ødelegger relasjoner som er i ferd med å bygges opp. Selvskadere er nemlig svært sensitive og det skal ikke mye til før relasjoner som er bygd opp raser sammen dersom man trår feil (Heimark 2004). I samspill med pasienten spiller den non verbale kommunikasjonen en viktig rolle og man må dermed tenke på hvordan man kommuniserer via mimikk, berøringer, bevegelser og tonefall (Øverland 2006).

Noen sykepleiere mener at selvskading kan forstås som en måte å kommunisere på og kan ses på som et mellommenneskelig fenomen. Pasientene sender ut signaler til omgivelsene, men signalene er svake og utydelige. De ser på denne adferden som en bønn om hjelp, en reaksjon på å ha blitt avvist og en måte å kommunisere sinne på. Sykepleiere med denne oppfatningen møter pasienten med respekt og forståelse, som igjen vil ha god effekt på den selvskadende pasienten slik at hun ikke selvskader i like stor grad. Dersom sykepleieren oppfatter denne adferden som manipulerende og oppmerksomhetssøkende vil de møte pasienten med overlegg og likegyldighet. Dette vil føre til ytterligere selvskading (Brodtkorb 2001).

I følge Sneltvedt (2004) uttrykker pasienter som selvskader sin lidelse på ikke- verbale måter som man må oppfatte gjennom hennes kroppsspråk, ansiktsuttrykk og adferd. Det innebærer at man må oppfatte de non- verbale signalene gjennom en sanselig og empatisk forståelse. De fleste som selvskader har opplevd liten eller ingen kommunikasjon i barndommen, særlig knyttet til følelser, problem eller behov (Arnold 2005). Derfor må man ofte i lang tid arbeide for å oppnå kontakt og etablere et menneske- til- menneske- forhold, slik at pasienten kan lære å snakke om følelser og tanker. I denne prosessen må man tåle mye avvisning (Sneltvedt 2004).

4.3 Vise omsorg og trygghet

Hvordan sykepleiere oppfører seg i møtet med selvskaderen har mye å si for den videre psyken til selvskaderen. Det er dermed viktig at man møter selvskaderen på en måte som oppleves som god og trygg for henne (Heimark 2004). Dette kan virke skremmende på mange sykepleiere siden vektlegging av omsorg og trygghet kan virke hemmende for vekst og modning hos pasientene (Brodtkorb 2001). Dersom man ikke viser omsorg og trygghet i denne perioden kan hun føle seg ignorert og avvist. Fra pasientens ståsted blir hun da avvist

når hun er på det mest sårbare og hun vil derfor ta i bruk den eneste mestringsstrategien som hun opplever som nyttig (Øverland 2006). Dersom man ikke viser omsorg og trygghet vil det også forsterke hennes lave selvrespekt og hennes egne følelser om at hun er lite verdt.

Brodtkorb (2001) fant også ut at nærhet og trygghet er vesentlig i behandlingen. Men for mye nærhet og engasjement kan føre til at sykepleieren blir overinvolvert og at de blir oppslukt og tappet for krefter, som vil kunne virke hemmende for pasientens vekst og modning.

4.4 Vise forståelse for den selvskadende adferden

I møte med den selvskadende må man vise forståelse for hvorfor hun har skadet seg selv (Heimark 2004). For å kunne forstå denne adferden må man vite bakenfor liggende årsaker som blant annet seksuelt eller følelsesmessig misbruk (Arnold 2005). Man må være klar over at det hun prøver å oppnå med denne adferden er ikke å være oppmerksomhetssøkende og manipulerende, snarere tvert i mot er dette en måte å mestre vanskelige følelser og tanker på (Bearley 2000).

Som sagt er selvskading vanskelig å behandle, og man blir som sykepleier ofte frustrert og føler hjelpeløshet, skyld, sinne og svikt i behandlingen av disse pasientene (Øverland 2006). Slike følelser har en negativ effekt på behandlingen. For å kunne behandle pasientene må man ha forståelse for årsakene til at pasientene skader seg selv. Flere undersøkelser viser at dersom personalet får undervisning om fenomenet selvskading kan de hjelpe pasienten bedre ved at de får en annerledes oppfattelse av adferden. De vil da forstå at pasientene ikke er oppmerksomhetssøkende og manipulerende, men derimot at de bruker selvskading som en måte å kunne takle psykisk smerte og stress på. Pasienter som skader seg selv ønsker å bli hørt og forstått, og de ønsker å bli behandlet med respekt samtidig som de blir støttet og trodd på (Pembroke 2006).

I følge Sneltvedt (2004) må man skille mellom egne og pasientens følelser. Man må legge sine egne tanker og følelser til side for å kunne forstå pasienten og sette seg inn i hennes situasjon. Empati spiller her en viktig rolle for å kunne hjelpe pasienten med å unngå ytterligere selvskading (Sneltvedt 2004).

4.5 Ikke hindre pasienten i å selvskade/ oppfordre til andre alternative metoder

I følge Brodtkorb (2001) bør man akseptere en del selvskading uten å gripe inn. Ved å bryte inn og hindre pasienten i å selvskade vil pasientens autonomi bli svekket, og hun vil se på dette som en krenkelse og bli frustrert. Den selvskadende adferden vil da tilta og kontrolltiltakene som ble satt i gang vil da være uten ønsket effekt (Brodtkorb 2001).

I sin studie fant Brodtkorb (2001) ut at enkelte sykepleiere mener selvskadingen bør overses for å unngå positiv respons på den uønskede adferden. Andre var opptatt av at man måtte gi denne adferden oppmerksomhet og lære pasienten alternative mestringsmetoder. Slike alternative metoder kan være stimulering i form av engasjement som fysisk aktivitet, kontakte personalet når trangene for å skade seg oppstår og lære henne former for avledning (Brodtkorb 2001). I punkt om engasjement oppfordrer Gunderson til at pasienten aktiviseres i miljøet, ved slike engasjerende tiltak vil dette hjelpe pasienten til å redusere fokuset på selvskadingen (Jordahl 2003).

Dersom man hindrer pasienten i å skade seg selv vil det ha en negativ effekt på et godt samarbeid med pasienten og et eventuelt menneske- til- menneske- forhold. Dersom det er null toleranse for selvskading på avdelingen kan dette føre til at pasienten lurer personalet ved å skjule potensielle selvskadings redskaper. I stede for å avverge skaden kan man la dem selvskade innfor trygge rammer (Rovik 2007).

5.0 Drøfting

Etter vårt arbeid med denne oppgaven har vi kommet frem til at de fleste kildene har samme synspunkt på hvordan man kan bidra til å unngå ytterligere selvskading hos personer som er innlagt på institusjon. Selv om noen kilder er mer pålitelige enn andre er de alle sammenfallende. Etter mye søking etter vitenskapelige artikler på dette området har vi kun kommet over en vitenskapsbasert artikkel som er relevant i forhold til vår problemstilling. Denne artikkelen er Brodtkorbs studie om hvordan sykepleie kan hemme og/ eller fremme regresjon hos pasienter som skader seg selv fra 2001. Ellers så fant vi mange artikler om selvskading, men heller lite om sykepleiers rolle i behandling. Da vi søkte etter informasjon om fenomenet var det flere av de samme artiklene som gikk igjen. Når det kommer til litteraturen finner vi Øverland (2006) og Møhl (2007) som spesielt interessant og informerende. Dette kommer av at de forklarer veldig godt hva selvskading er og kommer med forslag til behandling. Etter mye omfattende, målretta og systematisk søking og hjelp av bibliotekpersonalet fant vi ut at det er veldig begrenset med litteratur om dokumentert effektiv behandling av selvskading. Det er også få kilder som motsier hverandre når det kommer til behandling og sykepleieres rolle i behandlingen.

5.1 Menneske- til- menneske- forhold, forståelse og håp

Når man skal behandle en pasient som skader seg selv må man passe på at man ikke går i fellen hvor man tror at man kan hjelpe henne til ikke å selvskade. I enkelte tilfeller kan det skje etter en kort periode, men dette tar som oftest lang tid og man må dermed ha god tålmodighet. Men bør man ikke som sykepleiere ha denne kunnskapen før man starter å behandle selvskadere? Ville ikke dette være en hjelpende hånd både for selvskadere og sykepleiere? Sykepleier hadde da kanskje hatt en bedre tålmodighet, siden hun visste at dette kom til å ta tid og hun visste at det var mulighet for at hennes arbeid ikke hadde gitt noen resultater. Selvskadere hadde da kanskje fått en bedre behandling ved at sykepleiere var mer forståelsesfull og tålmodig. Hun ville da ha kontroll på sine egne følelser og trenger dermed ikke å behandle sine egne følelser på samme tid som hun måtte behandle selvskaderen sine.

Det er en klar enighet i litteraturen om at dersom man skal forstå pasienten må man finne den bakenforliggende årsaken til hennes adferd og forsøke å skape en relasjon og

imøtekomme henne på en terapeutisk måte. Dette kommer av at de fleste pasientene som selvskader har gjennomgått traumatiske opplevelser i barndommen og har ikke vært vant til å snakke om tankene og følelsene bak disse hendelsene (Arnold 2005). Slike opplevelser setter spor og mange av opplevelsene har ofte en negativ innvirkning på deres utvikling. I litteraturen er det blitt fokusert på kommunikasjon og i følge Travelbee er dette det viktigste redskapet både verbalt og non-verbalt. Hun mener også at det må opprettes et menneske-til-menneske-forhold for at dette skal kunne fungere. For å få dette til må både sykepleier og pasient se på hverandre som unike personer og bli kjent med hverandre som mennesker. Dersom pasienten ikke har hatt en slik relasjon med andre mennesker, hvordan skal hun da klare å få en slik kontakt med en person hun knapt kjenner? Først så er hun på et helt fremmed sted med ukjente mennesker som vil at hun skal legge ut om sine private tanker og følelser. Er det ikke da ganske forståelig at dette kan ta tid? Det kan være vanskelig å åpne seg for ukjente mennesker uansett hvor mye de sier at de skal hjelpe deg.

Som nevnt tidligere har de negative opplevelsene fra barndommen en innvirkning som reduserer deres utvikling. I følge Arnold (2005) vil man ofte verken klare å mestre eller uttrykke følelsene sine dersom kommunikasjonen i barndommen har vært manglete. Kanskje ønsker hun å fortelle om opprinnelsen, funksjonen og hensikten med selvskadingen sin, men så vet hun ikke hvordan hun kan legge det frem. Dette kan føre til irritasjon og sinne hos sykepleier, og de kan oppleve pasienten som vanskelig, utakknemlig og lite mottakelig for behandling.

Det er som sagt vesentlig at man har empati for pasienten, og at man må forsøke å leve seg inn i hennes situasjon. Men et vesentlig spørsmål her er hvor dypt skal man involvere seg? Hvor går grensen mellom det private og det terapeutiske? Man som sykepleieren kan lett trekkes inn i et tett og nært forhold som går ut over grensene for den profesjonelle funksjon. Det kan lett bli en tendens til uenighet og konflikt som kan oppstå blant personalet. For å unngå å trekkes inn i et for tett og nært forhold med pasienten, som kan gå utover den terapeutiske behandlingen, kan man tilstrebe en ensartet tilnærming til henne (Brodtkorb 2001) Men kan det ikke oppstå en fare for å utvikle en ritualisert og streng praksis preget av paternalisme og formynderi?

Travelbee (Kristoffersen m. fl. 2005) mener at sykepleieren må vise forståelse og at hun bryr seg via holdninger og væremåte. Dette vil ofte medføre bedre mestring av egen

situasjon og etablering av tillitsforhold. Ved å få bekreftelse fra sykepleierne om at de bryr seg fremmer pasientens håp ved at de føler seg anerkjent. Det er her viktig at man hjelper henne til å bygge videre på håpet. I litteraturen står det at man gir pasienten håp ved å fortelle henne at det er mulig å slutte med selvskading. Men er det så enkelt som det? Travelbee mener at håp gjør oss i stand til å overvinne hindringer. Men er det bare å fortelle pasienter som har selvskadet siden barneårene at det er mulig å slutte? Er det ikke vanskelig for dem å tro at det finnes håp når hele livet har vært en stor motbakke?

5.2 Ikke hindre pasienten i å selvskade

Dersom man hindrer en pasient i å selvskade vil dette ha negative konsekvenser for resten av behandlingen. Ved å gjøre dette viser man ikke forståelse for hennes adferd, omsorg og trygghet og ikke minst viser man at man ikke har noen respekt for henne. Hvordan skal man da kunne etablere et menneske- til – menneske- forhold, hvor både respekt, omsorg og trygghet er vesentlige elementer? Ved å hindre henne i å selvskade tar man ikke da fra henne den eneste mestringsstrategien som hun opplever som nyttig? Vil ikke dette kunne føre til at hun skader seg selv i smug og forsøker å dekke til sårene. I en slik situasjon vil det ikke kunne dannes en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Man oppfordres til å vise pasienten respekt og forståelse samtidig som man må utøve omsorg og trygghet. Siden selvskadene adferd strider i mot vårt syn på normal adferd vil dette være krevende og utfordrende. Hvordan skal man kunne vise respekt for noe man mener strider mot det normale?

I følge Gunderson (Jordahl 2003) skal man ivareta pasientens behov for trygghet å hindre henne i skade seg selv. Dersom man skal hindre pasientene i å selvskade må man ta fra henne redskapene og eventuelt ta i bruk fastvakt for å på se at hun ikke skader seg selv. Dersom man skal ha en fastvakt på pasienten, hvordan skal man da kunne opprettholde Travelbees sykepleietenkning om å etablere et menneske- til- menneske- forholdet som baserer seg på tillit og samarbeid? Gundersons teori bryter med Brodtkorbs (2001) tenkning som går ut på at man skal kunne akseptere en del selvskadingen uten å bryte inn. Dette på grunn av at ved å hindre pasienten i å selvskade reduseres hennes autonomi, som igjen vil føre til at den lille selvrespekten hun har vil bli ytterligere redusert. Synet på om kontrolltiltak er hensiktsmessige og effektive er varierende. I følge Pembroke (2006) skal man ikke bruke

tvang så lenge det ikke er fare for liv. På lik linje med Brodtkorb (2001) mener hun at dette kun vil føre til økt frustrasjon og dermed til økt selvskading.

Selvskading har ofte blitt sett på som en måte å prøve å ta sitt eget liv på, og i enkelte tilfeller kan dette også være fakta. Ut fra Møhl (2007) kan man se at personer som regelmessig skader seg har en økt risiko for å ta sitt eget liv. Det kan være fare for dette dersom de ikke føler en lettelse og den indre roen som pleier å komme når de selvskader. Men, hvordan skal sykepleiere som jobber med selvskadere kunne vite når denne risikoen oppstår? I litteraturen er det lagt mye vekt på at man ikke skal hindre pasientene når de selvskader. Som sykepleier ønsker man å hjelpe pasienter som har det vondt. Er det da så rart at noen sykepleiere ønsker å hindre disse pasientene i å skade seg selv om det fører til at de må frata dem deres autonomi? Eller handler dette om at man som sykepleier rett og slett ikke har nok kompetanse når det kommer til selvskading. I Øverland (2006) kommer det frem at ved undervisning om selvskading får sykepleierne enn mer positiv holdning til disse pasientene.

I litteraturen er det ulike meninger når det gjelder selvskaderes anatomiske kunnskaper. Øverland (2006) hevder at de fleste selvskadere vet hvor dypt de kan skjære for ikke å påføre seg alvorlige skader. Han hevder at de fleste selvskadere behandler sårene sine selv, og at det kun er feiltagelser som fører til at de må oppsøke sykehusene for behandling. Dette kan kanskje virke fornuftig, men siden de fleste selvskadere ikke ønsker å fortelle andre om sin selvskading, er det ikke da litt underlig at de skjærer seg for dypt når de har kontroll på hvor dypt de kan skjære? De vet jo godt at de da må på sykehus og at det da er store sjanser for at man vil oppdage selvskadingen. Eller er det kanskje slik at de ikke har så gode kunnskaper på hvor og hvordan de skal skjære seg? Kanskje de kun skjærer seg overfladisk for de er usikre på hvor dypt de kan skjære og at det er i de tilfellene hvor de virkelig trenger å få ut de vonde følelsene at det går galt? Pembroke (2006) har et annet synspunkt enn Øverland når det kommer til dette temaet. Hun mener at selvskadere ikke har nok kunnskap om hvordan og hvor de skal selvskade trygt. Hun mener at man må informere pasientene bedre om hvor de bør kutte slik at de ikke kutter for dypt, men også informere om hvordan man bør skjærer for at arrene skal blir minst mulig synlige. Hun mener videre at ved å informere om dette samt sårstell kan man gjøre selvskading tryggere.

Det kan kanskje være et bra tiltak for enkelte pasienter. Men hva med de pasientene som står i fare for å ta sitt eget liv fordi de ikke får det lettere ved å selvskade. Er ikke dette nesten som å oppfordre til selvmord, eller har dette ikke noe å si siden de nok hadde funnet en annen måte å gjøre dette på uansett? Hvordan skal man kunne vite hvem man skal gi informasjonen til? Uansett hva som blir svaret vil det ikke kunne tilfredsstillende alle. Enkelte kan ha behov for denne kunnskapen siden de kan ta sitt eget liv ved for liten kunnskap om hvor de skal kutte kun for å mestre. Andre kan ta sitt eget liv ved at de har fått for mye kunnskap i forhold til sin tilstand.

Heimark (2004) presiserer at man må vise respekt for pasienten som individ. Dersom man ikke gjør dette og i stede avviser henne er det store sjanser for at de selvskader innen kort tid. Dette er basert på hennes egne erfaringer som selvskader i møte med helsepersonell. Man kan dermed stille spørsmål om hvor vidt hennes synspunkter er representativ for denne gruppen pasienter. Brodtkorbs (2001) studie er basert på intervju med 12 sykepleiere fra 5 institusjoner og fra ulike avdelinger og poster innenfor disse. I denne studien kom hun frem til at dersom sykepleiere møter pasientene med respekt og forståelse vil dette ha god effekt på den selvskadende pasienten slik at hun ikke selvskader i like stor grad som før. Selv om hennes funn er basert på 12 sykepleiere meninger og erfaringer må man stille seg kritisk til om dette er nok til å kunne representere sykepleiere generelt.

6.0 Konklusjon:

Denne perioden vi har jobbet med bacheloroppgaven har vært lærerikt, spennende og interessant. Vi har tilegnet oss mye ny kunnskap om fenomenet selvskading.

Stort sett er det en underliggende psykisk smerte som kan forårsake selvskading, på grunn av traumatiske opplevelser. Man kan gjennom ulike tiltak bidra til å lindre denne smerten som igjen kan forebygge selvskading. Det kommer frem i oppgaven at det er krevende og man blir som sykepleier stilt ovenfor en rekke utfordringer. Man må ha kunnskap og erfaring for å kunne takle de utfordringene selvskadende pasienter byr på. At man er til stede for pasienten og viser at man virkelig viser at man ønsker å være der for pasienten kan være av stor betydning.

Vi kom frem til fem punkter som er vesentlige for å kunne bidra til å unngå ytterligere selvskading. Dersom det oppstår svikt i et av disse punktene vil det føre til at de resterende ikke lar seg utføre i like stor grad. Et eksempel på dette er at dersom man ikke viser forståelse for pasienten og hennes adferd vil det ikke være grunnlag for respekt og en relasjon mellom sykepleier og pasient. Vi kom også frem til at man må ha god kunnskap om selvskading for å kunne yte god behandling.

7.0 Litteraturliste:

- Andersen, I.D. (2000) **Sykepleieprosessen, 1**: Generell sykepleie 2, red. N.J. Kristoffersen, s 11-62. Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Arnold, L. & Magill, A (2005) **Arbeid med selvskading. En praktisk håndbok for behandlere**. Stiftelsen psykiatrisk opplysning, Stavanger
- Dalland, O. (2002) **Metode og oppgaveskriving for studenter**. Gyldendal akademisk, Oslo
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2003) **Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning**. Natur och kultur, Stockholm
- Halvorsen, K. (2002) **Å forske på samfunnet: samfunnsforskningens etiske og juridiske aspekter**. Cappelen akademiske, Oslo
- Hummelvoll, J. K. (2005) **HELT – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse**. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Kristoffersen, L. (2006) **Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode**. Abstrakt forlag as, Oslo
- Jordahl, H. & Repål, A. (2003) **Mestring av psykoser – psykososiale tiltak for pasient, pårørende og nærmiljø**. Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E. (2005) **Grunnleggende sykepleie bind 4**. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.
- Levenkron, S. (1998) **Cutting – understanding and overcoming self – mutilation**. Lion's crown, New York

- Møhl, B. (2007) **At skære smerten bort – en bog om cutting og anden selvskadene adfærd**. PsykiatriFonden, Danmark
- Olsson, H & Sørensen, S. (2003) **Forskningsprosessen – Kvalitative og kvantitative perspektiver**. Gyldendal Akademisk, Oslo
- Slettebø, Å. (2002) **Sykepleie og etikk**. 3. utgave. Oslo, Gyldendal
- Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning (u.å.) **Psykiske sykdommer – behandlingsmetoder**.
Tilgjengelig fra: <http://www.lommelegen.no/php/art.php?id=322731> [Lest 14.02.08]
- Travelbee, J. (1999) **Mellommenneskelige forhold i sykepleie**. Universitetsforlaget, Oslo.
- Wallroth, P. & Åkerlund, S. (2002) **Hål i huden – flickor som skär sig**. Norstedts tryckeri, Stockholm
- Walsh, B. W. (2006) **Treating Self-injury – a practical guide**. The Guilford Press, New York.
- Øverland, S. (2006) **Selvskadingen - en praktisk tilnærming**. Fagbokforlaget, Bergen

ARTIKLER:

- Beasley, S. (2000) Deliberate self harm in medium security. **Nursing Management**, vol 6, nr, 8, s.29-33.
Tilgjengelig fra: ProQuest Medical Library [lest 04.03.08]

- Brodtkorb, K. (2001) Selvskading og sykepleie- hvordan kan sykepleie hemme og/ eller fremme regresjon hos pasienter som skader seg selv? **Vård i Norden**, nr 2, s. 11-15.
- Heimark, I. (2004) Selvskading – å leve med meg selv og andre. **Tidsskrift for psykisk helsearbeid**, vol. 1, nr 3, s. 49-56.
- Pembroke, L. (2006) Limiting self harm. **Emergency Nurse**, vol. 14, nr 5, s. 8-10.
- Rovik, A. M. (2005) Selvskading og miljøterapi- miljøterapeutiske utfordringer ved selvskadende atferd. **Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning**, vol 7, nr 2, s. 15-27.
- Rovik, A. M. (2007) Selvskading og miljøterapi – en teoretisk analyse av miljøterapeutiske utfordringer ved selvskading. **Vård i Norden**, nr 2, s. 35-40.
- Sneltvedt, T. (2004) Å være i en relasjon der en opplever en annens smerte. **Vård i Norden**, vol 24, nr 4, s. 36-40.
- Starr, D. L. (2004) Understanding those who self-mutilate. **Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services**, vol. 42, nr 6, s. 32-9.
Tilgjengelig fra: ProQuest [lest 04.03.08]
- Ystgaard, M., Reinholdt, N. P., Husby, J. & Mehulm, L. (2003) Villet egenskade blant ungdom. **Tidsskrift for Den Norske lægeforening**, nr 16, s 2241-2246.
- Åkermann, S. (2005) **Sebrapiken**. Humanist Forlag, Oslo