



Høgskolen i Hedmark

Pasientens opplevelse av selvskade i tilknytning til kronisk suicidalitet og mulighet til mestring i akuttpsykiatrisk avdeling

The patient's experience of self-harm in relation to chronic suicidality and ability to cope in an acute psychiatric unit



Illustrasjonsfoto: Lise Hetland & Dag Raugstad

Trude Bjørnstad

2012

Masteroppgave, Master of Mental Health Care, MMHC
Avdeling for helse og idrettsfag

Elverum

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Forord

Alt har en begynnelse, og alt har en ende. Akkurat nå opplever jeg det som å være ved enden og ved begynnelsen. Arbeidet med oppgaven er ved enden og kunnskapen i oppgaven er ved begynnelsen. Arbeidet har vært tidkrevende, slitsomt og frustrerende, og givende stimulerende og påfyllende. Da jeg mot sluttet av oppgaven et øyeblikk undret over hva som motiverte meg i prosessen, gav svaret seg fort: Det er temaet i seg selv som har drevet arbeidet fremover og så som gjør at jeg nå er ved sluttet, og ved begynnelsen.

Det er mange som har bidratt til at jeg har kunnet gjennomføre denne oppgaven. Jeg vil først få takke min fantastiske familie som i perioder har "listet seg på tå" for at jeg skulle kunne holde på med mitt. Takk for forståelse og støtte, og for at dere hjalp meg igjennom. Takk til Jo som leste korrektur og som kom med te og klem når jeg trengte det. Takk også for din gode tålmodighet gjennom hele prosessen. Jeg vil takke mine kollegaer ved Mottaksseksjonen som har bidratt med gode diskusjoner, støtte og undringer og Annette Hoem som har lagt arbeidsdagen min til rette slik at studiet ble mulig å gjennomføre. Jeg vil også få takke alle rundt meg som på sin måte har gjort gjennomføring av studiet og oppgaven mulig.

Jeg vil rette en spesiell takk til Lise Hetland og Dag Raugstad (www.liseliten.com) for at jeg fikk bruke deres foto på forsiden til denne oppgaven. Fotoet speiler oppgaven på en strålende måte og bringer en god dimensjon inn i presentasjonen.

Og til sist, min veileder Erna Lassenius. Med dine undringer, faglige innspill og kloke ord har du veiledet og motiverte meg, og selv om du kanskje ikke vet det hjalp du meg til å holde ut til siste punktum - TAKK.

Trude Bjørnstad
Lier, januar 2012

Innhold

FORORD	2
INNHold	3
1. INNLEDNING	6
2. BAKGRUNN	7
2.1 KORT BESKRIVELSE AV AKUTTPSYKIATRISK BEHANDLING DE SIST DESENNIENE	7
2.1.1 <i>Terapeutisk miljø</i>	8
2.1.2 <i>Kronisk suicidalitet</i>	9
2.1.3 <i>Selvskading</i>	10
2.1.4 <i>Selvskading i tilknytning til kronisk suicidalitet</i>	11
2.1.5 <i>Mestring</i>	11
2.2 TIDLIGERE FORSKNING.....	12
2.2.1 <i>Forskning på selvskading, kronisk suicidalitet og mestring</i>	12
2.2.2 <i>Forskning på terapeutisk miljø</i>	14
2.3 PROBLEMPRESISERING OG STUDIENS HENSIKT	15
3. SYKEPLEIETEORETISK FORANKRING	16
3.1 VALG AV STUDIENS SYKEPLEIETEORETISKE FORANKRING	16
3.2 PATRICIA BENNER OG JUDITH WRUBELS OMSORGSTEORI.....	17
3.2.1 <i>Person</i>	18
3.2.2 <i>Kontekst</i>	18
3.2.3 <i>Symptom</i>	19
3.2.4 <i>Stress og mestring</i>	20
3.2.5 <i>Helse</i>	20
4. METODE OG MATERIALE	22
4.1 Å FORSTÅ DET UFORSTÅELIGE – OM STUDIENS KUNNSKAPSSYN	22

4.2	VALG AV METODE	23
4.3	VALG AV MATERIALE	24
4.3.1	<i>Skjønnlitteratur - som utgangspunkt for å forstå</i>	24
4.3.2	<i>Valg og presentasjon av tekstmateriale</i>	26
4.4	ETISKE BETRAKNINGER	27
4.5	GJENNOMFØRING AV ANALYSEN	29
4.5.1	<i>Bearbeiding av studiens materiale</i>	29
5.	PRESENTASJON AV FUNN	31
5.1	INDRE DIALOG OG SELVFORSTÅELSE – <i>VI FIKK ALLTID NOK MAT, MEN JEG VAR LIKE TYNN</i>	32
5.1.1	<i>Ensomhet</i>	32
5.1.2	<i>Ufrihet</i>	34
5.1.3	<i>Lengsel</i>	35
5.2	NÅR ANDRE TAR OVER – <i>DE BÆRER MEG NED</i>	37
5.2.1	<i>Makt</i>	37
5.2.2	<i>Avmakt</i>	38
5.3	HVORDAN MESTRES VANSKELIGE EMOSJONER – <i>JEG DRIKKER SJAMPO</i>	40
5.3.1	<i>Kommunikasjon</i>	40
5.3.2	<i>Adferd</i>	42
5.4	HVORDAN FREMME MESTRING – <i>PLUTSELIG TRODDE JEG</i>	44
5.4.1	<i>Tålmod</i>	44
5.4.2	<i>Tillit</i>	46
5.4.3	<i>Håp</i>	47
6.	DRØFTING	49
6.1	DRØFTING AV STUDIENS METODE.....	49

6.1.1	<i>Studiens pålitelighet (trustworthiness)</i>	51
6.1.2	<i>Etisk forsvarlighet</i>	55
6.2	DRØFTING AV STUDIENS FUNN	55
6.2.1	<i>Hvordan oppleves det å leve med selvskading i tilknytning til kronisk suicidalitet? ..</i>	55
6.2.2	<i>Hvordan kan et terapeutisk miljø fremme pasientens mulighet for mestring?</i>	64
6.3	AVSLUTNINGEN OG VEIEN VIDERE	68
7.	LITTERATURLISTE	69
	VEDLEGG	72
	NORSK SAMMENDRAG	76
	ENGELSK SAMMENDRAG (ABSTRACT)	77

Figurliste

Figur 1: Sammenheng mellom Kontekst og Stress – Symptom – Mestring	19
Figur 2: Datasamling – utvelgelse av studiens materiale	21
Figur 3: Hovedpersonens Stress-Symptom-Mestringsprosess	60
Figur 4: Stress – symptom – mestring i et terapeutisk miljø	67

Tabell liste

Tabell 1: Bearbeiding av studiens data	30
Tabell 2: Eksempel på abstrahering av studiens materiale i forhold til tema: Når andre tar over	31

Antall ord: 24 492

1. Innledning

Utgangspunktet for denne studien er et tema som engasjerer meg i min arbeidshverdag. Jeg hadde en tid reflektert over behandlingstilbud til personer med lidelser knyttet til selvskading og kronisk suicidalitet. Min undring var: Finnes det et forbedringspotensial i det miljøterapeutiske behandlingstilbudet til pasienter med selvskading og kronisk suicidalitet i akuttpsykiatrisk døgnenhet, og hvordan kan sykepleier best legge til rette for et terapeutisk miljø med hensyn på mestring? Min erfaring med villet egenskade er basert på mitt daglige arbeid som sykepleier i en akuttpsykiatrisk døgnavdeling. I enheter tilsvarende min får fenomenet villet egenskade ofte en diagnostisk betegnelse, suicidalitet eller tanker/ planer om suicid. Pasienten avkrefter ofte suicidal intensjon ved ankomst til enheten. Egenskaden knyttes heller til en emosjonell smerte som oppleves uhåndterbar, og selvpåført smerte er den ”beste” måten å mestre denne emosjonen på.

Samhandling med selvskadende pasienter kan være utfordrende for den som ønsker å hjelpe fordi deres valg av løsning kan oppleves meningsløse. Det kan være vanskelig å forstå at ”jeg må skjære meg for å beskytte meg”, og det kan oppleves infantilt å intoksikere seg fordi kjæresten har gjort det slutt. Grunntonen i sykepleie til denne gruppen kan oppleves som belærende og paterikalsk. Samhandlingen kan bli en kamp som begge parter vil vinne og hvor begge til slutt taper. Relasjonen må tuftes på forståelse, og sykepleieren har et ansvar for å søke denne forståelsen. Jeg tror forståelse oppnås gjennom samhandling hvor gjensidighet, vitebegjær og faglig kompetanse er essensielle bestanddeler. For pasienten gir selvskading en umiddelbar effekt ved at smerten reduseres eller ved at skading leder til omsorg. Effekten er imidlertid kortvarig og en hasardiøs handling, avstanden mellom liv å død kan være kort. Slik jeg ser det er sykepleierens viktigste oppgave er å holde ut smerten sammen med pasienten, søke andre mestringsstrategier og bevare håpet. Nettopp fordi fenomenet er ubegripelig må det begripes, og når det begripes kan mening skapes.

Jeg antar at pasienter som selvskader er i behov av noe spesielt når det gjelder akutt innleggelse i psykiatrisk institusjon. Jeg er imidlertid usikker på hva dette spesielle er. Det er beskrevet at behandlingen må ha et mål – være rettet mot noe. Denne intensjonaliteten bør være felles for hele behandlingsteamet, inkludert pasienten. Uten et felles og kommunisert mål blir behandlingen uten forankring, og savnes forankring kan veien oppleves som utrygg, nytteløs og sågar meningsløs.

2. Bakgrunn

I dette kapitlet presenteres begreper som har betydning for gjennomføringen av denne studien. Akuttpsykiatrisk døgnbehandling er konteksten for studiens tema, og jeg har derfor valgt å gi en kort beskrivelse av utviklingen innenfor dette feltet de siste ti-årene. Studiens sentrale begrep vil deretter bli belyst for å vise hvilken forståelseshorisont studien er tuftet på. Forarbeidet til denne studien avdekket mangler i forhold til denne studiens tema, og det fikk betydning for valg av metode. Det vil kort bli redegjort for hvilke artikler, knyttet til tema, som er brukt i studien og hvilke mangler som ble tydelige gjennom denne prosessen. Kapitlet avsluttes med problempresisering og studiens hensikt.

2.1 Kort beskrivelse av akuttpsykiatrisk behandling de siste desenniene

Utviklingen innen psykisk helsearbeid i Norge de siste 20 årene har gått imot at langsiktig behandling i hovedsak skal foregå på lokalt nivå i pasientens tilhørende kommune (bydel), og i form av mest mulig poliklinisk behandling og dagtilbud. Dette har ført til en mer spesialisert akuttpsykiatri. Behandlingsmålet per tid synes å være diagnostisering, utredning, medisiner og stabilisering slik at pasienten er i stand til å motta behandling på et lavere nivå (Hjort & Ruud, 2006).

I SINTEF's rapport (2006) kom det frem at det har skjedd en endring også i forhold til innholdet i akuttpsykiatrisk behandling. Tidligere hadde behandlingen mer en psykodynamisk karakter, i dag er det de kognitive behandlingsformene som gjør seg gjeldende. Denne dreiningen har antakelig sammenheng med behandlingsmålet: stabilisering. Det har de siste 20 årene vært en klar biologisk dreining i akuttpsykiatrisk behandling. I dag har man tro på en biologisk årsak til psykiske lidelser, i motsetning til tidligere hvor psykisk lidelse var resultat av miljø.

Tanken om korte opphold i akuttpsykiatrisk avdeling henger sammen med troen på at korte brudd i sosiale relasjoner, både profesjonelle og private, er å foretrekke fremfor lange avbrudd fra sitt vanlige liv med institusjonsopphold på flere måneder og år. Kritikken som rettes mot akuttpsykiatrien i Norge i dag er først og fremst at den innholdsmessig er for

dårlig beskrevet (Hjort & Ruud, 2006). Behandlingsmålet er definert som for eksempel stabilisering, men hva er stabil, når er man stabil og hvem definerer at målet er nådd?

Ettersom det er langt flere som overlever gjentatte selvmordsforsøk enn som dør, er det rimelig å anta at adferden, kronisk suicidalitet, kan være noe annet enn et ønske om døden som noe endelig (Oldham, 2006).

2.1.1 Terapeutisk miljø

Et terapeutisk miljø er den beviste samhandlingsinteraksjonen mellom pasienter og miljøbehandlere i en psykiatrisk døgnavdeling. Det er noe utover impulsiv kommunikasjon og noe mer enn tilfeldig hverdagsprat. Et terapeutisk miljø kan allikevel være en arena for bevisst og målrettet kommunikasjon om hverdagslige ting. Målet med et terapeutisk miljø er å gi mulighet til læring, mestring, og personlig ansvar (Jordahl & Repål, 1999). Miljøterapi kan deles opp i tre nivåer (Fredheim, 2009): *Nivå 1*; evne til å mestre hverdagslig samhandling, *nivå 2*; evne til å delta i meningsutveksling og diskusjoner, og *nivå 3*; evne til å kommunisere vanskelige følelser og problemer. For å ivareta de dynamiske prosessene i miljøterapien stilles det helst spesielle krav til miljøet: *”miljøet skal muliggjøre at pasientens feiltolkninger av virkeligheten korrigeres, at angsten minker, at selvbildet blir bedre og selvinnsikten øker”* (Fredheim, 2009, s. 162).

Lorentzen, B (2005) sier følgende om terapeutisk miljø:

Målet er ikke nødvendigvis å forhindre all aggressiv atferd, men å forstå atferden som et mer eller mindre klart uttrykk for et budskap. Gjennom en målrettet bruk av strukturerte datainnsamlingsmetoder, sammen med kontinuerlig kompetanseutvikling i form av opplæring og veiledning av personalgruppen i forhold til målsetningen og behandlingssideologi, er det mulig å møte utfordrende atferd terapeutisk.

Miljøterapi er sykepleiers verktøy, og således er det sykepleiers oppgave å legge til rette for at pasienten gis mulighet for vekst og mestring gjennom en positiv relasjonserfaring (Veisten, Granerud, Hummelvoll, & Nysveen, 2008). Et terapeutisk miljø forutsetter høy grad av kompetanse og forståelse, gode verdier og holdninger, at personalet har rom og styrke i møte med følelsesuttrykket og evne til å opprettholde struktur (Takle, 2008).

Lassenius (2005) belyser i sin doktorgradsavhandling: ”Rummet i vårdandets värld”, omsorgsmiljøet ved hjelp av metaforer. Hun bruker Allmenningen som metafor for det ideelle og gode omsorgsrommet. Et omsorgsmiljø som kjennetegnes av Allmenningens kvaliteter, binder sammen det allmenne og det personlige slik at det individuelle i relasjonen får tre frem. Dette bør være idealet i et terapeutisk miljø. Dersom læring, mestring og personlig ansvar er hensikten med et terapeutisk miljø, må den terapeutiske relasjonen tuftes på formell kompetanse, erfaringskompetanse og brukerkompetanse.

Detta sammanhänger sannolikt med att det inte är det ena eller det andra som är meningsbärande, utan att meningen ligger i själva samspelet mellan dem (Lassenius, s. 108).

Terapeutisk miljø i tilknytning til kronisk suicidalitet er spesielt krevende. Det er en allmenn oppfatning at dette er en vanskelig gruppe å møte i terapeutisk sammenheng (Wilstrand, Lindgren, Gilje, & Olofsson, 2007), likevel skal grunntonen være som beskrevet over. Målet for det terapeutiske miljøet er å fremme pasientens mestring.

2.1.2 Kronisk suicidalitet

Studien benytter begrepet kronisk suicidalitet fordi dette syntes å være det formelle begrepet og benyttes i blant annet Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (Shdir, 2008) Som begrep er kronisk suicidalitet omdiskutert fordi kronisk forbindes med et livslangt forløp, uten mulighet for helbredelse. I *Store Norske leksikon* (1986) heter det imidlertid om begrepet kronisk:

”..langvarig, brukes i medisinen om sykdommer med et langtrukket forløp, motsatt de akutte, raskt forbigående syk dommer. I praksis setter man ofte skillemerket mellom en akutt og kronisk sykdom ved et halvt år. Kronisk er ikke ensbetydende med uhelbredelig. Riktignok er mange kroniske sykdommer livsvarige, men andre er fullt helbredelige på lang sikt.”

Kroniske suicidalitet rommer i denne oppgaven noe utover det medisinske og deterministiske begrepet. Kronisk suicidalitet kan ses som noe eksistensielt i et menneskets væren. Pasienter med denne lidelsen opplever særlige utfordringer i forhold til tomhet, kjedsomhet og frykt for ensomhet (Hummelvoll, Jensen, Dahl, & Olsen, 2004). Å kunne

velge å dø blir en forutsetning for å leve, og døden blir den udiskutable løsningen når livet blir uhåndterlig (Petrie, 2007). Muligheten til å velge å dø blir et forsvar mot den levende verden (Paris, 2007). Det som for de fleste av oss oppleves som det ultimate dialektiske spørsmål, leve eller dø, oppleves som en imperativ handling uten valg og uten mulighet til å påvirke. *This reaction was spontaneous and not something I chose* (Williams, 1998).

Som fagperson kan man diskutere intensjonen bak den suicidal handlingen ettersom det er flere som overlever enn som dør som følge av repeterende suicidforsøk (Oldham, 2006). Dette er hvorfor man tidligere anså disse handlingene som oppmerksomhetssøkende, kalkulerte og infantile. Man glemte smerten pasientene lever med og registrerte kun kynisk selve handlingen (Aviram, Brodsky, & Stanley, 2006; Oldham, 2006).

Det er beskrevet utfordringer i behandlingen av pasienter med kronisk suicidalitet: ”Hovedutfordringen i behandling av pasienter med kronisk suicidalitet, er at selvmordsrisikoen er forhøyet på lang sikt, samtidig som pasientenes grunnleggende problemer også er av langvarig natur” (Shdir, 2008, s. 25). Ved repeterende adferd i forhold til kommuniserte tanker og planer om suicid er det det profesjonelle nettverket rundt pasienten som til en hver tid må vurdere den akutte faren i forhold til suicid. (Paris, 2002; Ramberg & Stanley, 2008).

Ved repeterende suicidal handlinger, med for eksempel medikamentoverdose, er det i forskning observert at pasienten ofte har tatt kontakt med noen enten før handlingen eller umiddelbart etterpå, eller også at hjelpen er umiddelbart tilgjengelig, enten i samme rom/hus, eller allerede på vei (Paris, 2002). Dette rapporteres ved innleggelse som en suicidal handling, og pasienten beskriver det også som et forsøk på å dø. Faglig kan man likevel diskutere om slike episoder har mer en selvskadings karakter.

2.1.3 Selvskading

I forbindelse med innleggelser i akuttpsykiatrisk døgnetenhet får ofte adferden selvskading benevnelsen suicidalitet.. Selvskading blir, i likhet med repeterende suicidforsøk, på folkemunne fremdeles referert til som et ønske om oppmerksomhet (Aviram, et al., 2006). Forskning har imidlertid vist at dette fenomenet har flere uttrykk, og oppmerksomhet kommer på nest siste plass når pasientene selv rapporterer (Madge, et al., 2008). I

forbindelse med en europeisk multisenterundersøkelse, ble det utarbeidet følgende definisjon på villet egenskade (Sommerfeldt & Skårderud, 2009, s. 755):

Dette er betegnelsen på en handling som ikke endte med døden, hvor individet med vilje gjorde en eller flere av følgende: initierte atferd (f.eks. kuttet seg selv, hoppet fra en høyde) i den hensikt å skade seg selv, tok medikamenter i en mengde utover det som er foreskrevet eller som er vanlig anerkjent dose, tok illegale stoffer/narkotika i den hensikt å skade seg selv, svelget et ikke-fordøyelig stoff eller gjenstand

Selvskading kan, i likhet med kronisk suicidalitet, tolkes som mestring av situasjoner, emosjoner og opplevelser (Linehan, 1993; Skegg, 2005). Opplevelsen som leder til selvskading blir beskrevet som tiltakende indre spenninger med påfølgende tanker og/eller planer om å skade seg. Følelsene blir på et tidspunkt så overveldende at pasienten ikke ønsker eller kan stå imot, og gir seg skadingen i vold (Stanley, Gameroff, Michalsen, & Mann, 2001).

2.1.4 Selvskading i tilknytning til kronisk suicidalitet

Selvskading er som adferd noe annet enn kronisk suicidalitet, og kronisk suicidalitet er noe annet enn akutt suicidalitet. Disse fenomenene er likevel tidvis vanskelig å skille fra hverandre, og tilstedeværelsen av suicidal intensjon må stadig vurderes og tas på alvor (Mehlum & Holseth, 2009; Paris, 2007; Skegg, 2005; Sommerfeldt & Skårderud, 2009). På tross av dette er adferden (selvskade og suicidalitet) ofte diskutert sammen og i tilknytning til hverandre (Paris, 2002, 2007; Sommerfeldt & Skårderud, 2009). Behandlingen må være rettet mot adferden og det som gir mening for pasienten og pasientens lidelse (Linehan, 1993; Paris, 2007). I denne oppgaven er adferden flettet sammen og presentert som selvskading i tilknytning til kronisk suicidalitet.

2.1.5 Mestring

Mestring er å forstå som håndtering av situasjoner og episoder i livet og begrepet har ulike forklaringsmodeller. Mestring kan vurderes i seg selv ut ifra hvorvidt strategiene er hensiktsmessige, eller mestring kan forklares som en rekke faktorer som leder til mestring (Renolen, 2008). En tredje forklaring er å se mestring i forhold til stress og forstå det som en

gjensidig og dynamisk prosess. Mestring oppleves da som en prosess hvor personen veksler mellom ulike mestringsstrategier (ibid). Mestringens hovedfunksjon er å håndtere lidelsen som forårsaker ubehaget og å regulere følelsene (Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986). Når ubehaget håndteres og reguleres gjennom selvskading og kronisk suicidalitet, blir mestringen i seg selv en katalysator som forsterker symptomene og opprettholder/forsterker lidelsen.

2.2 Tidligere forskning

I dette kapitlet blir forskning som på ulik måte har hatt betydning for hvordan denne studien besvarer sitt forskningsspørsmål introdusert. Forskningen vist nedenfor vil bli brukt som utgangspunkt, sammen med studiens teoretiske referanseramme, i drøftingen av denne studien. Gjennom forarbeidene til denne studien ble det avdekket at det var publisert få vitenskapelige artikler knyttet til denne studiens tema, og det gjør temaet enda mer interessant med tanke på kunnskapsutvikling.

2.2.1 Forskning på selvskading, kronisk suicidalitet og mestring

Det viste seg vanskelig å finne forskning knyttet til mitt tema og det er mulig at dette har sammenheng med at det er konsensus i fagmiljøet at denne lidelsen behandles best utenfor akuttpsykiatriske rammer (NICE, 2009; Paris, 2004, 2007; Shdir, 2008; Warm, Murray, & Fox, 2003). Artikkelen til Williams (1998) viser også at det fra et brukerperspektiv er usikkerhet knyttet til effekten av innleggelse i akuttpsykiatrisk avdeling.

Paris (2004) var en av de første artiklene som fanget min oppmerksomhet simpelt hen på grunn av tittelen. Artikkelen er utformet som et review og undersøker empirisk og klinisk litteratur knyttet til kronisk suicidalitet i forbindelse med borderline personlighetsforstyrrelse. I artikkelen skiller han mellom akutt- og kronisk suicidalitet og han konkluderer med at kronisk suicidalitet må forstås ut ifra pasientens indre verden og at terapi bør fokusere på smerten som ligger bak den suicidale handlingen. Han poengterer også nødvendigheten av å utarbeide mål for behandlingen, men da knyttet opp til poliklinisk behandling over tid.

Artikkelen til Holm & Severinsson (2009) tar utgangspunkt i hvordan søke ny forståelse av seg selv gjennom tilgivelse og forsoning. Studien har en hermeneutisk tilnærming og tar utgangspunkt i 13 informanter med ulike opplevelser knyttet til traumatisk barndom. Studien konkluderer med at ny forståelse kan gi styrke til å undersøke egne hemmeligheter – indre liv. Ny forståelse vil også hjelpe i forhold til å utvikle en empatisk forståelse av seg selv knyttet til tidligere og aktuelle relasjoner (s. 567). I artikkelen Holm & Severinsson (2010) er hensikten knyttet til å undersøke og tolke kvinners lengsel etter å overleve emosjonell smerte knyttet til selvskade. Studien har et hermeneutisk design og tar utgangspunkt i 13 informanter. I studien bekreftes det at forsoning også er knyttet til mestring hva angår selvskading. Studien konkluderer med at selvskade leder til emosjonell lindring og er flukt fra uønskede emosjoner, tanker og/eller stressende situasjoner.

Artikkelen til Mehlum & Holseth (2009) har et behandlerperspektiv på fenomenet selvskade. Dette er en oversiktsartikkel basert på ikke-systematisk litteratursøk i PubMed og forfatterens kliniske og forskningsmessige erfaring. Hensikten er å beskrive ulike behandlingstilnæringer. De beskriver hvilken betydning holdninger har i forhold til relasjonen. Sommerfeldt og Skårderud (2009) undersøker i sin artikkel selvskading som klinisk fenomen med fenomenologiske beskrivelser. Materialet er samlet inn gjennom ikke-systematisk litteratursøk, samt forfatterens egne litteraturarkiv. Oversiktsartikkelen konkluderer med behov for økt kompetanse i helsetjenesten for gjennom kompetanse å etablere virksomme møter. Artikkelen anerkjenner også at selvskadingen har et subjektivt innhold (s. 757).

Warm et al. (2003) ønsker med sin studie å undersøke i hvilken grad tanker omkring selvskading sammenfaller innenfor et bredt utvalg personer som selvskader. Studien er gjennomført som en kvantitativ studie med 243 respondenter. De konkluderer med at selvskading er en form for mestring og en måte å bevare kontroll. Det viktigste behandlingsaspektet i studien var forståelsen av at personer som selvskader ikke skal stoppes og at lidelsen ikke skal behandles i døgnavdeling (s. 77). Det blir også understreket at ingen av svaralternativene i undersøkelsen oppnådde 100 % og at det reflekterer at selvskading har en individuell og subjektiv betydning i den enkelte.

2.2.2 Forsking på terapeutisk miljø

I denne studien er Vatnes begrep *anerkjennelse* knyttet til det terapeutiske miljøet. Hun sier i boken sin: *Korrigere og anerkjenne* (Vatne, 2006), hva begrepet er, og hva det ikke er. Hun belyser også makt knyttet til psykisk helsearbeid og hvordan det virker inn på relasjonen. I artikkelen til Vatne & Hoem (2008) beskriver forfatterne en studie hvor hensikten var å utvikle miljøterapeutenes anerkjennende kommunikasjon i relasjon til pasienter. Studiens materiale ble samlet inn i reflekterende team med åtte deltakere (helsearbeidere) fra en psykiatrisk enhet. Studien konkluderer ikke, men viser at resultatene trekker i retning av at fokus på terapeutisk innhold i sykepleier – pasient relasjonen og et miljø tuftet på anerkjennelse vil være viktige bidrag inn i det terapeutiske miljøet. Anerkjennelse er et verktøy hvis hensikt er å positivt forsterke fungerende-, og stimulere til ny mestring, og på den måten fungerer de begge som solen i Æsops fabel – Vinden og Sola.

Lassenius (2005) doktoravhandling hadde til hensikt å utvikle kunnskap om “rommets” substans i lys av menneskets sjelelige helse og lidelse. Med rommet referer hun i studien til noe utover det materielle, og heller det abstrakte rommet som en eksistensiell og ontologisk størrelse (s. 1). Lassenius redegjør for kvalitetene i de ulike rommene og fremhever Allmenningen som det ideelle terapeutiske miljø som har kvalitetene: Forutsetningsløst, kravløst og meningsfullt på tross av at det også potensielt inneholder meningsløs romslighet (s. 194).

Felles for alle artiklene beskrevet i dette kapitlet er at de alle har en forståelse av selvskading og kronisk suicidalitet som fenomener knyttet til indre liv – tanker og følelser. Artiklene har også en felles forståelse av at psykoterapi er en god behandlingsform knyttet til denne lidelsen. Artiklene har forskjellige perspektiver: Behandlerperspektiv og pasientperspektiv. Ingen av artiklene har et sykepleieperspektiv knyttet til miljøterapi eller miljøbehandlerperspektiv, og ingen av artiklene er direkte knyttet opp til akuttpsykiatrisk døgnbehandling.

Det ble gjennom søk i databaser avdekket artikler knyttet til sykepleiers emosjonelle utfordringer i møte med pasienter som strever med selvskading og kronisk suicidalitet, men dette har ikke vært relevant for denne oppgaven. Det har ikke latt seg gjøre å finne artikler som argumenterer for akutte innleggelse i psykiatrisk avdeling. Det er imidlertid forskning som viser at korte, planlagte opphold i psykiatrisk døgninstitusjon kan ha positiv innvirkning

på opplevelse av mestring. Det er også erfart at langvarig og målrettede opphold i psykiatrisk døgninstitusjon kan fremme mestring. Dette er imidlertid ikke relevant for denne avhandlingen.

2.3 Problempresisering og studiens hensikt

Ettersom det de siste ti-årene har vært en endring i forståelsen av akuttpsykiatrisk behandling, og fordi det har vært lite sykepleieforskning på denne studiens tema, har målet om “best practice” og evidensbasert sykepleie til gruppen pasienter med lidelse knyttet til selvskading og kronisk suicidalitet vært problematisk. Den generelle kritikken av akuttpsykiatrisk behandling, at behandlingen er innholdsmessig for dårlig beskrevet (se ovenfor), rammer også behandlingstilbudet til pasienter som strever med selvskading / kronisk suicidalitet. Behandlingen kan dermed gi inntrykk av å være basert på intuisjon og magefølelse og det kan igjen oppleves forstyrrende i forhold til den terapeutiske relasjonen og det terapeutiske miljøet.

Å undersøke opplevelse knyttet til å leve med selvskading og kronisk suicidalitet har vært ett av forskningstemaene i denne studien. Et annet tema har vært å knytte selvskading og suicidalitet til en spesifikk kontekst, nemlig akuttpsykiatrisk døgnenhet. Til sist har det vært et ønske å undersøke hvilke kvaliteter i det terapeutiske miljøet som fremmer mestring av psykisk uhelse.

På bakgrunn av dette har denne studien til hensikt:

Å belyse pasientens opplevelse av selvskading i tilknytning til kronisk suicidalitet og hvordan et terapeutisk miljø i en akuttpsykiatrisk avdeling kan fremme pasientens mulighet for mestring.

3. Sykepleieteoretisk forankring

I dette kapitlet vil studiens sykepleieteoretiske forankring bli presentert. Studiens hensikt ble retningsgivende for valg av sykepleieteori, og dette blir vist i kapitlets første avsnitt. Deretter vil valgte sykepleieteori bli referert til med hensyn på denne studiens sentrale begrep, med et særlig fokus på terapeutisk miljø i akuttpsykiatrisk døgnenhet. Studiens sykepleieteoretiske forankring vil bli brukt som utgangspunkt for drøfting av studiens funn.

3.1 Valg av studiens sykepleieteoretiske forankring

Kritisk–normativ vitenskap erkjenner kunnskap som en subjektiv størrelse. Til tross for at denne vitenskapelige retningen skiller mellom kritisk–objektiv tilnærming og normative betraktninger unnlater den ikke å ta stilling til subjektive variabler som vesentlig/uvesentlig og godt/vondt. Kritisk normativ kunnskap søker å være bevist med hensyn til balanse mellom objektiv vitenskap og normative idealer for derigjennom å forbedre praksis. (Kirkevold, 2002).

En etisk forsvarlig og faglig god praksisendring innebærer både normative, deskriptive og forklarende elementer. Derfor må teoriutviklingen inngå i et kontinuerlig dialektisk forhold, der normative og deskriptive betraktninger settes opp mot hverandre og kritisk utforsker hverandre (Kirkevold, 2002, s. 16).

Ettersom denne studien springer ut fra en klinisk forankring var det ønskelig å søke sykepleieteori som kunne møte studiens praksisnære kvalitet. Sykepleieteoretikerne Patricia Benner og Judith Wrubel (2008) beskriver i sin teori hvordan sykepleieteori og -praksis sammen danner grunnlaget for utøvelse av sykepleie. De går så langt som å si at praktisk kunnskap er viktigere enn teoretisk kunnskap med hensyn på å utvikle ekspertkunnskap.

... kunnskap er skadelig hvis den skilles fra omsorg, ... og menneskelig eksistens krever omsorg og omsorgspraksis (Konsmo, 1995, s. 206).

Teoretisk kunnskap er likevel nødvendig, mener de, fordi: ... *ekspertutøveren ikke alltid har vært ekspert* (Benner & Wrubel, 2008, s. 43). Benner og Wrubel redegjør for begrepet omsorg som de mener er grunnleggende i alle mennesker, og opplevelsen av dette begrepet

får også konsekvenser for synet på mennesket, forståelse av pasienter og utøvelse av sykepleie (Kirkevold, 1992).

Sykepleiens overordnede mål er i følge Benner og Wrubel (2008) å hjelpe og å styrke den andre til å leve ut det den bryr seg om, er opptatt av, er interessert i, og som den er involvert i. Når psykisk lidelse hindrer en person i å være deltaker i egen kontekst og eget liv, fordi symptomene er uhåndterlige, er det sykepleiers oppgave å belyse ny mestring slik at den andre igjen kan være i livet sitt (Kirkevold, 1992). Selvskading, kronisk suicidalitet og innleggelse i psykiatrisk avdeling kan være et uttrykk for uhåndterlig lidelse, og at eksisterende mestring i forhold til lidelsen ikke er tilstrekkelig. I et terapeutisk miljø i en akuttpsykiatrisk avdeling er konteksten rettet mot samhandling, veiledning og læring (Jordahl & Repål, 1999). Sykepleier og pasient kan sammen skape en mening, og sammen kan de utvikle ny mestring, slik at pasienten utvikler sin selvforståelse, bakgrunnsforståelse og kroppslige intelligens. Pasienten blir igjen aktiv deltaker i egen verden (Benner & Wrubel, 2008).

3.2 Patricia Benner og Judith Wrubels omsorgsteori

Benner og Wrubels omsorgsteori (2008) tar utgangspunkt i Heideggers fenomenologiske verdensforståelse. Deres teori har omsorg som teoriens hovedkomponent og de mener omsorg er fundamentalt for alt menneskelig liv og for sykepleie som tjeneste (Kirkevold, 1992). Benner og Wrubel har en fenomenologisk tilnærming til faget sykepleie og sentralt i deres teori er også syn på menneske, forståelse av pasienten og utøvelse av sykepleiefaget (Kirkevold, 1992). Dette er kvaliteter som gjør denne teorien spesielt godt egnet i forhold til denne studiens hensikt, nemlig å belyse pasientens opplevelse av selvskading i tilknytning til kronisk suicidalitet, og hvordan et terapeutisk miljø kan fremme mestring.

Begrepene; kronisk suicidalitet i tilknytning til selvskading, terapeutisk miljø og mestring vil i denne oppgavens drøfting bli belyst i forhold til Benner og Wrubels teori og for å klargjøre disse begrepene vil det i det følgende bli presentert sentrale elementer fra deres omsorgsteori.

3.2.1 Person

Benner og Wrubels forståelse av mennesket tar utgangspunkt i Heideggers fenomenologi og de benytter Heideggers begrep; person (Benner & Wrubel, 2008). De fremhever at mennesket lever i verden og forholder seg til verden på en meningsfull måte. Mennesket er alltid i en meningsfull kontekst, og er i stand til å forstå meningen umiddelbart. Heidegger mener at mennesket har en naturlig og ikke-reflekterende forståelse av selvet i verden (Benner & Wrubel, 2008, s. 64). Mennesket oppfatter og forstår en situasjon på bakgrunn av meninger som tas for gitt og som inneholder ferdigheter, handlinger og språk (Benner & Wrubel, 2008, s. 65). Menneskets væren i verden er spontan, ureflektert og forstås gjennom konteksten mennesket er og handler i. Kroppslig intelligens, bakgrunnsforståelse, spesielle anliggende (concern) og situasjon er aspekter ved mennesket som gjør det mulig og forstå en situasjon umiddelbart.

Selvskading i tilknytning til kronisk suicidalitet undersøkes i denne studien som et eksistensielt fenomen og tolkes da som et forsøk på å skape en mening i verden. Affektregulering, håndtering av skam, kommunikasjon og dissosiasjon kan alle være følelser som uttrykkes gjennom selvskading (Sommerfeldt & Skårderud, 2009). Følelsene reguleres til et håndterlig nivå og konteksten gis mening gjennom adferden. Selvskading og kronisk suicidalitet gis således mening i personens liv. Selvskading og suicidalitet kan være ureflektert og spontan, og vanskelige situasjoner håndteres dermed umiddelbart. For å endre denne mestringen kreves ny og reflektert bakgrunnsforståelse. Forståelsen av selvet, ferdigheter, handlinger og språk må rekonstrueres slik at situasjonen igjen kan forstås og håndteres umiddelbart (Benner & Wrubel, 2008).

3.2.2 Kontekst

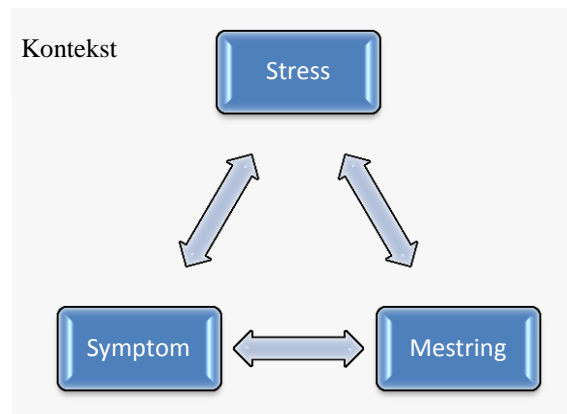
Konteksten er knyttet til den historiske, kulturelle og sosiale sammenhengen mennesket befinner seg i, og mennesket befinner seg alltid i en kontekst. Konteksten er noe utover lineære rekker av situasjoner og referer til det meningsfulle i menneskets væren (Benner & Wrubel, 2008). Hvilke situasjoner som får betydning avgjøres subjektivt av det enkelte individ. Konteksten er en dynamisk variabel og den endrer seg med tiden. Typiske eksempler på kontekstuelle endring er i følge Benner og Wrubel: ekteskap, skilsmisse,

ektefelles død, forfremmelse og arbeidsløshet (2008, s. 73). Slike endringer vil endre personens selvforståelse og dermed også dens væren i verden.

I denne studien beskrives terapeutisk miljø som en kontekst og miljøterapi som situasjoner i et terapeutisk miljø hvor samhandling og veiledning leder til ny mestring (Figur 1). Bakgrunnsforståelsen som pasienten har med, har betydning for personens væren i konteksten og hvordan konteksten gir mening for personen.

Dersom sykepleier ikke makter å gi konteksten mening, og personen ikke

opplever situasjoner av betydning i det terapeutiske miljøet, kan en innleggelse i sykehus gi en ubehagelig følelse av meningsløshet (Konsmo, 1995). Konteksten i et terapeutisk miljø må bære preg av faglig kunnskap, erfaring og vilje til å forstå. Bare da kan sykepleier og pasienten sammen skape en meningsfylt kontekst og utforske ny mestring (Benner & Wrubel, 2008).



Figur 1: Sammenheng mellom Kontekst og Stress – Symptom - Mestring

3.2.3 Symptom

Lidelse er, sier Benner og Wrubel (2008, s. 30): *...den menneskelige opplevelse av tap eller dysfunksjon*. Lidelse forbindes med andre ord med en subjektiv mening hos den enkelte person. Menneskets opplevelse av sykdom knyttes opp til et symptom som gir mening. Lidelse oppleves idet symptomene får konsekvenser i livet, først da har mennesket en opplevelse av å være syk (Kirkevold, 1992). Opplevelse av sykdom er kontekstavhengig og en viktig variabel er hvor man befinner seg i livet. Slik sett er heller ikke begrepet sykdom en objektiv variabel, men heller en og personlig opplevelse (Benner & Wrubel, 2008). I forbindelse med kronisk sykdom er symptom: *...signal at behandlingsbestrebelses er mislykket og/eller at sykdommen progredierer*, (s. 235).

Symptomene (Figur 1, s. 19) i denne studien blir “synlig” for personen gjennom; behov for omsorg og behov for følelsesregulering. Symptomene blir et uttrykk for personens lidelse og lidelsen blir synlig i verden gjennom hennes mestring. I møte med disse symptomene er det

sykepleiers oppgave å se, møte, å høre og forsøke å forstå for å ivareta personens verdighet (Konsmo, 1995). Da etableres et miljø hvor veiledning og kunnskap kan utveksles.

3.2.4 Stress og mestring

Stress henger sammen med selvforståelse og væren i verden. Når vår etablerte selvforståelse ikke lenger er gyldig og det blir et brudd i fungering, definerer Benner og Wrubel (2008) situasjonen som stress. Stress utløses enten av at det vi bryr oss om står i fare for å forsvinne, eller av frykten for å ikke få til noe som oppleves viktig (Konsmo, 1995).

Stress er definert som forstyrrelsen af meninger, forståelse og normal funktion, med oplevelse af skade, tab eller udfordring som følge, og der kræves sorg, fortolkning eller erhvervelse af nye ferdigheder (Benner & Wrubel, s. 83).

Mestring er det vi gjør med stress, og gjennom mestring søker vi mening i væren i verden. Det er ikke på forhånd gitt hva mestring er. Benner og Wrubel (2008) hevder tvert imot at mestring er individuell og det er kun personen selv som kan vurdere god eller dårlig mestring. Viktige faktorer for valg av mestring er: livsverden, hva som er viktig, kroppslige ferdigheter, historie og nåværende situasjon (Benner & Wrubel, 2008).

I denne studien er emosjonell smerte definert som stress. Når selvskading i tilknytning til kronisk suicidalitet aksepteres som eksistensielt i menneskets væren, som en del av det å være, er det fordi det er etablert som en mestringsstrategi som benyttes for å skape mening i verden (Figur 1, s.19). Stress – emosjonell smerte - er meningsløst, men ved selv å ta kontroll gjennom for eksempel å skjære seg med kniv eller å ta en overdose med tabletter gjenvinnes balanse i livet.

3.2.5 Helse

Benner og Wrubel mener at helse ikke er synonymt med fravær av sykdom (2008). De mener at helse må defineres ut ifra den enkelte, det som er viktig for personen (spesielle anliggende), og hvilke mestringsmulighet den enkelte har. De benytter heller begrepet velvære fordi det speiler begrepets kvalitative innhold (Kirkevold, 1992).

Velbefindende er definert som kongruens mellom ens muligheter og ens konkrete praktikker og levede meninger, og er basert på omsorg og på en følelse av at være genstand for omsorg (Benner & Wrubel, 2008, s. 187).

Målet med helsefremmende arbeid er å søke nye mestringsmuligheter og å forsterke allerede eksisterende (Benner & Wrubel, 2008). Når selvskading og kronisk suicidalitet i denne studien er definert som adferd knyttet til mestring, vedlikeholdes stresset gjennom mestringen, og symptomene forsterkes. For å tre ut av denne vanskelige sirkelen må ny mestring avdekkes, etableres og integreres, og måle for ny mestring må være helse gjennom velvære.

4. Metode og materiale

Hensikten med denne studien er å belyse pasientens opplevelse av selvskading i tilknytning til kronisk suicidalitet og hvordan et terapeutisk miljø i en akuttpsykiatrisk avdeling kan fremme pasientens mulighet for mestring. Hvordan begrepet kunnskap forklares, har betydning for hvordan forståelse utvikles og etableres. På bakgrunn av dette vil det i første del av dette kapitlet kort bli redegjort for studiens kunnskapssyn med hensyn på hva kunnskap er, og hvordan kunnskap utvikles. Deretter blir det en teoretisk beskrivelse av studiens metode og etiske betraktninger knyttet opp til metodevalget.

Denne studiens materiale er skjønnlitterære tekster. Motivet for dette valget blir beskrevet før studiens material blir presentert. Til sist i kapitlet er det redegjort for hvordan studien er gjennomført og hvordan studiens material er bearbeidet i analyseprosessen.

4.1 Å forstå det uforståelige – om studiens kunnskapssyn

Refleksjon leder til undring og gjennom undring kommer forståelse. Hvordan vi forstår kunnskap og kunnskapsutvikling har betydning for utøvelse av sykepleie, og for hvordan sykepleietjenestene oppleves. Det finnes ulike typer kunnskap fra objektiv – subjektiv, erfaringsbaser – vitenskapsbasert og mange flere (Aadland, 2004, s. 69). Benner & Wrubel viser til at praktisk kunnskap er noe utover det teoretiske, og fremhever at kunnskap også er situasjonsavhengig, intuitiv og kroppslig (Konsmo, 1995, s. 30). Å forstå er noe mer enn å teoretisk begripe, det er også å kjenne, føle og erfare. I denne avhandlingen er kunnskap referert som en subjektiv størrelse og viktige variabler er erfaringsbasert-, taus- og evidensbasert kunnskap.

Formålet med denne studien er å belyse pasientens opplevelse av selvskading i tilknytning til kronisk suicidalitet, og hvordan et terapeutisk miljø kan fremme pasientens mulighet for mestring. Opplevelsen knyttes da til et fenomenologisk perspektiv, og for å forstå må man evne å ta den andres perspektiv og et ønske om å tre inn i den andres erfaringsverden.

Min sannhet er ikke din, og din sannhet er ikke min. Hvordan kan da disse sannhetene møtes i en felles forståelse? Benner og Wrubel (2008) tilbakeviser at det finnes *en* felles og universell sannhet. Sannheten er tvert imot personlig, og for å få kunnskap om ”den andres”

sannhet må vi samhandle og utvikle en felles forståelse av språket – en felles forståelseshorisont. Vi må forstå underliggende motiv, grunnleggende verdier, disposisjoner, mønster og adferd (Lahtinen & Torppa, 2007, s. 47). Denne studien inneholder møtet mellom to horisonter: Forskeren og forskerens forståelse på den ene siden, og studiens material på den andre. For at denne relasjonen skal kunne bære preg av horisontsammensmelting må forskeren ha et avklart forhold til sin egen forforståelse og ha en vilje til å utvide denne. Først når forskeren tør å utfordre egen horisont og undersøke materialets horisont, vil studien være i stand til å besvare studiens hensikt.

4.2 Valg av metode

Forskningens hensikt har betydning for hvilken metode studien bør ha. Studiens metode skal med andre ord bidra til å finne en løsning i forhold til studiens hensikt og å komme frem til ønsket kunnskap (Everett & Furseth, 2004). Dette tydeliggjøres av Aubert (1965) (Brekke, 2006, s. 13).

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

Denne studien utarbeidet med en kvalitativ metode, og gjennomføres som en kvalitativ studie med skjønnlitterære tekster som data. Som vist i kapitlet: *Tidligere forskning*, finnes det få studier som har belyst denne avhandlingens tema tidligere. På bakgrunn av dette falt det naturlig å ha en induktiv tilnærming i arbeidet med studiens analyse. En induktiv tilnærming tar utgangspunkt i studiens datamateriale, det spesifikke, for derigjennom å etablere en generell teori, i motsetning til deduktiv hvor hensikten er å bekrefte en hypotese (Aadland, 2004). Induktiv tilnærming er spesielt godt egnet dersom fenomenet som undersøkes fra tidligere er lite beskrevet i litteraturen (Elo & Kyngas, 2007).

De mest brukte metodene for innhenting av data er intervju og observasjon. Data hentet fra skriftlig materiale og aksjonsforskning er per i dag en mindre brukt metoder (Malterud, 2002). Uavhengig av hvilken metode som velges for innhenting av studiens data, gjennomføres en kvalitativ innholdsanalyse av materialet som er samlet inn. Hensikten med kvalitativ innholdsanalyse er å utforske menneskets erfaringer, opplevelse, verdier og

samhandlinger (Elo & Kyngas, 2007; Malterud, 2002). Intervju av sykepleiere som arbeider i akuttpsykiatrisk avdeling og som samhandler med pasienter med kronisk suicidalitet ville kunne bidratt til å kaste lys over denne avhandlingens tema. Temaet ville da blitt belyst fra et utenfra perspektiv, forstått av sykepleier. Denne studien ønsket å ta utgangspunkt i pasientens opplevelse og det innebærer førstehånds erfaring omkring temaet. For å møte studiens hensikt tar denne studien utgangspunkt i skjønnlitteratur. Dette er en uvanlig måte å samle data på, men på ingen måte ny. *Poets and novelists, some inspired by such experiences, help us understand this state of mine* (Paris, 2007, s. 19).

Margareta Petersson erkjenner i sin artikkel: *Skönlitteratur i läkarutbildningen* (Nilsson & Pettersson, 2009, s. 91) at det er et sprik mellom teoretisk kunnskap og praktisk forståelse. For å bedre forstå hvordan det er å leve med sykdom mener Peterson at skjønnlitteraturen har egenskaper som mangler i faglitteraturen. Hun fremviser to grunner til hvorfor skjønnlitteratur kan tilføre unik kunnskap i relasjon med pasienter: 1) Skjønnlitteratur fremmer personlighetsutvikling – utvikler klinisk skjønn. 2) Skjønnlitteratur utvikler den narrative formen i medisinsk kunnskap – styrker kunnskap om og inntrykk av pasienten.

4.3 Valg av materiale

Denne studien gjennomføres som en kvalitativ innholdsanalyse av skjønnlitterære tekster. Ahlzen (2002) mener at all tekst som omhandler det som skal undersøkes er interessant. Studiens hensikt må imidlertid være presist å ha en rettethet. Utover dette er det ikke mulig å konkretisere hvilke tekster som er egnet, og hvilke som ikke er egnet for å belyse gjeldende tema. Tekster kan være medisinske journaltekster eller epikriser, vitenskapelige artikler, historiske dokumenter osv. Også intervjuer omformes til tekst, gjennom transkriberingen, for å gjøres tilgjengelige for analyse.

4.3.1 Skjønnlitteratur - som utgangspunkt for å forstå

For å forstå kvalitative fenomener, som for eksempel opplevelser som i denne studien, må undersøkelsesmaterialet være tro mot det som skal undersøkes. Kunst og litteratur er relevante uttrykksformer i så henseende (Ahlzen, 2002). Frich (2008) argumenterer for at kunst bringer humanismen inn i medisinfaget og at man gjennom kunsten kan utvikle sin

kliniske forståelse som lege i møte med lidelse. Det er rimelig å anta at dette også kan overføres til sykepleiefaget.

Mennesket kan sies å leve sine liv i flere dimensjoner. Vi har et indre og et ytre liv. Vi viser frem deler ved oss selv, men ikke alt. Vi lever i en eksplisitt og synlig verden, men også i en implisitt og symbolsk verden. Alle livets dimensjoner er med på å forme mennesket, og alle livets erfaringer er utgangspunktet for menneskets handlinger. Mennesket er meningssøkende og gjennom det levde liv søkes mening.

Med hjelp av skönlitterära texter får forskaren möta andra världar som kan vara ”verkligare än det synbara” (Lassenius, 2005, s. 69).

Gjennom tolking av skönlitterære tekster gis det anledning til *mer* enn å forstå det umiddelbare og tilgjengelige. Forskeren inviteres inn i den andres univers, og gis anledning til å forstå gjennom den andres ytre og indre verden. Ved å forstå gjennom den andre vil det unike i den andres handling gi mening (Lahtinen & Torppa, 2007). Først når vi forstår er vi i stand til å møte den andre med den respekt og ydmykhet han/ hun fortjener. Ahlzen (2002, s. 148) hevder at skönlitterære tekster kan komplettere medisinsk praksis på minst tre måter:

1. *by increasing the openness to and knowledge of the multitude of human experiences, far beyond what can be acquired by "real life" encounters;*
2. *by stimulating ethical responsiveness and refining moral perception, through showing – emotionally and cognitively – the presence of incommensurable values in our lives and the conflicts between these values;*
3. *by paving the way for the acknowledgement of human ambiguity and fallibility, of paradoxical truths and of the inevitability of tragic choices.*

Ahlzen (2002) peker på at det er vanskelig å ivareta livets iboende tvetydighet både gjennom det skönlitterære- og det vitenskapelige språket. Diktomien leve–dø eller skade seg–ikke skade seg er fenomener det kan være vanskelig, for en som ønsker å hjelpe, å erverve seg forståelse for. Som sykepleier i samhandling med personer med disse lidelsene er likevel en implisitt plikt å søke kunnskap om, og forståelse for, det vanskelige og uforståelige.

4.3.2 Valg og presentasjon av tekstmateriale

Materialet til denne avhandlingen er hentet fra den skjønnlitterære genren. Valget av materiale ble gjort ut ifra at teksten på en beskrivende måte omhandler, og informerer, om de spørsmål som studien søker svar på. I materialet gis det innblikk i hovedpersonens følelser, tanker og opplevelser knyttet til selvskaade, suicidalitet, terapeutiske møter med behandler og møter med psykiatrisk avdeling. Gjennom materialet ble det gitt en unik mulighet til å belyse forskningsspørsmålene i denne studien. Språket i teksten er muntlig, og nedskrevet slik tankene viser seg i hovedpersonens indre og ytre liv. Episodene følger ikke en kronologisk tidslinje og det er heller ikke et klart skille mellom fantasi, drømmer og virkelighet. Teksten gir en opplevelse av å være i grenselandet mellom det virkelige og uvirkelige, og oppleves umiddelbart kaotisk, ustrukturert og vanskelig begripelig. Man kan spørre seg om det er nettopp dette som opplevelsen selvskaading i tilknytning til kronisk suicidalitet handler om?

“Forsnakkelser” (Ribe, 2003) handler om en ung kvinne på 26 år. Gjennom boken følger vi kvinnens livskamp på flere arenaer, i samspill med familien, sammen med vennen/kjæresten, i terapitimer og ved psykiatriske innleggelseser. Jeg vil i det følgende gi en presentasjon av studiens materiale. Hovedpersonen i boken har ikke et navn. Hun vil gjennom resten av studien bli referert til som: *Hovedpersonen*. Personer i tilknytning til hovedpersonen vil få samme benevnelse som i boken: Fredrik, Holthe, mor, far og bror.

Hovedpersonen har et anstrengt forhold til moren sin, som hun mener å hate. Hun hater moren sin fordi moren elsker broren. Hun opplever at broren ufortjent er morens øyensten. Selv frykter hun bror, og hun viser tilbake til noe som skjedde da hun var: *ni og ti og elleve år og jeg kan ikke holde ut og jeg begynner å dø*. (s. 34). Faren er en hun forgjeves søker trygghet hos, uten at han makter å møte henne på dette. Han sklir unna og ”forlater” henne når hun desperate forsøk på å bli hørt.

Pappa, sier jeg, og han trekker avisa litt ned og ser meg ... Han sukker litt og løfter avisa tilbake og jeg blir bare stående til mora mi roper at nå er det middag og faren min legger avisa fra seg og reiser seg og jeg går bak ham inn på kjøkkenet... (s. 35).

Fredrik er den trofaste og standhaftige i hovedpersonens liv. Han presenteres som en nær venn/ kjæreste. Hos Fredrik får hun støtte, forståelse og energi. Fredrik utholder alt, tror alt, håper alt, tåler alt. Når hovedpersonen trenger en livsforankring er det Fredrik som støtter henne.

Holthe er hennes faste terapeut som hun har regelmessige samtaler med. Disse samtalerne er krevende og til tross for at hun ønsker disse samtalerne er det mot umulig å åpne seg å snakke om vanskelige tema. Holte har forventinger, og stiller krav til henne. ... *Holthe vil at jeg skal huske, huske og ha det tydelig i meg, tydelig i meg og ut så han kan få høre.* Holthe jobber stadig mot at hovedpersonen skal våge å fortelle.

Innleggelsene i psykiatrisk avdeling beskrives som meningsløse brudd i hverdagen, uten innhold og uten deltakelse fra miljøpersonalet. Innleggelsene beskrives som like overraskende som utskrivelsene og det er vanskelig å se at episodene har tilført noe nytt i hennes liv.

Hovedpersonen gjennomgår en erkjennelsesprosess som endelig synes å være forsoning med fortiden for å kunne fortsette å leve nå og i fremtiden. Opplevelse knyttet til forståelse av seg selv og væren i verden endrer seg, og hun tør utforske egen undring i livet.

Kanskje er det bare sånn, helt annerledes enn jeg hadde trodd. Som om det er det, uforanderlig i meg og likevel til å holde ut? (s. 161)

4.4 Etske betrakninger

Det finnes utfordringer når kvalitative forskningsmetoder skal brukes. Malterud (2002) viser til betydningen av forskerens egen rolle og forutsetninger. Hun peker også på konsekvenser knyttet til utvalg og systematisk dokumentasjon av organisering og fortolkning som foregår i analyseprosessen (s. 2472). For å møte disse utfordringene bør studiens metodiske gjennomføring diskuteres med hensyn på pålitelighet (trustworthiness) (Graneheim & Lundman, 2004).

All kommunikasjon har et innholdsaspekt og et relasjonsaspekt. Innholdsaspektet ivaretas av den verbale kommunikasjon mens relasjonsaspektet er det som ikke eksplisitt uttales men mer forstås i relasjonen. Analyseprosessen er, sier Graneheim og Lundman (2004), dialog mellom forsker og det teksten presenterer. Det transskriberte materiale må derfor inneholde mer enn det som verbalt blir kommunisert for å forstå tekstens innhold. Når analyse materialet er litterære tekster, vil innholdsaspektet være det som faktisk er skrevet og relasjonsaspektet være knyttet til det leseren forstår og tolker "mellom linjene" det latente innholdet (Graneheim & Lundman, 2004). For å gi en riktig fremstilling av teksten er det en

forutsetning at forskeren kommuniserer hva som er tolkinger og hva som eksplisitt er formidlet gjennom teksten.

Det er konsensus innenfor forskning og humaniora at kunst og litteratur har evne til å utvide forståelsen av lidelsens vesen (Ahlzen, 2002; Frich, 2008; Lahtinen & Torppa, 2007; Nilsson & Pettersson, 2009). Skjønnlitterær lesning har allikevel ikke en egenskap i seg selv at den ureflektert utvikler forståelse, empati og livskunnskap. Mazzarella (Nilsson & Pettersson, 2009, s. 106) mener at lesing like gjerne kan være en virkelighetsflukt. Mazzarella (ibid) argumenterer likevel for at hensikten med skjønnlitteratur i legestudiet er å tilføre studentene noe annet en biomedisinsk og objektiv forståelse, nemlig en opplevelse av at subjektive meninger og forståelser er relevante i medisinfaget. For at leseren skal utvikles kreves det en reflektert lesing og vilje til å undre seg over teksten. Skjønnlitterære tekster er historier basert på subjektive tolkninger og er i beste fall sant for forfatteren. Sannhet i kvalitativ forstand er også subjektiv i den betydning at et kvalitativt forskningsmateriale er sant for informanten i det øyeblikket materialet samles inn. Utover det kan det antas at erfaringer, opplevelser, verdier og samhandlinger vil være overførbare innenfor en lignende populasjon i en tilnærmet lik situasjon (Graneheim & Lundman, 2004). Den skjønnlitterære forfatter har også en "kontrakt" med leser; litteraturen skal være underholdende. Leserens oppmerksomhet skal fanges og dette gjøres ved at historien drives fremover og berører leserens emosjoner. Gode tekster fanger leseren, leseren blir "ett med teksten" og avstanden mellom leser og tekst utjevnes. Dette er også kvaliteter som den gode samtale inneholder. Når relasjonsdeltakernes horisonter møtes i en ny forståelse bærer relasjonen preg av horisontsammensmelting (Gadamer, 2010). Deltakerne har ønsket å se utover egen forforståelse og sammen etablert en ny og felles horisont.

Ved bruk av skjønnlitteratur som utgangspunkt for vitenskapelig arbeid gis ikke informanten (teksten) mulighet til å korrigere forskerens opplevelse av de fenomener som presenteres. Det er mange og forskjellige egenskaper ved litteraturen som berører den som leser, og vi berøres forskjellig. Forståelsen av en tekst er avhengig av den som leser, og leserens forståelsesramme (Graneheim & Lundman, 2004; Lahtinen & Torppa, 2007). Forskeren er suveren i tolking, utvelgelse og forståelse av materialet. Det er derfor nødvendig å etablere en avstand til materialet slik at ikke teksten tolkes i lys av egen antakelse og forforståelseshorisont. Forskerens etiske ansvar knyttet til valg av materiale er forbundet med respekt for teksten og tekstens selvstendige innhold, uten å påvirke den eller tilpasse den i retning av egen forforståelse eller i lys av egen forståelseshorisont. Ahlzen (2002, s. 151)

sier: *“moralistic reading” is a catastrophe, and that looking for moral education in novels will kill the whole idea of literature.*

4.5 Gjennomføring av analysen

I motsetning til analyser av kvantitative data er det i kvalitative undersøkelser ingen absolutte regler forskeren må forholde seg til, ei heller en fasit for hvordan en slik undersøkelse skal utføres (Elo & Kyngas, 2007). Det stilles imidlertid strenge krav i forhold til å beskrive hvordan studien er gjennomført, og å begrunne de valg som er gjort underveis (Malterud, 2002).

En kvalitativ innholdsanalyse er en tolkningsprosess som er rettet mot likheter innenfor og ulikheter mellom de forskjellige delene av teksten (Graneheim & Lundman, 2004, s. 110). Graneheim og Lundman (ibid) gir en god beskrivelse av hvordan man kan gjennomføre en innholdsanalyse. Deres beskrivelse er en trinnvis analyseprosedyre og hensikten er å oppnå pålitelighet (trustworthiness) i forhold til resultat (Graneheim & Lundman, 2004). Analysen i denne studien er gjennomført etter modell av Graneheim & Lundman (2004).

4.5.1 Bearbeiding av studiens materiale

Analysen av denne studien er basert på induktive prinsipper. Materialet er samlet inn gjennom et tenkt åpent intervju med boken *“Forsnakkelser”* av Kristin Ribe (2003). For å belyse studiens hensikt ble opplevelser knyttet til; *Samtaler med fast behandler*, *Akuttpsykiatriske innleggelse*, *Selvskading* og *Suicidalitet* valgt ut som studiens materiale. Episodene er tro mot bokens univers og ble spesielt valgt ut fordi de kaster lys over de egenskaper ved psykisk helsearbeid som studiens hensikt fokuserer på. Prosessen med utvelgelse av materiale er vist i (Figur 2). Episodene ble overført til pc-tekst for så å kunne bearbeides gjennom analysen.



Figur 2: Datasamling – utvelgelse av studiens materiale.

Studiens materiale ble lest gjentatte ganger. Meninger og fraser som var relevant for studiens hensikt ble plukket ut, og tekst som forklarte sammenhengen ble tatt med – meningsbærende enheter. Meningsbærende enheter ble så kondensert slik at materialet ble tilgjengelig for analyse ved at meningsinnhold kom tydeligere fram. De kondenserte meningsbærende enhetene ble så omarbeidet til koder, på den måten at essensen i det opprinnelige sitatet ble ivaretatt. Denne tilnærmingen er illustrert i tabellen nedenfor (Tabell 1).

Tabell 1: Bearbeiding av studiens data

Meningsbærende enheter	Kondensering	Koding
Side 28 – 29 Og jeg møter til time med Holthe: - Hva er det du tenker på nå? sier Holthe, kan du ikke si meg hva du tenker på? Jeg ser ned i gulvet, et teppe med røde trekanter, bare røde trekanter og litt blått i endene. Jeg møter til time og jeg ser ned i gulvet. - Jeg er nå her, sier Holthe bare.	Jeg møter til time og ser i gulvet Hva tenker du på?	Håp uttrykt gjennom trofasthet
Side 19 ... Er du ikke riktig klok? sier han, veit du hvor lei seg hun ble da hun leste det? sier han, hva er det egentlig som går av deg sier han, og jeg legger bare på og jeg går ut på kjøkkenet, smelter smør, snur på kotelettene som freser i panna og jeg går ut på badet og svelger munnfull etter munnfull med Vival, setter meg bare ned på gulvet	veit du hvor lei seg hun ble? går ut på badet og svelger munnfull etter munnfull med Vival	Viljeløs
Side 45 ... går fram og tilbake i gangen på avdelingen og plutselig begynner jeg å skur, skrur ut alt jeg ser, skrur ut pærer og speil og dørhåndtak og det er som om det minner meg om noe, og jeg blir roligere av det og det er godt å bare skru, tenker jeg, bare sette hele viljen inn på dette ene, å løsne en skrue uten skrutrekker.	Bare sette hele viljen inn på dette ene, å løsne en skrue uten skrutrekker	Mestring ved å fokusere på noe annet

Koder med sammenfallende meningsinnhold ble analysert i samme kategori. Kategoriene var ikke gitt på forhånd, det var materialet selv og kodenens innhold som ga kategoriene benevnelsen. Til sist ble kategoriene analysert, ut ifra innhold, under fire tema. Temaene ble benevnt ut ifra dens innhold samt et forklarende sitat fra analyse materialet. Et eksempel på dette gis i tabellen nedenfor (Tabell 2: s.31). Ved å behandle dataene på denne måten gis teksten mulighet til å "leve sitt liv" og det gis rom for nye måter å forstå teksten på. Gjennom arbeidet med å kategorisere øker også forståelsen for materialets dypere innhold, og forståelsen for temaene etableres (Graneheim & Lundman, 2004).

5. Presentasjon av funn

I dette kapitlet vil studiens funn bli presentert. Funnene er identifisert induktivt ut ifra studiens materiale for å klargjøre studiens hensikt. Episoder knyttet til selvskading og suicidal adferd, samtale med behandler og innleggelse i psykiatrisk avdeling ble valgt ut som analysens materiale. Fire temaer ble identifisert gjennom analysen: 1) Indre dialog og selvforståelse, 2) Når andre tar over, 3) Hvordan mestre vanskelige emosjoner og 4) Hvordan fremme mestring. I tabellen nedenfor vises hvordan temaet *Når andre tar over* ble avdekket. For resten av analysen se vedlegg 1, s.72 -75.

Tabell 2: Eksempel på abstrahering av studiens materiale i forhold til tema: Når andre tar over

Kondenserte meningsbærende enheter	Koder	Kategorier	Tema
to menn i politiuniform ser på meg			
Du må bli med oss sier han og tar meg forsiktig i armen	Kunnskapsarroganse hos maktutøvere		
vi går... og så bare veien Du forstår hvorfor, jeg rister på hodet...			
plutselig er politiet i leiligheten uten at jeg aner hvordan de kom inn. Du må ble med oss. Jeg tror du skjønner at det er best. Jeg vil ikke. Og de bærer meg ned alle trappene.	Tvang	Makt	
Du må nok bli med oss, tar meg i armen, du har ikke noe valg, du kommer til å fryse i hjel. Det er ikke noe mer vi kan gjøre Jeg svarer ikke, ser sløvt bort	Makt fordekt som omsorg		Når andre tar over - "De Bærer meg ned"
Er jeg nødt til å se på tv? de nikker Du får snakke med behandler i morra ... jeg legger meg, og sover til neste dag	(Pulveriserer og) Etablerer distanse til beslutningsmyndigheten		
Jeg gir meg aldri. Jeg løper rundt, knuser og skjærer meg i hendene. De binder meg fast. Gjør alt jeg kan for å slippe unna, de bare venter til jeg begynner å skrike, da smiler de til hverandre og løsner reimene, jeg spiser og går hjem til Fredrik.	Kampen for å overleve	Avmakt	

Temaene som viste seg gjennom analysen vil i det følgende bli presentert i hvert sitt avsnitt (5.1 – 5.4), og kategoriene vil bli presentert i tilknytning til sitt tema (5.1.1 – 5.1.4.) Det vil da komme frem hvordan kode, kategori og tema hører sammen. Sitat fra materialet vil bli brukt for å understreke og forklare de ulike kategoriene.

5.1 Indre dialog og selvforståelse – *Vi fikk alltid nok mat, men jeg var like tynn*

Menneskets indre dialog er vårt mest private og intime. Denne dialogen er ikke kommunisert og dermed ikke umiddelbart tilgjengelig for omverdenen, den er vanskelig å styre, ukronologisk og impulsiv. Den indre dialogen og selv-opplevelsen er to gjensidige, avhengige variabler. Den indre dialog kommer ofte til uttrykk som svar på omverdens spørsmål. Svarene er ikke nødvendigvis eksplisitt uttalte, men tanker omkring den verbale kommunikasjonen.

Selvskading i tilknytning til kronisk suicidalitet er i denne studien knyttet til det eksistensielle i menneskets væren og dermed forbundet med menneskets følelser og opplevelse av seg selv. Selvskading og kronisk suicidalitet er dermed mestringsadferd og uttrykk for noe grunnleggende i mennesket. I dette materialet ble det gitt en unik anledning til å komme “bak” adferden selvskading og suicidalitet og gjennom analysen ble det avdekket at Ensomhet, Ufrihet og Lengsel var innholdet i opplevelsen knyttet til den ytre adferden.

5.1.1 Ensomhet

Ensom betyr å befinne seg alene. Ensomhet er likevel noe annet enn å være alene, det er å savne sosial tilhørighet og nærhet. Mens alenehet er noe man velger, er ensomhet en følelse man ønsker seg bort ifra. Det er en tilstand som er ensom, tom, og stor.

Opplevelsen av ensomhet ble avdekket gjennom analysen og viste seg gjennom informantens indre- og ytre dialog, for eksempel i hennes opplevelse av å måtte bære på en hemmelighet alene. Ensomheten kan forstås ut ifra hennes behov for ikke å fortelle, og ikke verbalt delta i samtaler. Man kan mistenke at hun ikke våger å delta i verbal kommunikasjon i frykt for at det hun ønsker å bevare som en hemmelighet skal komme ut “av seg selv” og at hun heller enn å risikere dette velger å være taus. På tross av hennes verbale taushet er hennes indre dialog frodig og den bærer preg av å være en blanding av opplevelser som hun kan ha hatt i den ytre verden, supplert med bilder som gir inntrykk av å være hentet fra hennes indre verden. Ensomheten blir tydelig idet de hun søker trøst hos og som tradisjonelt oppleves som omsorgspersoner, for eksempel far, forlater henne og blir borte.

Sippe, du ba om det, roper han (red.anm. broren), hold opp, det var ikke så vondt, roper han, men jeg bare løper og løper helt til jeg plutselig ser faren min ligge full og naken i veikanten og han gråter, Hvordan kunne du, gråter han, hvordan kunne du, kunne du, ser du ikke hva du har gjort? gråter han, og jeg stopper og setter meg ved siden av ham, Pappa, sier jeg forsiktig, kan du ikke heller synge? sier jeg forsiktig, men han ser ikke på meg, reiser seg bare, bare går og går og så er han borte. (s. 28).

Ensomhetsfølelsen knyttes også til andres ansvarliggjøring av henne i hennes liv. De profesjonelle i hovedpersonens nettverk gir uttrykk for at hun er ansvarlig for egne handlinger og egen adferd slik alle er det. Når hovedpersonen ansvarliggjøres i forhold til sine handlinger, ble det gjennom analysen forstått som om hun kognitivt feiltolker behandlers (i psykiatrisk avdeling) opprinnelige mening, og forstår behandlers budskap som om hun er ansvarlig for alt som har vært. Slik får hun i egne øyne ansvar for egen historie, egen lidelse og egen ensomhet.

Du veit, vi har alle et ansvar, sier hun (red.anm. behandler på avdelingen) og prøver å se meg i øynene, du også, sier hun, det veit du godt, sier hun, og jeg ser ned i gulvet, bare skoene hennes og gulvet, Og så, tenker jeg, som om det er det samme, tenker jeg, nesten mer enn nok, tenker jeg, og jeg sitter og ser, ser på gulvet og på skoene hennes, (s. 11)

I situasjoner hvor hovedpersonens synes å uformelt få ansvar i eget liv og for egen mestring (for eksempel å snakke) forstås det i analysen som anstrengende for hovedpersonen. Hun gis rom: *Bare snakk, sier Holthe* (s. 137), og hun har et ønske om det, likevel beskriver hun en opplevelse av at hun er "tvunget" til å bære sin hemmelighet alene og gjennom denne (selv)pålagte tausheten ivaretas ensomheten. Ansvar er hennes, men det er mulig hennes subjektive opplevelse er at hun ikke kan velge og dermed er krav knyttet til deltakelse ikke reelt i henne.

Og jeg sa ingenting om gud og ingenting om hva jeg holdt på med og ingen visste noen ting, sier jeg. (s. 118)

Hovedpersonen gir flere steder uttrykk for at hun ønsker å dele sine tanker med andre, og det er nærliggende å tro at hun ved å dele sitt indre liv ønsker å komme ut av ensomheten. Til tross for dette velger hun å bevare historien i seg selv. Gjennom analysen ble dette forstått som en opplevelse av at andre ikke vil håndtere hennes historie. Opplevelsen av at kunnskap

om historien vil føre til tap gis inntrykk av å være uutholdelig så hun tier og lider, heller enn å ta sjanser på å dele ved å fortelle. Men også ensomheten i tausheten koster, og håndteres ved suicidal adferd. Adferd kan da forstås som et uttrykk for en opplevelse av ensomhet fordi valg knyttet til mestringsstrategier ikke er tilstede i henne. Hun intoksikerer, og det bare skjer.

Fredrik kan ikke, tenker jeg, og jeg setter meg på kjøkkengulvet og jeg tar en eske Sobril som jeg skyller ned med en flaske vin, kler av meg alle klærne, går naken ut og ned mot fjorden (s. 83)

5.1.2 Ufrihet

Frihet i filosofisk forstand er den enkeltes rett til å utføre handlinger basert på egen fri vilje. Uten en opplevelse av frihet til å velge er man ufri, og en eksistensiell opplevelse av ufrihet kan lede til en selvforståelse hvor ting “bare skjer”. Når man selv ikke er i stand til å fylle eget liv, kan det gi rom for at andre tar plass i livet, andre foretar valg og andre mener uten at den det gjelder har styrke til å stå imot. Dette kan oppleves som en selvutslettende prosess hvor egen selvfølelse forringes og en opplevelse av seg selv som mindre verdt forsterkes.

Hovedpersonen i dette materialet gir et inntrykk av at hun er bundet og at valgfriheten er utenfor hennes rekkevidde. Når hun blir irettesatt av bror refererer hun ingen tankevirksomhet, vurderinger og gir heller ikke inntrykk av at det er mulig å velge annerledes. Medisinoverdosene ble under analysen forstått som en kognitivt automatisk handling hvor handlingsalternativene ikke eksisterte.

Er du ikke riktig klok? Sier han (red.anm. broren), veit du hvor lei seg hun (red.anm. moren) ble da hun leste det? Sier han, hva er det egentlig som går av deg sier han, og jeg legger bare på og jeg går ut på kjøkkenet, smelter smør, snur på kotelettene som freser i panna og jeg går ut på badet og svelger munnfull etter munnfull med Vival, setter meg bare ned på gulvet (s. 19)

Hovedpersonen opplever også situasjoner hvor hun har mulighet til å velge. Hun kan velge å fortelle slik Holthe vil, eller hun kan velge å bevare hemmeligheten slik hun vil. Dette valget forstås i analysen som et dilemma. Hun opplever at hun ved å fortelle bringer liv til historien og at historien dermed blir levende og virkelig også i den ytre verden. Dersom historien blir i

hennes indre verden, kan det se ut som om hun fremdeles kan tolke opplevelsene som en drøm, og av to onder vurderer hun å bevare *det* som en drøm, som det som oppleves minst vondt.

Og jeg vil bare glemme, bare glemme alt sammen, men Holthe vil at jeg skal huske, huske å ha det tydelig i meg og ut så han får høre. Men det blir jo bare verre, sier jeg til Holthe, som om det blir virkelig for første gang, som om jeg ikke kan leve hvis det er sånn det har vært, som om det ikke er mulig, så tydelig sikkert, uforanderlig i meg, kan du ikke bare ta bort det vonde? (s. 45)

I studiens analyse ble det avdekket at hovedpersonen slites mellom ytterpunktene og er i en stadig pågående kamp. Kampen gir henne aldri fred og kommer som innstikk i hennes indre liv. På tross av strategier for å forsøke å fokusere på situasjonen hun er i, tar tankene seg til rette og de krever sin plass.

... og jeg prøver å huske hvor mange pakker mentolsigaretter jeg skulle hente og hva som var koden for blomster og jeg vil og jeg vil ikke, vil ikke dø og jeg kan ikke gjøre det nå, kan jeg komme så nær? Er det mulig? (s. 79)

Hovedpersonen velger livet ved å holde på hemmeligheten, men heller ikke her har hun et valg. Døden i henne har startet og hun fortæres av det, døden valgt henne:

Og jeg er ni og ti og elleve år og jeg kan ikke holde ut og jeg begynner å dø. Og jeg dør og forsvinner og jeg dør og jeg kan ikke røre meg (s. 34).

5.1.3 Lengsel

Å lengte er å føle et sterkt savn etter noe(n). Det er trist, tomt og beskriver en emosjonell tilstand som knyttes opp imot emosjonell smerte.

Lengsel etter å bli forstått ble i denne studiens materiale avdekket gjennom analysen. Hovedpersonen gir inntrykk av å være alene selv om hun objektivt sett kanskje ikke er det. Hun er ensom i sin indre verden og hun finner det vanskelig å fortelle hvordan hun har det. I samtale med sin Holthe gir hun i sin tankeverden inntrykk av at hun ønsker at Holthe skal tolke, gjette og forstå.

Gjett hva jeg gjør nå. Tenkte jeg. Og jeg forestilte meg bollen uten appelsiner, aldeles tom, ikke noen ting gult (s. 89)

Også i samhandling med sin mor uttrykker hovedpersonen en forventning om at mor burde ha sett, burde ha forstått. Hun har, slik det kommer frem i materialet, aldri verbalt beskrevet for mor hva som har skjedd eller fortalt om hjemligheten. Mor tillegges magisk egenskaper i form av at hun burde ha "lest" hennes tanker.

Hun burde ha skjønt det. Mora mi som jeg hater, som jeg vil skal være død og som jeg likevel er glad i (s. 21).

I materialet gir hovedpersonen inntrykk av at når ingen gjettet og forsto henne etablerte hun en lengsel. Lengsel etter å bli sett og forstått.

Mora mi, faren min, alle årene hjemme hos dem, alle årene med taushet og en underlig uendelig lengsel etter å bli gjettet, uten ord og skam, bare umiddelbart: blir gjettet. Og i stedet: 98 Vival på en gang og alle årene med Holthe (s. 21).

Lengselen synes å ha ledet til en opplevelse av å ikke fullstendig være tilhørende i familien. Hun har vanskelig med å etablere fortrolige relasjon innenfor familiens rammer, og hun retter hatet mot mor og bror. Far beskrives med en underlig tafatthet. *Jeg kan ikke bli glad i noen nå (s. 117)*. Videre sier hun:

Men mora mi fødte broren min og hun fødte meg og vi fikk alltid nok mat men jeg var stadig like tynn, sier jeg (s. 117).

Mor fødte, men for hovedpersonen var det ikke nok. Hun forble tynn. Ordet født knyttes til mat og i overført betydning forstås som om at kravene ble for høye og hemmeligheten for stor slik at næring (i form av omsorg og bekreftelse) og forbrenning (i form av hemmeligheten) var ubalansert. For mor var hun (hovedpersonen) usynlig og det forstås som lengsel etter mor og at mor forstår.

Alt var så godt men så tok det overhånd, sier jeg, og uten at jeg merket det helt, etter hvert som jeg bodde for meg selv og hørte på ordene, sier jeg, ble løftene aldeles umåtelige krav og gud fortalte meg om all ondskapen i meg, sier jeg og gud ville at jeg skulle dø for å drepe ondskapen i meg sier jeg, drepe ondskapens mulighet i kroppen min (s. 118)

5.2 Når andre tar over – *De bærer meg ned*

Tvang er når andre tar over, når andre tar avgjørelser og man selv har redusert mulighet til å påvirke utfallet i en situasjon. Det er maktutøvelse og en krenkelse av personlig integritet og autonomi. Når andre tar over og gjør valg settes man selv på sidelinjen i eget liv og avmakt kan være en naturlig følgesvenn.

Hensikten i denne studien er blant annet å belyse pasientens opplevelse av det terapeutiske miljøet i en akuttpsykiatrisk avdeling og hvordan dette miljøet kan fremme pasientens mulighet for mestring. Gjennom analysen ble det avdekket at opplevelsen av makt og avmakt var følelser som gjorde seg gjeldene i pasienten.

5.2.1 Makt

Makt er evnen til å få gjennomført sine ønsker uavhengig av hva ønsket er. Når makt utøves mot den andres vilje inneholder relasjonen tvang og tvangen blir en del av maktutøvelsen. Uavhengig av tvangsbrukens intensjon vil opplevelsen av dette middelet oppleves forskjellig. Tvang er makt og makt er et verktøy som krever klokskap og empati hos den som utøver.

Hovedpersonen i denne studien forteller hvordan makten utøves men lite om hvordan det oppleves. Det kan synes som om hun har en passiv holdning til dette og at hun gir seg hen til det som skjer. Politiet er den som gjennomfører makt på oppdrag fra helsevesenet og politiet tillegges kun en stemme og en uniform. Politiets ankomst refereres som uventet og oppleves som et paradoks til den aktiviteten hun er i gang med å utføre.

Og jeg er fireogtjue år og det ringer på døra og jeg står og steiker fisk, snur fisken i panna og det freser i smøret og det ringer på igjen og to menn i politiuniform, i svarte skinnuniformer kommer inn, stiller seg i døra, ser på meg, ser på meg mens jeg blir stående og se på støvlene, de svarte militærstøvlene stramt knyttet, firkantrefleksene på buksene (s. 10).

Hovedpersonen i dette materialet gir inntrykk av at hun ikke har noen forståelse for hvordan eller hvorfor politiet kommer. Det bare skjer, de bare er der. Det kan forstås som en opplevelse som bringer hverdagen hennes ut av balanse nettopp fordi handlingen for henne er uten mening.

... setter meg bare ned på gulvet og plutselig er politiet der, inne i leiligheten uten at jeg aner hvordan de kom seg inn, og jeg blir bare sittende og se i gulvet, refleksbåndene like over støvlene, (s. 19).

Gjennom analysen ble det avdekket at makten utøves ved at hun ikke har noe valg. Helsevesenet har valgt/bestemt hva som er det beste for henne og politiet iverksetter valgene. Hovedpersonen blir tillagt en kunnskap hun ikke har, nemlig situasjonsforståelse. Konteksten tillegges et innhold og situasjonen en mening som hovedpersonen ikke deler, og det tolkes som om dette forsterker opplevelsen av at *de* utøver makt.

Du forstår hvorfor, ikke sant? Sier den ene igjen, og jeg ser på ham og han finner fram nøklene og låser oss inn og jeg rister på hodet, rister på hodet (s. 10).

Hovedpersonen beskriver en episode hvor hun hadde valgt å ikke svare på en henvendelse fra Familievernkontoret. Dette valget blir ikke respektert. Makten innhenter henne. Selv ikke de som utøver makten kan velge. De handler på vegne av andre og kan således oppleves som viljeløse marionetter. Makten kan da forstås som et udefinert og diffust “monster” .

Kom sier den ene (red.anm. politiet), du må nok bli med oss, sier han, og han kommer uti og tar meg i armen, du har ikke noe valg, sier han, du blir nødt til å bli med oss nå, du kan ikke stå sånn uti fjorden når det er kalt, du kommer til å fryse i hjel, sier han, og jeg ser på ham og han løfter meg opp, Vi er nødt, sier han bare, vi er nødt til å varme deg litt opp før vi kjører deg til familievernet, sier han, sånn som det sto i brevet du fikk, det er ikke noe mer vi kan gjøre, sier han, og jeg ser på han, (s. 83).

Opplevelse av makt kommer til uttrykk gjennom mangel på mulighet til å velge. Når hovedpersonen opplever at hun er sårbar og ufri tar andre over og tar ansvar for at hun ikke skal skade seg. Uavhengig av utøverens motiv kan opplevelsen være avmakt når makten utøves uten klokskap og empati.

5.2.2 Avmakt

Avmakt er den relasjonelle motsatsen til makt. Avmaktsfølelsen viser seg når kraften til å kjempe ikke strekker til. Kampen tapes og man står igjen med nederlaget og kanskje også ydmykelsen. De(n) andre kan “triumfere” over sin seier. Når relasjonen preges av makt-avmakt istedenfor samhandling fratras pasienten muligheten til en opplevelse av mening, og

relasjonen kan bli en kamp hvor begge ønsker å vinne. Følelsen av avmakt oppmuntrer til kamp, eller enda verre en følelse av å gi opp.

I dette materialet kommer avmaktsfølelsen til uttrykk gjennom både en vilje til kamp, og gjennom beskrivelser som kan forstås som å gi opp. Hovedpersonen beskriver sin kamp mot makten gjennom adferd indre dialog.

Og jeg koker opp vann og heller ut over ansiktet mitt og jeg stikker knappenåler inn i hendene mine og beina og jeg ligger i senga med klærne på, ligger bare på avdelingen og ser inn i veggen, den hvite stripa på midten, Gir du deg? Sier broren min, gir du deg nå? Sier broren min, og jeg gir meg ikke, aldri i verden om jeg noensinne gir meg og jeg løper rundt i avdelingen og jeg knuser kopper og lyspærer og jeg skjærer meg i hendene og de binder meg fast, legger hendene mine oppå dyna og henger en lapp med navnet mitt på tåa og jeg biter meg i hendene og slår meg i hodet, gjør alt jeg kan for å slippe unne med det hjelper ikke, som om de bare ser på meg og venter og venter til jeg begynner å skrike og rope og gråte, da smiler de til hverandre og løsner reimene (s. 46).

Hovedpersonens opplevelse synes å være at når hun samarbeider på maktutøvernes premisser og gir slipp på sin kamp for å bli fri, gir personalet opp sin kamp for å holde henne bundet. Tvungen opphører, hun får igjen fortsette sitt liv, og episoden avsluttes.

... jeg tar på meg jakke og jeg går hjem til Fredrik, vil at Fredrik skal være nær overalt, være inntil overalt og jeg ringer på, (s. 46)

Kontrastene i disse sitatene er store, fra en ekstrem bruk av tvang *de binder meg fast* for så igjen å være tilbake i egen hverdag *jeg tar på meg jakke....* Hovedpersonens behov for å være nær Fredrik når hun kommer hjem kan tolkes som et ønske om omsorg og behov for anerkjennelse gjennom trygghet, stabilitet og meningssammenheng. Hennes opplevelse av avmakt kan forstås på bakgrunn av hennes behov for trygghet i etterkant.

5.3 Hvordan mestres vanskelige emosjoner – Jeg drikker sjampo

Emosjoner er en subjektiv reaksjon på stimuli og kan oppleves behagelig eller ubehagelig. Mestring er håndtering av disse emosjonene. I denne studien er mestring knyttet opp imot selvskade og kronisk suicidalitet. Hvordan kan det terapeutiske miljøet i en akuttpsykiatrisk avdeling fremme muligheten for å avdekke nye mestringsstrategier?

I studiens material er ikke mestringsstrategier eksplisitt brukt som begrep men gjennom analysen ble kommunikasjon og adferd avdekket som viktige strategier hos hovedpersonens i forhold til mestring av ubehagelige emosjoner.

5.3.1 Kommunikasjon

Samhandling mellom mennesker er kommunikasjon og kommunikasjon kan foregå verbalt og nonverbalt. Ettersom vi alle har en grunnleggende evne til å kommunisere vil vi ved hjelp av det nonverbale være i stand til å kommunisere på tross av språkbarriere. Språkbarriere kan være at man snakker ulikt verbalt språk, men også det nonverbale språket kan være ulikt. Når den nonverbale kommunikasjonen er ulik, må det verbale språket ha en støttefunksjon slik at man kan utvikle en felles forståelseshorisont.

I dette materialet velger hovedpersonen bort det verbale språket i behandlingssituasjoner og dette valget kan ut fra hennes bakgrunnsforståelse og kontekst tolkes som en mestringsstrategi. Hun gir uttrykk for at hun opplever det verbale språket som en trussel knyttet til egen person, fordi hun gjennom verbal kommunikasjon kan komme til å virkeliggjøre sin indre verden. Ved å virkeliggjøre sin indre verden mener hun at hun ikke kan holde ut, og da forstått som holde ut livet. Hun velger en strategi med selvpålagt taushet og på den måten overlever hun. Tausheten er knyttet til hennes indre liv og forbundet med hemmeligheten.

Jeg sier ingenting og bare sånn kan jeg holde ut. Jeg sier ingenting og bare sånn kan jeg holde ut. Ikke fortelle. Jeg møter til time med Holthe og jeg sitter mye og ser i gulvet. Og hva skal jeg si? (s. 23).

Hovedpersonens mestringsstrategier er forbundet med hennes erfaringer fra livet og gjennom disse erfaringene tolker og forstår hun i nuet. Det kan se ut som om mestring knyttet til å ikke fortelle om sitt indre liv er forankret i hennes families kultur og dermed hennes egen forforståelse. I materialet undrer Holthe seg stadig over hvordan hun har det, hva hun føler. Hans ønske om at hun skal snakke om følelser leder til en verbalt kommunisert motstand. Motstanden er mulig forankret i forforståelse og i hennes person. I analysen ble motstanden forstått som at hovedpersonen vil skjerme sitt indre liv og på den måten mestrer hun det hun frykter mest: De ubehagelige emosjonene.

Følelser, sier Holthe, du veit, vi skal snakke om følelser sier Holthe, og jeg ser på ham og jeg sukker, - Ikke nå igjen, sukker jeg (s. 29)

I samtale med Holthe blir hovedpersonen konfrontert med Holthes antakelse knyttet til hennes historie. Dette kan forstås som en trussel knyttet til hennes spesielle anliggende og dermed en trussel mot henne. Hun er imidlertid ikke i stand til å verbalt verifisere antakelsene. Dette henger trolig sammen med hennes opplevelse av at dersom hun forteller, vil det bringe liv til hennes historie og true hennes væren i verden. For å unngå dette ubehaget mestrer hun ved å tie og dreie samtalen over i et annet og ufarlig tema.

... var broren din voldelig mot deg? Sier Holthe, og jeg svarer ikke med det samme, bare ser ned i gulvet. – Kanskje de er fra Nordvest-Afrika, sier jeg til slutt, at der er derfor? Alle appelsinene, sier jeg, at alle appelsinene dine er fra Marokko? Er det ikke derfor? Sier jeg, men Holthe bare rister på hodet..., (s. 54).

Å dreie samtale over i andre tema forstås i analysen som en mestringsstrategi knyttet til ubehag. Hovedpersonen bruker appelsiner som tema når hun vil ut av det som kan forstås som ubehagelig, og hun gir inntrykk av at dette er en strategi for henne. På den andre siden kan det også forstås som om hun ønsker å bli avslørt ettersom avledningstemaene er fantasiløse og lette å avsløre. Å snakke om appelsiner kan dermed forstås som en mestringsstrategi knyttet til å slippe unna ubehaget ved å fortelle, men også knyttet til ønsker om å bli forstått.

Appelsiner sier jeg til slutt, hvorfor har du så mange appelsiner? Sier jeg til slutt, men Holthe bare rister på hodet, bare rister på hodet, (s. 29)

Hovedpersonen uttaler i materialet at hun har lyst til å kommunisere verbalt og fortelle høyt. På tross av det er det bare i hennes indre verden fortellingene kommer. Hun gir ingen

anledning til å forstå hennes indre verden fordi hun velger å ikke kommunisere den i sin ytre verden.

Du har nesten ikke sagt noen ting, sier Holthe, og jeg reiser meg og jeg går hjem og jeg legger meg i senga, lytter, en mann forbi meg, Du forstår hvorfor, ikke sant sier han og jeg ville fortelle, fortelle fra begynnelsen som om jeg kunne fly tenker jeg, som om jeg lå og fløy i lufta like over bakken og hva er glemsel? Er det noe jeg kan gjøre? Sier Holthe, er det noe jeg kan gjøre for at det skal bli lettere for deg å snakke? Sier Holthe, og jeg ligger i senga med klærne på og jeg ser opp i taket, de skåler og roper Hun er her! Og alt er i meg likevel, tenker jeg, som om det er det, overalt, alle steder? (s. 38).

5.3.2 Adferd

Adferd kan også forstås som kommunikasjon og den reflekterer våre emosjoner gjennom handling. Adferd knyttet til mestring er i denne studien analysert som håndtering av emosjonell smerte, og er derfor forstått som mestringsstrategier.

Lik adferden, å kutte seg, viste seg i analysen å være forbundet med forskjellige opplevelser og lik adferd hadde dermed ulike funksjoner:

- 1) Å skjære seg ble analysert som et behov, hvor målet var å ta vare på seg selv. Selvskadingen kan da forstås som en slags trygghet og hovedpersonen beskriver det som en måte å ta kontroll over seg selv.

Som om jeg trenger det for å ta vare på meg selv. Som om det gir meg en pause. Som om jeg prøver å finne meg i det (s. 147)

- 2) Hovedpersonen opplevde at å skade seg selv regulerer det vanskelige og uhandterlige i livet; *sinne og sorg og hengivenhet* (s. 146). Sinnet viste seg i materialet ofte i relasjon til andre, for eksempel mor. Hovedpersonen uttrykte et ønske om at mor skal være død og det kan forstås som et uttrykk for at mor vekker aggresjon i henne. Aggresjonen som i utgangspunktet var rettet mot andre, ble synlige på henne selv idet hun var den som fikk synlige sår.

et brev fra mora mi, med hennes skrift utenpå og jeg låser opp og jeg går opp trappene med alle posene med bøker og slenger dem fra meg på gulvet ved siden av kjøleskapet, Du er det kjæreste vi har – og jeg ser på brevet og jeg river det i stykker og jeg vil ikke vil ikke vil ikke, hun er død og jeg finner et barberblad, skjærer så dypt jeg greier i håndleddene og så tilbake til avdelingen, (s. 32)

- 3) Behovet for å skjære seg ble også beskrevet som en besettelse, en avhengighet som det er vanskelig å stå i mot og som et uttrykk for behov for selv å kontrollere livet. En handling som i utgangspunktet objektivt sett er vond kan forstås som et uttrykk for noe godt. Hovedpersonen ga inntrykk av at hun ved å se blodet renne, rensket kroppen, og de vonde følelsene “rant ut” av henne.

Og likevel, etter alt jeg forsøkte, kunne jeg ikke stoppe. Jeg måtte gjøre det igjen og igjen, og bare fortsette uten å tenke.... Jeg skader meg selv. Jeg skjærer meg i kroppen med barberblader og ser at den blir ødelagt. Jeg sitter og ser på blodet og kjenner varmen over huden (s. 145).

Jeg skader meg selv. Jeg gjemmer barberblader overalt så ingenting skal kunne hindre meg. Jeg skjærer meg om og om igjen og jeg vil det jo også. Jeg vil bestemme hva som skjer med meg (s. 146).

Gjennom analysen ble det også avdekket annen adferd hvis hensikt ble forstått som mestring. Å drikke sjampo er i seg selv ikke farlig og objektivt sett kan det ikke knyttes til selvskading. I dette materialet analyseres imidlertid handlingen som mestring av en vanskelig situasjon, knyttet opp imot emosjoner, og har dermed samme funksjon som selvskade. Hun diskuterer i sin indre verden at hun ikke ønsker å møte sin mor og heller enn å verbalt fortelle sitt ønske kommuniserer hun det gjennom adferd, hun drikker sjampo.

... etter en uke, mora mi som kommer og jeg drikker sjampo for å slippe å prate med henne, hvordan kunne du? Sier mora mi, og jeg sitter bare og ser ned i gulvet, (s. 19)

I materialet viser hovedpersonen til episoder hvor hun forsøkte å flytte fokuset i sin indre verden over på handlinger i den ytre verden. Ved å rette sin oppmerksomhet mot andre og krevende oppgaver erfarte hun at denne handlingen var på bekostning av noe, og ubehaget i den indre verden mistet sin styrke. Å mestre ved å endre fokus forstås i analysen å ha samme mål som skading, nemlig å slippe unna emosjonell smerte.

... *plutselig begynner jeg å skru, skrur ut alt jeg ser, skrur ut pærer og speil og dørhåndtak og det er som om det minner meg om noe, og jeg blir roligere av det og det er godt å bare skru, tenker jeg, bare sette hele viljen inn på dette ene, å løsne en skrue uten skrutrekker (s. 45).*

5.4 Hvordan fremme mestring – *Plutselig trodde jeg*

Mestring er tidligere definert som: Det vi gjør med stress. I analysen ble det avdekket at mestring handler om emosjoner og hvordan emosjonene reguleres. Hovedpersonens fungerende mestring var knyttet til kommunikasjon og adferd som fungerte som en selv-suggerende handling i en sluttet sirkel, hvor mestring i seg selv skapte ustabilitet. I analysen viste det seg videre at Tålmodighet, Tillitt og Håp var viktige elementer i prosessen mot endring og ny mestring.

5.4.1 Tålmod

Å være tålmodig er å finne seg i noe i håp om bedring. Å være tålmodig inneholder da å gi rom og tid, og å romme en person og hans/hennes utfordringer. Å ha tid til å lytte, gi rom til å prate og å akseptere taushet er tålmodighet i en relasjonell samhandling.

Tålmodighet viste seg i analysen i flere sammenhenger og i uventede vendinger. Hovedpersonen beskriver i materialet Holthes tydelige forventinger i forhold til hennes deltakelse i den terapeutiske relasjonen, og ved å gi henne ansvar for å velge. Hun blir imidlertid i sin indre verden og hun deler den ikke med Holthe. I analysen blir hovedpersonens fravær av verbal deltakelse i terapirelasjonen forstått som et valg uten at valget er eksplisitt uttalt verken i pasientens indre verden eller i behandlingsrelasjonens felles rom. Hovedpersonens svar er i hennes tankeverden og i denne verden gir hun ikke Holthe adgang. Det er mulig at hovedpersonens subjektive opplevelse er at det foregår en kommunikasjon og at de er i gjensidig dialog. Holthe kan derimot oppleve at samhandlingen mer bærer preg av å være en monolog og at han er eneste deltaker i samhandlingen. Tålmodigheten i denne sammenheng ble i analysen forstått ved at Holthe forventet deltakelse i relasjonen og at han fant seg i at det var vanskelig for hovedpersonen. Han gav henne tid.

Jeg begynte å tenke på gullfisker. Tenk å ha fem tusen gullfisker. Det kunne ha vært noe. Et sted må man jo starte. Han ga seg ikke. Fortell noe, sa han entusiastisk. Nå kan du fortelle. Ikke nå, tenkte jeg, ikke jeg. Jeg kunne ha dem her, tenkte jeg. Kanskje det ville være nok med et par fisker i starten... Vi satt en stund i fortrolighet, og rommet var nærmest tomt. Det blir hva du gjør det til, sa han. Han så ut av vinduet. Vi tar den tida du trenger, fortsatte han selvsikkert. Nå eller aldri, sa jeg (s. 102).

Det ble i analysen også avdekket diskrepans mellom Holthes forventninger og hovedpersonens deltakelse. Holthe har ambisjoner om en terapeutisk bevegelse framover mens hun beveger seg sidelengs. Men heller enn å akseptere hennes bevegelse sidelengs kommuniserer han sin opplevelse. Ved å være konkret i forhold til sin opplevelse av situasjonen avklarer han samtidig sine forventninger i forhold til den terapeutiske relasjon. Holthe forventer at hun tar ansvar gjennom deltakelse i terapirelasjonen og han ansvarliggjør hovedpersonen i forhold til dette. På den måten gjøres forventningene tydelige, og rammene i forhold til terapien blir klarere. Holthe uttrykte ved flere anledninger at han opplevde det krevende å holde fast ved rammene, men han vek sjeldent unna sitt ansvar.

Greit, sa jeg. Vi tar det en gang til. Han reiste seg brått og stilte seg opp foran vinduet med ryggen imot meg. Hva er det du snakker om? Sa han ergerlig. Nå skal ikke du unndra deg ansvar. Du kan ikke si det samme om igjen heller. Du veit ikke ordet av det før du sier det, og du sier det jo ikke. Det er ikke det jeg snakker om, sa jeg. Jo, sa han, hvis du tenker deg om. (s. 111)

Holthe bruker et språk som initierer at han forventer deltakelse i egen behandling: *Du veit du er nødt til å fortelle det en gang, sier Holthe. Du veit, før eller siden er du nødt til det, sier Holthe, (s. 150).* På tross av Holthes forventning om deltakelse i terapien og hans ansvarliggjøring av henne som aktiv part i terapirelasjonen, avsløres det i analysen at hovedpersonen, i sin indre verden, opplever Holthe som tålmodig.

Hva skal til, spurte han oppgitt en dag, hva skal til for at du skal kunne snakke? Jeg smilte til ham fordi han hadde vært så tålmodig. (s. 153)

5.4.2 Tillit

Tillit er forvissning om at en person er til å stole på. Man kan ha opparbeidet seg tillit gjennom handlinger eller den kan være “arvet” i kraft av for eksempel profesjon (prest, politi, sykepleier). Uavhengig av hvordan tilliten er ervervet, må man gjøre seg den fortjent for å bevare en tillitsfull relasjon.

I studiens materiale gjør Holthe seg fortjent hennes tillit med det som i analysen blir forstått som anerkjennende adferd. Han viser at han ville henne vel og bekreftet henne i hennes liv. Samtidig forventet han noe av henne. Holthe forsøker på den ene siden å ta utgangspunkt i hennes ønsker for på den måten få henne i tale, mens han på den andre siden uttrykker en forventning om at hun bidrar. Selv om hovedpersonen ikke umiddelbart er i stand til å møte Holthe sine forventninger bevarer han roen og anerkjenner hennes vanskeligheter.

Det er snakk om å være voksen. Ikke ta det i din munn, tenkte jeg. Jeg ventet. Hva liker du å snakke om? Spurte han. Ikke deg, tenkte jeg. Snakk for deg sjøl nå, sa han. Jeg bare så på skoene hans. Og litt på gulvet. Ja? Det er det jeg vil? Det kunne ikke være det samme. Kanskje han ikke kom på noe annet. Det var ikke godt nok. Vær så god. Så gjør det da. Vær ute med det. Hva tenker du på? Ville han vite. Uten å legge noe til. Det var en litt kjedelig start. Jeg vil sitte her og se, sa jeg. Det behøvde vel ikke å være så hemmelig. Det var jeg fornøyd med. Jeg behøvde ikke si noe om gulvbelegget. Det var av linoleum. Det er jeg ganske sikker på. Hvis du sier det, så, sa han rolig. Jeg sier det ikke, sa jeg. (s. 101)

I analysen kom det frem at Holthes mot og styrke, vist gjennom anerkjennelse, hjalp hovedpersonen til å etablere tillitt til behandlingen. Hun merker Holthes mot og det kan virke som om det intuitivt irriterte henne. På den andre siden kan det syntes som om hun opplevde det som om han brydde seg om henne, og det skapte tillit hos henne både i forhold til personen (Holthe) og relasjonen.

Jeg så på skoene hans og likte det ikke. Hullene til lissene var altfor store. Jeg så mye av beina. Selv ble jeg der jeg var. Jeg ville ikke gå tur noen steder (s. 102)

I analysen er hennes ønske om å bli forstått i behandlerrelasjonen tolket som tillitt til Holthe. Hovedpersonens opplevelse av tillitt er imidlertid kun tilgjengelig i hennes indre verden og kommer i den ytre verden til uttrykk ved at hun ønsker å bli i terapirommet. Hennes indre dialog viser også at hun ikke ønsker seg noe annet sted. For Holthe blir ikke dette synlig på

annen måte enn gjennom hennes adferd som hos han kan forstås som et ønske om å fortsette terapien; hun kommer til avtalt tid, og hun blir. Når hun får tillit til Holthe og behandlingsrelasjonen, etablerer det håp i henne.

5.4.3 Håp

Håp er forventning, trøste seg med at fremtiden vil bringe det en ønsker. Håp er intensjonal og retter seg fremover. Med håp kommer også fremtid og med fremtid kommer et liv. Dersom vi mister håpet, mister vi fremtiden og også livet. Med håp kan vi tillate oss å lide litt lenger fordi fremtiden vil bringe noe bedre.

Hovedpersonen velger å møte til time hos sin Holthe. Hun sier lite og tenker mye. Det at hun møter kan forklares ut ifra håp, håp om endring og håp om noe bedre.

Og jeg møter til time med Holthe: - Hva er det du tenker på nå? Sier Holthe, kan du ikke si meg hva du tenker på? Jeg ser ned i gulvet, et teppe med røde trekkanter, bare røde trekkanter og litt blått i endene. Jeg møter til time og jeg ser ned i gulvet. – Jeg er nå her, sier Holthe bare. (s. 28)

Når relasjonen bærer preg av taushet blir kommunikasjonen fylt av tolkning. I analysens material kommer Holthes tolkninger til uttrykk ved at han kommuniserer dem for henne. Han kommuniserer sine tolkninger av hennes adferd verbalt, og det kan forstås som et uttrykk for at han ønsker at hun skal delta slik at de sammen skal arbeide mot målet. Holthe håper hovedpersonen skal fortelle, og hovedpersonen håper Holthe skal hjelpe henne.

Jeg tror du er ganske sint, sier Holthe til slutt, og han smiler mens han setter seg bedre til rette i stolen. Jeg ser ned i gulvet, teppet som ligger midt på, med små trekkanter i rødt og blått. – Forvirret! Roper jeg plutselig, jeg er forvirret! Roper jeg, som om alt, alle setninger overalt er overmåte viktige men uten at jeg forstår noe som helst, jeg er forvirret! Roper jeg til Holthe, kan du ikke hjelpe meg? Roper jeg til Holthe, men Holthe ser bare på meg, venter til jeg er ferdig, - Sint, sier Holthe rolig

I studiens materiale presenteres en relasjon mellom hovedpersonen og Holthe som kan oppleves som en stadig tvekamp mellom dem. Holthe trekker i retning av dialog og åpenhet mens hovedpersonen holder fast ved sin indre dialog og verbal taushet. Samhandlingen kan gi inntrykk av å være et spill hvor hovedpersonen utfordrer sin behandler, og søker å bli tålt.

Nå får du jammen meg begynne å si noe snart, sier Holthe gjennom veggen, ellers bare går jeg, så får du sitte der inne til i morra, jeg har fått nok, sier Holthe, og jeg skjønner jo hva han mener, Men jeg vil da vel ikke snakke om Afrika! Roper jeg tilbake, med da brøler han, Afrika! Glem Afrika! Vi skal snakke om følelser! Brøler Holthe, om deg!... Jeg teller til hundre! Brøler Holthe, og jeg sukker. Han skal ikke få det så enkelt heller, tenker jeg og blir sittende. (s. 41)

I analysen ble det avdekket at Holthes tålmodighet, hovedpersonens tillit og deres felles håp om noe bedre, var viktige variabler i den terapeutiske relasjonen på pasientens vei mot mestring.

... og i begynnelsen sa jeg ingenting og jeg visste ikke hva jeg skulle si og hvorfor det skulle være nødvendig, hvorfor han absolutt ville at vi skulle snakke sammen når det var så vondt, sier jeg, men så ble det liksom enda verre og jeg tok en masse Sobril og Vival og alt jeg fant selv om jeg var redd for å dø og så plutselig bare ble det annerledes, sier jeg, plutselig trodde jeg på ham, sier jeg, bare plutselig, sier jeg, plutselig var jeg liksom nødt, sier jeg, og jeg har snakket og snakken med Holthe, i time etter time og jeg har nesten blitt glad i å snakke... (s. 152)

6. Drøfting

I dette kapitlet vil jeg drøfte studiens metode, styrke og svakheter og studiens validitet, reliabilitet og forskningsetikk. Videre vil studiens funn bli drøftet i relasjon til tidligere forskning og studiens teoretiske referanseramme.

6.1 Drøfting av studiens metode

Denne studien er gjennomført som en studie av skjønnlitterære tekster. Hensikten har vært å belyse aspekter ved det å være menneske; pasientens opplevelse av selvskading i tilknytning til kronisk suicidalitet. I Merete Mazzarellas artikkel; Livskunskap och läkarstudier, sier den finsk/svenske forfatteren Monika Fagerholm om skjønnlitteratur: *Det var då jag begrep att det var skönlitteraturen som rymde kunskapen om vad det vill säga att vara människa* (Nilsson & Pettersson, 2009, s. 104).

En studie med skjønnlitteratur som data har styrker og svakheter som det er viktig å ha et bevisst forhold til. Selvskading og kronisk suicidalitet er fenomener som i utgangspunktet kan oppleves å ha en naturvitenskaplig valør. Det er rimelig å anta at det er klangen i *kronisk* som umiddelbart gir denne opplevelsen. I denne studien er det imidlertid opplevelsen av å leve med denne lidelsen som har vært fokus. Når opplevelsen er det sentrale etableres et annet utgangspunkt en det rent medisinske og en humanistisk forståelse av mennesket blir da nødvendig.

Skjønnlitteratur er anerkjent som kunst og kunst er anerkjent som et verktøy som øker forståelsen for menneskets væren i verden. På bakgrunn av dette falt det naturlig å velge en skjønnlitterær tekst som materiale for denne studien. Lassenius (2005, s. 69) sier i sin doktorgradsavhandling:

Textens relation till verkligheten är den att textens värld samtidigt är både en skapad fiktion och en form av återskapad verklighet. I och med det ökar möjligheten att förstå något inifrån sig självt i betydelsen av innebörder och mening, även om möjligheten att forskaren med sitt förstånd skall kunna uppnå den andres annorlunda erfarenhet alltid är rätt begränsad.

I samspillet mellom litteraturen og leser må leseren ha et avklart forhold til egen bakgrunn og forforståelse for å unngå det Ahlzen (2002) beskriver som moralistisk lesing. I tråd med studiens hensikt har et avklart forhold til egen bakgrunn, klinisk yrkeserfaring, sentrale begrep og teoretisk grunnforståelse vært en viktig del av forarbeidet til denne studien. Dette danner grunnlaget for en gjennomarbeidet og veldokumentert analyse (Malterud, 2002).

Hva som er god skjønnlitteratur og hvilken historie som best belyser et tema er basert på en subjektiv opplevelse av litteraturen (Ahlzen, 2002). Når litteraturen berører, gir opplevelser, innlevelse og innsikt kan den gi trening i å se, føle og å leve seg inn i andre menneskers liv (Nilsson & Pettersson, 2009). Litteraturen til denne oppgaven ble valgt ut ifra dens evne til å beskrive studiens hensikt med et innenfra perspektiv på opplevelsen av selvsykdom, suicidalitet, møte med behandler og møte med psykiatrisk avdeling. Materialet var også et godt utgangspunkt for å drøfte mulighet for å fremme mestring av psykisk uhelse i et terapeutisk miljø. Ettersom teksten berørte meg som leser ble det viktig gjennom prosessen å etablere nødvendig avstand til materialet slik at materialet gjennom analysen forble uhildet av min tilknytning til materialet. På den måten ble resultatet i minst mulig grad påvirket av min bakgrunn og materialet fikk "leve sitt eget liv". Det er likevel mulig å anta at en annen forsker, med en annen bakgrunn og en annen opplevelse av teksten, ville tolket og forstått funnene med en annen vinkling. Det er også mulig at jeg på et annet tidspunkt i livet ville tolket og forstått funnene annerledes. For å unngå at min subjektive forståelse av selvsykdom, kronisk suicidalitet og mestring skulle overstyre studiens funn, ble gjennomføring av analysen og bearbeiding av analysematerialet systematisk beskrevet og klargjort for meg selv og for leseren.

Ahlzens (2002) undring over hvorvidt det kan forsvares å trekke ut biter av en historie og at dette i sin tur skal representere en helhet er interessant, og han velger å ikke besvare dette spørsmålet i sin artikkel. På den annen siden kan det argumenteres for at dette er i forskningens og den kvalitativ innholdsanalysens natur. Forskning er nettopp å bryte ned helheten i biter, slik at materialets innhold blir tydelig, for så komme frem til ny og abstrahert viten. Gjennom denne prosessen er fokuset likheter innenfor og forskjeller mellom de ulike delene i teksten (Graneheim & Lundman, 2004). Gjennom drøfting og sammenfatning blir analysen så en brobygger mellom rådata og resultat (Malterud, 2002).

6.1.1 Studiens pålitelighet (trustworthiness)

Hvorvidt en kvalitativ studies hensikt kan vurderes som besvart og funnene anses som pålitelig (trustworthiness) er knyttet til variablene troverdighet, holdbarhet og overførbarhet, og disse begrepene er ment å møte de mer kvantitative begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet (Graneheim & Lundman, 2004). Nedenfor følger en redegjørelse for hvordan disse variablene ivaretas i denne studien.

Troverdighet

Materialet til denne studien er hentet fra en skjønnlitterær tekst. Skjønnlitteratur er i utgangspunktet en historie basert på fiksjon og sannhetsgehalten i sjangeren kan diskuteres. Teksten som er valgt ut til denne studien er skrevet av en forfatter med egenerfaring knyttet til selvsykdom og suicidalitet, men det er likevel ikke en selvbiografisk historie. Boken har en troverdig tilnærming til opplevelsen av det å leve med disse fenomenene, og den beskriver en levende indre dialog som gir et eksklusivt innblikk i hovedpersonens indre verden. Gjennom disse beskrivelsene gis leseren en unik mulighet til å forstå opplevelsen av å leve med lidelsen fra et innenfra perspektiv. Tankene formidles ureflektert, og adferden knyttet til tankene gir da mening. Våre tanker er private og når vi tar sjansen på å formidle dem til andre gjennomgår de en prosess som kan fungere som et filter. Dette filtret kan ha en formildende eller forsterkende funksjon. Det som verbalt uttrykkes, gjennom for eksempel et intervju, blir preget av den kontekst personen befinner seg i og forskerens inntreden i informantens kontekst kan påvirke funnene og dermed resultatene – forskningseffekten. Denne studiens materiale bød på genuine beskrivelser av tankeprosesser og tilførte verdifull kunnskap som kastet lys over denne studiens hensikt: Å belyse opplevelsen av selvsykdom i tilknytning til kronisk suicidalitet. Materialet var også et godt utgangspunkt for undring omkring hva som fremmer mestring. Selv om jeg som forsker ikke eksplisitt trådte inn i hovedpersonens kontekst, kan det likevel hevdes at jeg implisitt var “tilstede”. Jeg fikk innblikk i hovedpersonens univers gjennom boken, og jeg gjenskapte universet i denne studien slik jeg forsto det. Jeg vil anta at dersom hovedpersonen hadde hatt mulighet til å validere mitt arbeid, ville noe vært endret, utdypet og muligens fjernet.

Studiens data ble samlet inn i tilknytning til studiens hensikt. Av den grunn ble alle episoder forbundet med selvsykdom, suicid, samtale med behandler og innleggelser i psykiatrisk

avdeling inkludert i materialet. Ved å benytte skjønnlitteratur som kilde til datasamling ble adferden forbundet med selvskading og suicidalitet knyttet opp til en opplevelse, og hovedpersonens verbalt uttalte tanker i samtale med behandler og innleggelse i psykiatrisk avdeling relatert til følelser og indre liv. Dette er kvaliteter ved episodene som det kan være utfordrende, om mulig, å få tilgang til gjennom intervju. Individets tankeprosess er ikke kronologisk, ikke alltid verbal og heller ikke alltid fokusert, men idet vi skal formidle det vi tenker og føler, gjennomgår tankene en prosess som gjør dem tilgjengelig og meningsfulle for andre (Benner & Wrubel, 2008). Når det indre livet skal formidles til andre mister det en dimensjon, nemlig det uslepne og spontane. Dette er kvaliteter ved det indre liv som boken ivaretar på en god måte og som gjennom studiens materiale får betydning for studiens funn.

Dette er mitt første forskningsprosjekt og det i seg selv kan anses som en svakhet ved denne studien. Som ny forsker kan det være utfordrende å etablere nødvendig avstand til materialet, og å balansere mellom fleksibilitet og rigiditet i analysen. Men der hvor jeg manglet erfaring, har min veileder ledet meg med sin faglige tyngde og erfaring, og styrket meg i min forskerrolle (Malterud, 2002). Det er endog mulig studien er tilført andre og spennende dimensjoner på grunn av min uerfarenhet og “naivitet”, og at nye undringer har fått rom i studien. Mitt daglige virke i en akuttpsykiatrisk døgnenhet har bidratt til å fundamentere studien i det kliniske arbeidet. Dette tilfører studiens tema en kvaliteten den fortjener: Nærhet til praktisk utøvelse av sykepleie.

Holdbarhet

Ettersom denne avhandlingen er gjennomført som en studie av skjønnlitterære tekster er ikke resultatet avhengig av det Graneheim og Lundman (2004) kaller inkonsekvent datasamling. Det er ved intervju som metode viktig å holde fokus på tilnærmet lik gjennomføring av intervjuene for så å kunne undersøke likheter innenfor og ulikheter mellom de forskjellige delene av forskningsmaterialet. Materialet til denne studien er samlet inn ved et tenkt åpent intervju med teksten, og alle episoder knyttet til selvskading, suicidalitet, samtale med fast behandler og innleggelse i psykiatrisk avdeling ble valgt ut i sin helhet.

Proessen med oppgaven har strukket seg over tid, ca 2 år, og gjennom denne tiden har jeg som forsker og sykepleier vokst. Jeg har i dag en mer nyansert forståelse av opplevelsen av å leve med suicidalitet i tilknytning til kronisk suicidalitet enn jeg hadde før jeg startet med

oppgaven, og jeg har en annen opplevelse av hvordan sykepleier kan fremme pasientens mulighet for mestring. Det er en styrke ved denne studien at min tidligere forståelse ikke har farget resultatet, men at ny kunnskap har fått utvikle seg i en hermeneutisk bearbeiding gjennom forskningsprosessen. Min utvikling har imidlertid ikke påvirket resultatene i den forstand at prosessen med innhenting og analyse av data er blitt påvirket. Til dette er metoden for rigid ved at materialet allerede var omarbeidet til tekst.

Overførbarhet

Det ligger i den kvalitative forskningens natur at det ikke lar seg gjøre å generalisere resultatet fordi utvalgene er for små. Kvalitativ forskning er i utgangspunktet virkeligheten for informant(en) i øyeblikket. Hvorvidt det er mulig å anta at resultatene i en kvalitativ studie kan overføres til andre situasjoner, individer eller grupper er basert på hvor godt studien beskriver; konteksten, deltaker(en), hvordan data er samlet inn og hvordan analyseprosessen er gjennomført (Graneheim & Lundman, 2004) Forskeren kan anta at resultatene er overførbare men det er til sist studiens leser som bestemmer. Utvalget til dette studiet er lite, én skjønnlitterær historie og dermed en “informant”. Dette gjør det vanskelig å argumentere for overførbarhet til andre individ, grupper eller situasjoner.

I kapittel 4 gis det en kort redegjørelse av studiens kunnskapssyn samt bakgrunn for valg av metode. Oppgaven er fundert i et subjektivt kunnskapssyn, og erkjenner erfaringsbasert, evidensbasert og taus kunnskap som viktige variabler i møtet med studiens hensikt. Når hensikten er å belyse opplevelser, må opplevelser anerkjennes som en subjektiv erfaring. Opplevelsen av selvskade og suicidalitet som mestring kan ikke objektivt vurderes og opplevelsen av hva som motiverer til mestring er også subjektiv og individuell. Med utgangspunkt i dette kunnskapssynet er det umulig å argumentere for overførbarhet i forhold til studiens resultat. Det er likevel mulig å anta at ved liknende symptomer i tilsvarende kontekst som beskrevet i denne studien, vil opplevelsen av selvskade og suicidalitet som mestringsstrategier, og diskusjonen omkring miljø som fremmer mestring kunne romme elementer som er diskutert i denne studien.

Kapitel 4 byr også på en detaljert beskrivelse av gjennomføring av analysen og hvordan studiens materiale er bearbeidet. Hensikten med en utfyllende beskrivelse studiens metode er å møte kvalitativ forsknings krav til å gi studien en vitenskapelig tilnærming og å vise

hvordan studiens hensikt er besvart (Malterud, 2002). Redegjørelsen av analyseprosessen i denne studien er gjort med utgangspunkt i Graneheim og Lundmans arbeid (2004). Analysen er basert på det som eksplisitt sies i teksten samt mine tolkninger av teksten implisitte innhold. Metodiske utfordringer forbundet til tolkning av tekstens latente innhold ligger i å gjennom hele prosessen tydeliggjøre hva som er tolkning og hvordan jeg har forstått innholdet. Tydelighet ligger også som en premiss i forhold til å legge til rette for studiens pålitelighet (trustworthiness) slik at leseren til en hver tid kan vurdere hvilket grunnlag resultatene bygger på.

I denne studien er det grunn til å stille spørsmålsteget ved metoden for innsamling av data. Datasamling basert på skjønnlitteratur er kontroversielt, og det er naturlig å undre seg over om andre metoder ville kunne belyst hensikten på en tilfredsstillende og kanskje bedre måte. Datasamling basert på kritisk gjennomgang av vitenskapelige artikler ville vært et godt og kanskje bedre alternativ. Studien ville da fått en vitenskapelig forankring gjennom materialet, og kunnskapen ville med dette blitt kumulativ (Kirkevold, 2002). I forarbeidene ble det imidlertid avdekket at det var få artikler, om noen, som direkte møtte denne studiens hensikt. Artikkelen syntes å mangle forbindelse til enten sykepleiefaget, terapeutisk miljø/akuttpsykiatrisk døgnenhet eller pasientens opplevelsesperspektiv. Datasamling basert på vitenskapelige artikler ble dermed bortimot umulig å gjennomføre. Kvalitativt forskningsintervju ville på en god måte kunne utdypet temaene i denne studien både knyttet til opplevelse av selvskade og suicidalitet, og forståelse av hva som fremmet mestring i et miljø. Det ville imidlertid vært utfordrende å avdekke dimensjoner ved menneskets væren i verden knyttet til selvskading og suicidalitet ettersom dette er forbundet med personens ikke-reflekterende forståelse av selvet i verden. Det er overveiende sannsynlig at informantene i et kvalitativt forskningsintervju ville vært andre enn pasienten selv (sykepleiere/miljøarbeidere), og studien ville da mistet nettopp pasientperspektivet. I lys av dette synes det som valgte datasamlingsmetode knyttet til denne studien er et godt valg.

6.1.2 Etisk forsvarlighet

Ettersom denne studiens materiale bruker skjønnlitteratur som informasjonskilde, har det ikke vært påkrevd å søke NSD eller REK om godkjenning av prosjektet. Det har heller ikke vært hentet inn samtykke fra hovedpersonen, ettersom informasjonen som benyttes i denne studien er tilgjengelig for alle gjennom boken “Forsnakkelser”.

Materialet til denne studien har både et innholdsaspekt og et relasjonsaspekt hvor innholdsaspektet er knyttet til det som eksplisitt utales i teksten og relasjonsaspektet er tekstens latente innhold. For å ivareta materialets opprinnelige innhold og for å hindre at mine tolkninger skulle påvirke resultatet kontaktet jeg bokens forfatter og ga henne mulighet til å lese gjennom studiens funn og drøfting. Hun hadde imidlertid ikke anledning til dette og takket derfor nei.

Som forsker kunne det vært et etisk dilemma dersom studien hadde vært knyttet til for eksempel et oppdrag fra arbeidsgiver. Jeg har imidlertid gjennomført denne studien på selvstendig grunnlag til tross for at jeg fikk lønnet permisjon av min arbeidsgiver.

6.2 Drøfting av studiens funn

Hensikt med denne studien var å belyse: 1) pasientens opplevelse av å leve med selvskading og kronisk suicidalitet og 2) hvordan et miljø kan fremme pasientens mestring. Disse forskningsspørsmålene vil i dette avsnittet bli drøftet i relasjon til studiens teoretiske forankring samt tidligere forskning.

6.2.1 Hvordan oppleves det å leve med selvskading i tilknytning til kronisk suicidalitet?

Det er min overbevisning at for å hjelpe må jeg forstå de(n) jeg ønsker å hjelpe, og når jeg forstår forsterkes min mulighet til å fremme pasientens mulighet for mestring. Dette er i samsvar med den fenomenologiske forståelsen av epistemologi og ontologi, kunnskap etableres ut ifra spørsmål om væren (Benner & Wrubel, 2008). Når hensikten er å belyse menneskets opplevelse, ligger det implisitt i uttrykket at mennesket forstås som et subjekt og

at opplevelsen er subjektiv og individuell. Forståelsen av mennesket som et subjekt er grunnsteinen i denne oppgaven. Utfordringen blir å belyse en annen persons opplevelse. For å møte denne utfordringen kreves det at forskeren tør utfordre sin egen og utforske en annens forståelseshorisont.

I denne studien er undersøkelsesobjektet en ung kvinne som strever med selvskading og suicidalitet. Dette er fenomener som fra et utenfra perspektiv kan forstås som meningsløse, og dermed blir handlingen uforståelig. Når en persons handling bærer preg av å være uten mening bryter det med den fenomenologiske forståelsen av menneskets væren i verden, nemlig at mennesket alltid befinner seg i en meningsfull kontekst, og den som står på utsiden av handlingen (sykepleier) vil umiddelbart og ureflektert søke mening i handlingen (Benner & Wrubel, 2008). Denne umiddelbare måten å forstå fenomenene selvskade og kronisk suicidalitet på har ledet til en stigmatisert og negativ forståelse i tråd med: Manipulerende, krevende og oppmerksomhetssøkende (Aviram, et al., 2006; Sommerfeldt & Skårderud, 2009). Dette er en Cartesisk forståelse av fenomenene, og forstår væren i verden ut ifra kunnskap. Kunnskapen er da statisk, ikke utforskende og ikke søkende.

For å forstå den eksistensielle opplevelsen av selvskade og kronisk suicidalitet må fenomenene knyttes til personens forståelse av seg selv gjennom personens opplevelser. I materialet til denne studien fikk jeg tilgang til nettopp hovedpersonens tanker og følelser og gjennom analysen fikk jeg anledning til å utvikle en forståelse for hva selvskading i tilknytning til kronisk suicidalitet betydde for henne.

Forståelse av egen person i tilknytning til selvskade og kronisk suicidalitet

Hovedpersonens opplevelse av seg selv, viste seg i analysen som indre dialog og adferd. Hun gav ingen steder i materialet eksplisitt uttrykk for hvordan hun forsto, dette ble heller tolket i materialets latente innhold. Det ble tydelig at adferden – selvskade og suicidalitet- var knyttet til tanker, følelser og opplevelser av hennes væren i verden. Ensomhet, ufrihet og lengsel var kategorier knyttet til hennes forståelse av egen person i tilknytning til selvskade og kronisk suicidalitet.

Ettersom det ikke er et dualistisk skille mellom kropp og sjel, men at dette må forstås som en helhet, kan ikke adferden skilles fra indre eller ytre verden. Mennesket forholder seg til

verden, og væren i verden, på en meningsfull måte. Selvskade og suicidalitet er forstått som mestring av vanskelige emosjoner og er dermed en reaksjon på menneskets væren i verden med sin lidelse. Fenomenene er knyttet til personens kroppslige intelligens og kan således sies å være ubevisst og ikke-reflektert (Benner & Wrubel, 2008). Kroppslig intelligens omfatter blant annet å gjenkjenne kjente fjes og gjenstander, minne om tidligere opplevelser, kroppsholdning og ubevist fysisk bevegelse (Benner & Wrubel, 2008, s. 66). Hensikten med kroppslig intelligens er å være i verden på en meningsfull måte.

Ensomhet ble formidlet gjennom tanker og indre dialog. I et utenfra perspektiv kan denne dimensjonen i menneskets liv være krevende å avdekke. Hovedpersonen hadde mor, far, bror og venn/kjæreste, og også flere vennerelasjoner beskrives i boken. Fra et observerende utenfra perspektiv er det ikke mulig å avdekke annet enn alenehet. Alenehet kan observeres fordi det lar seg gjøre å registrere antall medlemmer i personens nettverk, ensomhet er knyttet til subjektive opplevelser i relasjon med andre, og kan derfor ikke observeres. Hovedpersonens opplevelse av ensomhet kan imidlertid forstås ut ifra kroppslig intelligens og dermed tolkes som mestring. Hovedpersonen presenterer en forståelse av at dersom hun forteller sin hemmelighet vil de hun er glad i forlate henne. Dette kan forstås som en uønsket konsekvens som hun vil unngå. Tausheten startet da hun var *ni, ti og elleve år* (hun nå 26 år) og hun har gjennom årene etablert taushet som ubevisst og ikke-reflekterende mestringsstrategi for å bevare det som for henne er viktige relasjoner.

Ufrihet er en annen kategori som viste seg i analysen og som peker tilbake på hovedpersonens opplevelse av seg selv. Denne kategorien knyttes til en subjektiv opplevelse av hovedpersonens væren i verden og hennes implisitte forståelse av seg selv i livet. Objektivt sett er hun ikke ufri, men hennes opplevelse i verden bærer preg av at hun ikke har innvirkning i eget liv og på egen situasjon. I tråd med menneskerettighetene, er frihet for det enkelte individ en grunnleggende forutsetning. Likevel har hovedpersonen i denne studien en opplevelse av at "det bare skjer". Ufrihet i forbindelse med dette materialet er knyttet til en forståelse av at hun er en passiv deltaker i sitt liv, og man kan forstå det slik at andre, for eksempel broren, bestemmer for henne. Det er mulig at denne opplevelsen har sitt utspring i hovedpersonens bakgrunnsforståelse. Bakgrunnsforståelse er den kulturen en person er født inn i og vokst opp med og har betydning for hvordan verden forstås (Benner & Wrubel, 2008, s. 69). Bakgrunnsforståelse er ikke noe håndfast og observerbart. Det er heller ikke en forståelse som verbalt formidles mellom mennesker i en kultur. Bakgrunnsforståelsen er en opplevelse, bevisst og ubevisst, som ligger nedfelt i språket og

andre kulturformidlende kanaler, og som erverves i relasjon med og til andre innenfor kulturen. Bakgrunnsforståelse har innvirkning på personens forståelse av verden og sin være i verden (Benner & Wrubel, 2008).

Hovedpersonen har gjennom sin kroppslige intelligens utviklet en forståelse av at hun er mindre verdt en sin bror og at moren verdsetter broren mer enn henne.

Jeg liker ikke mora mi. Mora mi liker broren min. mora mi elsker broren min, elsker ham av hele seg, selv om hun veit det, broren min, selv om hun veit at vi to på rommet og hun burde ha skjønt det, tenker jeg. Mora mi, som elsker ham, samtalene de har sammen, gleden han har, ideene, mora mi som ikke kan noe annet enn å elske ham (Ribe, 2003, s. 21).

På tross av at broren har gjort henne vondt og at det er derfor hun lider, opplever hovedpersonen at det er hun som rangeres nedover på verdistigen. Dette er en relasjonell opplevelse som hun har tilegnet seg i samspill med familien. Det kan se ut som om forståelsen av seg selv som familiens appendix ble etablert tidlig i livet – 9 år, og at den har fått etablere seg som en sannhet i henne. Hovedpersonen gir eksplisitt uttrykk for sin opplevelse i egen tankeverden, og gjennom denne prosessen er det i ytterste konsekvens hun selv som gjennom sin bakgrunnsforståelse etablerer en forståelse av seg selv som mindre verdt og mindre elsket enn sin bror. Denne forståelsen av seg selv tar hun med seg inn i relasjoner og kulturer også utover egen familie, og det etableres som en grunnleggende forståelse av seg selv i relasjon til andre. Kroppslig kunnskap gjør folk i stand til å være i verden og forstå den i forhold til seg selv, og bakgrunnsforståelse gir kroppskunnskapen mening (Benner & Wrubel, 2008). Hovedpersonen tolker og forstår verden i samsvar med at hun er mindre verdt enn andre. Denne prosessen får også innvirkning på hva hun bryr seg om – *spesielle anliggende* (Concern). Når hennes egenverdi er redusert, reduseres også hennes betydning i relasjon til andre og andre tar over hennes “rom” i eget liv. Gjennom dette reduseres også opplevelsen av frihet i eget liv og muligheten til å ta valg ut ifra egen person. Selvhevdelse kan oppleves umulig fordi selvet ikke er betydningsfullt i seg selv.

Hovedpersonen beskriver tidvis en trang til å fortelle hva som har gjort livet hennes vanskelig. Det kan sågar tenkes at hun har en formening om at dette vil kunne gjøre byrden lettere å bære. På tross av dette bevarer hun smerten i seg selv og skader seg selv for å holde ut. Dette gir mening ved at hun opplever å være mindre betydningsfull enn bror og gjennom

denne opplevelsen så blir hennes ansvar for å beskytte ham ved å ikke fortelle, viktigere enn å redusere egen lidelse ved å “angripe”, derfor angriper hun seg selv. Selvskading er dermed ikke et aktivt valg men heller en ubevisst strategi for å overleve.

Det kan i materialet se ut som om det er diskrepans mellom hovedpersonens bevisste og ubevisste kroppskunnskap, bakgrunnsforståelse og spesielle anliggende, og hennes intellektuelle undring omkring disse fenomenene i livet. Dette etablerer en lengsel i livet. Lengselen er knyttet til et ønske om passivt å bli sett, møtt, hørt og forstått, og det kan synes som om hun gjennom adferd uttrykker dette ønsket for andre. Når en person i handling uttrykker et ønske om å dø er det en underliggende forståelse at livet er uutholdelig. Livet i seg selv er betydningsfullt for de fleste og dermed et spesielt anliggende. Adferd i form av selvskading og suicidalitet kan forstås som et uttrykk for lengsel etter noe annet, og antakelig bedre. Den naturlige responsen fra andre vil være: hvorfor ønsker du ikke å leve? Denne responsen kan forklares ut ifra den andres spesielle anliggende og *omsorg for*. Benner og Wrubel (2008) sier at det som truer en persons spesielle anliggende også truer personen selv. En persons uttrykk for ønske om å dø oppleves truende for andre, og andre bekymringer kommer til uttrykk gjennom omsorg for. Med adferd som kommunikasjon etableres da en kontakt mellom den som skader seg og hennes relasjoner, uten at hun krenker sitt spesielle anliggende – i dette tilfelle broren, og hun blir sett, møtt og hørt. Lengselen etter forståelse vedlikeholdes ettersom forståelse kun kan formes i et relasjonelt samspill med et felles språk.

Opplevelse av selvskading i tilknytning til kronisk suicidalitet som mestring

I analysen ble selvskading i tilknytning til kronisk suicidalitet forklart som mestring og relatert til tanker og følelser – indre liv. Denne forståelsen av fenomenet bekreftes også i artikkelen til Warm et al. (Warm, et al., 2003). Mot slutten av det kronologiske materialet, etter at hovedpersonen har funnet annen mestring, har hun et metaperspektiv på tidligere mestringsstrategier, og hun forklarer for seg selv funksjonen tidligere mestring, selvskading og suicidalitet, har hatt. Gjennom denne indre diskusjonen gir selvskading og suicidalitet mening for henne selv. Hun forklarer selvskade som omsorg, emosjonsregulering og avhengighet.

Mestring er slik vi håndterer stress, og stress er i denne studien forstått som emosjonell smerte. Emosjonene i denne studien er forbundet med negative opplevelser med bror tidlig i livet, og denne opplevelsen har etablert seg som en forståelse av seg selv som mindre betydningsfull enn andre i relasjoner. Symptomene på lidelsen kommer til uttrykk i hovedpersonen gjennom behov for å gi seg selv omsorg og behov for å regulere følelsene.

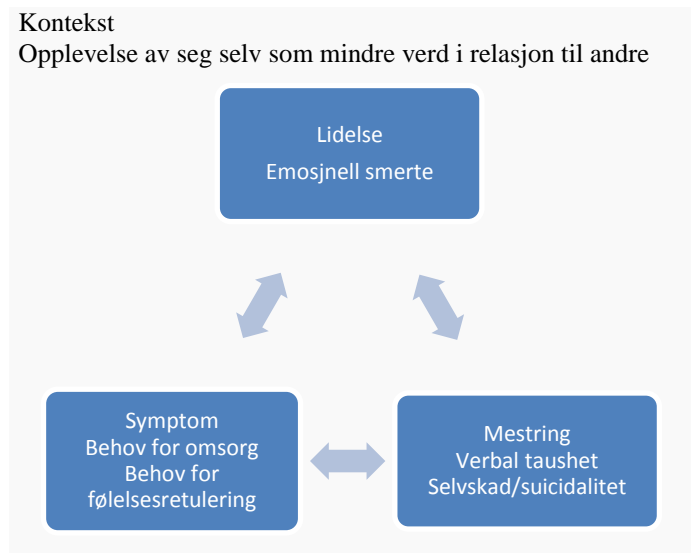
Mestring av vanskelige emosjoner blir synlig for andre i verden gjennom hovedpersonens selvskadende og suicidale adferd (Figur 3).

Mestringsstrategier er intensjonale ved at de er målrettet og har en hensikt. I tillegg til denne intensjonaliteten mener Benner og Wrubel (2008) at valg av strategi også er forbundet med det de kaller *prekognitiv intensjonalitet*. Denne formen for intensjonalitet har betydning for opplevelse av stress og valg av mestringsstrategi. Prekognitiv intensjonalitet viser til personens opplevelse av; meningsfullhet, målrettet adferd basert på innlærte ferdigheter, vaner og språk (Benner & Wrubel, 2008, s. 78).

Ud fra denne opfattelse er individer ikke radikalt frie til at droppe alle forpligtelser eller tilhørsforhold, blot fordi de er "stressende". De er heller ikke frie til at hengive sig til mestringsstrategier, som skaber uholdbar distance fra relationer der har betydning i forhold til selvværed. (Benner & Wrubel, 2008, s. 78)

I analysen ble det avdekket at hovedpersonens stress er forbundet med emosjonell smerte. Emosjonene er mulig forbundet med opplevelser fra tidligere i livet og knyttet til hennes opplevelse av seg selv. Mestringsstrategiene synes å være "valgt" ut ifra en opplevelse av at hun ikke kunne velge, det bare skjedde.

Jeg har tidligere vist at hovedpersonens forståelse av seg selv blant annet er knyttet til en opplevelse av at broren er mer verdt en henne. Dette er forankret i henne gjennom erfaringer fra barndomshjemmet og etablert som en sannhet i henne. Gjennom denne opplevelsen har



Figur 3: Hovedpersonens Stress-Symptom-Mestringsprosess

broren ubevisst i henne blitt hennes spesielle anliggende i familierelasjonen, og dermed noe hun vil beskytte og ta vare på. For å ta vare på å beskytte broren, knyttes mestring av vanskelige emosjoner i relasjonen mot det som er minst betydningsfullt, nemlig henne selv. Opplevelsen av seg selv i familierelasjonen adopteres også over i andre relasjoner, og gjennom dette blir hun selv den som utsettes for distanse og som blir stående utenfor i relasjonen.

Ved å benytte mestringsstrategier som selvskading og suicidalitet, er det fare for at opplevelsen av seg selv som mindre betydningsfull vedlikeholdes og at lidelsestrykket gjennom dette opprettholdes eller forsterkes. Ved å benytte verbal taushet i relasjonen som mestring, konserveres den kognitive (mis)forståelsen av seg selv ved at hypotesene vedrørende selvforståelsen ikke blir undersøkt i relasjon til andre. På den måten er mestringsstrategiene med på å forsterke lidelsen som så forsterker symptomene, og ureflektert mestring opprettholdes. McAuliffe, et al. (2006) beskriver i sin studie denne måten å mestre lidelsen på som Passiv-Unnvikelse (Passive-Avoidance). De fant en sammenheng mellom passiv-unnvikelse og lav selvfølelse, og det syntes å bli bekreftet også i denne studien. I hovedpersonens indre verden blir mestring forstått som noe som “bare skjer”.

Opplevelse av makt og avmakt i omsorgsrelasjoner

I analysen ble det avdekket at hovedpersonens opplevelse knyttet til innleggelse i psykiatrisk avdeling var forbundet med en opplevelse av andres makt i forhold til henne, og hennes egen avmakt i forhold til andre. Ingen av disse faktorene synes å ha en positiv funksjon med hensyn til målet, mestring. Det kunne heller se ut som om det forsterket følelsen av meningsløshet. Benner og Wrubel sier en person fatter mening direkte ut i fra dens mening for selvet (s. 65). Når en innleggelse i psykiatrisk avdeling ikke gir mening for pasienten fører det nettopp til en følelse av meningsløshet. For å fylle dette “rommet” må det terapeutiske miljøet inneholde faglig kunnskap, erfaring og vilje til å forstå (Benner & Wrubel, 2008; Sommerfeldt & Skårderud, 2009)

Sykepleier – pasient-relasjonen i akuttpsykiatrisk døgnavdeling er i utgangspunktet en omsorgsrelasjon basert på ujevn maktfordeling. Makten som utøves i denne relasjonen kan hindre en gjensidig kommunikasjon og forståelse (Vatne, 2006). Vatne sier videre (s. 207):

Gir hjelpere pasienten omsorg ut fra det vi tror er til pasientens beste, uten at vi har utforsket omsorgsbehovene sammen med pasienten, er omsorgen fundert i en ensidig relasjon. Det vil si at hjelperen tar seg makt til å definere hva som er både problemet og hjelpsomme handlinger. Disse kan avvike sterkt fra pasientens oppfatninger om hva som er problemet og hva som kunne hjelpe.

Materialet til denne studien viser nettopp dette. Situasjoner hvor hovedpersonen opplever at andre har makt bærer preg av at andre har vurdert hva som er hennes problem og hvordan hun best kan hjelpes. Dette er basert på en biologisk forståelse av sykdom/ lidelse (Benner & Wrubel, 2008). Hun tillegges også kunnskap og en situasjonsforståelse hun ikke har. Å tillegge andre kunnskap og forståelse blir i studien analysert som kunnskapsarroganse, og viser til hvordan makt kan utøves verbalt i relasjonen og hvordan hovedpersonens subjektive opplevelse blir ignorert. Kommunikasjonens hensikt er da ikke å forenes i en felles forståelse hvor relasjonsdeltakeren utfordrer egen og utforsker andres horisont, kommunikasjon blir heller et verktøy for å få den andre til å forstå "meg". Hovedpersonen blir en passiv deltaker i disse situasjonene, og hennes opplevelse, meninger og følelser anerkjennes ikke. Relasjonen basert på monolog vil redusere kvaliteten i det terapeutiske miljøet (Vatne, 2006).

Hovedpersonen i denne studien beskriver episoder hvor hun blir tatt hånd om av politiet, og hvor politiet tar henne med til innleggelse. Kjennetegnene i disse situasjonene er at de som hjelper henne gir uttrykk for at de vil henne vel, at de har omsorg for henne og at de ønsker å hjelpe. Episodene viser likevel at de oppleves som maktutøvelse og at hovedpersonens mening ikke er relevant.

Du må nok bli med oss, sier den ene, jeg tror det er det beste, sier han, det forstår du sikkert, sier han, og jeg ser på fisken i panna og jeg snur den med steikespaden og han tar meg forsiktig i armen mens han skrur av plata og blir med meg ut.

Makt får i denne situasjonen en omsorgsforkledning. Hovedpersonen kan ikke velge, hun er bundet av andres vurderinger. Det kan være hun er enig i at hun er i behov av hjelp, men ingen spør henne, ingen anerkjenner hennes kunnskap om seg selv. Makt fordekt som omsorg kan være utfordrende å forholde seg til, fordi relasjonen da inneholder elementer av skjult tvang (Vatne & Hoem, 2008).

På den annen side fratrar tvang personens mulighet til å velge, og i dette tilfelle muligheten til å velge livet. I Holm og Severinssons studie (2010) var *Kampen om å bli fritatt fra ansvar* nettopp et av hovedtemaene. Dette var knyttet til tema; *Lengselen etter å føle seg verdig for å unngå dømmende følelse av skyld og skam*, og *Lengselen etter å bli usynlig for å ivareta egen selvforståelse*. Når hovedpersonen i denne studien fratras muligheten til å velge er det mulig at følelsen av skyld og skam ivaretas, og egne negativer selvforståelse vedlikeholdes.

Analysen viste at svar på makt var avmakt.

Er jeg nødt til å sitte her og se på tv? Sier jeg, og de (red.anm. miljøpersonalet) nikker bare, – Du får snakke med lege eller psykolog i morra. Sier de bare, og jeg sukker og jeg ser litt på et program om elefanter før jeg går og legger meg, og jeg sover til neste dag,...

Situasjonen gir et inntrykk av at hovedpersonen gir opp, kanskje fordi hun får en opplevelse av at “ingen bryr seg” og dermed får bekreftet sin selvforståelse. Når situasjonen gir en opplevelse av avmakt kan konteksten oppleves som meningsløs, og meningsløshet er den største trusselen mot mestring (Konsmo, 1995, s. 92).

I situasjonen nevnt ovenfor svarer personalet at hun får snakke med behandler i morgen, når hennes spørsmål er om hun må sitte og se på tv. Et interessant svar i forbindelse med miljøterapi og terapeutisk miljø. Svaret synes å bygge på en biologisk forståelse av psykiatri hvor lege/psykolog definerer problemet ut ifra spesialiserte ferdigheter rettet mot behandling av avvikende adferd og sykdomsuttrykk (Vatne, 2006, s. 208). Svaret indikerer også personalets fraskrivelse av ansvar knyttet til det terapeutiske miljøet. I et terapeutisk miljø er det nettopp sykepleiers rolle å motivere pasienten til å finne mening i sin situasjon (Benner & Wrubel, 2008). Hovedpersonen blir heller værende i sin opplevelse av avmakt, og meningsløshet og ny mestring uteblir. Miljøpersonalets svar skaper også en distanse mellom pasienten og de som oppleves å ha mulighet til å påvirke pasientens situasjon. Avstanden er en hel kveld, og en hel natt – i morgen, kampen starter først i morgen.

I materialet blir de som utøver makt, politi og miljøpersonalet, beskrevet kun med stemme og politiet med uniform. De er ikke tillagt kvaliteter som beskriver dem som personer, men heller som maskiner som mekanisk utfører sine oppgaver. Når de som skal gi omsorg oppleves som følelsesløse “Terminatorer”, kan man tillate seg å slåss, eller eventuelt emosjonelt dø. Hovedpersonen beskriver en episode på avdelingen hvor hun slåss. Hun slåss

emosjonelt med andre, men sett utenfra går det utover henne selv. Makten tar henne og når hun gir seg *smiler de til hverandre og løsner reimene* (Ribe, 2003, s. 46). Ingen hjelper henne å finne mening i konteksten, ingen spør hvordan hun opplevde det. Hun finner mening i konteksten ved å bevare en forståelse av personalet som “Terminatorer”.

6.2.2 Hvordan kan et terapeutisk miljø fremme pasientens mulighet for mestring?

I foregående kapittel har jeg vist hovedpersonens opplevelse av seg selv og hvordan dette har betydning for hennes eksisterende mestring, hvilken funksjon mestringen har og hvordan den er med på å vedlikeholde og kanskje forsterke hennes stress. Jeg har også belyst hennes opplevelse av makt og avmakt i relasjon til de som skal hjelpe henne og hvordan denne relasjonen, når den ikke er basert på miljøterapeutiske prinsipper, hindrer henne i å utforske ny mestring. Hensikten med mestring er å redusere lidelsens negative innvirkning i livet, og målet i et terapeutisk miljø må således være å legge til rette for strategier som motiverer til nettopp dette (Benner & Wrubel, 2008).

Benner og Wrubel (2008) beskriver stress som en opplevelse av kontekstsløshet. Pasienten mangler kunnskap om væren i livet med sin lidelse, og er på grunn av det ikke i stand til umiddelbart og ureflektert å finne mening. Sykepleiers oppgave blir da å trene pasienten og hjelpe han eller henne med å forstå den endringen i konteksten (ibid s. 104). I denne studien er hovedpersonens stress definert som emosjonell smerte. Symptomene viser seg i hovedpersonen som behov for omsorg og behov for følelsesregulering. Mestring av symptomene er repeterende og tilbakevendende tanker og adferd knyttet til selvskading og suicidalitet (Figur 3, s.60). For en som står utenfor pasienten er det innlysende at hennes håndtering av sin lidelse ikke er hensiktsmessig, og at mestringen pleier og vedlikeholder symptomene og dermed også lidelsens betydning i hennes væren i verden. “Hvorfor gjør hun ikke noe med det, og hvorfor lar hun meg ikke hjelpe?”. Det kan i materialet se ut som om hovedpersonen befinner seg i en tilstand av kontekstløshet i eget liv. Hun mangler kunnskap om hvordan hun kan forstå sin smerte, hvordan hun kan tolke symptomene og hvordan hun kan mestre smerten og gjenfinne mening i livet (Benner & Wrubel, 2008; Holm, et al., 2009)

Innleggelse i psykiatrisk avdeling er i materialet forbundet med adferd knyttet til selvskading og suicidalitet, og basert på rapporten til Hjort og Rud (2006) er det rimelig å anta at

hensikten med disse innleggelsene er stabilisering. Ut fra materialet ser det ut som om hovedpersonen ikke har en forståelse av hva oppholdet innholdsmessig rommer. Det ser også ut som om miljøpersonalet har en forståelse av at behandlingen, og med det innleggelsens innhold, er knyttet til samtale med lege/psykolog. På bakgrunn av denne forståelsen hos så vel pasient som miljøpersonalet er det fare for at alle erfarer innleggelsen som meningsløs, og dermed blir de kontekstløse i relasjon til hverandre og miljøet mister med det sin terapeutiske funksjon.

Miljøterapi i et terapeutisk miljø skal være intensjonal og rettet mot et mål. Stabilisering som mål er i seg selv for dårlig og generelt beskrevet (Hjort & Ruud, 2006). Målet er heller ikke knyttet opp imot sykepleiers problemområde som er: Pasientens opplevelse av stress i en situasjon med psykisk lidelse (Kirkevold, 1992). I følge Benner og Wrubel (2008, s. 72) er sykepleierens ultimate mål å styrke pasienten til å bli hva han eller hun ønsker å være, ved å definere hans/hennes spesielle anliggende i situasjoner hvor sykdom er tilstede.

I analysen til denne studien ble det avdekket at viktige elementer i prosessen mot mestring var tålmodighet, tillitt og håp. Tålmodighet er krevede i behandlingen av pasienter med selvskading og kronisk suicidalitet. Repeterende adferd knyttet til ønske om å skade seg kan vekke sinne, frykt og hjelpeløshet hos sykepleier og disse emosjonene kan skade pasient – sykepleier relasjonen. Linehan (1993) hevder at også disse følelsene hos sykepleiere (behandlere) må anerkjennes og veiledning, med fokus på å hjelpe hverandre å se løsninger, vil styrke den enkelte sykepleier i sin hjelperrolle. En opplevelse av tålmodighet fra sykepleier i akuttpsykiatrisk avdeling vil kunne komme til uttrykk ved sykepleiers ønske om å forstå pasientens bakgrunn og hva som ledet til nettopp denne innleggelsen. Ved å ha fokus på bakgrunnen vil også muligheter til endret og ny problemløsning avdekkes og det vil igjen kunne forsterke pasientens væren i verden. Tålmodigheten kommer til uttrykk gjennom forståelsen av at denne innleggelsen er annerledes enn forrige, “jeg forstår at du har det vanskelig, kan vi hjelpe hverandre mot en ny forståelse av konteksten og deg med en annen måte å løse situasjonen på”. Denne måten å møte pasienten, å forstå sykepleierrollen legger også til rette for tillitt. Ved å anerkjenne pasientens utfordringer i livet og sammen med henne søke ny mestring gir sykepleier uttrykk for at han/ hun forstår at pasienten strever i livet. Ønsket om å bli forstått ble avdekket som en lengsel hos hovedpersonen i hennes forståelse av seg selv.

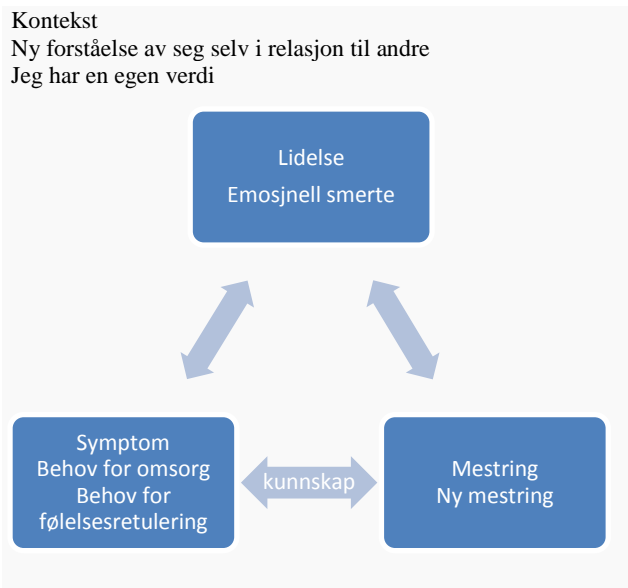
Å gi noen håp er ikke mulig (Aadland, 2004). Håp skapes i personen og i situasjonen personen er i. Benner og Wrubels (2008) sier om håp: *Omsorg er en dybtgående håbshandlig*. Dette etablerer håp som noe relasjonelt og som skapes i relasjon til andre. I analysen ble håp etablert i en relasjonell samhandling tilknyttet behandlers tålmodighet og hovedpersonens tillitt til relasjonen.

For å hjelpe pasienten til å bli den hun ønsker å være, må sykepleier avdekke pasientens mål i livet. Personers ønske og mål for livet er sjelden forenlig med adferd knyttet til selvskading og kronisk suicidalitet. Denne adferden kan tvert imot oppleves som en hemsko og dermed oppleves som årsaken til at livet ikke er som personen ønsker (Linehan, 1993). Målet i livet blir da problemløsning og adferd som er forenlig med det livet personen ønsker å leve, og betegnes som et langsiktig mål. Pasientens mål i livet vil også kunne være utgangspunkt for å utarbeide mål for det terapeutiske miljøet i avdelingen – kortsiktig mål. For å utarbeide mål for akutt innleggelse i psykiatrisk avdeling, må årsaken til innleggelsen avdekkes utover den åpenbare selvskadende /suicidale handlingen. Ut ifra en forståelse av at adferd er knyttet til tanker og følelser, er det tanker og følelser knyttet til selvskadende/suicidal adferd i forkant av aktuelle innleggelse som vil være sykepleiers eksplisitte problemområde. Sykepleiers overordnede mål knyttets da til: “Det var slik..., hvordan ønsker du det skal være?”. Gjennom å arbeide med tanker og følelser knyttet til adferden som ledet til innleggelse skaper konteksten mening for pasienten. Det som i utgangspunktet ble forklart som *noe som bare skjedde* settes inn i en sammenheng og adferden gir da mening for pasienten og også for sykepleier. Når sykepleier og pasient i fellesskap avdekker adferdens bakgrunn, gis adferden mening og akutt innleggelse i psykiatrisk avdeling et innhold. Når bakgrunnen for adferdens avdekkes, fremmer det pasientens mulighet for å etablere ny mestring.

Når sygeplejersken ved hvad sygdommen afbrød, og hvordan patienten forstår symptomerne, bliver det lettere for hende at se patienten i patientens egen kontekst; men efterhånden som symptomerne skrider frem, og behandling sættes i værk, ændres denne kontekst. Her kan sygeplejersken blive ikke blot en person som forstår, men også en fortolker af situationen for klienten (Benner & Wrubel, 2008, s. 39).

Når pasienten og sykepleier i relasjon med hverandre utvikler ny forståelse av adferdens implisitte innhold, får pasienten mer kunnskap om sin lidelse og ny mestring avdekkes (Figur 4, s.67).

We advocate that this is a good starting point from which a meaningful therapeutic relationship can developed (Warm, et al., 2003)



Figur 4: Stress – symptom – mestring i et terapeutisk miljø

Gjennom analysen til denne studien ble det avdekket at hovedpersonen brukte taushet i kommunikasjonen med sin behandler og at hun brukte indre dialog og adferd for å svare på spørsmål uttalt i den ytre verden. Denne formen for kommunikasjon gjør behandlingsprosessen utfordrende. Hvordan er det mulig å finne pasientens livsmål når hun ikke vil / kan kommunisere dem? Svaret gir seg selv;

det går ikke! Å utarbeide mål i andres liv kan kun skje i samhandling med den andre, og det blir dermed den andres valg hvorvidt hun ønsker det eller ikke. Gjennom prosessen må pasienten ta et aktivt valg i livet (ønsker/ønsker ikke) og sykepleierens utfordring blir å anerkjenne valget (innenfor lovens rammer) med hensyn på pasientens bakgrunnsforståelse og ikke vurdere det ut ifra egen. Anerkjenne er ikke det samme som å samtykke til eller være enig i, snill og støttende. Anerkjennende kommunikasjon innebærer også å respektfullt dele valgmuligheter slik at pasientens forståelse utfordres (Vatne & Hoem, 2008). I denne prosessen er sykepleiers oppgave å fange pasientens oppmerksomhet, og gjøre henne nysgjerrig og etablere noe usikkerhet i forhold til pasientens forforståelse av at taushet er god mestring i situasjonen (Linehan, 1993). Ved å utforske etablert mestring (taushet) og å utfordre til ny mestring (snakke) er det mulig at pasienten erfarer at hun ikke støter fra seg andre ved å dele sine tanker og at andre “holder ut” hennes liv. Gjennom denne prosessen er det også mulig at hun justerer sin forståelse av seg selv ved at hun får testet ut hypoteser om seg selv i en verbal relasjon til andre.

Avdelingens terapeutiske miljø vil da ha en avgjørende betydning for hvorvidt pasienten makter å prøve ut ny mestring. Miljøet må ha en grunnmur av fagkompetanse og erfaringskompetanse (Vatne, 2006), og også ha evnen til å benytte sin kompetanse i samhandling med pasienten. I denne studien er begrepet kronisk benyttet i forbindelse med suicidalitet og det indikerer at symptomene vil være og/eller har vært til stede over tid, og

behandling i form av veiledning og kunnskap knyttet til å gi væren i verden er avgjørende for å avdekke adferdens hensikt og gjennom dette fremme mestring. Studien viser at miljø basert på anerkjennelse gjennom respekt, varme, tillitt, empati, støtte, ekthet og ikke-dømmende tilbakemeldinger vil være avgjørende for hvorvidt miljøet innehar kvaliteter som fremmer pasientens mulighet for mestring av selvskading i tilknytning til kronisk suicidalitet.

6.3 Avslutningen og veien videre

Gjennom denne studien ble det avdekket at det er en sammenheng mellom hovedpersonens opplevelse av seg selv, og hvordan selvskadende og suicidal adferd gav mening for henne i hennes liv. Som sykepleier i relasjon til pasienter som strever med selvskading og kronisk suicidalitet er dette kunnskap som bør forankres i vår forståelse av personen og hennes væren i verden. Som sykepleier i akuttpsykiatrisk avdeling må vi allikevel ikke forledes til å tro at vi må ha detaljrik kunnskap om pasientenes bakgrunnsforståelse for å kunne hjelpe, men vi må ha kunnskap om at adferd er knyttet til opplevelser, og at mestringsstrategiene gir mening ut ifra pasientens væren i verden.

Hensikten i denne studien har vært å belyse hvilke kvaliteter det terapeutiske miljøet bør besitte for å gi rom til og fremme mestring. Studien viste hvilke utfordringer personer som strever med selvskading i tilknytning til kronisk suicidalitet står i, og hvordan en opplevelse av meningsløshet vedlikeholder og forsterker den eksisterende mestringen og dermed også lidelsens betydning i hennes verden. Når sykepleier og pasient sammen utforsker hverandres og utfordrer egen forståelseshorisont, vil ny og felles forståelse av eksisterende mestring gi kunnskap om andre mulige mestringsstrategier ut i fra pasientens væren i verden. Slik jeg forstår det, vil et terapeutisk miljø basert på anerkjennelse, og hvor pasient og sykepleier sammen søker mening, være et miljø som fremmer mestring av psykisk uhelse.

Det ville vært interessant å utforsk videre om fokus på det terapeutiske miljøet, slik det er beskrevet i denne studien, styrker pasientenes opplevelse av mening i eget liv, fremmer pasientens mulighet for mestring og dermed reduserer lidelsens betydning i pasientens eget liv.

7. Litteraturliste

- Aadland, E. (2004). *"Og eg ser på deg-": vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforl.
- Ahlzen, R. (2002). The doctor and the literary text - potentials and pitfalls. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 5(2), 147.
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline Personality Disorder, Stigma, and Treatment Implications. *Harvard Review of Psychiatry*, 14(5), 249-256. doi: doi:10.1080/10673220600975121
- Benner, P., & Wrubel, J. (2008). *Omsorgens betydning i sygepleje : stress og mestring ved sundhed og sygdom*. København: Munksgaard.
- Brekke, M. (2006). *Å begripe teksten: om grep og begrep i tekstanalyse*. Kristiansand: Høgskoleforl.
- Elo, S., & Kyngas, H. (2007). The qualitative content analysis process. *J Advanced Nursing*(pp), 2008 Apr.
- Everett, E. L., & Furseth, I. (2004). *Masteroppgaven: hvordan begynne - og fullføre*. Oslo: Universitetsforl.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.
- Fredheim, K. N. (2009). Implementering av kognitiv miljøterapi i akuttpost i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(2), 7.
- Frich, J. C. (2008). Undervisning i medisin og kunst – hvilket utbytte har studentene? *Michael Quarterly* 10.
- Gadamer, H.-G. (2010). *Sannhet og metode: grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Pax.
- Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*(pp), 2004 Feb.
- Hjort, H., & Ruud, T. (2006). *En kvalitativ studie av akuttavdelinger i psykisk helsevern* (Vol. STF78 A06012). Oslo: SINTEF Helse.
- Holm, A. L., Berg, A., & Severinsson, E. (2009). Longing for reconciliation: A challenge for women with borderline personality disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(9), 560-568.
- Holm, A. L., & Severinsson, E. (2010). Desire to survive emotional pain related to self-harm: A Norwegian hermeneutic study. *Nursing & Health Sciences*, 12(1), 52-57. doi: 10.1111/j.1442-2018.2009.00485.x
- Hummelvoll, J. K., Jensen, P., Dahl, T. E., & Olsen, P. (2004). *Helt - ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jordahl, H., & Repål, A. (1999). *Mestring av psykoser : psykososiale tiltak for pasient, pårørende og nærmiljø*. Bergen: Fagbokforl.
- Kirkevold, M. (1992). *Sykepleieteorier : analyse og evaluering*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kirkevold, M. (2002). Hva slags vitenskap er sykepleievitenskapen. *Fokus på sykeplejen*.
- Konsmo, T. (1995). *En hatt med slør- : om omsorgens forhold til sykepleie : en presentasjon av Benner og Wrubels teori*. [Oslo]: TANO.
- Kortner, O., Tveterås, E., & Munthe, P. (Red.). (1986). Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Lahtinen, A.-M., & Torppa, M. (2007). "Medicalisation of falling in love": medical students' responses to Thomas Mann's *The Black Swan*. *Medical Humanities*, 33(1), 44-48. doi: 10.1136/jmh.2006.000245

- Lassenius, E. (2005). *Rummet i vårdandets värld*. Åbo akademis förlag, Åbo.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lorentzen, B. (2005). Atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens
- Geria-tema*, 4, 4.
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E. J. d., Corcoran, P., Fekete, S., et al. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(6), 667-677. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning-forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*(25), 4.
- McAULIFFE, C., CORCORAN, P., KEELEY, H. S., ARENSMAN, E., BILLE-BRAHE, U., De LEO, D., et al. (2006). Problem-solving ability and repetition of deliberate self-harm: a multicentre study. *Psychological Medicine*, 36(01), 45-55. doi: doi:10.1017/S0033291705005945
- Mehlum, L., & Holseth, K. (2009). Selvskading - hva gjør vi. *Tidsskrift for Den norske legeforening*(129), 759-762. doi: 10.4045/tidsskr.08.0378
- NICE. (2009). *NICE clinical guideline 78, Borderline personality disorder*.
- Nilsson, S. K., & Pettersson, T. (2009). *Litteratur som livskunskap: tvärvetenskapliga perspektiv på personlighetsutveklende läsning: Högskolan i Borås*.
- Oldham, J. M. (2006). Borderline Personality Disorder and Suicidality. *Am J Psychiatry*, 163(1), 20-26. doi: 10.1176/appi.ajp.163.1.20
- Paris, J. (2002). Chronic Suicidality Among Patients With Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Serv*, 53(6), 738-742. doi: 10.1176/appi.ps.53.6.738
- Paris, J. (2004). Half in Love with Easeful Death: The Meaning of Chronic Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(1), 42-48. doi: doi:10.1080/10673220490279161
- Paris, J. (2007). *Half in love with death: managing the chronically suicidal patient*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Petrie, H. (2007). *Ung jente* (Vol. [6]). Stavanger: Hertervig forl. Stiftelsen psykiatrisk opplysning.
- Ramberg, M., & Stanley, B. (2008). Er selvmordsforsøkere som også selvskader, en unik gruppe. *Suicidologi*, 13(3), 5.
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker : innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforl.
- Ribe, K. (2003). *Forsnakkelser: roman*. Oslo: Oktober.
- Shdir. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *The Lancet*, 366(9495), 1471-1483. doi: 10.1016/s0140-6736(05)67600-3
- Sommerfeldt, B., & Skårderud, F. (2009). Hva er selvskading. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 8. doi: 10.4045/tidsskr.08.0454
- Stanley, B., Gameroff, M. J., Michalsen, V., & Mann, J. J. (2001). Are Suicide Attempters Who Self-Mutilate a Unique Population? *Am J Psychiatry*, 158(3), 427-432. doi: 10.1176/appi.ajp.158.3.427
- Takle, S. (2008). *Miljøterapeutisk utfordringer - Å kombinere det beste fra to verdener... rusomsorg og psykisk helsevern*. Lokalisert 03.05.2010 2010, på http://www.nordlandssykehuset.no/getfile.php/NLSH_bilde%20og%20filarkiv/Pulse

[n/Kompetanseutvikling/Tekstfiler/Miljøterapeutiske utfordringer 20080904a%20_Sveinung_Takle.pdf](#)

- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne : relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vatne, S., & Hoem, E. (2008). Acknowledging communication: a milieu-therapeutic approach in mental health care. *Journal of Advanced Nursing*, 61(6), 690-698. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04565.x
- Veisten, K., Granerud, A., Hummelvoll, J. K., & Nysveen, K. (2008). *Miljøterapi prosjektet : mål og verdigrunnlag 1* (Vol. nr 1-2008). Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Warm, A., Murray, C., & Fox, J., . (2003). Why do people self-harm. *Psychology, health and medicine*, 8(1), 9. doi: 10.1080/1354850021000059278
- Williams, L. (1998). Personal Accounts: A "Classic" Case of Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Serv*, 49(2), 173-174.
- Wilstrand, C., Lindgren, B. M., Gilje, F., & Olofsson, B. (2007). Being burdened and balancing boundaries: a qualitative study of nurses' experiences caring for patients who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(1), 72-78. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01045.x

Vedlegg

Vedlegg I: side 1/4

Abstrahering av tema: Indre dialog og selvforståelse

Kondenserte meningsbærende enheter	Koder	Kategorier	Tema
og jeg ville fortelle. Du ba om det roper han. Ser du ikke hva du har gjort?	Skyldfølelse		
Fredrik kan ikke. setter meg på kjøkkengulvet, tar en eske sobril, en flaske vin, kler av meg, går mot fjorden. Hun er så liten, må få grine	Frykten for å bli forlatt	Ensomhet	
Så begynte jeg å skade meg ... med kniv. ... og ingen viste noen ting. Og så sa jeg det.	Selvskading som en ensom prosess		
Lat som jeg ikke er her. Bare snakk i vei	Selvpålagt taushet		
veit du hvor lei seg hun ble? Jeg går ut på badet og svelger munfull etter munnfull med Vival	Viljeløs		
Holthe vil jeg skal huske så han får høre. Men det blir virkelig for første gang. Kan du ikke ta bort det vonde?	Fanget i egen livshistorie	Ufrihet	Indre dialog og selvforståelse – "Vi fikk mat, men var like tynne"
Jeg vil og vil ikke dø	Ambivalens i livet til livet		
og jeg ville fortelle. Det ville være Synd Jeg er ni, ti og elleve år å jeg begynner å dø og jeg veit ikke hva det betyr	Hemmeligheten fortærer livet		
Hun burde ha skjønt det. Mora mi som jeg hater, som jeg vil skal være død og som jeg likevel er glad i. Alle årene hjemme hos dem. Lengselen etter å bli gjettet, uten ord og skam.. 98 Vival på en gang	Søker bekreftelse og forståelse		
Han ville være vennlig. Hvorfor hadde han appelsiner i bollen? Jeg er glad jeg ikke er deg. Jeg forestilte med bollen uten appelsiner	Ønsker å bli tolket og forstått	Lengsel	
Vi fikk mat men jeg var stadig like tynn Alt var så godt men så tok det overhånd ... ble løftene aldeles umåtelige krav .. gud ville jeg skulle dø for å drepe ondskaper i meg.	Oversett og overgitt av viktige andre		

Vedlegg I: side 2/4

Abstrahering av tema: Når andre tar over

Kondenserte meningsbærende enheter	Koder	Kategorier	Tema
to menn i politiuniform ser på meg			
Du må bli med oss sier han og tar meg forsiktig i armen	Kunnskapsarroganse hos maktutøvere		
vi går... og så bare veien Du forstår hvorfor, jeg rister på hodet...			
plutselig er politiet i leiligheten uten at jeg aner hvordan de kom inn. Du må bli med oss. Jeg tror du skjønner at det er best. Jeg vil ikke. Og de bærer meg ned alle trappene.	Tvang	Makt	
Du må nok bli med oss, tar meg i armen, du har ikke noe valg, du kommer til å fryse i hjel. Det er ikke noe mer vi kan gjøre Jeg svarer ikke, ser sløvt bort	Makt fordekt som omsorg		Når andre tar over - "De Bærer meg ned"
Er jeg nødt til å se på tv? de nikker Du får snakke med behandler i morra ... jeg legger meg, og sover til neste dag	Etablerer distanse til beslutningsmyndigheten		
Jeg gir meg aldri. Jeg løper rundt, knuser og skjærer meg i hendene. De binder meg fast. Gjør alt jeg kan for å slippe unna, de bare venter til jeg begynner å skrike, da smiler det til hverandre og løsner reimene, jeg spiser og går hjem til Fredrik.	Kampen for å overleve	Avmakt	

Vedlegg I: side 3/4

Abstrahering av tema: Hvordan mestre emosjonell smerte

Kondenserte meningsbærende enheter	Koder	Kategorier	Tema
Jeg sier ingenting bare sånn kan jeg holde ut. Da jeg var barn tenkte og talte jeg som et barn nå er jeg ikke barn lenger. Hva skal jeg si?	Mestring gjennom taushet		
Bare Holthe og jeg. Appelsiner sier jeg Følelser, sier Holthe Ikke nå igjen, sukker jeg.	Kommunisert motvilje mot å vise frem sin indre verden		
Jeg har jo sagt alt... Du har nesten ikke sagt noen ting. Alt er i meg, overalt, alle steder	Tålmodighet, tillitt og håp i kommunikasjonsprosessen	kommunikasjon	
Kanskje appelsinene er fra Marokko? Snakke om følelser jeg bare ser på ham, så enkelt er det ikke Var broren din voldelig?	Unngår vanskelig tema – det er for smertefullt		
Jeg vil slippe å si noe Jeg er en utvalgt... Du har sikkert mye å snakke om	Taus kommunikasjon		
jeg drikker sjampo for å slippe å snakke med henne, Ser ned i gulvet, smaken av såpen, mora mi gråter	Mestrer gjennom adferd		
Du er det kjæreste vi har - jeg ser brevet, river det i stykker, hun er død og jeg finner et barberblad, skjærer håndleddene og så tilbake til avdelingen	Selvskading som uttrykk for sinne, rettet mot andre		
Egoistisk. Hvorfor kan du ikke si det som det er? Jeg sier ingen ting og skjærer meg i håndleddene.	Selvskading for å holde ut		
Etter alt jeg forsøkte, kunne jeg ikke stoppe .. Drømte jeg skar et kutt i begge armene, de var fylt med stein. Jeg gjør det hele tida som om det er det beste Jeg skader meg, ser på blodet, kjenner varmen over huden	Selvskading som renselse		Hvordan mestrer emosjonell smerte? – Jeg drikker sjampo
gjemmer barberblader overalt. skjærer meg om og om igjen. Jeg vil bestemme hva som skjer med meg. Noen ganger har døden i meg, følelseløsheten blir så stor at jeg ikke orker det lenger Noen ganger flyter ut og forsvinner bort, ingen kan være i nærheten. Andre ganger kommer Fredrik å finner meg Og jeg. Når jeg reagerer? Når jeg setter meg ned og begynner? Er det i sinne og sorg eller i hengivenhet? Det gjør vondt hver gang, jeg kan se det. føler ikke hun også skyld? Hvem skal forstå? Trenger det for å ta vare på meg, gi meg en pause. Prøver å finne meg i det	Selvskading som omsorg for seg selv	Adferd	
Jeg tør ikke slutte. ... vet ikke når det er nok, hva jeg vil, om det blir verre. Har holdt på så lenge, vil det skal være annerledes. Jeg kan ikke la det være ser du at jeg lever?	Redsel for å gi opp kjent mestring		
Bare sette hele viljen inn på dette ene, å løsne en skrue uten skrutrekker.	Mestring ved å fokusere på noe annet		

Vedlegg I: side 4/4

Abstrahering av tema: Hva skal til for endring?

Kondenserte meningsbærende enheter	Koder	Kategorier	Tema
Jeg begynte å tenke på gullfisker. Fortell noe...			
Ikke nå, ikke jeg Han gjentok seg selv... Har jeg sagt noe? Vil du jeg skal gå? ... Mat må alle ha Det blir hva du gjør det til, Vi tar den tida du trenger ... Nå eller aldri, sa jeg	Forventning om deltakelse i relasjonen		
Nå skal du ikke unndra deg ansvar. Det er ikke det jeg snakker om ... Jo, hvis du tenker deg om	Ansvarliggjøring i forhold til deltakelse i relasjonen	Tålmodig	
Du er nødt til å fortelle en gang	Aksepterer at endringsprosessen tar tid		
Hva skal til for at du skal snakke.. Tålmodig.. Det kunne du ikke vite	Erkjenner tålmodighet i relasjonen som viktig for endringsprosessen		
Det er snakk om å bli voksen.. Ikke ta det i din munn... Jeg vil sitte her å se	a adferd fra behandlers side		
Jeg så på skoene hans. Jeg ville ikke gå noen steder	Erkjenner for sitt indre et ønske om å bevare behandler-relasjonen		
Må du aldri ha det stille noen gang? ... Han var faktisk stille. Kanskje han forsøkte å være hyggelig.. Lukk øynene. Kan du holde på en hemmelighet? Nå tenker jeg ikke på det lenger	Tillitt til/ i relasjonen	Tillit	Tålmodig – Hva skal til for endring
Jeg møter til time og ser i gulvet Hva tenker du på?	Håp uttrykt gjennom trofasthet		
Holthe gir seg ikke Han skal ikke få det så enkelt heller	Tester ut behandler-relasjonen		
Jeg vil snakke med deg.. han smiler litt og sånn sitter vi en lang stund Du er sint Jeg ser i gulvet Jeg er forvirret, kan du ikke hjelpe meg? Sint, sier Holthe	Ønske om hjelp, et uttrykk for troen på at hjelpen nytter	Håp	
Hvorfor snakke når det var så vondt. Sobril og Vival selv om jeg var redd for å dø. Plutselig trodde jeg på ham, og jeg har snakket og snakket. Likevel noe som mangler. Skulle ønske broren min kom og sa at han husket sånn at jeg kan slippe.	Endring og ønske om forsoning		

Norsk sammendrag

Hensikt: Studiens hensikt har for det første vært å undersøke opplevelse av å leve med selvskading i tilknytning til kronisk suicidalitet og for det andre å knytte selvskading og suicidalitet til en spesifikk kontekst: Akuttpsykiatrisk døgnavdeling. Til sist har det også vært et ønske å undersøke hvilke kvaliteter i det terapeutiske miljøet som fremmer mestring av psykisk uhelse.

Metode: Studien har et kunnskapssyn som samsvarer med den fenomenologiske forståelsen: Kunnskap etableres ut i fra spørsmål om væren, og forstår opplevelse som subjektiv kunnskap i personen selv. Materialet er basert på skjønnlitterære tekster og analysen er gjennomført som en kvalitativ innholdsanalyse. Studiens funn er diskutert i forhold til studiens teoretiske referanseramme, samt tilgjengelig forskning som på ulik måte belyser studiens forskningsspørsmål.

Resultat: Analysen avdekket at det var sammenheng mellom hovedpersonens opplevelse av seg selv og hvordan selvskadende og suicidal adferd gav mening for henne i hennes liv. Selvfølgelig hadde også innvirkning på hvordan hun opplevde, og hvordan hun mestret opplevelsen av makt/avmakt i relasjon til andre. Hennes mestring av meningsløshet i relasjon til psykiatrisk avdeling gav også mening ut ifra hennes bakgrunnsforståelse. I diskusjonen ble det belyst hvordan et terapeutisk miljø, basert på anerkjennende prinsipper og med en målrettet tilnærming, kan motivere til ny forståelse av seg selv og dermed ny mestring knyttet til emosjonell smerte.

Konklusjon: Når sykepleier og pasient sammen, i et terapeutisk miljø, utforsker hverandres og utfordrer egen forståelsehorisont, vil ny og felles forståelse av eksisterende mestring gi kunnskap om andre mulige mestringsstrategier ut i fra pasientens væren i verden.

Nøkkelord: Emosjonell smerte, suicidale tanker, villet egenskade, selvskade, parasuicidalitet, kronisk suicidalitet, miljøterapi, sykepleie, psykiatrisk sykepleie, psykiatrisk avdeling, døgnenhet, mestring

Engelsk sammendrag (abstract)

Purpose: The aim of this study is first to investigate the lived experience regarding self-harm in relation to chronic suicidality, and second to link self-harm and suicidality to a specific context: Acute psychiatric inpatient unit. Finally, this thesis also wants to examine which qualities, regarding the therapeutic environment that stimulates coping with mental illness.

Method: The concept of knowledge in this study is related to a phenomenological understanding that knowledge is related to the question of being, and understands experience as subjective knowledge in the person herself. The material is retrieved from literary texts, and conducted as a quantitative content analysis. The findings are discussed in relation to the study's theoretical framework and available research that in different ways illuminates the study's research questions.

Results: The analysis revealed that the main character's understanding of herself correlated with the meaning of self-harm and suicidal behaviour in her life. Her self-understanding also had an impact related to how she experienced and coped with the experience of power/powerlessness in relation to others. Her coping of meaninglessness in relation to the psychiatric unit became meaningful in light of her background meaning. The discussion illuminated in which way the therapeutic milieu, based on acknowledgment and with a targeted approach, enabled motivation towards new understanding regarding herself thus new coping strategies related to emotional pain.

Conclusion: When the nurse and the patient together in a therapeutic milieu, explore each other's and challenge their own background meaning, a new and common understanding of existing coping skills will give them knowledge about new coping strategies based on the patient's being in the world.

Keywords: emotional pain, suicide ideation, deliberate self-harm, self-injurious behaviour, self-destructive behaviour, parasuicide, chronic suicide, milieu therapy, nursing, psychiatric nursing, psychiatric hospitals, inpatient, coping.