

Høgskolen i Lillehammer

Avdeling for helse- og sosialfag

Masterstudium i helse- og sosialfaglig arbeid med barn, unge og deres familier

- MBU

Miljøterapeutisk behandling av ungdom som selvskader

En undersøkelse av miljøterapeutisk behandling
på akuttpsykiatriske avdelinger.

Tone Faugli



Høst 2009

Innlevert 02/11.2009

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|----|
| Sammendrag | 5 |
| 1.0 Innledning..... | 6 |
| 2.0 Rammebetingelser for miljøterapeutisk behandling av ungdom i akuttpsykiatriske institusjoner. | 8 |
| 2.1 Juridisk grunnlag for akuttpsykiatrisk behandling av ungdom..... | 9 |
| 2.2 Akuttpsykiatrisk tilbud til ungdom i Norge | 9 |
| 2.3 Kjennetegn ved pasientene..... | 10 |
| 2.4 Det miljøterapeutiske tilbudet | 11 |
| 2.5 Annen forskning som kan belyse problemstillingen | 12 |
| 3.0 Teoretisk belysning av selvskading og miljøterapi | 15 |
| 3.1 Selvskading | 15 |
| 3.1.1 Definisjon av selvskading | 15 |
| 3.1.2 Kategorisering av selvskading | 17 |
| 3.1.3 Affektregulering | 18 |
| 3.1.4 Øvrige funksjoner | 19 |
| 3.2 Miljøterapi..... | 22 |
| 3.2.1 Definisjon av miljøterapi | 22 |
| 3.2.2 Miljøterapi som struktur | 22 |
| 3.2.3 Miljøterapi som relasjon | 25 |
| 3.3 Utdyping av problemstilling. | 30 |
| 4.0 Metode..... | 31 |
| 4.1 Valg av metode..... | 31 |
| 4.2 Valg av analysestrategi..... | 33 |
| 4.3 Fremgangsmåte..... | 34 |
| 4.3.1 Minnearbeid..... | 34 |
| 4.3.2 Utarbeidelse av intervjuguide og testintervju | 34 |

| | |
|--|----|
| 4.3.3 Rekruttering av informanter | 35 |
| 4.3.4 Intervjusituasjonen..... | 35 |
| 4.3.5 Transkribering | 36 |
| 4.3.6 Koding og analysering | 36 |
| 4.4 Fordeler og ulemper ved valgt analyse..... | 37 |
| 5 Analyse | 40 |
| 5.1 Idegrunnlaget for miljøterapeutisk behandling av selvskading..... | 42 |
| 5.1.1 Ulike syn på selvskading..... | 42 |
| 5.1.2 Selvskading som kroppslig skade..... | 42 |
| 5.1.3 Selvskading som kommunikasjon..... | 44 |
| 5.1.4 Selvskading som diabolisk virus | 48 |
| 5.1.5 Selvskading med mat som metode | 51 |
| 5.1.6 Regler og unntak | 52 |
| 5.1.7 Typer regler og verdier | 52 |
| 5.1.8 Regler for behandling av enkeltpasienter | 54 |
| 5.1.9 Generelle regler for behandling av selvskading | 57 |
| 5.1.10 Regler for organisering av vekten | 58 |
| 5.1.11 Reglens funksjoner og unntaksbestemmelser fra reglene..... | 59 |
| 5.1.12 Diskusjon av miljøterapeutenes idegrunnlag for behandling av selvskading..... | 61 |
| 5.2 Miljøterapeutisk behandling av selvskading i praksis..... | 65 |
| 5.2.1 Fokus på selvskadingen | 65 |
| 5.2.2 Når er det <i>feil</i> å fokusere på selvskading i miljøterapeutisk behandling? | 67 |
| 5.2.3 Når er det <i>riktig</i> å fokusere på selvskading i miljøterapeutisk behandling?..... | 69 |
| 5.2.4 Vurdering av selvskading opp mot suicidalitet | 72 |
| 5.2.5 Diskusjon av behandling av selvskading i miljøterapeutisk praksis..... | 76 |
| 6.0 Oppsummering av funnene i undersøkelsen samt konklusjon..... | 79 |
| 6.1 Oppsummering av funnene i undersøkelsen | 79 |

| | |
|---|----|
| Figur 1. Miljøterapeutenes tre ulike syn på selvskading..... | 79 |
| Figur 2. Miljøterapeutenes vurdering av hva som er riktig og feil fokus i behandling av selvskading. | 80 |
| 6.2 Den miljøterapeutiske veien – en modell for behandling av selvskadende ungdom..... | 81 |
| Figur 3. Den miljøterapeutiske veien | 81 |
| 6.2.1 Modellens styrker og svakheter | 82 |
| 6.3 Undersøkelsens funn i forhold til annen teori | 83 |
| 6.4 Mulige temaer for fremtidig forskning..... | 87 |
| Referanseliste..... | 89 |
| Vedlegg 1. Intervjuguide | |

Sammendrag

Målsettingen for denne oppgaven har vært å beskrive miljøterapeutisk behandling av selvskadende ungdom på akuttpsykiatriske avdelinger, hva som kjennetegner de miljøterapeutiske intervensjonene i behandlingen og hvordan miljøterapeutene utøver miljøterapi og hvordan de begrunner behandlingen de utfører. Selvskading er et problemområde for rundt en fjerdedel av ungdommene som er innlagt på akuttpsykiatriske avdelinger og hvordan den miljøterapeutiske behandlingen de mottar arter seg, er lite beskrevet.

Det ble utført en undersøkelse med semistrukturerte intervjuer av sju erfarne miljøterapeuter som arbeidet ved to ulike helseforetak. Intervjuene ble analysert med bruk av elementer fra Grounded Theory. Undersøkelsen viser at miljøterapeutene forstår selvskading som fenomen, og hvordan selvskading skal behandles miljøterapeutisk, ut fra tre ulike syn på selvskading samt regler for behandlingsmessige forhold. De ulike synene er: selvskading som kroppslig skade, selvskading som kommunikasjon og selvskading som diabolisk virus. Synene er til dels motstridende og reglene bidrar blant annet til å gi miljøterapeutene handlingskompetanse når motsetningene gjør seg gjeldende. Det var en type selvskading som ikke harmonerte med noen av de tre synene og som ikke var omhandlet av spesielle regler. Det var når selvskadingen var utført med mat som metode.

Den miljøterapeutiske behandlingen av selvskading i praksis viser seg blant annet gjennom om miljøterapeutene velger å fokusere på selvskadingen, og hvilket fokus de eventuelt velger. Undersøkelsen viser noen tilbøyeligheter miljøterapeutene har til å vurdere hva som er riktig og feil fokus å ha på selvskadingen i ulike behandlingssituasjoner. Disse tilbøyelighetene er ikke konsekvente, og de er til dels motstridende.

Funnene i undersøkelsen sammenfattes i en modell for miljøterapeutisk behandling av selvskading, den miljøterapeutiske veien. Miljøterapeutisk behandling av selvskadende ungdom er en kompleks balansegang mellom et her og nå perspektiv og et langtidsperspektiv.

1.0 Innledning

Denne oppgaven handler om miljøterapeutisk behandling av selvskadende ungdom. Grunnen til at jeg velger å skrive om dette temaet har sin opprinnelse fra problemstillinger jeg opplevde i min kliniske hverdag som miljøterapeut. Jeg er vernepleier og har videreutdanning i klinisk miljøterapi, barne- og ungdomspsykiatri. Jeg er godkjent klinisk vernepleier og jobbet i underkant av åtte år som miljøterapeut på ungdomspsykiatrisk klinikk på Akershus universitetssykehus, Ahus. Fra august 2008 har jeg imidlertid hatt permisjon fra denne stillingen og jobbet som leder av FO Akershus.

I mitt arbeid som miljøterapeut erfarte jeg tidlig at det var en type pasienter som ga oss store utfordringer. Dette var pasienter som drev med alvorlig selvskading. Vi opplevde ofte at selvskadingen til disse pasientene eskalerte etter innleggelsen, og at pasientene var innlagt lenger enn man opprinnelig hadde tenkt. Jeg ble gradvis mer interessert i problematikken og benyttet de anledningene jeg fikk gjennom videreutdanning, kurs og konferanser til å drøfte problematikken med andre miljøterapeutkollegaer. I diskusjonene med kollegaer fra andre institusjoner har jeg fått inntrykk av at problematikken er aktuell på flere steder. Flere av de jeg diskuterte med delte min oppfatning av at miljøterapeutisk behandling av selvskadende pasienter medførte flere utfordringer.

Min problemstilling for denne oppgaven er: **Hva kjennetegner miljøterapeutisk behandling av selvskadende ungdom på akuttpsykiatriske avdelinger?** Problemstillingen blir utdypet ytterligere etter den teoretiske redegjørelsen. Grunnen til at jeg velger miljøterapeutisk behandling er fordi det er miljøterapi som er mitt fagfelt, og følgelig det feltet jeg har mest kompetanse på. En annen årsak er, som jeg senere kommer tilbake til, at det eksisterer lite tilgjengelig kunnskap som omhandler denne problemstillingen. Formålet med å velge dette som problemstilling er todelt. Den første målsettingen er at jeg ønsker at svaret på problemstillingen bunner ut i en beskrivelse som kan være et utgangspunkt for diskusjoner rundt miljøterapeutisk praksis. Det andre målet er å bidra med ett bruddstykke i det arbeidet som gjøres rundt om ved høgskoler og universitet med å studere det miljøterapeutiske fagfeltet. Gjennom dette arbeidet vil man legge et grunnlag for en systematisert faglig utvikling av miljøterapeutisk arbeid som igjen vil kunne bidra til å gi pasientene en bedre behandling. Arbeid med å utvikle behandlingstilbudet til ungdom som sliter med selvskadingsproblematikk er særlig viktig fordi selvskading utgjør en risikofaktor for selvmord, og fordi kroniske mønstre der selvskadingen får et avhengighetslignende preg

debuterer i ungdomsårene. (Urnes, 2009, Sommerfeldt & Skårderud, 2009, Simeon & Favazza, 2001).

Denne oppgaven vil inneholde en beskrivelse av rammebetingelsene for miljøterapeutisk behandling av selvskadende ungdom. Dette gjøres gjennom å beskrive de miljøterapeutiske institusjonene og miljøterapeutene som er ansatt der. Jeg vil kort redegjøre for de juridiske rammene for behandlingen, før jeg beskriver noen kjennetegn ved pasientene og pasientgjennomstrømmingen ved institusjonene. Deretter vil jeg redegjøre for hva jeg har funnet av annen forskning om temaet. Jeg vil så belyse selvskading som fenomen. Jeg vil drøfte ulike definisjoner av selvskading og beskrive hvilken definisjon jeg benytter meg av i denne oppgaven. Deretter vil jeg redegjøre for kategorisering av selvskading samt selvskadings funksjoner. Etterfulgt av dette vil jeg belyse miljøterapi gjennom å fokusere på både det strukturelle og det relasjonelle aspektet ved miljøterapien. På bakgrunn av denne belysingen vil jeg komme med en presisering av problemstillingen.

Oppgaven vil deretter inneholde en beskrivelse av metoden jeg har brukt for å svare på problemstillingen. Dette innebærer en kort beskrivelse av Grounded Theory som jeg har benyttet elementer av. Deretter følger en beskrivelse av fremgangsmåte for utførelse av undersøkelsen, og av hvordan jeg gikk frem for å analysere dataene mine. Som avslutning av denne delen vil jeg drøfte fordeler og ulemper ved valgt analysemetode med fokus på bekreftbarhet, troverdighet og overførbarhet.

Den største delen av oppgaven vil være en todelt presentasjon av resultater fra analysen. Først vil jeg behandle data jeg har omhandlende miljøterapi som ide. Det vil si den teoretiske overbygningen og forståelsen miljøterapeutene begrunner behandlingen ut fra. Dette blir en presentasjon av to hovedkategorier; syn på selvskading og regler for behandling av selvskading. Jeg vil diskutere disse funnene, og deretter vil jeg presentere mine funn av hvordan disse ideene kommer til uttrykk i den miljøterapeutiske praksis. Dette gjøres ut fra en kategori kalt fokus på selvskading. Jeg vil også diskutere sammenhenger og motsetninger mellom ide og praksis.

Den siste delen er en avsluttende oppsummering og diskusjon der jeg trekker konklusjoner fra analysen gjennom å presentere en modell for miljøterapeutisk behandling av selvskadende ungdom i akuttpsykiatriske avdelinger. Jeg vil drøfte denne modellen samt kort redegjøre for hva jeg ser som relevante tema for videre forskning på området.

2.0 Rammebetingelser for miljøterapeutisk behandling av ungdom i akuttpsykiatriske institusjoner.

I 2005 ble det gjennomført en Multisenterstudie av akuttpsykiatrisk behandling i Norge, MAP studien. Studien ble utført av SINTEF Helse på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet fordi det var behov for mer systematisk kunnskap om akuttpsykiatrisk behandling i Norge. MAP studien er delt i to, en stor del som omhandler tilbudet til voksne pasienter og en liten del som omhandler tilbudet til ungdom, MAP–ungdom. (Ruud, Gråve, & Hatling, 2006)

I ungdomsdelen av denne studien innhentet fem ungdomspsykiatriske avdelinger opplysninger om alle innleggelsene på avdelingene i 2005. For hver innleggelse fylte behandlerne ut tre spørreskjemaer. Det ble i tillegg innhentet detaljerte beskrivelser om de fem ulike avdelingene. Disse opplysningene er sammenfattet i en rapport av Kari Birkhaug med flere (2006). Rapporten har som målsetting å beskrive hva som kjennetegner det akuttpsykiatriske tilbudet til ungdom i Norge. Jeg satt i tidsrommet 2007 – 2008 som lokal prosjektmedarbeider fra Ahus i MAP–ungdom gruppen. I denne gruppen satt de fleste av forfatterne av rapporten og bruk av rapporten i forbindelse med denne oppgaven er klarert i gruppa. Den andre rapporten, skrevet av Torleif Ruud med flere (2006), er en systematisk presentasjon av hovedresultatene fra MAP studien. Denne studien er den eneste systematiske forskningen jeg har klart å oppdrive som gir en helhetlig beskrivelse av det akutte ungdomspsykiatriske behandlingstilbudet i Norge. I tillegg til relevant lovverk har jeg derfor valgt å bruke disse rapportene som kilde for å beskrive tilbudet. Generalisering av resultatene er ikke drøftet i rapportene, og jeg har ikke detaljert nok kunnskap om prosjektet til å drøfte dette. Jeg gjennomførte intervjuer på en avdeling som ikke var med i studien, og mitt inntrykk fra disse intervjuene var at behandlingstilbudet ikke skilte seg vesentlig fra de MAP resultatene jeg benytter meg av. Dette indikerer at undersøkelsen har en overføringsverdi, men dette er kun min antagelse. Som nevnt eksister det så langt jeg har klart å oppdrive få beskrivelser av akuttungdomspsykiatrisk tilbud i Norge. En omfattende studie som beskriver det psykiatriske tilbudet til ungdom i England og Wales er; National In-patient Child and Adolescent Psychiatry Study (NICAPS). Resultatene fra NICAPS er imidlertid lite overførbare til Norske forhold grunnet forskjell i organisering av tilbudet med blant annet større grad av private aktører, andre bemanningsfaktorer og annen utdannelse hos det personalet som vi i Norge kaller miljøterapeuter. I tillegg inkluderer NICAPS til forskjell fra

MAP studien all institusjonpsykiatri, ikke bare akuttpsykiatritilbudet. (O'Herlihy, et al., 2001, O'Herlihy, et al., 2004). Jeg velger derfor å benytte MAP studien som hovedkilde for å beskrive det akuttpsykiatriske tilbudet til ungdom i Norge.

I rapportene fra MAP er begrepene institusjon, klinikk, enhet og avdeling brukt om hverandre uten at begrepene blir definert. En institusjon kan være en del av en klinikk og ha flere avdelinger. En avdeling kan også være en institusjon i seg selv. Jeg velger i det følgende å benytte meg av begrepet institusjon for alle disse betegnelse.

2.1 Juridisk grunnlag for akuttpsykiatrisk behandling av ungdom

Akuttpsykiatrisk behandling av ungdom på psykiatriske institusjoner hjemles av Lov om psykisk helsevern. Behandling i psykisk helsevern er i utgangspunktet frivillig, men loven hjemler også tvungen innleggelse samt at pasienten kan samtykke til å underlegge seg tvungen helsevern. Dersom ungdommen er under 16 år er det foreldrene som samtykker til innleggelse og behandling. Dette kan innebære at ungdom som er frivillig innlagt etter loven likevel er innlagt mot sin vilje fordi foreldrene samtykker til innleggelsen. I loven er det hjemler for tvangsbruk dersom spesielle forutsetninger er til stede. Foruten tvangsinnleggelse kan man benytte seg av skjerming, tvangsmedisinering, tvangsernæring ved alvorlig spiseforstyrrelse, kontroll av post og besøk, kroppsvisitering og ransaking og beslag av eiendeler. Det er også mulighet for bruk av belter og isolat hvis pasienten er over 16 år. Kortvarig holding er det hjemmel for å benytte seg av uavhengig av alder. Pasientene og deres pårørende har anledning til å klage på tvangsvedtak etter psykisk helsevernloven til kontrollkommisjonen. De kan også påklage andre forhold som omhandler pasientens velferd. (Psykisk helsevernloven).

Andre sentrale lover som regulerer forholdet mellom pasienter, institusjon og behandlingspersonell er Helsepersonelloven som blant annet regulerer taushetsplikt, krav til journalføring, meldeplikt til barnevernet med videre. Pasientrettighetsloven er en annen sentral lov som blant annet regulerer pasientenes rett til informasjon og medvirkning i helsehjelpen som ytes. (Helsepersonelloven og Pasientrettighetsloven).

2.2 Akuttpsykiatrisk tilbud til ungdom i Norge

Formålet med, og målgruppen for, de akuttpsykiatriske institusjonene i Norge varierer noe. Institusjonene behandler i hovedsak ungdom opp til 18 år, men en felles nedre aldersgrense finnes ikke. De institusjonene som oppgir en grense har satt den mellom 12 og 15 år. Det

finnes ikke noe eget akuttpsykiatrisk tilbud til barn, så det hender at institusjonene av og til må legge inn yngre barn enn det de oppgir som nedre grense. Oppgavene til de akuttpsykiatriske institusjonene er ikke enhetlig definert ut over en felles øyeblikkelig hjelp plikt. Noen institusjoner har kun øyeblikkelig hjelp innleggelser, mens andre tar inn pasienter til behandling og utredning etter søknad. Alle institusjonene tilbyr individualterapi, miljøterapi og familiarbeid eller familierapi. (Birkhaug et al., 2006).

Institusjonenes størrelse varierer fra tre til 16 sengeplasser. Alle institusjonene organiserer behandlingen av enkeltpasientene i et tverrfaglig team. Teamets sammensetting varierer, men de består som oftest av behandlende lege eller psykolog og miljøterapeuter. Noen avdelinger inkluderer også avdelingsleder, familierapeut og /eller lærer fra institusjonens skole i teamet. (Birkhaug et al., 2006).

Ungdom som legges inn på institusjonene henvises hovedsakelig fra barne- og ungdomspsykiatrisk (BUP) poliklinikk og legevakt. Dette gjelder over halvparten av henvisningene. Andre henvisende instanser kan være fastlege, barnevern, foreldre, andre sykehusavdelinger og øvrige psykiatritjenester. Når pasienten skrives ut får de i all hovedsak oppfølging. Oppfølgingen kan komme fra flere ulike instanser. Den viktigste oppfølgende instans er BUP poliklinikk. Poliklinikken er oppgitt som oppfølgende instans ved 64 % av utskrivelsene. Barnevernet er oppgitt som den nest viktigste oppfølgende instansen og oppgis ved 43 % av utskrivelsene. Andre instanser kan være andre psykiatriske avdelinger, fastlege og pedagogisk – psykologisk tjeneste (PPT). Kun ved 3 % av utskrivelsene ble det vurdert at pasientene ikke hadde behov for videre oppfølging. (Ruud et al., 2006).

2.3 Kjennetegn ved pasientene

Jenter utgjør den største pasientgruppen på institusjonene. I gjennomsnitt er 73 % av pasientene jenter. Det at det er overvekt av jenter støttes av resultater fra NICAPS der 64 % av pasientene over 13 år er jenter (O'Herlihy, et al., 2004). Pasientenes alder varierer fra 11 til 19 år, men 85 % av pasientene er mellom 15 og 18år. Ved innleggelse gikk de aller fleste av pasientene på skole og bodde hjemme sammen med en eller begge foreldrene. (Ruud et al., 2006)

Majoriteten av pasientene hadde mottatt et tilbud fra det psykiske helsevernet for barn og unge forut for innleggelsen. Hver fjerde pasient ble innlagt med en psykisk lidelse som nylig hadde debutert, og litt over halvparten ble lagt inn med en forverring av en langvarig psykisk

lidelse. I underkant av en fjerdedel av innleggelsene var tvangsinnleggelse. Av de frivillige innleggelsene var 24 % av ungdom under 16 år der foreldrene hadde samtykkekompetanse. Gjennomsnittlig liggetid var 29 dager, og 44 % av innleggelsene ble avsluttet i løpet av en uke. Liggetiden varierte imidlertid veldig mellom de ulike enhetene. (Ruud et al., 2006) Det fremkommer imidlertid i noen av avdelingsbeskrivelsene at noen av de dårligste pasientene får et lenger opphold i avdelingen en nødvendig. Dette er fordi det mangler et adekvat tilbud å skrive dem ut til. (Birkhaug et al., 2006).

Pasientene blir bedre av behandlingen de får på institusjonene. Får å måle resultat av behandlingen så er Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents, (HoNOSCA) brukt som endringsmål. HoNOSCA går ut på at man fyller ut et todelt skjema. Man skårer på til sammen 15 problemområder på en skala fra 0-4 der 0 er ikke noe problem og 4 er alvorlig til svært alvorlig problem. Del A av HoNOSCA inneholder 13 problemområder knyttet til pasienten. Del B består av to punkter som går på pasient og pårørendes problemer med manglende tilgang til, eller informasjon fra, hjelpeapparatet. Samlet sett viser pasientene en signifikant nedgang fra en skår på 17,6 ved inntak til 13,5 ved utskrivelse. (Ruud, et al., 2006)

Selvskading er et hyppig forekommende fenomen i akuttavdelingene. Det oppgis at hver fjerde pasient selvskader under oppholdet. (Ruud et al., 2006) Til sammenlikning er forekomsten av selvskading målt i ungdomsgrupper på videregående skoler i Norge på 6,6 %. (Ystgaard et al., 2003) Det at selvskading forekommer forholdsvis hyppig i akuttpsykiatriske institusjoner støttes også av NICAPS. Der beskrives selvskading som et middels eller alvorlig problem ved 37 % av pasientene (O'Herlihy, et al., 2001). I MAP studien var det registrert selvmordsforsøk i løpet av innleggelsen ved 3 % av innleggelsene. Det fremkommer ikke av rapportene hvordan selvmordsforsøk og selvskading defineres i MAP studien. Når man sammenlikner selvskading for pasientene ved innleggelse og utskrivelse er det i gjennomsnitt en signifikant nedgang av problemet. Studien sier imidlertid kun noe om selvskading ved selve utskrivelsestidspunktet. Om nedgangen av selvskadingen er varig vet man derfor ikke noe om. (Ruud et al., 2006).

2.4 Det miljøterapeutiske tilbudet

Institusjonene som var med i MAP ungdom beskrev selv hva den miljøterapeutiske behandlingen besto av. Innholdet i beskrivelsene varierte. En institusjon skiller seg vesentlig

fra de andre ved at den fortrinnsvis driver ambulerende behandling. Hvis ungdom legges inn så er dette om mulig sammen med foreldrene. Miljøterapeutene får derfor en annen funksjon på denne institusjonen enn ved de øvrige institusjonene. Hvis man utelukker denne institusjonen så kjennetegnes miljøterapien av at miljøterapeutene har fokus på å legge til rette for en strukturert hverdag for ungdommene. Alle institusjonene har husregler som blant annet regulerer døgnrytme, måltider og bruk av telefon og PC. Ungdommene tilbys aktiviteter tilpasset deres funksjonsnivå både i og utenfor institusjonen. Det relasjonelle aspektet vektlegges også i den miljøterapeutiske behandlingen. De fleste institusjonene tilstreber å få til en anerkjennende relasjon med ungdommene. (Birkhaug et al., 2006).

Miljøterapeutene har ulik utdanningsbakgrunn. Sykepleiere er den klart største profesjonen, men hvilken ansettelsespolitikk de ulike institusjonene har varierer tydeligvis. På en institusjon er alle miljøterapeutene bortsett fra en sykepleierutdannet. I de øvrige institusjonene er grunnutdanningen til miljøterapeutene mer variert. Barnevernpedagoger og vernepleiere er de største gruppene etter sykepleiere. Deretter kommer sosionomer og pedagoger. De nevnte utdanningene er de som er gjennomgående. Det er bare unntaksvis at miljøterapeuter har en annen utdanning. (Birkhaug et al., 2006).

Mange av miljøterapeutene har videreutdanning. På de enkelte institusjoner varierer antallet miljøterapeuter med videreutdanning fra samtlige til under en tredjedel. Den vanligste videreutdanningen er psykisk helsearbeid. Andre hyppig forekommende videreutdanninger er familierapi, miljøterapi, veiledning og rus. Ved alle institusjonene mottar miljøterapeutene regelmessig veiledning. (Birkhaug et al., 2006).

2.5 Annen forskning som kan belyse problemstillingen

For å finne frem til forskning på området har jeg benyttet meg av søk i databaser hovedsakelig PubMed. Jeg har også søkt etter aktuelle bøker og artikler i Bibsys. Søkeordene jeg har brukt har vært flere, men utgangspunktet har vært: selvskading, villet egenskade, miljøterapi, ungdomspsykiatri, akuttbehandling, deliberate og intentional self-injury, self-harm, self-mutilation, adolescents, psychiatry, inpatients, milieu therapy og acute-care. Jeg har brukt søkerordene både alene og i kombinasjon. I tillegg har jeg brukt referanselistene i artikler og bøker jeg har lest samt tips fra kollegaer. Nedenfor følger en redegjørelse for den forskningen jeg anser som mest relevant for problemstillingen i denne oppgaven.

Marsha Linehan har utviklet dialektisk atferdsterapi, DBT, som er metode for å behandle suicidalitet og selvskading. I utgangspunktet ble metoden utviklet for unge, voksne kvinner med lidelsen ustabil personlighetsforstyrrelse. Metoden har vist seg som en effektiv behandlingsform av selvskading. (Urnes, 2009, Brager-Larsen, Magnussen, & Hestetun, 2007, Melum & Jensen, 2006, Øverland, 2006, Katz, Cox, Gunasekara, & Miller, 2004, Miller & Hartstein, 2002, Rathus & Miller, 2002). Det er laget en egen versjon av DBT tilpasset ungdom i poliklinisk behandling (Miller & Hartstein, 2002). Det har vært gjennomført noen forsøk med bruk av en tilpasset form for DBT for ungdom innlagt på psykiatriske avdelinger. I tillegg til å bruke vanlige DBT metoder trente man opp miljøterapeuter til å gi miljøterapeutisk DBT behandling. Disse forsøkene har gitt gode resultater når det gjelder redusert suicidal-, parasuicidal- og selvskadings atferd. Undersøkelsene har imidlertid kun vært pilotstudier på relativt små pasientgrupper, og det anbefales at det forskes videre på denne bruken av DBT. Forsøkene beskriver imidlertid ikke miljøterapi som spesifikk metode for behandling av selvskading. I studiene ble miljøterapien tilpasset til å bli en del av et DBT behandlingsopplegg der miljøterapeutene ble gitt spesiell opplæring i metoden. (Katz et al., 2004 og Miller & Hartstein, 2002). Denne forskningen er det nærmeste jeg har kommet beskrivelser av miljøterapeutisk behandling av selvskadende ungdom. Undersøkelsene sier imidlertid ikke noe om hvordan miljøterapeutisk behandlingen fungerer i dag, den indikerer bare at det finnes en spesiell metode som kan utvides fra polikliniskbehandling til institusjonsbehandling når metoden tilpasses og kombineres med strengt tilpasset miljøterapeutisk behandling. Jeg har ikke funnet noe litteratur som beskriver bruk av metoden på innlagte ungdom i Norge. Jeg har imidlertid vært i kontakt med DBT terapeuter som har forsøkt å inkludere pasienter innlagt på en ungdomspsykiatrisk akuttklinikk i DBT behandling beregnet på pasienter i poliklinisk behandling. Deres erfaring var at det var vanskelig å gjennomføre metoden med denne gruppen pasienter fordi mange av dem var for syke.

Mentaliseringsbasert terapi, MBT, er en annen behandlingsmetode som er beskrevet å være en effektiv metode av behandling av selvskadende personer. Den er i likhet med DBT utviklet for pasienter med ustabil personlighetsforstyrrelse, og det er en metode som tilstreber å unngå sykehusinnleggelse. (Melum & Jensen, 2006) Jeg har ikke funnet noen studier der MBT er forsøkt på ungdom som er innlagt.

MAP studien kan som tidligere nevnt gi noen opplysninger om miljøterapeutisk behandling av ungdom innlagt på akuttpsykiatriske institusjoner. Den tar imidlertid ikke for seg selvskading spesielt. Det er imidlertid innhentet store mengder datamateriell og det kan ikke utelukkes at dataene kan bidra til å belyse problematikken ytterligere, men det er ikke publisert noen resultater som omhandler dette temaet spesielt.

Child and Adolescent Self Harm in Europe, (CASE) studien er en omfattende multisenterstudie av selvskading utført i seks Europeiske land og Australia. Den har en målsetting å få mer kunnskap om ungdom som selvskader samt å sammenlikne ungdom som mottar behandling på sykehus med ungdom som ikke mottar sykehusbehandling. Behandlingen som skjer på sykehus er imidlertid medisinsk behandling på somatiske sykehus. Den norske delen av studien ble ledet av Mette Ystgaard. Her ble det foretatt en undersøkelse av selvskadingsproblematikk hos ungdom på videregående skoler i Hedmark. Studien sier noe om selvskadingsproblematikk hos ungdom generelt, men den inkluderer ikke miljøterapeutisk eller annen psykiatrisk behandling. (Øverland, 2006, Ystgaard, Reinholdt, Husby, & Melum, 2003).

I litteratursøkene kom jeg også bort i forskning som omhandler miljøterapeutisk behandling av selvskading hos psykisk utviklingshemmede. Dette hadde da særlig fokus på atferdsanalytisk behandling og målrettet miljøarbeid. Denne forskningen valgte jeg ikke å gå nærmere inn i. Jeg anser den som lite relevant for miljøterapeutisk behandling av ungdom på akuttpsykiatriske avdelinger av flere grunner. Atferdsanalytisk behandling er en metode som krever spesifikk opplæring og som det fremgår av MAP studien er det ingen miljøterapeuter der som hadde videreutdanning i målrettet miljøarbeid eller læring i komplekse systemer. Bruk av denne typen metoder fremgikk heller ikke av enhetsbeskrivelsene. (Birkhaug et al., 2006). Det var imidlertid en del vernepleiere ansatt som miljøterapeuter, og flere vernepleiere har målrettet miljøarbeid inkludert i sin utdanning (Fellesorganisasjonen, 2009). Det kan derfor ikke utelukkes at atferdsanalytiske elementer blir benyttet i miljøterapien.

Ellers finnes det, som det fremgår av teoridelen, forskning som tar for seg miljøterapi generelt (Vatne, 2006, Larsen 2004).

3.0 Teoretisk belysning av selvskading og miljøterapi

3.1 Selvskading

3.1.1 Definisjon av selvskading

Selvskading er ikke en diagnose i det diagnostiske systemet, verken ICD-10 eller DSMV IV. Det finnes mange ulike begrep for fenomenet selvskading. Selvskading og villet egenskade er de vanligste begrepene i norsk litteratur, og bruk av villet egenskade er økende. Denne økningen kan skyldes at villet egenskade er kompatibelt med begrepet 'intentional self harm' som er benyttet i ICD – 10 samt i en rekke studier om fenomenet (Sommerfeldt & Skårderud, 2009, Øverland, 2006). I denne oppgaven velger jeg imidlertid å bruke selvskading som begrep. Det er fordi jeg studerer det kliniske feltet, og min kliniske erfaring tilsier at selvskading er nærmest enerådende som begrep i klinisk institusjonsbehandling av selvskadende ungdom.

Det finnes ingen definisjon av selvskading som brukes av et samlet fagfelt. Armando R. Favazza ga i 1987 ut boken *Bodies under siege*. Boken var den første om emnet og Favazza regnes som en nestor på feltet. (Øverland, 2006, Favazza, 1996). Favazza utviklet i samarbeid med sin kollega Rosenthal et forslag til diagnostiske kriterier for repeterende selvskadingssyndrom (Favazza, 1996). I dette forslaget var selvskading definert som: *Direkte og intendert ødeleggelse eller endring av eget kroppsvev uten selvmordsintensjon* (Sommerfeldt & Skårderud, 2009, s. 755,). Denne definisjonen utelukker en del former for selvskading som intoksikasjon og svelging av objekter (Sommerfeldt & Skårderud, 2009). Samtidig inkluderer definisjonen atferd som normalt ikke regnes som selvskadingsatferd, for eksempel tatovering og piercing. Favazza og Rosenthals definisjon har selvmordsintensjon som eksklusjonskriterium. Dette gjør definisjonen problematisk å bruke fordi selvmordsintensjonen er vanskelig å måle og det er også knyttet stor grad av ambivalens til det å ønske å ta sitt eget liv. (Øverland, 2006, Ekeberg, 2001). Det å ha med selvmordsintensjon i en definisjon er særlig problematisk i forhold til ungdom. Hos ungdom kan det være betydelig forskjell på angivelse av selvmordsintensjon og den faktiske risikoen de har for å begå selvmord. Undersøkelser av suicidalitet viser at ungdom svarer inkonsistent når det gjelder selvmordsforsøk. De kan oppgi at selvmordsforsøket var et ønske om å dø samtidig som de oppgir at det var et rop om hjelp i samme undersøkelse. I longitudinale studier

kan de svare avkrefteende på spørsmål om de har forsøkt å ta sitt eget liv hvor de tidligere i studien har svart bekrefteende på samme spørsmål. (Ekeberg, 2001).

I CASE studien benyttes begrepet villet egenskade og det defineres som: *En handling som ikke endte med døden, hvor individet gjorde en eller flere av følgende: Deretter følger en rekke eksempler på selvskading; Initierte atferd (for eksempel 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 og Svelget et ikke-fordøyelig stoff eller gjenstand* (Ystgaard et al., 2003, s. 2242). Denne definisjonen har utelatt selvmordsintensjonen og omfatter de fleste typer selvskading som man kan se i akuttpsykiatriske institusjoner. Jeg synes imidlertid at det å nevne de ulike typene selvskading er lite gunstig. Det gjør definisjonen lang og tung. Etter mitt syn er punktene til dels overlappende, og det kan medføre en usikkerhet vedrørende hvilke typer atferd som inkluderes i definisjonen. Det er for meg uklart hva som er forskjellen på å svelge et ikke-fordøyelig stoff eller gjenstand og det å initiere atferd i den hensikt å skade seg selv. Det at intensjonen om å selvskade kun er inkludert i to av punktene kan, etter mitt syn, også bidra til uklarhet rundt definisjonen.

Stiftelsen psykiatrisk opplysning utga i 2001 en arbeidsbok av Trautmann og Connors for mennesker som sliter med selvskading. Her defineres selvskading som: *Når mennesker skader kroppen sin på måter som ikke er sosialt akseptert*. Det er etter mitt syn viktig å inkludere det kulturelle aspektet i en definisjon fordi vi hele tiden gjør vurderinger på hva som er akseptable og uakseptable måter å skade seg på. To handlinger med like store konsekvenser vil kunne sees på helt forskjellig avhengig av den kulturelle konteksten. I mange miljøer regnes det eksempelvis ikke som selvskading at en ungdom er på fest og konsumerer så store mengder alkohol at de besvimer og må pumpes, men dersom de spiser piller eller drikker vaskemidler med tilsvarende konsekvens regnes det som selvskading. Det vil alltid være atferd som er i grenseland for hva som er kulturelt akseptabelt og ikke, og det vil sannsynligvis være ungdom som bruker kulturelt akseptable metoder å skade seg på i selvskadingsøyemed. Det vil imidlertid være umulig å utelukke disse forholdene i en definisjon da det vil kreve en dypere analyse av den enkeltes kulturbakgrunn og psykologiske fungering. En svakhet ved denne definisjonen er at den ikke inneholder en avgrensning i forhold til selvmord.

Under intervjuene med miljøterapeutene erfarte jeg at det ungdomspsykiatriske fagfeltet ikke har en felles definisjon av selvskading. Jeg fikk flere ganger spørsmål om hva jeg mente med selvskading og hva jeg la i begrepet. Det ble derfor nødvendig å lage en definisjon av selvskading slik jeg bruker begrepet i denne undersøkelsen: **Selvskading er å skade seg selv på måter som ikke er kulturelt akseptable, uten at handlingen ender med døden.**

Denne definisjonen har med at selvskading må forstås ut fra sin kulturelle kontekst samtidig som den skiller selvskading fra selvmord. Jeg unnlater å nevne ulike former for selvskading. Dette for å unngå problemstillingene jeg tar opp i forhold til definisjonen fra CASE studien. I tillegg unngår jeg å benevne bestemte former for selvskading av metodiske hensyn. Jeg ønsker ikke å lede miljøterapeutene til å fortelle om spesielle typer selvskading. Min definisjon kan være for lite presis til bruk i forskning om selvskadingsfenomenet spesielt. Mitt fokus var imidlertid å finne ut hvordan miljøterapeutene behandlet pasienter med en problematikk som de anså som selvskading. Jeg ønsket ikke å forhåndsutelukke behandling av pasienter der suicidalavklaring var en problemstilling eller å begrense miljøterapeutenes fortellinger til kun å omhandle spesielle typer selvskading.

3.1.2 Kategorisering av selvskading

Da selvskading er et komplekst og sammensatt fenomen har det et vært behov for å kunne kategorisere selvskading. En hyppig brukt måte å kategorisere selvskading på er utarbeidet av Favazzva og hans kollega Simeon.(Sommerfeldt & Skårderud, 2009, Øverland, 2006, Simeon & Favazza, 2001). Selvskading kan deles opp i fire kategorier; stereotyp, alvorlig, tvangspreget og impulsiv selvskading. Selvskadingen kategoriseres ut fra flere kjennetegn; selve atferden, skade på kroppsvev, hyppighet og mønster på selvskadingen samt hvilke psykiske lidelser som synes dominerende ved de ulike kategoriene. (Sommerfelt & Skårderud, 2009, Øverland, 2006, Simeon & Favazza, 2001).

Kategorien stereotyp selvskading er en type selvskading som hovedsakelig ses hos mennesker med psykisk utviklingshemming eller utviklingsforstyrrelser. Denne formen for selvskading kan føre til alt fra mild til livstruende skade og forekommer i repeterende, faste mønstre. Eksempler på typer selvskadingsatferd i denne kategorien er hodedunking og biting i arm. (Simeon & Favazza, 2001).

Alvorlig selvskading sees oftest ved alvorlig psykopatologi som psykoser, intoksikasjon og alvorlige personlighetsforstyrrelser. Selvskadingen fører til alvorlig eller livstruende skade.

Den forekommer i både impulsive og planlagte enkeltepisoder og det er gjerne knyttet en konkret symbolikk til handlingen. Selvskadingsatferden kan være amputasjon av kroppsdeler eller kastrasjon. (Simeon & Favazza, 2001).

Tvangspreget selvskading fører til mild eller moderat skade og forekommer ved spesifikke former for tvangslidelser. Selvskadingen skjer repeterende og tvangsmessig og gjerne etter faste ritualer. Napping av hår og kloring på hud er eksempler på denne typen selvskading. (Simeon & Favazza, 2001).

Impulsiv selvskading forekommer oftest hos mennesker som har personlighetsforstyrrelser, traumeproblematikk, herunder dissosiasjon og posttraumatisk stresslidelse, og ved spiseforstyrrelser (Simeon & Favazza, 2001). De pasientene man møter i klinisk praksis innen psykiatrien bedriver som oftest denne typen selvskading (Sommerfeldt & Skårderud, 2009). Noen har kun enkeltepisoder med selvskading i løpet av livet, mens andre kan selvskade hyppig. Selvskadingen kan tidvis utvikle seg slik at den som utfører selvskadingen bærer preg av å være avhengig av å utføre selvskadingen. Denne typen selvskadingsmønstre debuterer og utvikler seg som regel i løpet av ungdomstiden. Det er ofte knyttet ritualer til selvskadingen. Selvskadingene er noen ganger tvangspreget og kan ofte ha en symbolsk betydning. Eksempler på selvskadingsatferd ved impulsiv selvskading er kutting, brenning og slag mot egen kropp. (Simeon & Favazza, 2001).

Mange som forsker på selvskading er opptatt av hvilken funksjon selvskading har for selvskaderne. Funksjonene benevnes med forskjellige begrep, og hvilke funksjoner ulike forskere tar for seg varierer. (Skårderud & Sommerfeldt, 2009, Sommerfeldt & Skårderud, 2009, Klonsky, 2007, Bloch-Thorsen, 2006, Øverland, 2006, Trautmann & Connors, 2001 og Favazza, 1996). Jeg vil i det følgende ta for meg de funksjonene jeg anser som mest relevante.

3.1.3 Affektregulering

Mange mennesker som selvskader har problemer med å håndtere følelsene sine. Dette kan medføre dysregulering av følelser vilket innebærer at de har en manglende evne til å håndtere ubehaglige følelser. De har problemer med å redusere spenning og opplevd stress, og noen har manglende selvkontroll. Selvskadingen kan derfor fungere som en mestringsstrategi som hjelper dem med å regulere følelsene. Selvskadingen får en affektregulerende funksjon. (Skårderud & Sommerfeldt 2009, Sommerfeldt & Skårderud, 2009, Walby & Ness, 2009, Klonsky, 2007, Bloch – Torsen, 2006, Øverland, 2006, Trautmann & Connors, 2001). Flere

studier viser at dette er en viktig funksjon. I CASE studien oppgis det å få *relief from at terrible state of mind* som viktigste motivasjon for selvskadingen (Sommerfeldt & Skårderud 2009, s.757). David E. Klonsky (2007) har gjennomgått 18 ulike studier av selvskadingens funksjoner. I samtlige av de undersøkelsene han studerte fant han at affektregulering var en funksjon for over halvparten av selvskaderene. Dette gjaldt uavhengig av kjønn og alder.

Når de som selvskader selv skal beskrive affektreguleringsfunksjonen er det gjennom utsagn som selvskadingen: letter på trykket, får vekk de vonde følelsene og tar vekk smerten inni meg. Ungdom som selvskader har ofte manglende kommunikative og relasjonelle ferdigheter. De klarer derfor ikke å motta hjelp av andre for å regulere sine dysforiske affekter. Når selvskading er etablert som en dysfunksjonell mestringsstrategi for affektregulering, kan dette fort bli en ond sirkel. Dette er fordi selvskadingen fungerer som en meget kortsiktig mestringsstrategi. Selvskadingen fører til en umiddelbar, kortvarig lettelse. Deretter utløser den nye vonde følelser som skyld, skam, håpløshet og verdiløshet. Disse følelsene håndteres ved å selvskade, og selvskadingen vil da kunne øke istedenfor å avta. I behandling blir det viktig å kartlegge hvilke andre strategier ungdommen har for affektregulering og videreutvikle disse, eventuell lære inn nye parallelt som man jobber med å redusere selvskadingen. (Øverland, 2006, Trautmann & Connors, 2001).

3.1.4 Øvrige funksjoner

Selvstraffing er en annen vanlig funksjon for selvskading. (Skårderud & Sommerfeldt, 2009, Sommerfeldt & Skårderud, 2009, Walby & Ness, 2009, Klonsky, 2007, Øverland, 2006, Trautmann & Connors, 2001). Det å forbanne seg sjøl og få tanker om at man fortjener straff er ikke nødvendigvis noe unormalt. For noen kan imidlertid følelsen av å ha gjort noe dumt som man fortjenes å straffes for bli så overveldende og sterk at den blir vanskelig å håndtere. Dersom man mislykkes med å rette opp feilen eller dumheten man mener å ha begått kan man isteden straffe seg selv gjennom å selvskade. Den spesifikke årsaken til at dette velges som strategi varierer. Følelsen av å gjøre noe aktivt for å rette opp feilen man har begått er en grunn. At selvskadingen gir følelsen av å rettfærdiggjøre eller oppveie for det dumme man har gjort er en annen. Selvskadingen kan da bidra til at det blir lettere å legge feilen man føler er begått bak seg. Noen av selvskaderne har så lav selvtilit i utgangspunktet at det skal svært lite til før de føler at de har gjort en stor feil. Noen føler at de er en byrde for andre bare ved å eksistere. Selvskadere har ofte manglende sosial kompetanse. Dette kan medføre at andres uttrykte bekymring for hvordan de har det eller for selvskadingen deres kan være nok til at de

føler at de må straffes. (Øverland, 2006). Hvor viktig selvstraffing er som funksjonen spriker i undersøkelser. I følge Klonsky (2007) var selvstraffing en grunn for alt fra 10 % til 83 % av de som selvskadet.

Anti-dissosiativ effekt er en annen av selvskadingsfunksjoner. (Skårderud & Sommerfeldt, 2009, Sommerfeldt & Skårderud, 2009, Klonsky, 2007, Bloch-Torsen, 2006, Øverland, 2006, Trautmann & Connors, 2001). Dissosiasjon er avspalting av deler av jeget som reaksjon på traumebelastninger. Det er en mekanisme som trer i kraft ved traumatisering, og dersom traumatiseringen er alvorlig og inntreffer tidlig i livet kan det utvikle seg til å bli en dissosiativ lidelse. (Anstorp, Benum, & Jakobsen, 2006).

Strukturell dissosiasjon av personligheten skjer når det blir en splittelse mellom den delen av personligheten som håndterer de traumatiske minnene og den delen som ivaretar den daglige fungeringen. Personligheten deles inn i tilsynelatende normal del av personligheten, ANP, og emosjonsstyrt del av personligheten, EP. Graden av splittelsen og konsekvensene den vil ha for personen vil variere. (Anstorp et.al., 2006). De som dissosierer kan oppleve dissosiative anfall eller episoder som forvirrende og slitsomme. Selvskadningen kan brukes som en strategi for å komme seg ut av den dissosiative tilstanden. Selvskadere beskriver dette i form av utsagn som: jeg ville bare føle noe i det hele tatt og jeg ville våkne opp og føle meg levende. (Øverland, 2006, Trautmann & Connors, 2001)

Interpersonlig påvirkning er en selvskadingsfunksjon når man selvskader for å få hjelp av eller manipulere andre. Det er en utbredt oppfatning at man selvskader for å få oppmerksomhet. (Sommerfeldt & Skårderud, 2009, Klonsky, 2007). Erfaringer fra egen klinisk praksis støtter denne oppfatningen. Det paradoksale er at undersøkelser ikke støtter opp om at interpersonlig påvirkning er en viktig funksjon. Klonsky (2007) klarte ikke å finne vitenskapelig belegg for denne funksjonen. Kun en av ni studier han gjennomgikk vedrørende interpersonlig påvirkning hadde sterke beviser på dette. CASE studien støtter også dette. Ønske om oppmerksomhet ble oppgitt som nest lavest motivasjon for selvskading. (Sommerfeldt & Skårderud, 2009). Interpersonlig påvirkningsfunksjonen beskrives med utsagn som: Jeg måtte jo det når du ikke..., Nå skal andre få se hvor vondt jeg virkelig har det eller Kanskje de viser at de er glade i meg nå. (Klonsky, 2007).

Å selvskade for å oppnå og avgrense seg fra andre er også nevnt som en selvskadingsfunksjon. Dette er en funksjon det er funnet beskjedne bevis for i undersøkelser.

Funksjonen innebærer at selvskadingen medfører en følelse av kontroll fordi det er vanskelig for andre å bestemme over selvskadingen. Noen vil se på dette som en markering av at de eier sin egen kropp og selv kan bestemme over den. (Klonsky, 2007). Selv om denne funksjonen ikke er beskrevet som viktig for selvskadere generelt, tenker jeg den er viktig å være klar over i behandling av ungdom. Ungdomstiden innebærer en markering av en løsrivelse fra foreldre og andre autoritetspersoner og selvstendighet er viktig. For ungdom innlagt på lukket akuttpsykiatrisk avdeling vil innleggelsen medføre en kraftig reduksjon av autonomi og kontroll over eget liv. Derfor kan man tenke at denne funksjonen vil være mer fremtredende hos denne gruppen. Det å avgrense seg selv fra andre beskrives også som et tema i litteratur om psykosepasienter (Strand, 2004). Denne funksjonen kan det derfor være viktig å være bevisst i arbeid med disse pasientene.

Noen oppgir at de selvskader fordi det er et alternativ til å begå selvmord. I en undersøkelse av ungdom innlagt på en psykiatrisk institusjon blir dette oppgitt som grunn av litt under halvparten. (Klonsky, 2007). Selvmord skjer ofte i affekt og når man er i en tilstand der døden fremstår som den eneste måten for å unnsnippe de vonde følelsene. Dersom man klarer å bruke selvskading som en affektregulering vil dette igjen kunne føre til at selvmordsbehovet avtar når de vonde følelsene reduseres. Man kan da tenke seg at selvskadingen vil kunne oppleves som positiv og livreddende for de ungdommene det gjelder. Dersom dette er en fremtredende funksjon for de som selvskader vil det være nærliggende å tenke at det vil kunne få store konsekvenser å stoppe eller hindre selvskading. Det er imidlertid rimelig å anta at man lett kan havne i onde sirkler når man bruker selvskading som metode for affektregulering. I følge Øverland (2006) kan selvskading som nevnt medføre skyld og skamfølelse hos mange. Disse negative følelsene kan den som selvskader håndtere gjennom ny selvskading, vilket medfører mer skyld og skam. Dette mønsteret kan det være vanskelig å bryte ut av, og både selvskadingen og de negative følelsene øker. Det er da nærliggende å anta at dette kan medføre at selvmordstrangen kan øke på sikt. Det er påvist at selvskading er en risikofaktor for senere suicid. (Sommerfeldt & Skårderud, 2009, Urnes, 2009, Øverland, 2006).

3.2 Miljøterapi

3.2.1 Definisjon av miljøterapi

Miljøterapi som behandlingsform stammer fra en ideologisk retning der man i psykiatrisk behandling forsøkte å skape et terapeutisk samfunn hvor samspill mellom pasienter og behandlere ble vektlagt. De skulle være likeverdige og følge de samme reglene. Denne retningen var utbredt i Norge på slutten av 60, begynnelsen av 70 tallet. I dag har miljøterapi som behandlingsform utviklet seg i samsvar med et mer individualisert syn. I psykiatrisk behandling i dag ses miljøterapi på som et supplement til individualterapien, og samspillet mellom den enkelte pasient og de ulike hjelperne er i fokus fremfor samspillet i pasient og personal gruppen som helhet. (Karlsson, 1997).

Miljøterapi består av å tilrettelegge og organisere miljøet rundt pasienten på en slik måte at det kan føre til utvikling og endring hos pasientene (Larsen, 2004). Ulike definisjoner av miljøterapi vektlegger ulike aspekter. Noen definisjoner vektlegger relasjonen, samspillet mellom personalet og pasienter, som en faktor som virker terapeutisk. Andre legger vekt på at miljøterapi består av planlagt og systematisk målrettet arbeid. (Andersen, 1997).

Miljøterapi blir ofte beskrevet som en eklektisk form av psykoterapi. Dette innebærer at man velger elementer fra ulike terapeutiske retninger for å nå de målene man har satt. Hvordan dette arter seg i klinisk praksis med ungdom er mangelfullt oppsummert og beskrevet i norsk forskning, men det finnes en rekke artikler og beskrivelser av miljøterapi fra ulike institusjoner og miljøer. Der ser man at miljøterapeutisk arbeid kan være både individ og systemorientert og metodene som brukes kan sprike fra kunstterapi til atferdsterapi. (Vatne, 2006, Andersen, 1997)

I det følgende vil jeg belyse to sider av miljøterapi som er gjennomgående i beskrivelser av miljøterapi (Andersen 2007, Vatne, 2006, Øverland, 2006, Larsen, 2004, Theophilakis, 1991); miljøterapi som organisering og struktur, og miljøterapi som relasjon.

3.2.2 Miljøterapi som struktur

En del av miljøterapi som struktur omhandler den administrative og faglige organiseringen av behandlingen i henhold til rammebetingelsene. Psykologspesialist og professor Erik Larsen har forsket mye på miljøterapi og han mener at det er den organisatoriske som er terapeutisk virksomt. Rammebetingelsene for miljøterapien utgjør, i ifølge Larsen, en avgjørende faktor

vedrørende hvor virksomt det miljøterapeutiske arbeidet vil være. Rammebetingelsene vil i tillegg være førende for hvilke metoder man kan benytte i det miljøterapeutiske arbeidet. (Larsen, 2004). Bemanningsfaktoren er en rammebetingelse som er avgjørende for hvor mye tid den enkelte miljøterapeut har til hver ungdom. Dette virker igjen inn på muligheten man har til å benytte seg av aktiviteter utenfor avdelingen i det miljøterapeutiske arbeidet. For å få til dette må det være nok miljøterapeuter til å dra på tur og til å ivareta de pasientene som ikke drar ut. Lovreguleringen av behandlingen er et annet eksempel på rammebetingelser som blant annet er viktig i forhold til det spillerommet miljøterapeutene har til å benytte seg av tvang og overvåkning.

I følge Larsen er det viktig at ledelsen definerer hva som er den primære miljøterapeutiske oppgaven. Den primære miljøterapeutiske oppgaven er det målet institusjonen har for de ungdommene institusjonene gir behandling. Larsen hevder videre at det er viktig å skille den primære oppgaven fra den politiske oppgaven. Den politiske oppgaven er den oppgaven institusjonen er satt til å fylle, og er som regel definert av myndighetene. Et eksempel på den politiske oppgaven kan være: *Utrede, diagnostisere og behandle ungdommer med alvorlige psykiske lidelser. Dette på et høyt faglig nivå.* Eksempelet er hentet fra virksomhetsplanen på Ahus (2007). Det er ut fra den politiske oppgaven avdelingen må utforme den miljøterapeutiske primæroppgaven. Primæroppgaven er målsettingen for miljøterapien, og løsning av oppgaven skjer i det direkte miljøterapeutiske arbeidet med pasientene. At ungdom skal bli i stand til å dra hjem eller overføres til en åpen institusjon er et eksempel på en primæroppgave for en lukket akuttavdeling. Det å se den politiske og den primære oppgaven i sammenheng fører til at institusjonen lettere får et tydelig bilde av hvilke ressurser man har til rådighet, hvilken autonomi institusjonen har og hvilke forventninger omverdenen stiller. Tar man ikke hensyn til dette risikerer man at primæroppgaven blir lite realistisk. En klart definert primæroppgave gjør det lettere å komme frem til en faglig ideologi som man best mulig kan løse oppgaven ut fra. Når oppgaven er tydelig blir det i tillegg lettere å kartlegge og motvirke antioppgavekrefter. Med antioppgavekrefter mener Larsen (2004) menneskelige eller organisatoriske faktorer som jobber mot å løse den primære oppgaven, altså virker antiterapeutisk.

En annen faktor som er viktig for at den miljøterapeutiske behandlingen skal lykkes er et klart definert fagsyn. Dette vil være de teoretiske retningene institusjonen forstår ungdommene ut fra, og de metodene som brukes for å løse primæroppgaven. Larsen benytter seg av metaforen

det miljøterapeutiske hus for å beskrive fagsynets rolle i den miljøterapeutiske institusjonen (Larsen, 2004, s 115). Denne metaforen er en omdikting av psykologen Theophilakis formulering, behandlerens hus. Første etasje i huset er den miljøterapeutiske hverdagen, der foregår kontakten mellom miljøterapeuter og pasienter. Andre etasje er rommet for undersøkelse og refleksjon. Det er der veiledning og skolering av miljøterapeutene foregår. Der kan miljøterapeutene trekke seg tilbake og reflektere over hva man gjør. Den tredje etasjen inneholder overordnede teorier, modeller og begreper. Det er trapper mellom etasjene og det er viktig at miljøterapeutene beveger seg mellom etasjene. Det er på den måten at man klarer å løse den primære oppgaven hevder Larsen. (Larsen, 2004).

Theophilakis har en innfallsvinkel til det å mislykkes med behandling som er sammenfallende med mange av Larsens synspunkter. Hun hevder at dersom man stagnerer eller mislykkes med behandlingen, må man se på behandlingsideologi og behandlingsmetode. Det må vurderes om man har en klar forståelse av hvilken teoretisk forståelsesramme man arbeider ut fra. Dersom man ikke har det vil behandlingen lett bli fragmentert og dermed lite virksom. Dersom man har en klart definert teoretisk forståelsesramme, må man se på hvordan man klarer å konkretisere denne gjennom et behandlingsopplegg for pasienten. Miljøterapeutene må klare å levendiggjøre den overordnede forståelsesrammen gjennom alt de gjør. Dette vil gjelde i alt fra samtaler til organisering av måltider. (Theophilakes, 1991).

I tillegg til å være fokusert på primæroppgaven må en miljøterapeutisk institusjon ha en ledelse som i tillegg kan jobbe med sekundæroppgaver dersom miljøterapeutisk behandling skal lykkes. Sekundæroppgaven er å sikre de forutsetningene som skal til for å løse primæroppgaven. For eksempel skolering av de ansatte, en bevisst ansettelsespolitikk og veiledning av miljøterapeutene. Ved selvskadingsproblematikk er det vesentlig at ledelsen er i stand til å fange opp reaksjonene miljøterapeutene har på pasientenes selvskading. Det er viktig at miljøterapeutene blir i stand til å forstå sammenhengen mellom en pasients selvskading og de prosessene som skjer i gruppa. Hvis ikke dette er på plass vil posten lett miste fokus på primæroppgaven og fungere miljøterapeutisk suboptimalt. Hvordan miljøterapeutene har det som personer påvirker også det miljøterapeutiske arbeidet. Ledelsen bør derfor være i stand til å se og forstå dem i forhold til hva de trenger for å løse primæroppgaven. Dette kan være skolering og veiledning og møter for planlegging og evaluering. I tillegg bør det bli lagt til rette for et godt miljø i og omkring jobben. Det å ha en

turnus som miljøterapeutene er fornøyd med er et eksempel på en slik tilrettelegging. (Larsen, 2004).

For at det miljøterapeutiske arbeidet skal være i tråd med behandlingsprofil og faglig ideologi bør institusjonen ha en viss kontroll over inntaksprosedyrer og sammensetting av pasientgruppa. Hvorvidt institusjonen har mulighet til å skrive ut pasienter som ikke forholder seg til regler og inngåtte avtaler, samt om den eksempelvis kan sette begrensninger i hvor mange pasienter med selvskadingsproblematikk som er innlagt samtidig, er med på å legge føringer på den miljøterapeutiske behandlingen. At institusjonene er mest mulig autonome i disse spørsmålene er i følge Larsen viktig hvis organisasjonen skal fungere terapeutisk. (Larsen, 2004). Graden av autonomi på akuttpsykiatriske avdelinger begrenses imidlertid av lovverk som blant annet regulerer øyeblikkelig hjelp plikt, og de budsjettmessige rammene som settes av helseforetaket.

En annen viktig del av miljøterapi som struktur er det å skape forutsigbarhet og trygghet for pasientene gjennom strukturelle forhold. Det å ha et bevisst forhold til struktur er en del av arbeidet med den primære oppgaven. Dette innebærer at man organiserer hverdagen gjennom å legge en fast og gjentakende struktur i forhold til døgnrytme, hygiene, måltider, skole, skille på hverdag og helg, etc. I tillegg er det viktig at det er klare og forutsigbare regler for samhandling og aktiviteter som foregår i avdelingen i form av husregler, prosedyrer eller lignende. Ungdom som er på behandlingsinstitusjoner er spesielt sårbare for overgangssituasjoner og det er derfor viktig at man legger en struktur som tydelig og forutsigbar i forhold til situasjoner som oppstart og avslutning av en aktivitet og rundt vaktskifte for personalet. Når man har en slik struktur kan dette føre til gode situasjoner som er spesielt tilrettelagt for læring og kontakt. Larsen og Selnes, gjengitt i Larsen (2004), kaller slike situasjoner nøkkelsituasjoner. Nøkkelsituasjonene er i tillegg til det øvrige aktivitetstilbudet en viktig del av miljøterapien. Derfor er det viktig at disse situasjonene tilpasses, planlegges og evalueres i forhold til den primære oppgaven. (Larsen, 2004).

3.2.3 Miljøterapi som relasjon

Miljøterapi som relasjon omhandler det som foregår i selve samhandlingen mellom pasienten og miljøterapeutene innenfor strukturen som er beskrevet ovenfor. Hvilken type relasjon og hvilken rolle miljøterapeuten skal ha i relasjon til pasienten kan delvis være bestemt av strukturelle forhold. Det kan for eksempel være en føring at man ikke skal knytte seg for tett

til pasienten på en akuttavdeling fordi liggetiden anslås til å være av kort varighet. Dersom det foreligger en klar føring på hvilken endring institusjonen bør oppnå i behandlingen av pasientene, legger dette automatisk begrensninger. Begrensningene kan være for forhold som pasientens muligheter for brukermedvirkning samt hvor åpen miljøterapeuten er for å ta inn pasientens opplevelse av egen situasjon. Det å behandle miljøterapi som struktur og som relasjon som to separate deler vil derfor innebære en forenkling som kan medføre at man går glipp av noe av kompleksiteten. Jeg vil derfor presisere at hvis man skal studere klinisk miljøterapi vil det strukturelle og det relasjonelle være tett forbundet og bør følgelig sees i sammenheng.

Solfrid Vatne har doktorgrad i sykepleievitenskap. Hun har forsket på relasjonens betydning i miljøterapi. Hun har hatt særlig fokus på korrigerende og grensesetting og sett på hva som kjennetegner relasjonen når man bruker grensesetting som metode. Hun har i tillegg utviklet en alternativ modell for grensesetting i et anerkjennende perspektiv som hun hevder er mer virksomt. (Vatne, 2006). Hennes fokus på korrigerende og grensesetting er relevant i forhold til selvskadingsatferd. Selvskading er en type atferd som man ofte søker å hindre, begrense og endre. For å oppnå dette vil man følgelig korrigere og grensesette atferden. Vatnes forskning er i forhold til voksne, men jeg anser den som relevant i forhold til ungdom. Jeg kjenner igjen hennes beskrivelser fra egen klinisk erfaring og fra samtaler med andre kollegaer i det ungdomspsykiatriske fagfeltet. En mulig forskjell jeg vil påpeke er at korrigerende og grensesetting kan anses som mer legitimt ovenfor barn og unge fordi det er en naturlig del av voksenrollen ovenfor dem.

Jeg vil i det følgende redegjøre for Vatnes beskrivelse av relasjonen mellom pasient og miljøterapeut i grensesetting som er et resultat av hennes funn i studier av klinisk miljøterapeutisk arbeid. Deretter vil jeg beskrive hva som kjennetegner en anerkjennende tilnærming fordi dette fremheves av flere som et ideal for den miljøterapeutiske relasjonen. (Birkhaug et al., 2006, Vatne, 2006, Larsen, 2004, Andersen, 1997). Vatnes forskning viser imidlertid at dette idealet ikke alltid gjenspeiles i den kliniske hverdagen (Vatne, 2006).

I følge Vatne (2006) så er det tre roller miljøterapeutene tar ovenfor pasientene når de skal korrigere eller grensesette en atferd. Dette er omsorgsrolle, oppdragerrollen og vokterrollen. Omsorgsrollen beskrives som lik foreldrerollen der miljøterapeuten er tilstedeværende og sensitiv ovenfor pasientens behov. Miljøterapeuten vil forsøke å tilfredsstille disse behovene

gjennom å tilby tjenester og råd om atferd som gjør pasienten i stand til å ivareta sine grunnleggende behov. For å begrense eller endre en atferd vil miljøterapeuten komme med saklig informasjon om hvorfor endring er ønskelig samt forklare og begrunne dette med mål om å starte en motiveringsprosess hos pasienten som fører til endringen.

Denne formen for korrigerende og grensesetting oppleves ofte ikke som en korrigerende og grensesetting verken av miljøterapeut eller pasient. Det er fordi det er lav grad av tvang og miljøterapeuten benytter seg av begrensede virkemidler for å få endringen til å skje. Det skal likevel forstås som grensesetting hevder Vatne fordi det ofte er miljøterapeutens vurdering av hva som er pasientens behov som ligger til grunn for tilnærmingen uten at dette nødvendigvis er i samsvar med pasientens opplevelse. Det er derfor miljøterapeuten som definerer både problemet og løsningen. Siden omsorgsrollen har begrensede virkemidler vil miljøterapeutene ofte oppleve at den ikke fører til den ønskede endringen, de vil da fort innta en annen rolle for å oppnå endring. (Vatne, 2006).

Oppdragerrollen er ofte den neste rollen miljøterapeuten går inn i for å oppnå endringen. Dette er en mer disiplinerende rolle som likner den rollen foreldrene inntar når de skal oppdra barn. Denne rollen har flere former for tilnærminger. Først kan man appellere til fornuften hos pasienten. Miljøterapeuten forsøker å overbevise eller overtale pasienten om at endringen må skje. Miljøterapeutene går da mer inn i diskusjonen og bruker sterkere argumenter enn de gjør i omsorgsrollen. Miljøterapeuten kan i tillegg benytte seg av mer skjulte tilnæringsmetoder. Dette kan eksempelvis være å forsøke å ignorere den uønskede atferden eller forsøke å avlede pasientene fra å utføre den. Denne tilnæringsformen kan føre til at ønsket endring oppnås uten et høyt konfliktnivå. Det å inngå fiktive avtaler i form av regler eller påbud om atferd som igjen fører til belønning og straff er en annen tilnæringsmåte innenfor oppdragerrollen. Avtalene kan ikke anses som reelle avtaler fordi de ikke er i samråd med pasienten. Andre måter å forsøke å få til endring på innen oppdragerrollen er å gi pasienten valget mellom enten det ene eller det andre av alternativer som miljøterapeuten foreslår. Disse alternativene fremstår da som de eneste alternativene. Løfter og trusler om belønning og straff er også noe miljøterapeuter i oppdragerrollen benytter seg av. (Vatne, 2006).

Oppdragerrollen representerer et forsøk på samarbeid. Miljøterapeutene søker å unngå konflikter og å måtte benytte seg av sterkere tvang. Oppdragerrollen innebærer imidlertid bruk av skjult tvang. Når miljøterapeuten inntar denne rollen appelleres det ikke til dialog

med pasienten. Det er derimot et forsøk på å oppnå tilpasning og lydighet fra pasienten. Rollen appellerer til fornuft hos pasienten og fører ikke til innsikt eller motivasjon til å endre seg fordi pasienten selv føler behov for det. (Vatne, 2006).

Når oppdragerrollen heller ikke fører til den endringen man ønsker er vokterrollen neste skritt. Vokterrollen innebærer åpen og direkte tvang og overvåkning. Dette er en utslørt 'vil du ikke, så skal du' tilnærming. Bruk av mekaniske tvangsmidler, medisiner, skjerming og fotfølging er resultater av denne rollen. Ofte kan denne rollen være nødvendig av hensyn til liv og helse, men den begrunnes også med at pasienten må ansvarliggjøres. Et eksempel på en slik ansvarliggjøring er at en pasient som bryter de fremsatte reglene for en utgang utenfor avdelingen nektes utgang for en bestemt tid fremover. Pasientene ansvarliggjøres gjennom å måtte ta konsekvensen av sine handlinger. (Vatne, 2006).

En slik vokertilnærming til pasienten kan føles invaderende. Den kan også føre til mer motstand mot den ønskede endringen fra pasienten fordi pasienten føler at personalet er i krig mot seg. (Vatne 2006).

En anerkjennende relasjon er som nevnt et ideal for den miljøterapeutiske relasjonen. Dette er et uttrykk for en vektlegging av troen på relasjonelle behandlingsmetoder i miljøterapi. Man mener at relasjonen mellom pasient og miljøterapeut er det avgjørende for utvikling og bedring av psykiske lidelser. Larsen gir uttrykk for dette gjennom å hevde at ungdommene først må teste relasjonen før de kan benytte seg av den til å jobbe med sin utvikling og forandring. De må stole på at miljøterapeutene tåler deres frustrasjon, lidelse og kaos uten å selv bryte ut i tilsvarende frustrasjon, lidelse og kaos. (Larsen, 2004, Vatne, 2006).

Det å innta et relasjonelt perspektiv i miljøterapien er et uttrykk for et syn på relasjonens betydning i barn og ungdoms utvikling. Vatne kobler dette til stress – sårbarhetsmodellen der de relasjonelle erfaringene man har er av avgjørende betydning for hvorvidt man takler stress og traumebelastninger uten å utvikle psykiske lidelser. Hun begrunner dette synspunktet ut fra samspillsorientert utviklingspsykologi som for eksempel Daniel Stern er en representant for. Larsen bruker mer psykodynamiske forklaringsmodeller der indre stress, drifter og konflikter vektlegges i tillegg til det relasjonelle. Begge er imidlertid enige om at det relasjonelle er av betydning for bedring av psykiske lidelser. Det er imidlertid ikke alle former for relasjoner som fører til denne endringen, det er viktig at miljøterapeutene har en anerkjennende holdning ovenfor pasientene. (Vatne, 2006, Larsen, 2004).

Både Larsen og Vatne henviser til psykologen Anne-Lise Løvli Schibbye, (2002, 1999) for å forklare hva en anerkjennende holdning innebærer. Slik de gjengir Schibbye innebærer en anerkjennende holdning at man møter pasienten med et åpent sinn. Man skal være lyttende og søke å være forståelsesfull og tolerant ovenfor pasienten. Det er viktig å møte pasienten med respekt og med bekreftelse. En anerkjennende holdning krever at miljøterapeuten møter pasienten i en subjekt - subjekt relasjon. Denne formen for relasjon står i motsetning til en subjekt – objekt relasjon der miljøterapeuten ser på pasienten som et objekt. De tre rollene som benyttes i grensesetting er et eksempel på denne formen for relasjon. Når man går inn i disse rollene blir miljøterapeuten eksperten som vurderer og definerer den andres behov. Det er heller ingen reell anerkjennelse av pasienten i en slik type relasjon. Miljøterapeuten bekrefter og anerkjenner bare de behov og sider av pasienten som miljøterapeuten selv anser som 'riktige'. Det at pasienten utvikles og endres gjennom ytre påvirkning er en grunnleggende antagelse for en subjekt – objekt relasjon. Her skal miljøterapeuten endre pasienten. (Vatne, 2006, Larsen, 2004)

En subjekt – subjekt relasjon bygger derimot på en grunnleggende antagelse om at pasienten tolker verden og seg selv på sin subjektive måte. Pasientens opplevelse av verden er like gyldig og riktig som miljøterapeutenes tolkning av verden. Endring skjer ikke gjennom ytre påvirkning. Gjennom å tilstrebe en forståelse av pasientens subjektive verden samt at miljøterapeuten deler sin subjektive verden med pasienten kan man oppnå delte opplevelser, intersubjektivitet, og dette kan føre til at endring skjer. Endringen er da ikke til noe som på forhånd er definert fra miljøterapeuten som en 'riktig' endring. En subjekt - subjekt relasjon er basert på gjensidighet, respekt og anerkjennelse. Det at man anerkjenner pasienten betyr ikke nødvendigvis at man er enig med pasienten. Man kan formidle uenighet, men det må da gjøres med en tydelighet på at miljøterapeuten i sin subjektive verden ikke er enig med pasientens syn, og at miljøterapeuten like fullt respekterer pasientens rett til å ha sitt syn. Det er rom for beskrivelser og tolkninger av hvordan miljøterapeuten tror at noe er for pasienten, men disse tolkningene og antagelsene må presenteres som miljøterapeutens egne, ikke som en definering av pasienten. Et eksempel kan være å si: Når du selvskader på denne måten etter dette har skjedd, så lurar jeg på om du kanskje prøver å fortelle meg..., men at det samtidig er litt vanskelig å snakke om. Det er ikke sikkert det er sånn, men jeg tror at hvis jeg hadde opplevd... Denne tilnæringsformen gir pasienten rom for å korrigere miljøterapeutenes tolkning av situasjonen og pasienten. Intersubjektivitet, der man deler sin opplevelse og tar

del i andres, kan føre til økt innsikt og selvrefleksjon. Opplevelsen av at andre tar del i ens egen verden, og forstår og engasjerer seg i den, kan i seg selv føre til at det som er vanskelig og problematisk blir lettere å tåle og håndtere. (Vatne, 2006).

3.3 Utdyping av problemstilling.

Den sentrale problemstillingen er som tidligere nevnt: **Hva kjennetegner miljøterapeutisk behandling av selvskadende ungdom i akuttpsykiatriske avdelinger?** Hva kjennetegner de miljøterapeutiske intervensjonene i behandlingen av selvskadingsproblematikk? Hvordan utøver miljøterapeutene terapien og hvordan de begrunner det de gjør? Er begge spørsmål som er aktuelle for å besvare den sentrale problemstillingen.

Det er flere grunner til at det kan anses som interessant å finne ut av dette. En grunn er at det er nødvendig å vite hvordan miljøterapeutisk behandling av selvskading foregår før man eventuelt kan finne ut om behandlingen virker og hvilke elementer ved den som eventuelt virker. Miljøterapeutisk behandling på ungdomspsykiatriske institusjoner skjer som nevnt i kombinasjon med annen terapi. En annen grunn er at vi heller ikke vet mye om hvordan samspillet mellom miljøterapi og annen terapi arter seg. Det vil derved være vanskelig å måle effekt av miljøterapien isolert sett hvis man ikke kjenner behandlingsformen godt nok til å lage et godt forskningsdesign.

Miljøterapeutisk behandling av selvskadende ungdom er et område vi vet for lite om. Som det fremgår av min redegjørelse for rammebetingelser og teorier omhandlende miljøterapeutisk behandling og selvskading eksisterer det få teoretiske kilder som omhandler temaet. For å utvikle det miljøterapeutiske fagfeltet er det viktig å dokumentere hvordan miljøterapien arter seg. Dette er viktig for å få til en faglig utvikling som igjen vil kunne føre til et bedre tilbud til pasientene som mottar miljøterapeutisk behandling.

4.0 Metode

4.1 Valg av metode

For å kunne svare på min problemstilling er jeg nødt til å få tak i beskrivelser av hvordan miljøterapeutisk behandlingen av selvskadende ungdom skjer. Det er ønskelig med fyldige beskrivelser av hva den miljøterapeutiske behandlingen innebærer, hvordan den utføres, hvordan den begrunnes og samspillet mellom miljøterapeutene og den øvrige organisasjonen. Dermed kan det anses at en kvalitativ metode er det som er best egnet for å svare på min problemstilling. (Silverman, 2006).

David Silverman sorterer de vanligste måter å innhente empiriske data på i fire kategorier; observasjon, tekstanalyse, intervju og opptak av lyd eller video. De beste empiriske dataene er i følge Silverman (2006) de dataene som er mest mulig naturlig forekommende, altså med minst mulig intervensjon eller påvirkning fra forskeren. Dette er et krav det er vanskelig å imøtekomme, likevel er det verdt å etterstrebe. At jeg selv har erfaring fra området miljøterapi og har arbeidet med feltet i praksis er med på å legge føringer på metodevalg, data og dataproduksjon (Silverman, 2006). Jeg vil herved begrunne de metodevalgene jeg har foretatt, samt diskutere hvordan min rolle som forsker er med på å prege de dataene som er fremskaffet.

Da temaet jeg ønsket å studere er lite beskrevet gjennom tidligere forskning var tekstanalyse av forskningspublikasjoner utelukket. Dokumentanalyse av pasientjournaler og rapporter var også uaktuelt av hensyn til personvernet. I tillegg er det usikkert i hvilken grad miljøterapeutiske vurderinger og intervensjoner fremgår i disse. Lydopptak av behandling av selvskadning anså jeg som lite egnet til å svare på problemstillingen min. Videoopptak av behandlingen kunne gi gode data, men var uaktuelt grunnet personvernet.

Metodene jeg derfor vurderte å benytte meg av var intervjuer og observasjon. Observasjon er foruten tekstanalyse av journaler og terapisaamtaler den metoden som ligger nærmest idealet til Silverman om naturlig forekommende data. Observasjon så jeg imidlertid som lite hensiktsmessig hovedsakelig av to grunner. Den første grunnen er at det kan være vanskelig å få observert de situasjonene som er egnet til å svare på problemstillingen. Det er min erfaring at de ulike avdelingene ikke har pasienter som selvskader alvorlig innlagt til en hver tid, og selv når pasienter som sliter med denne problematikken er innlagt kan det være vanskelig å forutsi når og hvor selvskadningen vil skje. Jeg ville derfor risikere å være på avdelingen i et

langt tidsrom uten å få noen relevante observasjoner i forhold til problemstillingen min. Den andre grunnen er det etiske aspektet ved å observere selvskading. Min erfaring med selvskading er at mange av pasientene klarer å unngå og selvskade ved noen anledninger, for eksempel under besøk. Min tilstedeværelse som observatør ville derfor kunne påvirke forekomsten av selvskading. Som nevnt i teoridelen er selvskading veldig ofte forbundet med skamfølelse. Det å bli observert når man selvskader eller det å utlevere seg til en fremmed om selvskadingsproblemene kan i verste fall føre til en økning av skamfølelse, med påfølgende eskalering av selvskadingen, i etterkant av undersøkelsen. (jvf. Øverland 2006). Jeg har ikke noe grunnlag for å vurdere sannsynligheten for at dette skal være en konsekvens av observasjon, men jeg kan heller ikke utelukke det.

Kravet til informert samtykke fra de jeg skulle observere ville også kunne bli vanskelig å fylle. Det ville være en etisk problemstilling at noen av pasientene er under 16 år, og dermed ikke har samtykkekompetanse etter lov om psykisk helsevern. (jvf. Psykisk helsevernloven) Det ville derfor vært foreldrene som samtykket til observasjonene av disse ungdommene. Generelt kan man si at ungdommer som er lagt inn på en akuttpsykiatrisk avdeling er i en svært sårbar situasjon der maktforholdet mellom ungdommene og de voksne er skjevt. Ungdom som er over 16 år ville derfor kunne følt seg presset til å samtykke fordi de trodde det var forventet av dem. En del av disse ungdommene har i tillegg psykiske lidelser som kan medføre en reduksjon av kognitive funksjoner (jvf. Ruud, et al., 2006). Disse ungdommene ville i mindre grad vært i stand til å bli informert eller å ta stilling til om de ville gitt sitt samtykke til å bli observert (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson, & Løkke, 2002). På bakgrunn av disse vurderingene konkluderte jeg med at det både var faglig og etisk uforsvarlig å benytte meg av observasjon som metode.

For å få svar på problemstillingen min valgte jeg derfor å benytte meg av intervju av miljøterapeuter som metode. Jeg valgte å intervju dem enkeltvis. Gruppeintervjuer ville også kunne gitt gode data, men jeg ønsket at miljøterapeutene skulle ha mulighet til å snakke fritt uten frykt for å kunne oppleve reprisalier fra kollegaer og arbeidsgiver. Av samme grunn lovet jeg miljøterapeutene konfidensialitet vedrørende deres identitet og arbeidssted. I tillegg er miljøterapeutene lette å rekruttere som informanter. De kan selv samtykke og de står fritt til å fortelle om sine erfaringer innenfor de rammene taushetsplikten setter.

Jeg valgte å benytte meg av semistrukturert intervju som intervjuform. Denne formen for intervju sikret at vi var innom temaene jeg ønsket å få informasjon om, samtidig som den ga informantene rom til å fortelle om sine erfaringer uten at disse var pre-definert av et spørreskjema. Jeg ønsket at miljøterapeutene skulle få mulighet til å snakke om sine erfaringer gjennom samtaler basert på deres egen sammenhengende fortelling. Dette var fordi jeg anså at analyse av hva de vektlegger i sine historier samt hvordan de fremfører sin erfaring var viktige data å få med for å svare på problemstillingen.

4.2 Valg av analysestrategi

I analysen av dataene har jeg ønsket å benytte redskaper fra Grounded Theory. Dette er en metode der man tar utgangspunkt i dataene, i motsetning til å ha en hypotese som man bruker dataene til å bekrefte eller avkrefte. Gjennom en prosess bestående av systematisk koding og kategorisering av dataene samt memoskriving, vil man etter hvert komme frem til konklusjoner om hva det er dataene forteller noe om. Man sammenligner koder og kategorier, ser på sammenheng mellom dem og ser på hva det er dataene ikke sier noe om. På grunnlag av disse analysene vokser det frem en hypotese om det feltet man forsker på basert på dataene som er innhentet. Først etter at analysen er fullført konsulterer man eksisterende teori for å belyse funnene man har kommet frem til. (Charmaz, 2006).

Grounded Theory kan kalles en form for mellomnivåteori. Dette er fordi teoriene man kommer frem til befinner seg innenfor det paradigmat fagfeltet man forsker innenfor omfattes av. Ideelt sett har dataene forrang i Grounded Theory, og lokale teorier skal kunne bygges ut fra en systematisk koding av data. (Charmaz, 2006). I streng forstand forutsetter dette at forskeren er minst mulig preget av eksisterende teorier og erfaringer om et felt før møtet med feltet. Dette er imidlertid nok et strengt metodeideal det er vanskelig å imøtekomme. En forsker vil alltid bære med seg en forforståelse inn i feltet enten den bygger på teori eller erfaring. En måte å imøtegå hvordan ens egen forforståelse påvirker datainnsamling og analyse, er å bevisstgjøre seg selv om hva forforståelsen består av og reflektere over hvordan dette påvirker analysen. Jeg valgte å gjøre dette gjennom å bruke metoden minnearbeid som er beskrevet av Karin Widerberg (2001) i boka *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt*.

4.3 Fremgangsmåte

4.3.1 Minnearbeid

Det første jeg gjorde for å finne ut hvordan jeg skulle intervjuer miljøterapeutene var å gjøre et minnearbeid med utgangspunkt i Widerbergs beskrivelse. Dette var for å bevisstgjøre meg mine egne erfaringer, tanker og forforståelse til temaet miljøterapeutisk behandling av selvskading. Først skrev jeg ned en konkret episode der jeg hadde opplevd en ungdom som selvskadet alvorlig. Jeg forsøkte å skrive dette ned så detaljrikt og konkret som mulig. Jeg fortalte om det faktiske hendelsesforløpet. Jeg skrev også ned min erfaring med et typisk innleggelsesforløp for en ungdom som selvskader. Jeg drøftet deretter disse minnearbeidene med min veileder som stilte meg en del spørsmål rundt enkelte temaer. Dette bidro til at jeg fikk en økt bevissthet rundt mine egne holdninger og erfaringer, språkbruk og årsaksforklaringer som jeg, grunnet min erfaring som miljøterapeut, anser som selvfølgelig og selvforklarende. (Widerberg, 2001). Et eksempel på en slik bevisstgjøring er at jeg begynte å reflektere rundt hva 'tulle selvskading' betydde som begrep og hva 'is i magen' og 'stå i det' egentlig innebar.

Det neste steget frem mot intervjuer var at jeg analyserte mitt eget minnearbeid. Jeg behandlet minnearbeidet som data og fikk på den måten ytterligere bearbeidet min forforståelse. I tillegg sikret dette at jeg spurte om det som for meg var selvfølgelig slik at jeg ikke overførte mine antagelser til å gjelde for miljøterapeutene jeg intervjuet. Jeg systematiserte minnearbeidet gjennom å splitte opp min egen beskrivelse av en selvskadingsepisode i deler. Inndelingen var; før, under og etter selve episoden. Jeg fokuserte på elementer jeg sto i fare for å ta for gitt både når det gjaldt kultur og struktur. Det tydeliggjorde for eksempel at jeg skulle spørre hvordan miljøterapeutene ble klar over selvskadingsepisoden istedenfor å ta det for gitt at de ble tilkalt på alarm. At jeg måtte spørre om hva en ansvarsvaksrolle innebar var et annet eksempel. Basert på dette arbeidet utarbeidet jeg en intervjuguide med spørsmål som jeg mente var relevante for å få svar på det jeg ønsket å vite vedrørende den miljøterapeutiske behandlingen. På denne måten fungerte analysen av eget minnearbeid som en forberedelse til feltet fremfor å bli en del av datagrunnlaget mitt.

4.3.2 Utarbeidelse av intervjuguide og testintervju

For å sikre at intervjuguiden var egnet til å få frem de fortellingene jeg ønsket meg, utførte jeg et testintervju med en bekjent som arbeider som miljøterapeut på en annen akuttpsykiatrisk

avdeling enn informantene mine. På bakgrunn av dette testintervjuet gjorde jeg en del endringer i intervjuguiden. Testintervjuet var også nyttig fordi jeg fikk en indikasjon på hvor lang tid selve intervjusituasjonen ville ta.

4.3.3 Rekruttering av informanter

Parallelt med arbeidet med å utforme en intervjuguide begynte jeg arbeidet med å rekruttere informanter. Jeg rettet en skriftlig henvendelse til avdelingslederne på to ungdomspsykiatriske avdelinger. Her informerte jeg om at jeg skrev en masteroppgave med temaet miljøterapeutisk behandling av selvskadende ungdom, og at jeg i den forbindelse ønsket å intervju tre erfarne miljøterapeuter. Jeg skrev at jeg med erfarne miljøterapeuter mente at de burde ha arbeidet som miljøterapeuter i minimum tre år og ha erfaring med behandling av selvskadende ungdom. Ut over dette trengte de ingen spesiell kunnskap eller utdanning. Jeg skrev også at jeg ville anonymisere intervjuene slik at verken den enkelte miljøterapeut eller avdeling kunne bli identifisert. Jeg beskrev kort min utdanning og yrkeserfaring og tilbød meg å stille opp på et møte for å svare på eventuelle spørsmål. Jeg la ved kontaktinformasjon og ba om et svar innen en frist.

Jeg fikk positiv respons fra begge avdelingene. Den ene hadde fire miljøterapeuter som kunne tenke seg å delta, den andre hadde tre. Informantene var tre kvinner og fire menn. Alle hadde treårig høgskoleutdanning, og de fleste av dem hadde videreutdanning. Det ble avtalt tidspunkt for intervjuene. Intervjuene ble gjennomført over en periode på fire uker. To av dagene gjennomførte jeg to intervjuer etter hverandre på samme dag, mens de øvrige intervjuene ble gjennomført på hver sin dag. I tillegg til selve intervjuet satt jeg av tid i forkant og etterkant for å informere om mitt prosjekt og til å svare på eventuelle spørsmål. Jeg ba om tillatelse til å ta opp intervjuene på diktafon og informerte om hvordan jeg kunne kontaktes i etterkant dersom det var noe de ønsket å snakke med meg om.

4.3.4 Intervjusituasjonen

I selve intervjusituasjonen ønsket jeg å få respondentene til å fortelle om sine erfaringer med miljøterapeutisk behandling av selvskading. Jeg ville vite hva de faktisk gjorde og hvordan de begrunnet disse handlingene. Jeg presiserte at det var deres opplevelse og erfaring med miljøterapeutisk behandling jeg var ute etter. Jeg begynte intervjuene med å be miljøterapeutene fortelle om en episode der de hadde opplevd alvorlig selvskading. Den aktuelle episoden de fortalte om lot jeg være utgangspunkt for resten av spørsmålene i

intervjuguiden. Disse spørsmålene var både knyttet til episoden, men også til respondentenes og avdelingens forhold til og forståelse av selvskadingsproblematikk generelt.

Jeg hadde i utgangspunktet tenkt å notere underveis, men fant ut at dette var en stil som passet meg dårlig. Jeg klarte bedre å være oppmerksom ovenfor miljøterapeutenes historie når jeg hadde fullt fokus på dem mens de snakket. Jeg tittet imidlertid ned på intervjuguiden noen ganger for å se om alle temaer var berørt, og om jeg hadde fått svar på alle spørsmålene. Underveis i intervjuene oppsummerte jeg det jeg opplevde som hovedmomentene i fortellingene for å kontrollere at jeg hadde forstått det riktig. Dersom jeg var usikker på hva miljøterapeutene mente eller hvilken betydning de la i enkelte ord og utsagn spurte jeg om det. Til slutt ble respondentene alltid spurt om det var noe de ønsket å tilføye.

Det var ikke noe problem å få miljøterapeutene til å fortelle om temaet. Noen trengte flere spørsmål i starten før de begynte å snakke fritt, mens andre snakket til jeg stoppet dem med nye spørsmål. Intervjuene tok fra 48 til 75 minutter. Når intervjuene var over dikterte jeg mitt førsteinntrykk fra intervjusituasjonen på diktafonen. Dette er et alternativ til feltnotater som er muliggjort av ny teknologi. Det anbefales at man skriver memos eller feltnotater rett etter hvert intervju eller observasjonssituasjon. Dette på grunn av at første inntrykket fortar seg veldig fort, og at viktig informasjon da går tapt. (Silverman, 2006, Album, 1996).

4.3.5 Transkribering

I transkriberingen av intervjuene brukte jeg retningslinjer beskrevet av Silverman (2006). Jeg noterte i løpende tekst alt som ble sagt i intervjusituasjonen. Jeg skrev ned alle ord, lyder og ufullstendige setninger. Jeg markerte imidlertid ikke pauser eller min tolkning av ufullstendige setninger. Jeg innså etter hvert at et så strengt regime ikke var nødvendig for å gjennomføre en tematisk innholdsanalyse. Skulle jeg foretatt en konversasjonsanalyse ville disse detaljene imidlertid kunne gitt meg viktig informasjon. Jeg kunne dog gå tilbake til lydopptakene dersom jeg var usikker på hvordan jeg skulle tolke transkripsjonene. Dette kunne være nyttig i situasjoner der tonefall var med på å avgjøre om et utsagn skulle tolkes ironisk eller ikke. (Silverman, 2006).

4.3.6 Koding og analysering

Når jeg skulle begynne analysen av dataene bestemte jeg meg, som tidligere nevnt, for å benytte meg av redskaper fra Grounded Theory for å gjennomføre analysen. I kodingen tok jeg utgangspunkt i fremgangsmåten som Charmaz beskriver i boken *Constructing grounded*

theory (2006). Jeg startet med å plukke ut to intervjuer som jeg kodet med åpen koding. Dette betyr å gå gjennom hver setning og gi den en kode ut fra hva den handler om. Deretter gikk jeg gjennom de samme intervjuene og kodet in vivo koding. In vivo koding innebærer å markere ut begrep og utsagn som er typiske for den diskursen man studerer, for så å videre bruke disse som egne koder videre i analyseringen. Dette er med på å bevare uttrykket og meningen til informantene gjennom kodingen. Det vil også bidra til å få tak i selvrefererende begrep som er selvfølgelige for det feltet man studerer. Jeg markerte med andre ord ord og utsagn som var typiske for den miljøterapeutiske diskursen. Deretter ble alle kodene og ordene skrevet ned og systematisert. Jeg fikk da 115 ulike koder på det første intervjuet og 43 på det andre. Fra in vivo kodingen fikk jeg rundt 40 ord og uttrykk per intervju.

Ut fra dette fant jeg frem til 16 koder som jeg brukte til å gjennomføre en fokusert koding på samtlige intervjuer. Fokusert koding betyr at man plukker ut de vanligste og viktigste kodene fra den tidligere kodingen for å bruke videre i analysen. 'Forsterkning' ble for eksempel en kode jeg brukte når respondentene snakket om at deres reksjoner på selvskading førte til eller kunne føre til at selvskadingen økte. Etter kodingen av hvert intervju skrev jeg et kort notat med spørsmål til dataene, tanker å gå videre med og liknende. Dette førte til at jeg flere ganger gikk gjennom dataene for å se etter ting som jeg ble oppmerksom på underveis. (Charmaz, 2006).

Etter hvert som jeg kom videre i analyseprosessen foretok jeg en aksial koding. Aksial koding er at man begynner å se på hvordan de ulike kodene henger sammen og forholder seg til hverandre. Man deler dem så inn i kategorier og underkategorier som gjenspeiler dette. Man ser så på datamaterialet på nytt og koder det ut fra disse kategoriene. Kodingen var en prosess der jeg vekslet mellom dataene og analysearbeidet og denne prosessen pågikk helt til analysedelen var ferdig skrevet. (Charmaz, 2006).

4.4 Fordeler og ulemper ved valgt analyse.

Min erfaring fra det miljøterapeutiske arbeidet, min utdanning og personlighet vil, som jeg har nevnt, kunne påvirke valg av problemstilling, metode og analyse. Jeg har imidlertid tatt de forhåndsreglene jeg kan for å bevisstgjøre meg min forforståelse gjennom å utføre et minnearbeid.

Det at jeg har egenerfaring fra feltet jeg studerer har både fordeler og ulemper. Gjennom å beherske 'stammespråket' og være en del av miljøterapeutkollegiet gjør det rimelig å anta at

jeg får andre og mer autentiske fortellinger fra miljøterapeutene enn hvis de var nødt til å oversette interne uttrykk og forklare miljøterapi som behandlingsmetode for meg. Det at jeg ikke jobber med miljøterapeutisk arbeid i dag, og ikke har gjort det på over ett år, gjør det lettere å betrakte datamaterialet 'utenfra' i analysen fordi jeg ikke tilføres nye erfaringer fra eget arbeid som jeg er nødt til å bevisstgjøre meg underveis i prosessen.

Studiens bekreftbarhet måles ut fra hvor gjenkjennelig den er for feltet som har blitt studert samtidig som de kan få ny relevant kunnskap. Det at jeg har valgt redskaper fra Grounded Theory for å analysere dataene bidrar til at analysen er nær det miljøterapeutiske feltet gjennom at den utelukkende er basert på dataene jeg har innhentet. Det at jeg har brukt in vivo koding gjør at ord og uttrykk som miljøterapeutene har brukt vil være gjennomgående i analysen. Det vil også bidra til gjenkjennelighet ved å begrepsfeste nye funn i fortrolig språkdrakt. Dette bidrar til å styrke bekreftbarheten. Ut over dette er det ikke mulig for meg å bedømme validiteten. En måte å sikre bekreftbarheten ytterligere på var å rådføre meg med respondentene underveis i analyseprosessen. Det hadde jeg av kapasitetshensyn imidlertid ikke mulighet til. (Charmaz, 2006, Silverman, 2006).

Hvor troverdige beskrivelser jeg får om miljøterapeutisk behandling av selvskadende ungdom avhenger av hvor sannferdige miljøterapeutene var i sine beskrivelser. Jeg har ingen grunn til å tro at de bevisst skulle velge å lyve for meg i intervjusituasjonen. De hadde selv et ønske om å delta, og hva de sa ville ikke kunne føres tilbake til verken dem eller arbeidssted så jeg finner ingen opplagte motiv til å bevisst komme med en feilaktig fremstilling av egen opplevelse. Dersom det oppsto situasjoner der jeg fikk inntrykk at det var vanskelig for miljøterapeutene å svare, eller der de tydelig sa at de ikke hadde erfaringer med det jeg spurte om, gikk vi videre i fortellingen. Det kan alltid diskuteres om man forenkler og forandrer på virkeligheten når man formulerer noe verbalt. Det kan også diskuteres om miljøterapeuters forestilling om seg selv og eget arbeid er sann og riktig. For å avgjøre dette må man imidlertid besitte en sannhet om hva som er sant og riktig om miljøterapeutisk arbeid. Jeg vil hevde at miljøterapeutenes formidlede forestillinger om miljøterapi er sanne i sin konsekvens og dermed gir et troverdig bilde av deres erfaringer med miljøterapeutisk behandling av selvskadende ungdom. (Charmaz, 2006, Silverman, 2006).

I forhold til overførbarheten av studien er det ikke en målsetting å komme frem til en beskrivelse som er dekkende for alle akuttpsykiatriske avdelinger i Norge. Som jeg har påpekt

er variasjonen mellom de ulike avdelingene stor. (jvf. Birkhaug et al., 2006) Det vil derfor være urimelig å anta at mine funn kan generaliseres til andre avdelinger uten justeringer. Det er imidlertid grunn til å anta at funnene kan bidra til diskusjoner vedrørende tematikken og dermed være relevante for andre akuttavdelinger innen det ungdomspsykiatriske fagfeltet. Dette baserer jeg på at de avdelingene jeg studerte var forskjellige i størrelse, sengekapasitet i forhold til befolkning og demografiske forhold. Dette gjorde at det var noe variasjon i detaljene i det miljøterapeutiske arbeidet, men ut over dette fikk jeg ikke inntrykk av at forskjellene var betydelige.

Mine funn er basert på data fra et utvalg av miljøterapeuter som ikke er statistisk representativt for miljøterapeutgruppa på de avdelingene jeg studerte. Det er derfor et spørsmål om deres beskrivelser er dekkende for hvordan den miljøterapeutiske behandlingen foregår på avdelingene jeg studerte. Jeg antar at de i stor grad er det. Denne antagelsen er basert på at det ikke var noen av respondentene som skilte seg ut i stor grad selv om respondentene vektla ulike aspekter i sine historier. Denne likheten fantes på tross av at respondentene hadde spredning i kjønn, alder, utdanning og hvor lenge de hadde jobbet i avdelingene selv om alle var å betrakte som erfarne.

5 Analyse

Denne delen av oppgaven redegjør for funnene i undersøkelsen min, og blir presentert i to deler. Først vil jeg ta for meg idegrunnlaget miljøterapeutene oppgir at de har for den miljøterapeutiske behandlingen av selvskadende ungdom. Den andre delen av analysen tar for seg hvordan idegrunnlaget kommer til uttrykk i den miljøterapeutiske praksisen.

Med idegrunnlaget mener jeg den måten miljøterapeutene forstår fenomenet selvskading. Inkludert i dette er hvilken oppfatning de har av hvordan selvskadingen skal behandles miljøterapeutisk. Jeg har analysert frem to kategorier som jeg beskriver idegrunnlaget ut fra. Den første kategorien har jeg kalt miljøterapeutenes syn på selvskadingen. Den andre kategorien er regler for miljøterapeutisk behandling av selvskading.

Syn på selvskading er en beskrivelse av hvordan miljøterapeutene forstår selvskadende handlinger. Herunder hvilken oppfatning de har av årsakene til selvskadingen, hvordan man vurderer selvskadingens alvorlighet og hvilke tiltak man skal iverksette i behandling av selvskading. I analyseringen av miljøterapeutenes syn på selvskading fant jeg at det er tre aksiale syn som utkrystalliserer seg. Det at synene er aksiale betyr at de ulike synene hang sammen og forholdt seg til hverandre gjennom analysen. Synene representerer tre ulike innfallsvinkler for å forstå selvskading som miljøterapeutene forholder seg til parallelt. De tre ulike synene er: selvskading som kroppslig skade, selvskading som kommunikasjon og selvskading som et diabolsk virus. Jeg fant også at det er et unntak der selvskadinger ikke harmonerer med noen av disse synene. Det var når selvskadingsmetoden pasientene brukte var knyttet til mat.

Den andre kategorien omhandler regler for miljøterapeutisk behandling av selvskading og unntaksbestemmelser fra disse reglene. Med regler mener jeg systematiske føringer som har konsekvenser for hvordan miljøterapeutene skal forholde seg til selvskadingsproblematikk. Det er reglene for behandling av selvskading miljøterapeutene bruker for å fortelle hva de ville gjort i en tenkt situasjon. Regler er altså deres forståelse av hvordan ulike problemstillinger i og tiknyttet behandlingen skal håndteres. I analyseringen av regelkategorien fant jeg tre aksiale typer regler: regler som omhandler organisering av vekten og samhandling miljøterapeutene imellom, regler som er gjeldene for behandling av enkeltpasienter og regler for når man kunne gjøre unntak fra reglene.

I den andre delen vil jeg ta for meg hvordan idegrunnlaget kommer til uttrykk i den miljøterapeutiske praksisen. Dette vil jeg gjøre gjennom å presentere en kategori som springer ut fra in vivo kodingen. In vivo koding betyr at jeg har latt begreper miljøterapeutene selv bruker være med på å analysere frem den praksisen de har. Jeg har konsentrert meg om kategorien jeg har kalt fokus på selvskading. Denne kategorien har to betydninger. En betydning er at man gjennom å ha fokus på selvskadingen velger å behandle den. Har man fokus på selvskadingen forholder man seg aktivt til den i et behandlingsopplegg i motsetning til å ignorere selvskadingen som et problemområde for pasienten. Den andre betydningen av kategorien beskriver hvordan miljøterapeutene forholder seg til selvskading i praktisk handling. Da snakker miljøterapeutene om hva som er riktig og galt fokus. Hvilket fokus man har er da et uttrykk for hvilke tilnæringsmåter man har ovenfor pasienter som selvskader i praksis.

Avslutningsvis i den andre delen av analysen vil jeg diskutere hvordan den miljøterapeutiske praksisen henger sammenheng med idegrunnlaget miljøterapeutene har for behandling av selvskading.

Underveis i presentasjonen vil jeg inkludere sitat fra intervjuene (vises som tekst i kursiv der mine ord er understreket.). Disse sitatene er imidlertid noe omskrevet. Dette skyldes at miljøterapeutene uttrykte seg muntlig og språket var preget av ufullstendige setninger, mye småord samt henvisninger til forutgående setninger. De er derfor omskrevet slik at de gir mening på trykk og blir kortere og mer presise. I tillegg har jeg oversatt typiske dialektord til bokmål av hensyn til respondentenes anonymitet (Respondentenes navn i oppgaven er av samme grunn fiktive.). Eksempelvis på en omskriving er at sitatet *Det er litt med, hvis gutta så er det mye mer trøkk i dem. I form av å selvskade opp mot. Det er mange som ønsker å ta sitt eget liv også greier dem det ikke og så blir det da definert som ofte som selvskading mmm Kontra opp mot et suicidalforsøk. Mmm Så gutta er jo mye mer eh hardere, brutale i sine metode på selvskading.* blir omskrevet til: *Det er mange som ønsker å ta sitt eget liv også greier de det ikke, og så blir det ofte definert som selvskading. Kontra opp mot et suicidalforsøk. Så gutta er jo mye hardere, brutale i sine metode på selvskading.*

5.1 Idegrunnlaget for miljøterapeutisk behandling av selvskading.

5.1.1 Ulike syn på selvskading

Når miljøterapeutene skal gi uttrykk for sitt og avdelingens syn på selvskading bruker de ord som *sammensatt*, *mystisk*, *stor utfordring* og *vanskelig*. De føler de har kompetanse på området, men at de har mer å lære. Noen uttrykker også et behov for mer forskning rundt temaet. I analyseringen har jeg funnet at respondentene har tre forskjellige syn på selvskading: selvskading som kroppslig skade, selvskading som kommunikasjon og selvskading som et diabolsk virus. Unntaket fra disse synene er selvskading der mat er et tema. Noen miljøterapeuter vektlegger et syn mer enn de andre i historiene sine, men ingen nevner bare ett syn og de fleste er innom alle typene i løpet av intervjuet.

5.1.2 Selvskading som kroppslig skade.

En miljøterapeut kan ofte komme i situasjoner der de oppdager at en pasient selvskader eller nettopp har selvskadet. I en slik situasjon er det mange ganger synet på selvskading som kroppslig skade som kommer til syne. Dette vises gjennom at det er dette utgangspunktet alle miljøterapeutene har for sine fortellinger når jeg ber dem fortelle om en episode der de har opplevd alvorlig selvskading. Miljøterapeuten Monika er et typisk eksempel på dette når hun begynner sin fortelling med: *Jeg kom inn på rommet og hun satt og kutta seg. Det var mye blod og hun kutta seg på langs ikke på tvers og jeg så at det var veldig nær pulsåra på håndleddet.* Selvskading som kroppslig skade sees på som utelukkende negativt og miljøterapeuten omtaler skaden med negative begrep. De snakker for eksempel om at *Jeg kom inn på rommet og det var mye blod og gris. Såret så stygt ut og det var ordentlig klinete.*

Når selvskadingen omtales som kroppslig skade beskrives og forklares selvskadingen ut fra den konsekvensen selvskadingen har for pasienten rent somatisk. Når man forteller om selvskadingen og konsekvensene den har, skjer dette helt konkret og med presise betegnelser. Man snakker om hvor langt og dypt såret er og hvor mye det blør. Trines beskrivelse av en episode illustrer dette: *Hun hadde skjært seg gjennom hud på underarm og hun hadde mange dype kutt som så veldig stygge ut. De sprika i alle retninger. Hun hadde kutta seg opp i et gammelt kutt som allerede var grodd. Hun hadde et veldig gammelt arr som hun hadde kommet tre lag ned i, så du nesten så inn på beinet. Det var en ti cm lang cirka.* Disse detaljerte beskrivelsene fortelles spontant uten at jeg spør om detaljer rundt selve skaden.

Selvskadingens alvorlighetsgrad vurderes ut fra skaden størrelse som igjen måles ut fra hva som må til for å reparere skaden og hvem som kan utføre reparasjonene. Dersom såret er overflatisk og kun trengs å plastres, er selvskadingen ikke alvorlig: *risping som knapt trengs og plastres det er sånn tulle selvskading, og også overflatisk kutting, det er ikke så farlig.* Dersom det trengs en sykepleier for å utføre en sårstellprosedyre er det litt mer alvorlig. Dersom det trengs en lege som må suturere eller utføre annen mer avansert førstehjelp øker alvorligheten. Det mest alvorlige er i de tilfeller pasienten må transporteres til somatisk avdeling for å få behandling.

Selvskadingen beskrives ikke bare ut fra den rent faktiske skaden, men også ut fra hvilket skadepotensial den har. Dersom man ser at pasienten kutter seg nær en pulsåre beskrives selvskadingen som alvorlig selv om den faktiske skaden ikke er det. Dersom man oppdager en pasient som har knyttet en hettesnor hardt og stramt rundt halsen kan dette beskrives som alvorlig selv om selvskadingen blir hindret før skaden inntreffer. Knut sier: *Det er alvorlig for vi vet hun kan kutte seg på halsen og da blir det dypt, så det bare stopper vi.*

Når man ser på selvskading som kroppslig skade er også gjenstanden pasienten bruker for å skade seg sentral i beskrivelsen. Gjenstander rangeres ut fra hvor stor skade de kan forårsake, og ut fra om de er gjenstander som pasienten har lovlig tilgang til på avdelingen. Et barberblad er mer alvorlig enn en binders. Hvordan de bruker gjenstanden til å skade seg er også en del av beskrivelsen. For eksempel om pasientene kutter seg med et barberblad på langs eller tvers av armen, om de knytter en snor rundt halsen med dobbeltknote eller om de bare holder snoren stramt.

Når miljøterapeutene snakker om selvskading som kroppslig skade er det psykiske aspektet ved selvskadingen nesten fraværende. Innenfor dette synet omtales pasienten ofte som to adskilte deler. Pasienten fremstår som et redskap for å skade en kropp som miljøterapeutene skal beskytte. Tove forteller: *Hun bare fortsatte og kutte seg, hun registrerte nok at vi var der for hun ropte* Disse to delene kobles ikke sammen og det kan virke som om det innenfor dette synet ikke er rom for en annen forståelse av pasienten enn en som skader kroppen sin. Pasienten beskrives ofte som lite samarbeidsvillig og en som yter motstand dersom hun motsetter seg miljøterapeutenes forsøk på å stoppe selvskadingen. Man forteller om pasienter som selvskader som en motsats til miljøterapeutene som forsøker å hindre dem i dette. Tove

fortsetter: *Da er det mye blod, så da tar vi på hansker og frakker for å gå inn og stoppe det. Og da ble pasienten bært inn på skjerm og beltelagt*

Når man ser på selvskading som kroppslig skade har man et 'her og nå' perspektiv på selvskadingen. Når skaden eller faren for skade er avverget er ikke selvskadingen lenger et tema ut fra dette synet. Hver selvskadingsepisode betraktes som en akutt situasjon, selv om erfaring fra tilsvarende episoder påvirker vurderingen av tiltakene som iverksettes. Tiltakene vurderes mer ut fra den kroppslige skaden enn ut fra den enkelte pasients situasjon for øvrig. Tiltakene går ofte ut på å reparere skade i form av ren førstehjelp, eller å avverge skade gjennom tett oppfølging og å forhindre tilgang til gjenstander som brukes i selvskadingsøyemed. Pasienten må tilpasse seg de tiltakene skaden krever. Dersom pasienten er urolig, men det vurderes at skaden må sys, kan man bruke tvang og eventuelt beroligende medisin for å få pasienten med til behandling på somatisk avdeling.

I situasjoner hvor annet personell overtar den medisinske behandlingen, skifter miljøterapeutene ofte perspektiv og tenker psykisk ivaretagelse av pasienten. Dette skifte kommer tydelig frem i deres fortellinger og de sier eksplisitt at de skifter fokus eller endrer rolle. Trond beskriver dette når han forteller om en episode der han var med til somatisk avdeling for å sy: *Jeg er med for å trygge, holde henne i hånda og passe på at hun har det så bra som hun kan ha det. Jeg har ikke noe behov for å følge med på og se på det såret.* Da er imidlertid ikke selvskadingen som sådan lenger et tema i relasjonen mellom miljøterapeut og pasient. Miljøterapeutene går altså fra en ren fysisk ivaretagelse av pasienten, der det psykologiske er underordnet, til en mer psykisk ivaretagelse av pasienten der miljøterapeutene trygger og trøster pasienten som får hjelp for den somatiske skaden.

5.1.3 Selvskading som kommunikasjon

Et annet syn på selvskading som fremgår av alle intervjuene er selvskading som kommunikasjon. Pasientene bruker selvskadingen som en alternativ språkkanal. En måte dette gjøres på er ved å bruke selvskadingen som direkte kommunikasjon. Gjennom å selvskade forteller pasienten hvordan hun har det og hva hun trenger. Når pasientene bruker selvskadingen på denne måten virker det som de bruker den som en åpner for videre kommunikasjon. Når miljøterapeutene samtaler med disse pasientene etter en selvskadingsepisode beskrives pasientene ofte som mer tilgjengelige. De klarer bedre å formidle hvordan de har det og hva de trenger enn når samtalen skjer utenom

selvskadingsepisoder. Noen miljøterapeuter er av den oppfatning at noen pasienter bruker selvskadingen som en bevisst ytringsform. De selvskader for eksempel når det er miljøterapeuter de kjenner godt og liker å snakke med på jobb, men de unngår å selvskade når det er mer ukjente miljøterapeuter på jobb.

Selvskadingen kan også ses på som en erstatning for manglende kommunikasjonsferdigheter. Noen pasienter klarer ikke å sette ord på hvordan de har det eller gi uttrykk for lidelsestrykket sitt gjennom verbal kommunikasjon. Lidelsestrykk er et ofte brukt begrep av miljøterapeutene når de snakker om den indre psykiske smerten til pasientene. Selvskadingen kan da ses på både som en måte for å formidle til omverdenen at man har det vanskelig, og som en måte å få ut et indre psykisk trykk på. Etter hvert som de blir kjent med ungdommene lærer miljøterapeutene seg språket selvskadingen representerer. Selvskadingen kan da beskrives som meget uttrykksfullt. *Hun sier jo tydelig fra.*

Selvskadingen beskrives også som en forsterkning av det øvrige språket. Det blir en måte å si: *Hjelp meg, se hvor vondt jeg har det!* i tillegg til at man sier det med ord. Selvskadingen kan fungere som en type utropstegn for å få frem budskapet. Selvskadingen beskrives av miljøterapeutene som en mestringsstrategi noen av pasientene bruker for å klare å snakke om fortiden og problemene sine. De kan ha kaotiske tanker og følelser rundt vanskelige minner som de først klarer å snakke om når de har selvskadet. Hvis ikke ville tankene og følelsene blitt så overveldende at ungdommene ikke hadde klart å formidle seg verbalt om disse temaene. Selvskadingens affektregulerende funksjon, beskrevet ovenfor fra side 15, blir tydelig innenfor dette synet.

Selvskadingen kan innenfor synet selvskading som kommunikasjon anses som et nødvendig onde. *De klarer ikke å kommunisere på annen måte.* Selvskadingen kan også anses som en positiv faktor som gjør at man faktisk kan komme i kontakt med pasientene og få mer tak i deres historier. Det at selvskadingen har positive elementer i seg utelukker ikke at den hovedsaklig ses på som en uhensiktsmessig mestringsstrategi og kommunikasjonsform.

Når man vurderer alvorlighet ut fra dette synet er det flere faktorer som spiller inn. Respondentene vurderer ikke alvorligheten ut fra hvilken funksjon selvskadingen har som kommunikasjon, men mer ut fra det lidelsestrykket de gir uttrykk for gjennom denne formen for kommunikasjon. En faktor miljøterapeutene kan vurdere alvorligheten ut fra, er pasientens diagnose. Det er ikke alltid avgjørende om pasienten har fått en formell diagnose.

Vurderingen kan også gjøres ut fra mer allmenne forståelser og tentative diagnoser. Man vil for eksempel vurdere selvskadningen til en pasient som har psykoseproblematikk som mer alvorlig enn en som har personlighetsforstyrrelsesproblematikk.

Miljøterapeutenes vurderinger av pasientens lidelsestrykk er også en del av alvorlighetsvurderingen. Selvskadningen anses som mer alvorlig dersom lidelsestrykket er høyt og 'godt begrunnet'. For eksempel virker det som om miljøterapeutene lettere forstår at pasienten har det fælt dersom hun er stygg og tjukk, har kjent mobbehistorie og ustabil omsorgssituasjon enn om hun 'bare' er deprimert uten en kjent årsak. Trines svar på hva hun synes om en episode er uttrykk for dette: *Det var bare det at selve jenta hadde det jo utrolig vondt. Det vet vi fra tidligere siden hun kom inn hit med hennes bakgrunn og historie. Ensom, ingen venner, overvektig, enormt dårlig selvbilde, og hun sto i fare for å utvikle en schizofreni.* Hvis pasienten i tillegg mangler kommunikative ferdigheter for å uttrykke dette på andre måter enn ved å selvskade vurderes selvskadningen som enda mer alvorlig.

Alvorligheten av selvskadning som kommunikasjon vurderes også ut fra forståelsen av ungdomskulturen pasienten er en del av. Dersom pasienten er fra et miljø der man får status av å være psykiatrisk pasient, og der det er vanlig å selvskade, vurderes selvskadningen som mindre alvorlig enn dersom pasienten er fra et miljø der selvskadning er lite utbredt. Selvskadning som markør av gruppetilhørighet og status er ikke så alvorlig som selvskadning som uttrykk for lidelse. Resultatet fra vurderingen av den kroppslige skaden inkluderes også i alvorlighetsvurderingen. Alvorligheten av selvskadningen kan øke eller avta på grunnlag av de øvrige faktorene man vurderer ut fra.

Når man ser på selvskadning som kommunikasjon er pasienten inkludert i behandlingen. Innenfor dette synet kommer det tydelig frem at pasientene kan endre seg og slutte med selvskadning. Pasientene beskrives ofte individuelt. Deres motiv og mestringsstrategier tillegges vekt selv om miljøterapeutene beskriver en del felles mønstre for pasientgrupper. Noen ganger er pasientene aktivt med i utformingen av tiltak for å unngå selvskadning, eller for å gjøre selvskadningen mindre alvorlig.

Andre ganger beskrives kommunikasjonssvikten som så stor at miljøterapeutene heller forsøker å endre de miljømessige betingelsene slik at selvskadningen som språk blir unødvendig eller uhensiktsmessig. Dette gjøres for eksempel ved at miljøterapeutene er mye sammen med pasienten når de tror at pasientene er redde. Eller miljøterapeutene kan snakke

mye rundt problematikken og forsøke å forberede pasienter på situasjoner som de pleier å oppleve som vanskelig og der selvskadingen ofte forekommer. Den fysiske skaden og faktiske selvskadingsepisoden er sjelden omtalt og i fokus når man har dette synet på selvskading. Man snakker mer om foranledninger og utvikling av alternative strategier.

Når pasientene bruker selvskadingen som en måte å få i gang kommunikasjonen på vil man ha en samtale med dem. Dersom selvskadingen ikke vurderes som alvorlig forsøker miljøterapeutene å få til et brudd mellom selvskadingsepisoden og samtalen. Hvis en ungdom kommer og ber om plaster fordi hun har kuttet seg kan man heller avtale en samtale litt senere på kvelden. I tillegg til å la pasientene snakke ut om det de er opptatt av kan miljøterapeutene forsøke å lære pasientene å be om kontakt på mer adekvate måter. Noen ganger unnlater man også å gi pasientene kontakt og omsorg i etterkant av en selvskadingsepisode. Dette begrunnes med at man ikke vil forsterke selvskadingen ved å gi ungdommen den oppmerksomheten de ønsker når de selvskader.

Ut fra dette synet innebærer mye av den miljøterapeutiske behandlingen å hjelpe pasientene med å utvikle mer adekvate kommunikasjonsformer når de har det vanskelig. Dette kan blant annet være å lære seg å si fra før de kommer så langt at de selvskader. For eksempel gjennom å sette døren på gløtt, komme å be om noe, avvike sitt normale mønster etc. Her kan også noe av miljøterapeutenes jobb være å bevisstgjøre pasienten det språket hun faktisk har i forkant av selvskadingen. Dette skjer gjennom samtaler eller ved at miljøterapeutene responderer på signalene ungdommene sender ut før de begynner å selvskader slik at selvskadingen unngås. Miljøterapeutene kan også komme med forslag til hvordan pasientene kan kommunisere bedre gjennom å introdusere alternative kommunikasjonsmetoder. Tove forteller om et slikt eksempel der pasienten gir uttrykk for grad av lidelsestrykk gjennom å legge frem røde eller grønne kort: *Når det gjelder de kortene så er det noe hun har vært med på å utarbeide, nettopp i det at hun har veldig vanskelig for å sette ord på ting og si fra om ting.*

Respondentene beskriver at det kan være en intens jobb å fokusere på selvskading som språk. Dette er blant annet fordi de må lære seg å lytte etter alle de nonverbale signalene til pasienten. De nonverbale signalene kan være motstridende til det som formidles verbalt. For eksempel kan en pasient som sitter og spiller kort i stua reise seg brått og gå mot rommet sitt uten å fortelle hva hun skal. Når miljøterapeuten spør sier pasienten at hun skal på do. Dette kan gjøre miljøterapeuten usikker fordi måten pasienten reiser seg på, tonefallet og mimikken

hennes gjør at miljøterapeuten tenker at pasienten skal gå for å selvskade. Samtidig beskriver miljøterapeutene at dette språket kan være vanskelig å tolke. De kan jo aldri være sikre på at pasientene ikke skal på do, og det å følge etter kan oppleves som at de ikke stoler på pasienten. Tove forteller om en episode: *Også reiser hun seg veldig raskt opp og sier veldig tydelig: 'Du kan bare spille ferdig du, jeg skal bare inn på do en tur.' og ut fra hvordan jeg kjenner henne så vet jeg at måten hun sa det på, (...)måten hun forlater rommet på, gjør at jeg er ganske sikker på at hun vil komme til å selvskade på en eller annen måte. Samtidig som jeg vet at det kan godt hende at hun ikke gjør det.'*

Denne dobbeltkommunikasjonen beskrives som utfordrende fordi miljøterapeutene hele tiden må være på vakt og tolke de doble signalene samtidig som de ønsker å unngå å virke mistroiske ovenfor pasienten. Ofte jobber man også med å bevisstgjøre pasienten på hvordan måten de kommuniserer på virker på andre. Et eksempel på et slikt tiltak er at pasienten først forteller hvordan de opplevde foranledningen til selvskadingsepisoden, så forteller miljøterapeutene som var tilstede hvordan de opplevde situasjonen. Dersom opplevelsene av situasjonen er forskjellig snakker man om hva som kan være årsaken til disse forskjellene med fokus på kommunikasjonen i situasjonen.

5.1.4 Selvskading som diabolisk virus

Et tredje syn på selvskading som respondentene gir uttrykk for, er selvskading som et diabolisk virus der pasienten blir infisert eller besatt av selvskadingen. Her beskrives selvskadingen som en levende organisme utenfor pasienten selv. Selvskadingen er noe ondt og autonomt som det er vanskelig å kontrollere og bestemme over. Det er vanlig å snakke om at selvskadingen er smittsom, og avdelingen har egne smittevernsbestemmelser på lik linje som ved smittsomme sykdommer. *Det vi samtidig ser er at det ligger en stor smitteeffekt i avdelingen. Med selvskading sier Hanne. Selvskadingen omtales som noe som kan vokse og ta kontroll over pasienten. Det beskrives ofte som at pasienten har mistet kontrollen. Når miljøterapeutene kommer inn i situasjonen må de ofte ta kontroll. Indirekte kan man da si at det er selvskadingen som har kontrollen. Det er sjelden diagnosen beskrives som en faktor her. Et unntak fra dette er når pasientene beskrives som psykotiske da er det ikke selvskadingen som tar over kontrollen, men psykosen. Knut sier: (...) en psykosepasient som på en måte, som oftest ikke har kontroll over sine handlinger.*

Innenfor dette synet er selvskadingen noe som man hele tiden må være på vakt mot. Den er en usynlig størrelse som man ikke kan se før den kommer til uttrykk som skade på pasienten. Den kan derfor omtales som en type usynlig fiende som det er vanskelig å kjempe mot. Noen ganger kan miljøterapeutene gi uttrykk for at de kjemper en kamp de ikke kan vinne, men som det likevel er nødvendig å kjempe. Selvskadingen ut fra dette perspektivet fremstilles som noe udelt negativt.

Vurdering av selvskadingens alvorlighetsgrad ut fra dette synet gjøres hovedsakelig på grunnlag av to faktorer. Det ene er omfanget av smitten. Det vil si hvor mange pasienter som begynner å selvskade etter de ble lagt inn på avdelingen. Selvskadingen kan også smitte ved at pasientene lærer av hverandre gjennom å kopiere hverandres metoder og typer redskaper brukt til å selvskade. Den andre faktoren man vurderer alvorligheten ut fra er overtagelse av kontroll. Miljøterapeutene bruker ord som at pasienten mister kontrollen og at selvskadingsdriften tar over. Tove forteller: *I denne settingen så kom jeg nok såpass fort inn at hun ikke hadde mistet kontrollen helt, hun hadde bare noen risp på armen sin.*

Synet på pasienten ut fra dette perspektivet er tvetydig. På den ene siden ses pasienten som noe som må vernes og beskyttes fra selvskadingen og de må unngå å eksponeres for smitte. Når pasienten på den annen side først er infisert eller besatt og begynner å selvskade, virker det som pasientene ses på som et redskap for selvskadingen. De smugler inn gjenstander å selvskade med, sniker seg unna for å snakke med andre om å selvskade og prøver å finne måter å selvskade på slik at andre ser selvskadingen og dermed eksponeres for den. Monika illustrer dette når hun snakker om en regel for at sår skal tildekkes: *Og samtidig kan man si at det da flytter seg fra armer til ansiktet til og med.* Pasientene kan også ses på som et mer viljeløst offer som har kommet under selvskadingens makt. *Trangen til å selvskade var så stor at hun fikk panikk når hun ble stoppet.* forteller Trine. Beskrivelsene av denne typen pasienter kan sammenliknes med beskrivelser som man bruker av besatte eller sterkt rusavhengige personer.

Tiltak mot selvskading som et diabolsk virus har to formål; begrense smitte og gjenerobre kontroll. Tiltakene for å begrense smitte blir en del av rammen for dagliglivet i avdelingen. Tiltakene kommer til uttrykk som husordensregler, regler i forbindelse med permisjon og liknende. Tiltakene iverksettes allerede ved inntak gjennom at bagasjen til pasientene ransakes og gjenstander som kan brukes til å selvskade med beslaglegges. Her gjør man

imidlertid et skille ut fra pasientens problematikk og historie. For pasientene hvor selvskadingen er kjent blir alle gjenstandene beslaglagt, mens pasientene som ikke har noen historie på selvskading får beholde tilsvarende gjenstander. Bagasje og/eller pasientrom blir også ransaket etter permisjoner dersom man har mistanke om at pasienten smugler med seg gjenstander inn. *Men da må vi gjennomgå alt på rommet, alt av klær, søppel, alt liksom. Og alt som er på lageret. Og hvis vi tenker at de har gjemt noe på kroppen så må den også ransakes.* sier Trond Når en ungdom først har selvskadet får de ikke lov til å vise frem sår eller arr i fellesarealet. De får heller ikke lov til å snakke om selvskading i fellesarealene eller til medpasienter, og får heller ikke lov til å være på hverandres rom. Bruk av mobiltelefoner kan også begrenses ut fra en begrunnelse om at telefonene brukes til å kommunisere rundt selvskading. Dersom man opplever at selvskadingen er i ferd med å spre seg kan man iverksette tiltak utover dette. Det kan for eksempel være samtale med pasienter både enkeltvis og i hele pasientgruppa.

Miljøterapeutene uttrykker at de er enige i at disse tiltakene er nødvendige, men at de ikke alltid er virksomme nok. De sier at selv om man pålegger pasienten å gå med lange ermer for å skjule kutt så kan dette bli vel så tydelig som å vise de faktiske kuttene. Ungdommene vil uansett snart skjønne hvorfor en ungdom går med langermete klær på sommeren når de andre går med t-skjorter. De vil uansett få med seg at det blir en del oppstyr, og de ser at det for eksempel bærer sårstellsutstyr inn på rommet til en ungdom som har selvskadet. Noen av respondentene angir at hvis man skal unngå smitteeksponering totalt så vil dette bli for innskrenkende for den enkelte pasient.

Tiltak for å ta kontroll over selvskadingen kan gå ut på å holde pasientene fysisk eller å holde dem under kontinuerlig oppsyn frem til de selv blir i stand til å ta kontroll. Man kan også hjelpe pasientene med øke kontrollen gjennom å forsøke ulike avledningsteknikker. Noen ganger vurderes det som nødvendig at pasientene må vise at de har kontroll før man slipper dem hvis de holdes fysisk eller før man gir dem mulighet til å være alene. Pasienten må vise at de har kontroll gjennom at de for eksempel gis tidsfrister der de må vise at de klarer å snakke adekvat, sitte rolig eller ha blikkontakt. I de tilfellene som blir beskrevet som mest alvorlig har man bare fokus på sikkerhet og det å få hindret pasientene i å selvskade. Ungdommene beskrives da som så dårlige psykisk at de må bli friskere før de er i stand til å jobbe med å ta kontroll over selvskadingen. *Vi skjønnte at hun hadde det veldig vanskelig Hun hadde en alvorlig psykisk lidelse, med det det medfører. Uten at hun noen gang var særlig*

kommunikativ om det heller. (...)når vi hadde gjort mange forsøk på å utforske og det ikke gikk, så la vi nok ned det der utforskningsaspektet litt i hverdagen sier Trine.

Noen ganger beskrives det som uhensiktsmessig å gi pasientene det ansvaret det er å skulle unngå å selvskade fordi selvskadingsdriften er så sterk at de er dømt til å mislykkes. Ovenfor disse pasientene fremhever miljøterapeutene at det å få pasientene til å føle seg trygge er viktig. Det å miste egenkontrollen beskrives som skremmende for ungdommene, samtidig som det at miljøterapeutene går inn og tar kontroll også kan være skummelt. Det blir derfor viktig å snakke med pasientene når de er tilgjengelige om hva som kommer til å skje neste gang de selvskader. Miljøterapeutene begrunner sine handlinger, tiltak og eventuelle tvangsbruk og forklarer bakgrunnen for det de har bestemt til pasienten. Dette bidrar til å skape trygge og forutsigbare rammer for pasientene.

5.1.5 Selvskading med mat som metode

Flere av miljøterapeutene har synspunkter på selvskading der mat brukes som metode. Selvskading med mat som metode har mange fellestrekk med anoreksi og bulimi, men uten vrangforestillinger om egen kropp og tynnhet som mål. Respondentene forteller at selvskading med mat har de samme funksjonene og årsakene som øvrig selvskading, og at det er lett å skille denne formen for selvskading fra de mer typiske spiseforstyrrelsene. Samtlige miljøterapeuter nevner denne formen for selvskading, men de benevner det ikke som selvskading når denne type atferd kommer til uttrykk i avdelingene. Mange har opplevd at andre former for selvskading avtar når selvskading med mat øker, og motsatt. Dette styrker deres oppfatning av at det er selvskading det dreier seg om. Noen av miljøterapeutene uttrykker undring rundt det at de unnlater å bruke selvskadingsbegrepet uten at de forklarer hvorfor de ikke gjør det på denne formen for selvskading. *Vi bruker ikke de ordene, for ved overspising når du går på do og spyr så bruker vi ikke selvskadings begrepet rundt det. Selv om det hører hjemme der.* sier Knut når han snakker om dette.

At noen pasienter bruker seksualitet som selvskading, ved for eksempel å ha sex med vesentlig eldre menn som de ikke har følelsesmessig tilknytning til, er også nevnt av noen respondenter. Dette kan anses å være i samme kategori. Denne formen for selvskading er imidlertid ikke noe miljøterapeutene har særlig fokus på. Det kan være fordi dette skjer utenfor avdelingen og derfor ikke er noe de aktivt må forholde seg til når ungdommen er

innlagt. Det fremkommer ikke av miljøterapeutenes historier hvilke tiltak de iverksetter og hvordan de for øvrig forholder seg til disse formene for selvskading.

5.1.6 Regler og unntak

Når miljøterapeutene beskriver miljøterapeutisk behandling av selvskading er det veldig mye snakk om at situasjoner må vurderes, og at ting kommer an på. Det kan virke som det at det finnes unntak fra reglene, er en regel uten unntak. De fleste utsagn om regler og prosedyrer har med noe om at det er åpning for individuell vurdering i forhold til enkeltpasienter, eller at det er opp til den enkelte miljøterapeut eller vaktlag. For eksempel sier Tore: *Nulltoleranse betyr at hver minste lille selvskading skal stoppes, men det blir jo en individuell vurdering uansett. Vi er jo forskjellige mennesker og har forskjellige grenser på når vi går inn.* Det at det finnes svært få regler uten unntak kan først i gi inntrykk av at det miljøterapeutiske arbeidet er kaotisk og lite regelbundet. Slik oppfattes det imidlertid ikke av respondentene. Når utsagnene der miljøterapeutene forteller om situasjoner hvor de foretok vurderinger analyseres nærmere, fremkommer det at det eksisterer et sett regler som omhandler det å gjøre unntak. Reglene som finnes er både formelle og uformelle.

Det finnes regler for individuell behandling av den enkelte ungdom som selvskader og generelle regler som gjelder alle ungdommene. Det eksisterer i tillegg regler som ikke omhandler den direkte behandlingen, men som er avgjørende for at behandlingsreglene skal være mulig og følge. Dette er regler for hvordan man organiserer det miljøterapeutiske arbeidet når en selvskadingsepisode inntreffer, altså regler for organisering av vekten.

Miljøterapeutenes innflytelse på reglene varierer. Desto høyere status miljøterapeuten har, desto mer innflytelse har de. Dette er i alle fall inntrykket til de erfarne miljøterapeutene. Selv om de kan beskrive at de følte de hadde innflytelse når de var 'nybegynnere' opplever de at deres gjennomslagskraft øker proporsjonalt med erfaringen. Det er den praktiske erfaringen de vektlegger, selv om flere forteller at de også har fått en økt teoretisk innsikt i selvskadingsproblematikk. Den økte innflytelsen gjelder både innad i miljøterapeutgruppa og ovenfor behandlere og ledelse.

5.1.7 Typer regler og verdier

I respondentenes avdelinger finnes det et sett med formelle regler for det miljøterapeutiske arbeidet. Disse reglene er skriftlige og vedtatte av de i organisasjonen som har myndighet til det, for eksempel avdelingsleder eller sjefpsykolog. De formelle reglene kan omhandle

enkelpasienter, pasientgruppa, faglig synspunkt eller tiltak som skal iverksettes i bestemte situasjoner. Behandlingsplaner for enkeltpasienter er et eksempel på formelle regler for enkeltpasienter. Husordensregler og prosedyrer er eksempler på formelle regler som omhandler alle pasientene. De formelle reglene er skriftlige, og det er liten uenighet om hva de innebærer. Det kan imidlertid være diskusjon om hvor detaljert reglene skal følges og hvordan detaljene skal tolkes.

I tillegg til de formelle reglene finnes det et sett med uformelle regler for det miljøterapeutiske arbeidet i avdelingene. Disse forklares som en del av kulturen og omtales sjelden med begrepet regel. De uformelle reglene presenteres med utsagn som: *Sånn er det bare her*, eller *Når det skjer så gjør vi...* Når jeg spør Trond om selvskading er noe som diskuteres ofte på avdelingen svarer han: *Man diskuterer selvskading altså, men man diskuterer ikke hva man skal gjøre med selvskadingen. For det er vi ferdig med for lenge siden. Før jeg begynte her. Man gir det ikke oppmerksomhet. Man diskuterer heller måten det kommer på, hva er det den ungdommen bruker eller hvor ofte skjer det.*

De uformelle reglene utfyller de formelle reglene. De kan forstås som en konkretisering av avdelingens sunne fornuft. De regulerer hvordan man skal håndtere de situasjonene det ikke finnes formelle regler for, og hvordan man skal tilpasse de formelle reglene til de ulike situasjoner. Faglig forståelse av selvskading og hvilke tiltak som skal iverksettes i en selvskadingssituasjon er eksempler på uformelle regler.

De uformelle reglene er ikke nedfelt eller vedtatt noe sted, og kan derfor tolkes og forklares ulikt av miljøterapeutene. Selv om reglene beskrives ulikt opplever nødvendigvis ikke miljøterapeutene at dette er et problem. Det virker som om det er rom for ulik tolkning av de uformelle reglene og miljøterapeutene virker klare over at det er slik. Noen respondenter forteller at det noen ganger er uenighet i miljøterapeut gruppa og de kan forklare eventuelle uenigheter med ulik faglig bakgrunn. Andre ganger vises toleransen for uenigheten seg mer indirekte gjennom at respondentene veksler mellom bruken av 'jeg', 'vi' og 'man' når de skal forklare en regel. For eksempel: *Vi stopper alltid selvskading, jeg kan jo vurdere å vente litt da hvis det ikke er så alvorlig.* eller *Det kan man gjøre hvis man har erfaring på at pasienten roer seg fortere da.*

Når miljøterapeutene snakker om selvskadingssituasjoner og beskriver regler og regelbrudd i forhold til dette trekker de også frem verdier. Verdiene brukes som en forklaring på hvorfor

reglene finnes og følges. De kan også være forklaringer for hvorfor regler må brytes eller endres. Verdier er med på å danne et regelhierarki når reglene kommer i konflikt. Det varierer litt hva som trekkes frem av verdier på de ulike avdelingene, men noen sentrale verdier går igjen. Det at miljøterapeutene er lojale mot hverandre fremheves som en så viktig verdi at lojalitet i konsekvens er en absolutt regel. Dette viser seg for eksempel dersom miljøterapeutene kommer opp i en akutt tvangssituasjon som de selv er uenige i. Reglen er da at de skal være lojale mot kollegaene i situasjonen og gjennomføre tvangsbruken. Oppstår en slik situasjon er det viktig for miljøterapeutene å fremstå som enige ovenfor pasienter og pårørende. Uenigheten diskuteres med kollegaene etterpå. Det at alle individer er ulike og at individuelle hensyn skal vektlegges er ytterligere en sentral verdi. Dette gjelder ovenfor den enkelte pasient, men innebærer også en respekt for at miljøterapeutene er ulike og har ulike styrker og svakheter i pasientbehandlingen.

5.1.8 Regler for behandling av enkeltpasienter

De viktigste reglene som gjelder for miljøterapeutisk behandlingen av selvskadende ungdom er nedfelt i den individuelle behandlingsplanen til pasienten. Behandlingsplan er et skriftlig dokument som blant annet beskriver de viktigste momentene i behandlingen av pasienten og hvilke behandlingstiltak som er iverksatt. Det er ikke alle som bruker behandlingsplan som begrep. Tiltaksplan, miniteamsreferat og cardex er eksempler på andre begrep, men jeg velger å benytte meg av begrepet behandlingsplan i det følgende.

Behandlingsplanene vedtas av teamet rundt den enkelte pasient. Teamets sammensetning varierer noe både innad i den enkelte avdeling og mellom avdelingene. Det er imidlertid felles at teamet ledes av en lege eller psykolog som er behandlingsansvarlig for pasienten. I tillegg er det med to eller flere miljøterapeuter som er primærkontakter for pasienten. Teamet har som regel møte en gang i uka.

I behandlingsplanen står det blant annet nedfelt hvordan man skal forholde seg til den enkeltes pasients selvskading. Dette kommer eksempelvis til uttrykk gjennom tiltak som omhandler oppfølging av pasienten, føringer for håndtering av selvskadingsepisoder, føringer for bruk av tvang og makt og liknende. Tema for samtaler rundt selvskadingsproblematikk for pasienten kan også være beskrevet. Behandlingsplanen kan endres relativt ofte, noen ganger flere ganger i løpet av en og samme uke. Initiativet til endringer kan komme fra deltagerne i teamet eller de kan meldes inn som sak til teamet fra andre som jobber i avdelingen eller fra

pasienten selv. Teamet kan også foreta endringer på bakgrunn av diskusjoner på fellesmøter i avdelingen. Det er som regel miljøterapeutene som tar initiativ til diskusjoner rundt den miljøterapeutiske behandlingen, men det er behandlingsansvarlig som avgjør tiltakene dersom det er uenighet. Dette opplever sjeldent miljøterapeutene som problematisk, som Tove sier: *Det er liksom ansvarlig behandler som har endelig ordet, men det er jo jeg som sitter i miljøet og faktisk er sammen med ungdommene. Jeg har stor påvirkning der i forhold til hva vi har fokus på og hvordan vi jobber. Den biten er det jeg som bidrar med og også blir hørt i forhold til. Det er vi som står for tanken om miljøterapien på en måte.* I praksis opplever miljøterapeutene at det er de som utformer og har ansvar for den miljøterapeutiske behandlingen. Dersom det er nødvendig med kontrolltiltak for å begrense selvskadingen står disse i behandlingsplanen. Dette kan for eksempel være å regulere om pasientene kan gå ut fra avdelingen uten følge, og om eiendelene deres må ransakes hver gang de har vært utenfor avdelingen.

Teamet fastsetter som nevnt regler for hvor hyppig og tett oppfølging miljøterapeutene skal ha av pasientene. Den strengeste formen for oppfølging er fotfølging, hvilket innebærer at man skal se pasienten til en hver tid. Oppfølgingen kan også være tilsyn ut fra bestemte tidsintervaller eksempelvis at pasienten minimum skal ha tilsyn hvert tiende minutt eller kvarter. Den mildeste formen for oppfølging er at behandlingsplanen gir miljøterapeutene anledning til å ha tilsyn med pasienten når man vurderer at det er behov. På begynnelsen av hver vakt oppnevnes det en kontaktperson for den enkelte pasient. Det er denne personen som er ansvarlig for å følge opp pasienten ut fra de reglene som er nedfelt i behandlingsplanen. Disse reglene sees imidlertid på som en minstebestemmelse. Dersom kontaktpersonen får inntrykk av at pasienten trenger tettere oppfølging, for eksempel for å unngå selvskading, står denne fritt til å stramme inn oppfølgingen. Trine beskriver dette når hun forteller om en episode med en pasient som selvskadet med å hodetunke: *Hun hadde tett oppfølging, så vi var som regel i samme rom. Men en gang så satt vi i stua og så gikk hun på badet, for å gå på do sa hun. Hun hadde skjerming ikke fotfølging så det betød at hun kunne være på do alene. I utgangspunktet. Men i stede for å høre at doen blir trukket opp så begynner jeg å høre dunkelyder. Så da går jeg etter og lukker opp døren.*

Miljøterapeutene foretar hele tiden vurderinger av situasjonene de kommer opp i for å finne ut hvilke regler som gjelder. En vurdering som skjer utenom selve selvskadingsepisoden er vurdering av tilsynsfrekvens. Miljøterapeutene vurderer om pasientens situasjon endres slik at

det er grunn til å ha hyppigere tilsyn en det som står i behandlingsplanen. Mistenker de for eksempel at en pasient spekulerer i å selvskade rett etter et tilsyn, fordi de vet at det da er et kvarter til neste gang, kan man bestemme et tidvis hyppigere tilsyn for å unngå at tilsynene skjer i faste intervaller. Når man strammer inn tilsynet må den enkelte miljøterapeut vurdere når situasjonen anses som over slik at man går tilbake til den tilsynsfrekvensen som opprinnelig var fastsatt av behandlingsteamet. Det er ikke anledning å ha sjeldnere tilsyn enn dette selv om man personlig synes oppfølgingen er for tett. Disse reglene følges absolutt. Hanne illustrer dette når hun sier: *Det er ikke alltid jeg er enig i oppfølgingen, men det er mulighet for meg å si meningen min om det. Men vi går ut og følger opp sånn det er. Jeg kan alltid stramme inn en oppfølging, men kan ikke bestemme å slakke opp. Så da gjør jeg oppfølgingen som jeg har fått beskjed om.*

Det finnes regler som regulerer miljøterapeutenes bruk av tvang. Reglene regulerer både om de har anledning til å benytte seg av tvang, og hvordan de skal opptre dersom de benytter seg av tvang. Noen ganger er miljøterapeutene nødt til å bruke tvang for å stoppe en selvskadingssituasjon. Rasjonale for å stoppe situasjonen kan variere, men i all hovedsak er det fordi selvskadingen fører til alvorlig fare for liv og helse. Det kan også være fordi selvskadingen er av den type som avdelingen har en regel for at alltid skal stoppes. For eksempel kan man ha bestemt at man alltid stopper kutting fordi man har vurdert det dit hen at det er uetisk å se på at syke ungdom skader seg så alvorlig at det kan føre til livsvarige stygge og stigmatiserende arr uten at man griper inn og hindrer dette.

Dersom det gripes inn for å stoppe en selvskadingsepisode er det regler for hvordan dette skal skje. I den enkelte situasjon er det den som er styrende i situasjonen som bestemmer akkurat når man skal gå inn fysisk. Kontakten til pasienten eller den som først oppdager situasjonen skal ta styring i situasjonen. Det er en regel at man aldri griper inn fysisk for å hindre en pasient i å selvskade uten at det er flere tilstede. Ved den fysiske inngripen benytter miljøterapeutene seg av fysiske grep som er basert på at man minimum er to stykker. Disse grepene har de trent på og noen forteller at de sitter så godt at de har blitt en ryggmargsrefleks. Når man griper inn for å stoppe selvskadingen fratar man pasienten det redskapet hun har brukt. Dersom hun motsetter seg dette eller forsøker å selvskade på nytt, går man inn og holder henne fast. Noen ganger er motstanden mot å slutte å selvskade så stor, eller det at pasienten blir hindret fører til så mye sinne eller fortvilelse at man må benytte seg av alvorligere tvang i form av beltelegging, medisinerings eller skjerming. Er dette nødvendig

er det en hovedregel at lege skal kontaktes først. Dersom det ikke er en lege tilgjengelig på avdelingen har man en bakvakslege som man kan ha telefonisk kontakt med. Det er mulig å kontakte legen i etterkant dersom situasjonen vurderes som så dramatisk at miljøterapeutene er nødt til å handle med en gang. Flere av miljøterapeutene beskriver at de opplever at de i praksis er de som foretar vurderingen i henhold til tvangsbruk og at legen så godt som alltid støtter deres vurdering. Trine sier: *Man må gjøre vedtak fra gang til gang. (...) Men det var jo selvfølgelig opp til vår vurdering hver gang. Men forut for da å bruke et såpass alvorlig tvangsmiddel som belter, så hadde vi veldig mange timer, veldig mange forsøk uten.*

5.1.9 Generelle regler for behandling av selvskading

De generelle reglene for behandling av selvskading har hovedsakelig som formål å hindre smitte eller å vanskeliggjøre selvskadingen gjennom å begrense mulighetene pasientene har til å selvskade. I tillegg er det egne regler for hvordan miljøterapeutene skal reagere dersom en selvskadingssituasjon oppstår. Avdelingene har flere generelle regler som omhandler selvskading. Noen av disse finnes i husreglene. Husreglene gjelder for alle pasientene og regulerer forhold ved dagliglivet i avdelingen som leggetid, vaskedager, telefonbruk og liknende. De omhandler også generelle regler for samhandling mellom pasientene som at de ikke skal være alene på hverandres rom, ikke diskutere sin problematikk med hverandre og så videre. Om disse bestemmelsene i husreglene opprinnelig ble laget for å begrense smitteeffekten av selvskading fremkommer ikke, men de fremheves av miljøterapeutene som regler som har denne funksjonen.

Miljøterapeutene forholder seg også til regler i form av prosedyrer eller plattformer som omhandler selvskading spesielt. For å begrense smitte har avdelingene som nevnt regler om at sår og ferske arr skal dekkes til i fellesarealer. De har også en del regler som skal gjøre det vanskeligere å selvskade. Det er for eksempel ikke tilgang til skarpe gjenstander i avdelingene. Dersom det finnes gjenstander som kan knuses og brukes til selvskading skal personalet alltid ha oversikt over hvor disse befinner seg til en hver tid. Dette gjelder CDer, kjøkken og pynteting i glass eller liknende

I tillegg til reglene som gjelder for alle pasienter har miljøterapeutene et sett med regler de kan velge å benytte seg av ut fra en skjønnsmessig vurdering. Anses det som nødvendig kan det innføres regler om at bagasje og lommer ransakes etter at pasientene har vært ute av avdelingen. Hvor strengt disse reglene håndheves og hvilke gjenstander som beslaglegges må

også vurderes i det enkelte tilfelle. Som Knut sier: *Det står i husordensregla våre at vi skal gå gjennom eiendeler etter permisjon, men vi tar ikke fra alle barberhøvler hvis det ikke er noe selvskading fra før. Det er ikke noe automatikk i det.* Regler for ransaking og ulovlige gjenstander i avdelingen vurderer miljøterapeutene i tillegg ut fra sikkerhetsmessige hensyn ovenfor dem selv og andre pasienter. Disse reglene kan derfor ha en dobbelt begrunnelse. Det at billedrammer er uknuslige, at kniver er nedlåst og at man bare bruker plastbestikk utenfor kjøkkenet er eksempler på dette. Disse reglene bidrar til at miljøterapeutene føler en viss trygghet. Trine illustrer dette når hun sier: *Det at vi har ganske kontroll, at vi vet at ikke de umiddelbare gjenstandene til å selvskade alvorlig med finnes på huset, gjør at vi kan være litt roligere.*

5.1.10 Regler for organisering av vekten

Det eksisterer klare regler for hvordan man skal organisere vekten og vaktlaget når en selvskadingsepisode inntreffer. Noe av organiseringen er en del av den faste terapeutiske strukturen. Det at alle pasienter har en kontakt som er ansvarlig for oppfølgingen av dem på vekten og at vekten organiseres i forhold til de faste tidene for måltider, leggetid etc. oppleves som selvfølgelig for miljøterapeutene.

På hver vakt er en av miljøterapeutene oppnevnt som ansvarsvakt. Ansvarsvakten er leder av vaktlaget og har ansvaret for å organisere vekten underveis. Dersom en selvskadingsepisode inntreffer må ansvarsvakten sørge for at personalet både håndterer den episoden og andre viktige oppgaver de har ovenfor de andre pasientene. Det er ansvarsvakten som må foreta en prioritering av oppgavene vaktlaget har dersom det blir nødvendig.

Ansvarsvakten skal ha en overordnet oversikt over alle miljøterapeuter og pasienter til en hver tid. Dersom det er behov for kontakt med bakvakslege, en somatisk avdeling, pårørende, politi eller øvrige eksterne instanser er det ansvarsvakten som skal besørge dette. Dersom selvskadingsepisoden fører til en langvarig tvangssituasjon som krever mer personell, er det ansvarsvaktens oppgave å sørge for at dette personalet blir avløst og får pause. Dersom selvskadingssituasjonen oppleves som utrygg og usikker kan det være flere miljøterapeuter til stede i situasjonen over lang tid. Organiseringen av hvordan dette skal håndteres med tanke på de øvrige pasientene og resten av arbeidsoppgavene i avdelingen er det ansvarsvaktens oppgave å håndtere. Det er i all hovedsak den som først oppdager situasjonene som tar styring over situasjonen og avgjør hva de andre miljøterapeutene skal gjøre. Dersom en

selvskadingsepisode er spesielt alvorlig, eller noen av miljøterapeutene har behov for ekstra oppfølging, formidles dette til ansvarsvakt. Ansvarsvakten skal da om mulig sørge for at disse får bearbeidet situasjonen i løpet av vekten, og om nødvendig formidle til nærmeste leder at det er et behov for oppfølging i etterkant. Begge avdelingene i undersøkelsen hadde i tillegg en debriefing eller vaktevaluering som fast rutine i slutten av hver vakt.

5.1.11 Reglens funksjoner og unntaksbestemmelser fra reglene.

Reglens funksjoner og viktigheten av regler omtales sjeldent som eget tema i miljøterapeutenes fortellinger. Det omtales mer indirekte når de snakker om andre forhold ved selvskadingsproblematikk. Hvor viktig miljøterapeutene synes reglene er, samt reglens funksjon, fremkommer særlig tydelig når de forteller om situasjoner der regler brytes. Miljøterapeutene som forteller om slike situasjoner sier at de særlig husker dem fordi disse situasjonene var så spesielle, og at det som skjedde opplevdes så rart. Trond sier: *Ja det var en veldig spesiell historie igjen for den som fikk panikk var ansvarsvakten. Så det var litt rart. Det var derfor jeg egentlig tenkte på det også fordi det ikke er en veldig typisk historie herfra, heldigvis.* når han forteller om en episode der reglene ikke ble fulgt.

En av reglens funksjoner er å hindre at miljøterapeutene blir handlingslammede. Når miljøterapeutene kommer uforberedt inn i en selvskadingsepisode kan det oppleves ganske overveldende. Det kan være mye blod og søl og usikkerhet rundt hvilket redskap pasienten bruker, om det innebærer en fare for egen sikkerhet å gripe inn og om hvorvidt pasienten er mentalt tilgjengelig. I tillegg er ikke alltid skadeomfanget opplagt, og situasjonen kan være temmelig uoversiktlig. I slike situasjoner referer miljøterapeutene ofte til reglene når de forteller om hva de gjorde og hvorfor. Dette viser seg i utsagn som: *Da gjorde jeg, for det gjør vi alltid., Selvfølgelig løper man på alarm., Når det skjer er reglen at ...* Det virker derfor som at faste regler og rutiner for hvordan man skal håndtere selvskadingsepisoder gjør at miljøterapeutene kan handle raskt og riktig når en episode oppstår. Det kan også medvirke til at det blir lettere å bli tilkalt til en situasjon fordi det er regler for hva du skal gjøre og ikke gjøre. Denne funksjonen kommer frem når Knut forteller om en gang der miljøterapeuten som først oppdaget en selvskadingsepisode brøt reglen om å ta styring. Han forteller: *Og så kom vi inn da, og hun gjorde ingen ting, så da ble vi bare stående der alle sammen. Men så tenkte jeg og en til at vi måtte gjøre noe, for det var jo helt latterlig, så da tok vi over styringen og gikk inn og stoppet.*

Spesielt viktig er det at reglene for organiseringen av vekten følges når det oppstår alvorlige selvskadningsepisoder. Historier der ansvarsvakten svikter i sin funksjon og unnlater å følge reglene for organisering av vakta, herunder kontakt med eksterne instanser, beskrives som ubehaglig. Det beskrives som en surrealistisk opplevelse der tryggheten forsvinner fordi strukturen rakner vilket påvirker både miljøterapeuter og pasienter. Tove beskriver dette på følgende måte: *Han sviktet jo totalt, og ingen visste hvem som gjorde hva eller hva som skulle gjøres, og det gikk jo ut over pasientene også* Det å ha disse reglene gir dermed miljøterapeutene handlingskompetanse og sørger for trygghet, orden og struktur i motsetning til det kaos, den utrygghet og frustrasjon som beskrives ved regelbrudd.

Til tross for at miljøterapeutene mener at det er viktig å ha regler, fremgår det av deres fortellinger at det er toleranse for å bryte eller gjøre unntak fra reglene. Monika snakker om at det er nødvendig å gjøre unntak: *Det finnes på en måte ikke et program som fungerer godt nok uansett. Så du kan godt si at den enkelte pasient har best av at alle møter dem likt i sånne situasjoner, men samtidig så tror ikke jeg at pasienten ser oss som så like, så da blir det kunstig for pasienten at jeg møter dem likt som en annen.* Den enkelte miljøterapeuts mulighet for å gjøre disse unntakene er delvis bestemt av miljøterapeutens rolle i miljøterapeutgruppa. Nyansatte og miljøterapeuter som ikke kjenner pasienten godt har strengere krav om å følge reglene enn erfarne miljøterapeuter som er en del av behandlingsteamet til pasienten det gjelder. Tore sier: *Det blir en individuell vurdering uansett, det kommer an på hvem som står i situasjonen og hvor godt denne kjenner pasienten, hvilken erfaring en har. Og alle har jo sine grenser hvor man går inn.* Man kan tillate seg flere og større unntak fra reglene jo mer erfaring og kompetanse man har. En god faglig begrunnelse er avgjørende for å legitimere unntak fra reglene.

Mangler derimot regelbruddene en gyldig faglig begrunnelse blir det sett på som svært negativt. Ord som uprofesjonelt, umodent, latterlig, tafatt og total svikt brukes for å beskrive disse hendelsene. I tillegg forteller miljøterapeutene om disse tilfellene med en økt intensitet. Hvilke konsekvenser regelbruddene har for den som bryter reglene annet en tap av anseelse i situasjonen fremgår ikke av fortellingene. Det virker heller ikke som om regelbruddene får noen store konsekvenser for pasientene. Dette er fordi alle fortellingene om regelbrudd der pasienten kan bli skadelidende inneholder en beskrivelse av hvordan de øvrige miljøterapeutene klarte å kompensere for det regelbruddet som skjedde.

Miljøterapeutenes syn på regler varierer. Noen uttrykker at det er nødvendig og viktig å ha mange regler, andre mener at det ikke er så farlig for man alltid vil foreta individuelle vurderinger i behandlingen. I tillegg vil det oppstå situasjoner man ikke har tenkt på og det er ikke mulig å lage regler for alle mulige forhold hevder de.

5.1.12 Diskusjon av miljøterapeutenes idegrunnlag for behandling av selvskading.

Miljøterapeutenes idegrunnlag for behandling av selvskadingsproblematikk er kun delvis skriftlig definert, da i form av regler, prosedyrer og plattformer. Synet på selvskading kommer som jeg har vist hovedsakelig til uttrykk gjennom fortellingene om selvskading. Det som imidlertid blir tydelig i analysen av miljøterapeutenes syn på selvskading er at de ulike synene har ulikt fokus som til dels er motstridende. Motsetningene mellom de ulike synene medfører at miljøterapeutene fremstår som ambivalente når man betrakter historiene deres om selvskading helhetlig. Dette kan være en medvirkende årsak til at de omtaler selvskading er et vanskelig og komplisert felt. Dette kan forklares ut fra Larsens (2004) synspunkt med at den miljøterapeutiske primæroppgaven, målsettingen med miljøterapien og metodene man bruker for å nå målene, må være definert for at man skal lykkes med behandlingen.

Motsetningene mellom de ulike synene er tydelig i synet på pasienten. Når det gjelder selvskading som et diabolsk virus er det i tillegg en ambivalens innad i synet. Hvordan man ser på pasienten skifter avhengig av om de skal beskyttes fra selvskadingen eller om de er infisert slik at andre pasienter må beskyttes fra dem. Er de besatt av selvskading må de beskyttes fra seg selv frem til de er i stand til å gjenerobre kontrollen. Ser man på selvskading som kroppslig skade er det derimot pasientens kropp som må beskyttes fra den selvskadende pasienten. Innenfor selvskading som kommunikasjon er det ingen som må beskyttes, men pasienten har en mangel som hun må ha hjelp til å rette opp.

Tidsperspektivet på den miljøterapeutiske behandlingen er også forskjellig avhenge av hvilket syn man har. Selvskading som kroppslig skade er av akutt karakter. Her er det enkeltsituasjonene som står i fokus. Man oppdager en somatisk skade og behandler den. I den grad man iverksetter tiltak utover denne behandlingen, er det i tiltak som konkret går ut på å forebygge fremtidig skade i form av å vanskeliggjøre selvskadingen rent praktisk. Også dette skjer innenfor et korttidsaspekt. Man begrenser tilgangen på gjenstander som kan brukes til å selvskade i umiddelbar fremtid på avdelingen. Tiden etter innleggelse er ikke et tema innenfor dette synet. Selvskading som kommunikasjon har derimot et mye lenger tidsaspekt. Tiltakene

her er mindre konkrete, og målet er å få til en varig endring hos pasienten slik at selvskadingsbehovet blir mindre og/eller at funksjonen selvskadingen har fylles gjennom mer adekvat atferd. Metodene miljøterapeutene benytter seg av for å oppnå dette krever forholdsvis lang tid. Endringen kan for eksempel skje gjennom arbeid med å øke pasientens selvinnsett i forhold til selvskadingsproblematikken. Man bistår pasientene i å kartlegge selvskadingens funksjoner kombinert med å hjelpe dem å utvikle alternative mestringsstrategier.

Selvskading som diabolisk virus er et syn som rommer begge tidsperspektivene. Det å jobbe for at pasienten skal ta kontroll over selvskadingen krever jobbing over lengre tid. Det å hindre at selvskadingen smitter, kan kreve strakstiltak i enkeltsituasjoner, imidlertid må disse tiltakene iverksettes kontinuerlig for at ønsket effekt skal oppnås.

Forskjellen i tidsperspektiv på behandlingen kommer også til uttrykk i fortellingene til miljøterapeutene. En miljøterapeut sier for eksempel: *De skal jo bare være her til vi har roet den akutte fasen og de kan dra videre.* Litt senere i fortellingen sier han: *Dette var en jente som var dårlig, hun var her lenge, nesten to år.* Dette kan være et uttrykk for det som påpekes i enhetsbeskrivelsen fra MAP studien, der noen av pasientene må være på avdelingene lenger enn nødvendig fordi det ikke finnes andre adekvate behandlingstilbud og overføre pasientene til. (Jvf. Birkhaug et al., 2006). Forskjellen i tidsperspektivet kan også forklares med at det er sprik mellom den politiske oppgaven, at avdelingen skal ha en akuttfunksjon, og den primære miljøterapeutiske oppgaven. (Jvf. Larsen, 2004).

Innretningen på behandlingen som iverksettes er et annet område der motsetningene i de forskjellige synene kommer til uttrykk. Her fremkommer også forskjellen mellom en subjekt – subjekt relasjon og en subjekt – objekt relasjon. (Jvf. Vatne, 2006, Larsen, 2004). Ser man på selvskading som kommunikasjon er fokuset på individet. Her virker det som om man tilstreber å se på pasienten som et subjekt. Miljøterapeutene legger vekt på enkeltpasientenes opplevelse både i forhold til behov for å selvskade og alternativer til å selvskade. Pasientens opplevelse blir grunnlag for tiltakene som iverksettes. Selvskading som kroppslig skade er også et individorientert syn, men her ser man på individet som et objekt. Skaden på den enkeltes kropp skal forebygges eller repareres. I motsetning til dette individuelle preget har man synet på selvskading som en diabolisk virus der tiltakene hovedsakelig er på et kollektivt nivå. Her er det gruppen med pasienter som må beskyttes fra den smittsomme selvskadingen

og dette gjøres gjennom generelle tiltak på avdelingen. Når det imidlertid gjelder å hindre at selvskadingen tar kontroll over enkeltpasienter blir tiltakene innrettet individuelt.

Hvilket syn som er viktigste er ikke klart. Som nevnt er det første perspektivet man har når man oppdager en selvskadingsepisode selvskading som kroppslig skade. Dersom selvskadingen vurderes som alvorlig innen dette synet, blir synet også prioritert i behandlingsplanene til pasientene. Dette synet er altså det som får første prioritet. Når det gjelder hvilket syn miljøterapeutene ønsker å ha på selvskadingen så virker det som om selvskading som kommunikasjon er det klart foretrukne. Her er det altså en motsetning mellom foretrukket og prioritert syn. Dette kan man se i en sammenheng med at miljøterapeutene jobber på en psykiatrisk avdeling der det er pasientens psykiske lidelse man skal behandle, mens selvskading som kroppslig skade gjør at det somatiske får forrang. Dette er kanskje ikke ønskelig, men nødvendig.

Dersom miljøterapeutene måtte forholde seg til disse motsetningene i synet på selvskading uten å ha noen hjelpemidler til å håndtere dette er det nærliggende å tenke at de kan fanges i en handlingslammende ambivalens. Det gjør de imidlertid ikke. Selv om miljøterapeutene gir uttrykk for at behandling av selvskading kan være komplisert og tidvis vanskelig, gir de uttrykk for at de klarer å handle. Som jeg har vist er reglene som gjelder for behandling av selvskading med på å bidra til at miljøterapeutene får handlingskompetanse.

Reglene for organisering av vekten innebærer bestemmelser vedrørende ansvarsforhold og beslutningsmyndighet for de ulike rollene miljøterapeutene besitter på vekten. Det er for eksempel den som først oppdager en selvskadingssituasjon som bestemmer om det er behov for flere miljøterapeuter av sikkerhetsmessige årsaker. Miljøterapeutene gir imidlertid uttrykk for at det er individuelle forskjeller hos miljøterapeutene som gjør at de kan oppleve situasjoner ulikt og prioritere forskjellig. Reglen om lojalitet er dermed med på å sikre at det ikke oppstår store konflikter når ulike personer veksler mellom de forskjellige rollene. Når det gjelder regler for organisering av vekten har miljøterapeutene et klart og definert syn på hvordan dette skal skje. Dette er i tråd med hva Larsen mener skal til for at miljøterapien skal virke. (jvf. Larsen, 2004).

Reglene er også med på å prioritere mellom de områdene der synene på selvskading er motstridende. Det at det individuelle i pasientenes behandlingsplaner gjelder fremfor de generelle reglene for selvskading er et uttrykk for at man prioriterer det individuelle fremfor

det kollektive. At alle må forholde seg til smittevernsreglene som for eksempel å dekke til arrene sine er et uttrykk for det motsatte.

Hvilket syn som gir kommer til uttrykk gjennom de ulike reglene er heller ikke entydig. Respondentenes svar indikerer at det er flest regler som gjenspeiler selvskading som diabolsk virus og som kroppslig skade. Det eksisterer få regler som gjenspeiler selvskading som kommunikasjon. En årsaksforklaring på dette kan være at selvskading som kroppslig skade og diabolsk virus er mer konkrete og dermed lettere å utarbeide generell regler for. En annen forklaring kan være at man i synet på selvskading som kommunikasjon antageligvis vil få såpass stor variasjon mellom enkeltpasienter at det er vanskelig for miljøterapeutene å uttrykke noen allmenne regler.

Når det gjelder selvskading som diabolsk virus og til dels kroppslig skade beskriver miljøterapeutene en ambivalens til reglene i seg selv. Det er viktig å håndheve reglene samtidig som noen respondenter synes det er positivt at pasientene bryter reglene. Trond sier: *Folk har smugla med seg biffkniver inn her liksom, og det er jo litt sunt og tenker jeg. Det er jo bare bra, men det er ikke bra å ha biffkniver. Det er ikke det jeg mener, men det er litt sunt at man skal lure de voksne og systemet littegran. Siden det er så utrolig strengt her ellers.* Dette kan indikere at noen miljøterapeuter synes at reglene de skal håndheve er for strenge og dermed driver en form for sabotasje av reglene gjennom å ikke håndheve dem. Mitt datagrunnlag gir imidlertid ikke noen grunn til å hevde dette fordi problemstillingen ikke ble nærmere omhandlet i intervjuene.

Flere miljøterapeuter beskriver reglene for å bekjempe smitte som litt tåpelige og håpløse og at de kan virke mot sin hensikt dersom pasientene gjennomskuer tiltakene. Det er så tydelig at noen har selvskadet når de går med langermet genser på sommeren, at de kunne like gjerne vist frem arrene sine hevder disse respondentene. Hvor bokstavelig reglene skal tolkes veksler også i historiene som blir fortalt. Respondentene kan i en setning si at det er viktig med regler som alle følger, mens de i neste setning sier at det er umulig at alle kan følge dem, og at reglene derfor er å betrakte som veiledende.

Når idegrunnlaget for miljøterapeutisk behandling av selvskading til dels er motstridende og fører til ambivalens hos miljøterapeutene er det interessant å se hvordan dette håndteres i den kliniske miljøterapeutiske praksisen. Dette vil jeg som nevnt belyse gjennom å redegjøre for miljøterapeutenes fokus på selvskading. I in vivo kodingen, som innebærer å bruke

respondentenes begreper i analyseringen, fant jeg at begrepet 'fokus på selvskading' var hyppig brukt av miljøterapeutene når de snakket om miljøterapi i praksis. Jeg ønsker å være så tro som mulig ovenfor respondentenes fortellinger, og velger derfor å benytte meg av begrepet når jeg skal redegjøre for miljøterapeutisk behandling av selvskading i praksis.

5.2 Miljøterapeutisk behandling av selvskading i praksis.

5.2.1 Fokus på selvskadingen

Miljøterapeutene gir ikke inntrykk av at selvskading i seg selv er en vanlig innleggelsesårsak. Derfor er det sjelden opplagt fra starten av innleggelsen at behandling av selvskadingen skal være prioritert. *Man blir ikke lagt inn her fordi man kutter seg opp.* hevder Tore. Selvskadingsproblematikken er derfor noe man må ta stilling til om man skal behandle, og eventuelt hvordan man skal behandle, altså hvilket fokus man skal ha på selvskadingen. Det første som avklares er om man i det hele tatt skal fokusere på selvskadingen ovenfor en pasient. Hanne sier: *Vi gjør oss alltid opp en mening på miniteam i hvilken grad selvskading skal bli noen tema i behandlingsplanen. Og så kan det veksle og endre seg underveis i oppholdet. Vi kan vi kan for eksempel bestemme i behandlingsplan at vi ikke ønsker at selvskading skal bli tema.* Å fokusere på selvskadingen innebærer at pasientene får oppmerksomhet i tilknytning til selvskadingen. Dette kan skje gjennom å initiere samtaler vedrørende selvskadingen, innstramming av oppfølgingen eller ved å vie den fysiske skaden oppmerksomhet i form av trøst, plastring og stripsing.

Om selvskadingen skal ha fokus hos den enkelte pasient vurderes hovedsakelig ut fra selvskadingens alvorlighet. Som Hanne sier: *Vi har jo alle grader av selvskading, og vi gjør noen valg i forhold til hvor stort fokus denne selvskadingen skal få.* Alvorligheten vurderes hovedsaklig ut fra synet på selvskading som kroppslig skade. Dersom selvskadingen vurderes som alvorlig nok, iverksettes det tiltak. Alvorligheten kan også vurderes ut fra selvskading som diabolsk virus. Dersom spredningen av smitte er stor kan miljøterapeutene iverksette tiltak ut over de generelle reglene.

Miljøterapeutene gir uttrykk for at det i utgangspunktet ikke er ønskelig å fokusere på selvskadingen. *Så vi har nok en sånn generell, men kanskje ikke så ofte uttalt holdning om at vi skal gi det minst mulig oppmerksomhet* sier Monika. Trond som jobber på en annen avdeling enn Monika sier det ennå tydeligere: *Politikken her er jo å ikke gi det oppmerksomhet.* Noen av miljøterapeutene beskriver denne holdningen gjennom uttrykket 'is i

magen'. Utrykket innebærer at man ikke skal la selvskadning som kroppslig skade få dominere behandlingen, man skal ha 'is i magen' og tåle en del skader uten å gi selvskadningen oppmerksomhet. Gjennom å ha 'is i magen' får miljøterapeutene rom til å jobbe med andre problemområder hos pasienten. Dette kan følgelig bli vanskelig dersom det å unngå selvskadning blir et dominerende fokus. Hanne sier: *Altså hvis ungdommene kanskje kommer inn og begynner å kutte seg litt opp, og så får de masse oppmerksomhet og engasjement i forhold til det. Da forsvinner jo veldig mye, eller kan lett forsvinne, hva det var som utløste innleggelsen her. Hva er det hun faktisk strever med?*

Miljøterapeutenes ønske om å ha 'is i magen' utfordres imidlertid fra flere hold. Legene som er ansvarlig for pasienten kan ha pasientens somatiske velferd som hovedfokus, og kreve at dette blir prioritert. De behandlingssansvarlige kan også være usikre vedrørende suicidalfarene til pasienten og dermed ha dette som fokus. Tove forteller om dette når hun sier: *Vi i miljøet ønsker å slakke opp på oppfølgingen, men legen må jo ha sin sikkerhetsmargin da, så vi diskuterer hvordan vi skal komme dit.* I tillegg kan foreldre og andre pårørende synes at selvskadningen er så fæl og farlig at miljøterapeutene må stoppe den umiddelbart. I forhold til at pårørende kan ha en annen opplevelse så sier Trine: *Noen selvskader på et lite nivå. De sier de har kuttet seg og vi ser at det nesten ikke blør, og tenker 'åh nå' men foreldrene blir kjempereidde når de ser det. Vi er nok mer tykkhuda.*

Det er imidlertid ikke sånn at miljøterapeutene aldri synes det er riktig å fokusere på selvskadningen, men selv om man ser nødvendigheten av å fokusere på selvskadningen er formuleringene de bruker ofte negativt preget. Trine viser dette når hun bruker formuleringen tvinger seg frem: *At det på en måte tvinger seg fram, når man i samråd med leger, de som syr, de som ser og er med og alt sånt mener at det ikke er forsvarlig, så tvinger det seg frem tiltak.*

I utgangspunktet er det altså ikke ønskelig å fokusere på selvskadningen. Dette kan ses på som et uttrykk for at respondentene mener oppmerksomhet og interpersonlig påvirkning er en sentral funksjon av selvskadningen for pasientene (jvf. Sommerfeldt & Skårderud, 2009 og Klonsky, 2007). Miljøterapi er som nevnt en eklektisk terapiform (jvf. Andersen, 1997 og Vatne, 2006). Det at respondentene ønsker å unngå å fokusere på selvskadningen, kan være en indikasjon på at læringsteoretiske elementer vektlegges i miljøterapien.

Når man imidlertid må fokusere på selvskadningen i miljøterapeutisk behandling, har miljøterapeutene oppfatninger av hvordan og hvorfor dette bør gjøres og eventuelt ikke

gjøres. Det finnes flere måter å fokusere på som kan være feil i en situasjon og riktig i en annen. Respondentene gir ikke uttrykk for at det finnes enkle svar på når det er riktig eller feil med fokus på selvskadingen, men i historiene deres kommer det noen klare tendenser til uttrykk for når man skal, og ikke skal la selvskadingen få dette fokuset.

5.2.2 Når er det *feil* å fokusere på selvskading i miljøterapeutisk behandling?

Respondentene mener det er feil å gi selvskadingen fokus hvis den kroppslige skaden ikke er alvorlig. I disse tilfellene forsøker de å holde oppmerksomheten på et minimum. Dette kan for eksempel innebære å overlate sårstellet til pasienten selv dersom det er forsvarlig. Miljøterapeutene ønsker ikke å overdramatisere selve skaden. De er redde for at oppmerksomhet på de fysiske skadene vil forsterke selvskadingen. Det at alvorlighetsvurderingen er viktig gjenspeiler seg i at selvskadingen benevnes ut fra hvor alvorlig den er. Det er for eksempel forskjell på risping som er lett og overflatisk, og kutting som er dypere. 'Tulle selvskading' brukes av noen som begrep på selvskading som er lite alvorlig. Trond sier: *Er det risping så driter vi egentlig i det. Rett og slett, de må bare stelles da. Det er den eneste oppmerksomheten de får på det.*

Frykten for å forsterke opp selvskadingen gjør at miljøterapeutene er forsiktige med å fokusere på selvskadingen hos pasienter som ikke har utviklet et etablert selvskadingsmønster. Det å unnlate å fokusere på selvskadingen kan forebygge at den eskalerer og blir etablert som fast mønster. Hannes utsagn beskriver dette: *Da kan dette med 'å ja, du kutter deg ja, ok, gjør du det mye? Har du gjort det lenge?' Vi kan berøre det sånn lett uten å lage noe stort tema og vi ser jo ofte at det blir et forbigående bluss.*

Det å unngå å forsterke selvskadingen er særlig viktig når miljøterapeutene antar at pasientens behov for oppmerksomhet og omsorg er den viktigste motivasjonen for selvskadingen. Det blir altså feil å gi oppmerksomhet på selvskading når dette er selvskadingens primære funksjon. Respondentene frykter da at man vil komme inn i en type onde sirkler. Med uttrykket ond sirkel, mener jeg en sirkulær antiterapeutisk prosess der flere elementer virker inn på hverandre. Det er vanskelig å finne en lineær årsaksforklaring, og det eksisterer ingen opplagt slutt. Et eksempel fra praksis er at pasientene får oppmerksomhet og omsorg når de selvskader, og så vil de selvskade alvorligere og hyppigere for å få mer oppmerksomhet og omsorg. Dette mønsteret er det igjen vanskelig for miljøterapeutene å komme ut av. Hvis de fjerner denne sekundergevinsten vil selvskadingen øke ytterligere for å oppnå den. Samtlige

miljøterapeuter gir uttrykk for dette her illustrert ved noen eksempler: *Men vi har nok veldig den forståelsen at jo mer vi snakker om det i etterkant, jo større er sjansen for at det er god oppmerksomhet som gjør at pasienten vil kutte på nytt igjen., Om ikke vi gir oppmerksomhet så får dem jo et sug og kutter seg ennå hardere og dypere. og Det å gi masse oppmerksomhet, å gi veldig en type sekundærgevinst, og så er det det som må til da til syvende og sist for å få den omsorgen. Det er jeg kjemperedd for.*

En annen grunn til at det er feil å ha fokus på selvskadingen er at man da kan stå i fare for å la selvskading bli en nøkkel for å forlenge oppholdet. Som jeg senere kommer tilbake til er det ikke alltid lett å skille mellom selvskading og suicidalitet i praksis. Dersom pasientene av ulike grunner ikke ønsker utskrivelse kan de bruke selvskading for å unngå dette. Monika sier: *Er de innlagt for en selvskading og suicidalitet som problemstilling så er det klart at dem opprettholder den atferden for å bli værende på posten når de har vært her en stund og ønsker å fortsette å være her. Så det å kutte seg og si at man ønsker å dø, det er nøkkel for å få lov å være her lenger enn det som kanskje først er tenkt.* Miljøterapeutene peker på flere årsaker til at pasientene ikke ønsker å forlate avdelingen. Det kan være at avdelingen er et trygt sted der ungdommene slipper unna hverdagens krav og problemer, eller fordi avdelingen er et sted de får mye oppmerksomhet og voksenkontakt.

Miljøterapeutene fremhever en tredje fare med å fokusere på selvskadingen. Denne er at ungdommene kan fraskrive seg ansvaret for egen selvskading, og at dette medfører at selvskadingen utvikler seg til å bli alvorligere enn den var i begynnelsen. Hvis miljøterapeutene følger pasientene tett opp grunnet redsel for selvskadingens konsekvenser, kan dette gi ungdommene en falsk trygghet på at selvskading ikke er farlig fordi det alltid er noen der og redder dem hvis det er nødvendig. Dette kan føre til at man havner i en ond sirkel der miljøterapeutene forsøker å gi ungdommene ansvaret tilbake gjennom å slakke på oppfølgingen. Da eskalerer selvskadingen fordi ungdommene ikke ønsker å ta dette ansvaret. Til slutt har ikke miljøterapeutene annet valg enn å stramme oppfølgingen igjen. *Ungdommen kan bli grenseløse ved for tett oppfølging. De tar ikke ansvar for egen kropp fordi vi er jo der uansett og tar ansvar for dem. Vi må da gi tilbake noe ansvar og ha løsere oppfølging, og ikke alltid blindt stole på at vi er der og redder dem. Jeg tror ikke alltid ungdommene ser konsekvensene av det de gjør, at de forstår helt hvor langt det kan gå og hvor alvorlig det faktisk er.* sier Tove.

5.2.3 Når er det *riktig* å fokusere på selvskading i miljøterapeutisk behandling?

Hvis man har vurdert at det er riktig å ha fokus på selvskadingen er det noen måter å fokusere på som anses som riktige. En overordnet faktor for at fokuset skal være riktig omhandler miljøterapeutens holdninger og fremtreden i selvskadingssituasjonene. Det er viktig at de opptrer nøytralt, men omsorgsfullt. Nøytralt innebærer i denne sammenheng at de ikke lar seg overvelde av egne følelser i situasjonen. Det er viktig å være der for pasienten uten at pasienten må ta ansvar for miljøterapeutens følelser og reaksjoner. Det er en frykt for at slike uttrykk fra miljøterapeutene kan føre til negative følelser hos pasienten. Hanne beskriver dette når hun sier: *Jeg prøver, stort sett så prøver jeg å ha en ganske sånn eh uberørt er ikke riktig, men nøytral måte å forholde meg på. 'Dette fikser vi. Dette her kan jeg, dette har vi gjort før, jeg tåler dette.'* Det er viktig for meg å formidle, at jeg ikke tar av. Jeg begynner ikke å gråte eller kimses av det. Miljøterapeuten kan god snakke med pasienten om sine reaksjoner på at pasienten selvskader. Når de gjør det, er imidlertid formålet at pasienten får økt selvinnsett i hvordan de virker på andre, ikke fordi miljøterapeuten trenger å få utløp for følelsene for sin egen del. Ut fra dette kan man si at nøytraliteten representerer miljøterapeutenes profesjonalitet. De klarer å være åpne nok til å forstå og ta inn pasientenes smerte og fortvilelse, samtidig som de er distanserte nok til å ikke la denne smerten og fortvilelsen bli deres egen. Tove sier: *Så jeg forsøker å prate mest mulig med henne. Jeg pleier å si noe til henne, ikke om min redsel, men at hun påvirker meg. Men dette er også for at hun skal lære hvordan hun blir opplevd. Jeg prøver å være opptatt av å si hva jeg ser og hvordan jeg tolker det.*

Det kan være riktig å fokusere på selvskading dersom den medfører en så alvorlig fysisk skade at somatisk behandling er påkrevd. Fokuset skjer da hovedsakelig på to måter; gjennom tettere oppfølging for å forebygge og begrense skade, og gjennom å behandle skaden når den har oppstått. I behandlingen av skaden er det viktig å fokusere på skaden rent konkret og involvere pasienten i behandlingen. Man kan snakke om at det er viktig å holde sårene rene og ikke pirke for å forebygge infeksjoner og arr. Dersom skaden er så alvorlig at den trenger behandling utenfor avdelingen blir det nødvendigvis mye fokus på selvskadingen, særlig hvis ambulanse og/ eller politi må inkluderes i transport til sykehuset. En del selvskadingsredskap regnes som våpen av ambulanspersonalet og de kan ha prosedyrer på at politi må være med i disse tilfellene.

Forebygging og begrensing av skade skjer hovedsakelig gjennom at pasienten får tettere oppfølging fra miljøpersonalet. Noen ganger fotfølging. Dette kan medføre at selvskadingen ikke forekommer i disse periodene, men det kan være problematisk å vurdere når man skal slippe opp oppfølgingen igjen. Tore forteller om noe av dette når han beskriver konsekvensen alvorlig selvskading fikk for en pasient: *Ja i forhold til om hvor mye man skulle følge opp så fikk det jo en følge, enten at hu ble på skjerm eller tilbake i avdelingen med tettere oppfølging og det kunne vare i flere uker. Da ble hun selvskadingsfri, men vi slapp opp når hun roa seg og ble mer tilgjengelig.* I tillegg til den tette oppfølgingen kan det innføres strenge kontrollrutiner som ransakelse av pasientens rom og bagasje, kroppsvisitering og bruk av metalldetektor for å finne gjenstander som pasienten kan selvskade med. I utgangspunktet er det legene som fatter vedtak om disse tiltakene, men dette oppleves som regel kun som en formalitet av miljøterapeutene. De opplever at det er dem som foretar den reelle vurderingen. Trond illustrer dette når han sier: *Først må man ha et vedtak da. Det får vi fiksa utrolig lett. Så det er liksom bare sånn flisespikkeri.* Og litt senere i intervjuet: *Ja, det er vi i miljøet som bestemmer om vi skal gjøre det eller ikke. For der har ikke legen noe han skulle sagt, fordi det er vi som er i miljøet. Så da sier vi bare at vi må ransake, og så ringer vi legen og sier vi må ha et vedtak.*

Hvis man ser på selvskading som kommunikasjon eller som diabolisk virus kan det også være riktig å fokusere på selvskadingen. Da er det imidlertid ikke den fysiske skaden som får oppmerksomhet, men utvikling av alternative mestringsstrategier. Dette må imidlertid innebære at pasienten er motivert for å utvikle andre strategier. For å oppnå dette, må pasientene være i stand til å snakke om behovene de har for å selvskade og hvilken funksjon selvskadingen har for å dekke disse behovene. Det er også viktig for miljøterapeutene at samtalene ikke fungerer som en forsterker av selvskadingen. Som Monika sier: *Det blir litt individuelt, det er noen som det går ann å snakke med om det uten at det eskalerer, for andre igjen så er det jo mer man snakker om det jo hyppigere kutter dem.*

Får man derimot til en samtale rundt det å utvikle alternative mestringsstrategier, beskriver miljøterapeutene det som positivt. Trond sier: *Det jeg liker er å hjelpe ungdommen å finne alternative mestringsstrategier ved å sette ord på ting, ved å vise at man forstår at de har det vanskelig. Det å se at de klarer å hente seg inn og finne andre måter etter oppholdet her.*

Eksempler på mestingsstrategier er mange, og vil variere ut fra den enkelte pasient. En type miljøterapeutene ofte fremhever, går ut på å avlede selvskadingsbehovet gjennom å gjøre noe annet. Da gjerne noe annet som fyller noen av funksjonene selvskadningen har for pasientene. Dette kan for eksempel være å bokse på en pute for å få utløp for frustrasjon, trene for å få endorfiner, eller gå ut i fellesarealene for å være sammen med andre. En annen hyppig nevnt mestringsstrategi går ut på at pasientene ber om hjelp til å takle psykisk smerte på andre måter enn ved å selvskade. Dette kan gjøres ved å sette døra på gløtt, be om å gå en tur eller avtale andre signaler pasientene kan varsle miljøterapeutene om at de trenger hjelp.

Miljøterapeutene fokuserer ofte på mestringsstrategier basert på at ungdommene får økt selvinnstikk. Dette kan oppnås gjennom å lære ungdommen å kjenne igjen varselssignaler på at de snart får det så vanskelig at de kommer til å selvskade. Lykkes de med dette kan de hjelpe ungdommene å utvikle nye strategier for å varsle at de trenger hjelp på et tidlig tidspunkt, parallelt som de lærer ungdommene strategier de kan bruke for å minke selvskadingsbehovet.

Respondentene synes ikke alltid det er enkelt å lykkes med samtaler om mestringsstrategier med ungdommene. Hanne sier: *Men da skal du ha en veldig tilgjengelig ungdom og det er jo så innmari forskjell på dem. For en dels vedkommende så går ikke det.* I flere tilfeller er det vanskelig å få ungdommene med på samtaler rundt selvskadningen. Noen pasienter klarer kun å prate rundt den konkrete hendelsen, og det beskrives av flere miljøterapeuter som lite hensiktsmessig. *Jeg tror ikke man blir kvitt selvskading ved å snakke om 'også gjorde du sånn og så gjorde du sånn og så kutta du deg der, og så gjemte du den der' Altså det er andre ting som må løse opp.* sier Tove. Respondentene gir uttrykk for at de må få en relasjon til pasienten preget av tillit for at de skal lykkes i arbeidet med å finne alternative mestringsstrategier.

Det er to former for samtaler som representerer et riktig fokus ut fra et syn på selvskading som diabolisk virus. En form går ut på å appellere til den enkelte pasient om å begrense smitte gjennom å følge reglene om å dekke til sår og ikke snakke med medpasienter om selvskading. Den andre formen for samtale går ut på å hjelpe pasientene å få kontroll over selvskadningen. For å oppnå dette kan det være nødvendig at miljøterapeutene signaliserer ovenfor pasientene at det å selvskade i seg selv ikke er et nederlag. Miljøterapeutene fokuserer da på det positive, for eksempel at pasienten klarte å avbryte selvskadningen før de mistet kontrollen eller at de klarte å be om hjelp når selvskadningen ble vanskelig. Tove forteller om dette: *"Viktig at det*

ikke var nederlag at hun selvskadet litt, men mestring fordi hun klarte å stoppe. Og at noe selvskading er en del av veien for å bli kvitt det. Viktig å klare å kjenne nyanser innenfor det å ha kontroll og ikke kontroll. Klare å kjenne igjen prosessen og bruke den videre.

Det kan være riktig å fokusere på den konkrete selvskadingen dersom det medfører at den blir mindre alvorlig i fremtiden, eller at skaden blir mindre. Dette kan som nevnt gå ut på stell av skaden. En annen måte å fokusere på er å hjelpe pasienten til å finne alternative metoder å selvskade på som ikke er like farlige. For eksempel å knipse en strikk mot huden for å føle smerte istedenfor å kutte seg med barberblad.

Hvis miljøterapeutene frykter at selvskadingen overtar kontrollen og blir farlig for pasienten eller utvikler seg til å bli suicidalforsøk, kan det være riktig å fokusere på selvskadingen gjennom å stoppe den fysisk. Noen av miljøterapeutene beskriver episoder der pasientene begynner med tilsynelatende mild selvskading for så å gå inn i en form for transelikhende tilstand der de ikke er tilgjengelige og selvskadingen eskalerer. Dersom miljøterapeutene har erfaring med at dette er et sannsynlig hendelsesforløp, kan det være riktig å gå inn fysisk med en gang før pasienten får skadet seg alvorlig. Dersom miljøterapeutene er nødt til å benytte seg av tvang for å stoppe selvskadingen kan et riktig fokus på selvskadingen være å diskutere hvordan tvangen oppleves og eventuelt kan gjøres annerledes. Trine forteller om en slikt tilfelle: *Det var mer fokus på hvordan dette var. 'Hva synes du om måten vi gjorde det på? Jeg visste ikke helt hva jeg skulle gjøre når du gjorde sånn, men jeg valgte å gå inn å gjøre sånn. Kom jeg for nært synes du?' Altså prøve å få en slags debrifing.*

5.2.4 Vurdering av selvskading opp mot suicidalitet

Det fremkommer ikke tydelig i miljøterapeutenes fortellinger hva som anses som selvskading og hva som anses som suicidalforsøk. Det kan være viktig for miljøterapeutene å avklare dette for å vite hvilket fokus de skal ha på selvskadingen.

I noen av historiene om episoder med alvorlig selvskading kan respondentene underveis i fortellingen si at de opplevde selvskadingen som et suicidalforsøk, og de svarer bekræftende når jeg ber om bekræftelse på at de faktisk opplevde det sånn. Videre i historien sin fortsetter de imidlertid, helt konsekvent, å benevne atferden som selvskading. Dette er med på å gi et inntrykk av at det ikke alltid er så viktig for miljøterapeutene å skille selvskading og suicidalitet. Noen av respondentene uttrykker at det ikke er viktig med klare skiller fordi det er vanskelig å finne disse skillene i praksis. De hevder videre at for å skille er man er nødt til å

vite om pasienten har en intensjon om å dø. Intensjonen for selvdestruktiv atferd vil kunne variere i ulike situasjoner hos enkeltpasienter og dermed ikke være en stabil faktor å vurdere ut fra.

En miljøterapeut påpeker at det, uavhengig av intensjon, er viktig å ta selvskading på alvor fordi det er påvist en klar sammenheng mellom det å selvskade og det å ta livet sitt. Andre sier igjen at det er viktig å ha fokus på selvskadingen fordi den lett kan gå over til å bli av mer suicidal karakter og dermed få alvorlige konsekvenser. Det at skillet mellom selvskading og suicidalitet er uklart, fremkommer tydelig i utsagnet til Knut: *Det er jo ved typisk selvskadingsproblematikk vanskelig å finne skille inn mot det en kaller suicidalitet. Det kan jo ofte gå litt sånn hånd i hanske. Det er vanskelig å se nyansene rundt når det er inn mot suicidalitet, så en må være veldig skjerpa. Kjempeskjerpa i sitt daglige utøvelse av miljøterapi, og sine observasjoner og hvordan en leser folk. Og utfordrende er det jo. Det virker som det er mer risikoen for at pasientene skal omkomme av selvskadingen som er det viktige for miljøterapeutene ikke intensjonen bak.*

En grunn til at det kanskje er mindre viktig for miljøterapeutene å skille mellom selvskading og suicidalitet i intensjon er at det ikke er dem som er ansvarlige for suicidalvurderingene. Dette ansvaret har den legen eller psykologen som er behandleren til pasienten. Miljøterapeutene er imidlertid med på drøftingene vedrørende suicidaliteten, og de gir uttrykk for at de som regel får gjennomslag for sitt syn når de er bekymret og vurderer suicidalfare som høy. De føler også et visst ansvar i forhold til dette siden de har fullmakter til å stramme inn oppfølgingen hvis de vurderer suicidalfare som stor.

Det virker altså som om miljøterapeutene mener det er viktig å ha et bevisst forhold til suicidalitetsfare når de forholder seg til selvskadingsproblematikk slik at faren for at pasienten omkommer minker. Når det gjelder å skille mellom hva som er suicidalitet og selvskading i praksis, har miljøterapeutene en pragmatisk holdning. Det er viktigst å avklare når selvskadingen er så alvorlig at den kan resultere i at pasienten tar livet sitt. Det blir den kontinuerlige vurderingen av dette som er en del av det daglige miljøterapeutiske arbeidet. I respondentenes fortellinger om disse vurderingene kommer det frem noen holdepunkter som de vurderer denne faren ut fra. Vurderes faren som stor virker det som om miljøterapeutene er mer tilbøyelige til å bruke suicidalitetsbegrepet fremfor selvskadingsbegrepet i omtale av

atferden. Selv om begrepsbruken som tidligere nevnt ikke er konsekvent, virker den heller ikke tilfeldig.

Hvilke måter pasienten selvskader på er med på å avgjøre om selvskadingen vurderes som suicidalitet eller selvskading. Miljøterapeutene er mer tilbøyelige til å vurdere handlingene som suicidale ved strangulering og intoksikasjon enn ved kutting og hodedunking. *Selvskading ut over det går på strangulering og piller, og da får du igjen spørsmål om suicidalitet.* sier Tove når hun snakker om kutting. I tillegg har brutaliteten handlingene er utført med betydning for hvordan handlingen vurderes. Et par av miljøterapeutene reflekterer over hvorvidt dette medfører at gutter ofte vurderes som suicidale mens jenter vurderes som selvskadere. Knut beskriver dette: *Det er mange som ønsker å ta sitt eget liv også greier dem det ikke og så blir det ofte definert som selvskading. Kontra opp mot et suicidalforsøk. Så gutta er jo mye hardere, brutale i sine metode på selvskading.*

At det ofte er utydelige skillelinjer mellom selvskading og suicidalitet fremkommer også når miljøterapeutene beskriver henvisningsårsakene legene har for innleggelsene. Det er respondentenes opplevelse at henvisende leger ofte har en annen vurdering av hva som er suicidalitet enn de selv har. *Disse jentene som blir lagt inn her med katteklor og har forsøkt å ta livet av seg liksom.* er et sitat fra Tore om dette. Respondentene opplever sjeldent at ungdommene henvises for selvskadingsproblematikk alene. Hvis selvskading er et tema i henvisningen er det i forbindelse med pasienter som henvises for å avklare suicidalitet. Dette bidrar til at det er vanskeligere for miljøterapeutene å forholde seg til selvskadingsproblematikk adskilt fra suicidalproblematikk i begynnelsen av en innleggelse enn senere i behandlingsforløpet der man har blitt mer kjent med pasienten. Når henvisende instans beskriver suicidalitet som en problemstilling er det vanskeligere for miljøterapeutene å ha 'is i magen' for da kan de risikere at pasientene tar sitt eget liv. *Og kommer de akutt så tar vi fra dem nær sagt alt uansett. For kommer dem akutt så er det alltid spørsmål om suicidalitet.* sier Monika når hun forteller om vurderinger av hvor tett oppfølging og hvor strenge kontrolltiltak pasienten skal ha.

Respondentene er mer tilbøyelige til å vurdere en handling som selvskading fremfor suicidalforsøk dersom pasientene har impulskontroll og lav forekomst av selvdestruktiv atferd i situasjoner hvor de har mulighet til å utøve denne atferden. En som utfører selvdestruktive handlinger kan eksempelvis fremstå som meget suicidal ut fra det hun formidler verbalt. Når

vedkommende er på permisjon og har mulighet til å utføre selvdestruktive handlinger uten å bli hindret, forekommer imidlertid ikke disse handlingene. Men med en gang pasienten er tilbake på avdelingen, gjenopptar hun de selvdestruktive handlingene. Da vurderer miljøterapeutene hennes atferd som selvskading. Dersom miljøterapeutene mistenker at pasientene begår selvdestruktive handlinger for å unngå en utskrivelse, er de også mer tilbøyelige til å vurdere handlingene som selvskading fremfor suicidalitet.

Oppsummert kan man si at handlinger vurderes som suicidale hvis de er utført med stor brutalitet eller hvis metoden er strangulering eller intoksikasjon. Handlinger som sees i sammenheng med relasjonen mellom pasient og miljøterapeut blir derimot oftere vurdert som selvskading. Dette er særlig hvis miljøterapeutene tror at pasientene vil oppnå noe eller dersom handlingene bare er alvorlige når pasientene vet at miljøterapeutene passer på dem. Dersom en pasient vurderes som mer suicidal enn selvskadende resulterer dette i tettere oppfølging og strengere kontroll. Noen miljøterapeuter gir uttrykk for at det er bedre å vurdere selvdestruktive handlinger som selvskading fremfor suicidalitet. Dette kan tyde på at selvskadingstilnærming vurderes som mer hensiktsmessig enn suicidaltilnærming ovenfor denne typen problematikk. *Vi har også blitt flinkere til å også ta disse 'ti paracet' når man gjør det i suicidal hensikt å kalle det for selvskading. Mens for noen år siden så var det et suicidalforsøk.* sier Monika. Det å vurdere de mest uklare tilfellene som selvskading i praksis er imidlertid ikke alltid like enkelt. Det å tørre å velge en lavere grad av oppfølging og kontroll samtidig som man må være påpasselig med at pasienten ikke skal risikere å dø av selvmord er vanskelig. Særlig i de tilfellene der pasienten tidligere har utført handlinger som har medført stor skade. Tove gir uttrykk for dette: *Og så har hun også hatt forsøk som har vært veldig alvorlige. Som gjør at vi strammer inn og kanskje er tettere rundt henne enn andre selvskadingspasienter sånn sett da.*

Når miljøterapeutene vurderer om selvskadingen er et uttrykk for suicidalitet skjer det altså en gradsvurdering av selvskadingen der faktorer som den somatiske skadens størrelse, kjønn, måten selvskadingen skjer på, pasientens impuls kontroll og forsøk på å påvirke miljøterapeutene spiller inn. Basert på disse vurderingene avgjør miljøterapeutene om den selvdestruktive atferden får status som selvskading eller suicidalitet for dem. Resultatet av denne vurderingen blir avgjørende for hvilket fokus den selvdestruktive atferden får i den miljøterapeutiske behandlingen av pasienten.

5.2.5 Diskusjon av behandling av selvskading i miljøterapeutisk praksis.

Gjennom miljøterapeutenes utsagn om fokus på selvskading blir det tydelig at det er mange hensyn som må avveies opp mot hverandre i behandling av selvskading. I praksis kan det være umulig å ivareta alle hensynene. Konsekvensene av å vektlegge et hensyn kan være at det er kontraindisert å ivareta et annet hensyn. Oppsummert kan man si: miljøterapeutene skal ikke ha fokus på selvskading, men det er nødvendig at de har det. Det virker som om miljøterapeutene løser disse motsetningene gjennom å lage seg en form for retningslinjer for hva som regnes som riktig og feil fokus. Analysen av disse retningslinjene viser at de strider mot praksis fordi det er umulig å følge dem samtidig. Jeg skal i det følgende beskrive hvorfor jeg mener en del av retningslinjene miljøterapeutene forholder seg til i sin praksis er motstridende.

Hva som er riktig og galt fokus avhenger, som tidligere nevnt, mye av miljøterapeutenes tolkning av hvilken funksjon selvskadingen har for pasienten. Dette er uttrykk for en motsetning. Hvordan er det mulig for miljøterapeutene å finne ut av selvskadingens funksjoner uten å ha fokus på dette i samtaler med den enkelte pasient? De fleste miljøterapeutene påpeker i tillegg at det er vanskelig å ha samtaler med mange av pasientene rundt hvilken funksjon selvskadingen har for dem. Flere pasienter beskrives med at de har manglende selvinnsett, dermed er det ikke opplagt at de har et bevisst forhold til egne intensjoner. Dette medfører at vurderingen miljøterapeutene foretar for å avgjøre om de skal fokusere, og på hvilken måte de skal fokusere på selvskadingen, blir vanskelig å ta.

En måte å håndtere dette på kan være å ikke gi pasientens selvskading fokus, men heller basere seg på teamets oppfatning av pasientens intensjon. Dette går da i retning av å være en kvalifisert gjetning. For å finne ut om behandlingens vurdering medfører riktighet er man avhengig av å evaluere konsekvensene av tiltakene som iverksettes ut fra de antagelsene teamet har. Antagelsen revurderes og tiltak endres dersom man ikke oppnår ønskede resultater.

På bakgrunn av dette vil jeg hevde at det er ikke alltid er klare alternativer for hva miljøterapeutene skal gjøre i praksis. Praksis kommer ofte som et resultat av avveininger som de delvis gjør uten å ha den informasjonen som trengs for å foreta disse vurderingene. Dette kan resultere i en slags 'prøving og feiling' i enkelte tilfeller. Hanne gir uttrykk for noe av dette når hun forteller om en episode der man endrer tilnærming ovenfor en pasient som har

blitt stoppet i selvskading: *Det var med på å bli en sånn selvforsterkende prosess som ikke var heldig. Så da tenkte vi at nå må vi gjøre noe helt annet. Det er en type paradoksal intervensjon som vi av og til gjør med hell. Og det betyr ikke at det ikke har vært riktig fram til da. Jeg tenker at vi hadde ikke noe annet valg den gangen enn å gå inn sånn som vi gjorde, men på ett eller annet tidspunkt så var det riktig å ta en evaluering på om vi skal fortsette med det. Mer av det samme eller om vi skal komme på noe nytt?*

En annen motsetning som vanskeliggjør det miljøterapeutiske arbeidet er at det i flere tilfeller virker som om riktig fokus ovenfor pasienten i en situasjon er feil fokus i en annen. Man skal for eksempel ikke ha fokus på selvskading med en pasient som kun risper seg overflatisk. Dette kan imidlertid virke motstridende til det at man må snakke med pasienten om at hun må dekke til rispene sine i fellesarealet. Dersom pasienten oppjonerer mot denne reglen er miljøterapeutene i en situasjon der selvskadingsproblematikken får mye oppmerksomhet på tross av at de ønsker å ignorere den.

Hvis den fysiske skaden er stor, har miljøterapeutene ikke noe annet valg enn å fokusere på selvskadingen. Mange av tiltakene som da iverksettes går ut på at pasientene får tettere oppfølging. Den tette oppfølgingen innebærer nødvendigvis mer oppmerksomhet siden pasientene da har mer kontakt med miljøterapeutene. Dette blir særlig tydelig ved fotfølging der miljøterapeutene er sammen med pasientene hele tiden. I disse tilfellene kan man lett havne i onde sirkler der man i starten gir en pasient mye oppmerksomhet som en følge av selvskadingen og dermed lærer pasienten at selvskading fører til økt oppmerksomhet. Forsøker man å trappe ned oppfølgingen får pasienten følgelig mindre oppmerksomhet. Dersom pasienten ikke liker dette kan pasienten øke selvskadingen for å få tilbake den tette oppfølgingen. Tore reflekterer noe av dette når jeg spør om han er enig i at hans avdeling har innført en nulltoleranse på kutting: *Går man inn og har nulltoleranse så blir det nødvendigvis satt et større fokus på det og det er nødvendigvis ikke alltid så bra. Veldig mange ungdommer som kommer hit har opplevd at dette er en måte å få kontroll på omgivelsene, hva de oppnår ved å selvskade, og det er innstramming av oppfølging. Mye voksenkontakt.*

Dette mønsteret kan ytterligere forsterkes fordi selvskadingen er forbundet med forholdsvis liten risiko for pasienten. Miljøterapeutene er i praksis nødt til å ta ansvar for å unngå at pasienten begår selvmord, selv om de i utgangspunktet mener pasienten skal ta dette ansvaret

selv. Ungdommen kan bli grenseløse ved for tett oppfølging. De tar ikke ansvar for egen kropp fordi vi er jo der uansett og tar ansvar for dem. sier Tove

Et annet dilemma som noen av respondentene påpeker er at når de ignorerer selvskadingen, står man i fare for å også ignorere andre elementer som kan være viktige i behandlingen. Når man unnlater å fokusere på selvskadingen, ignorerer man samtidig det ungdommene formidler ut fra et syn på selvskading som kommunikasjon. Det er noen ganger vanskelig å ignorere at pasientene uttrykker et behov for omsorg og oppmerksomhet, et lidelsestrykk og ber om hjelp. Tore sier: *På en annen side så kan man se på dette som et kommunikasjonsmønster og hvis man da tenker at det er et uttrykk for at de ønsker noe mer og trenger den voksenkontakten så... Det er et litt sånn dilemma for meg.*

Flere miljøterapeuter forteller at fokus på selvskading kan føre til positive situasjoner med pasientene. Pasientene er noen ganger mer tilgjengelig etter at de har selvskadet. Dermed kan miljøterapeutene få en del nyttig informasjon vedrørende den øvrige problematikken til ungdommene i samtaler rett i etterkant av en selvskadingsepisode. Det å vise omsorg i for eksempel en sårstellssituasjon beskrives som en måte å få en tettere relasjon til ungdommene på. At disse positive faktorene er vanskelig for miljøterapeutene kommer tydelig til uttrykk i intervjuene. De kommer som regel uoppfordret med en forsikring om at de er veldig bevisste på at de ikke skal la disse positive effektene bli en sekundærgevinst av selvskadingen. De sier imidlertid ikke noe om hvordan de unngår at denne effekten oppstår.

Respondentene påpeker ytterligere et vanskelig dilemma de må forholder seg til. Iverksetter de strenge kontrolltiltak i behandlingen av selvskadingen kan det medføre at de havner i en destruktiv 'katt og mus' lek med ungdommen. Hvis dette skjer blir pasientene blir mer fokusert på hvordan de kan lure miljøterapeutene og finne 'hull' i oppfølgingen fremfor å fokusere på å jobbe med egen problematikk. Miljøterapeutene kan også bli så fokusert på å unngå at ungdommen selvskader at de mister fokus på de øvrige målene i behandlingen. *Man bør ha mer fokus på andre ting. Få til et samarbeid altså. Den derre katt og mus leken i forhold til selvskading det kan jeg si at jeg ikke synes at fungerer. (...)Vi prøver jo å unngå at de tar livet sitt så langt vi kan, men å unngå at de risper seg opp eller..., det ansvaret får vi ikke tatt. Selv ikke om vi fotfølger dem. (...) Da kan det virke mot sin hensikt å prøve. Sier Trine om dette.*

6.0 Oppsummering av funnene i undersøkelsen samt konklusjon

6.1 Oppsummering av funnene i undersøkelsen

Idegrunnet for miljøterapeutisk behandling av selvskading er basert på to ting: synet på selvskading og regler for behandling av selvskading. Jeg fant at miljøterapeutene har tre ulike syn på selvskading. Innholdet i disse synene oppsummeres i følgende tabell.

Figur 1. Miljøterapeutenes tre ulike syn på selvskading

| Miljøterapeutenes syn på selvskading | Synets forhold til: | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|--|--|--|---|---|
| | Tidsperspektiv | Syn på pasient | Tiltak som bør iverksettes | Vurdering av alvorlighet | Holdning til selvskading | |
| | Selvskading som kroppslig skade | Korttid | En som skader kroppen | Førstehjelp og forhindre anledning | Ut fra somatisk skade | Den ses på som udelte negativt |
| | Selvskading som kommunikasjon | Langtid | En med mangelfulle kommunikative ferdigheter | Utvikle mer adekvate kommunikative ferdigheter | Ut fra lidelsestrykk, diagnose og ungdomskultur | Den ses hovedsakelig på som negativt, men kan ha positive element |
| Selvskading som diabolisk virus | Både kort- og langtid | En som må beskyttes fra selvskadingen. | Begrense smitte og øke kontroll over selvskadingen | Ut fra smitteeffekt og tap av kontroll | Den ses på som udelte negativt | |

Tabellen oppsummerer hvordan de tre ulike synene miljøterapeutene har på selvskading forholder seg til forskjellige faktorer i den miljøterapeutiske behandlingen.

Synene miljøterapeutene har til selvskading er ikke gjensidig utelukkende, og miljøterapeutene veksler fortløpende mellom de forskjellige synene. De tre synene på selvskading er til dels sammenfallende og til dels motstridende avhengig av hvilke forhold ved selvskadingen som miljøterapeutene forholder seg til i behandlingen. Det fremkommer imidlertid ikke alltid like klart hvilket syn som skal prioriteres dersom det er motsetninger mellom dem.

Reglene som utgjør den andre delen av idegrunnlaget for den miljøterapeutiske behandlingen hjelper miljøterapeutene i disse prioriteringene. Reglene er utformet både som generelle regler for behandling av selvskading, regler for behandling av enkeltpasienter og regler for organisering av vekten. Reglene gir miljøterapeutene handlingskompetanse fordi de medfører at miljøterapeutene slipper å foreta vurderinger ut fra alle synene i samtlige enkelttilfeller. En viss skjønsmessig vurdering er miljøterapeutene imidlertid nødt til å ta for reglene fremstår ikke som absolutte. Det er mulighet for å gjøre unntak fra de fleste reglene dersom dette blir foretatt ut fra de beskrevne unntaksbestemmelser.

Idegrunnlaget for selvskadingen kommer til uttrykk i praksis gjennom hvor stort fokus miljøterapeutene har på selvskadingen og hva dette fokuset innebærer. Ut fra miljøterapeutenes fortellinger og refleksjoner fremkommer det noen tendenser til hva som blir ansett å være rett og galt fokus i gitte situasjoner. Disse er oppsummert i tabellen nedenfor:

Figur 2. Miljøterapeutenes vurdering av hva som er riktig og feil fokus i behandling av selvskading.

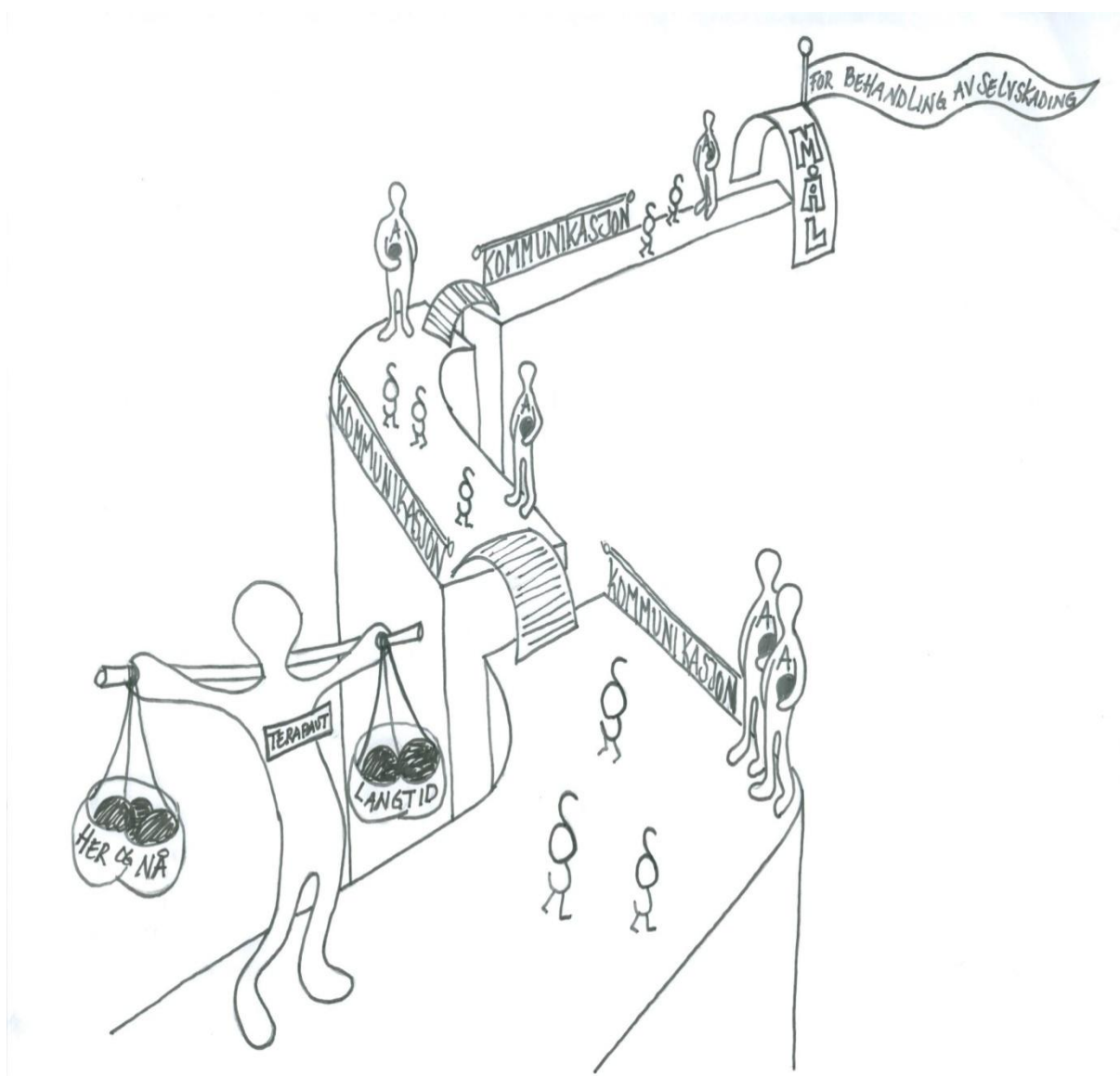
| Miljøterapeutenes fokus på selvskading | | | |
|--|---|--|---|
| | Det vurderes som <i>riktig</i> med fokus: | Det vurderes som <i>feil</i> med fokus: | |
| Behandlingsmessige forhold | Fysisk skade hos pasienten | Skaden er alvorlig, f.eks. forårsaket av kutting og strangulering | Skaden er mindre alvorlig, f.eks. forårsaket av risting |
| | Pasientens intensjon med selvskadingen | Selvskadingen er gjort i suicidal hensikt. | Selvskadingen er utført for å manipulere miljøterapeutene eller andre |
| | Tiltak som iverksettes | Gjør at pasientene utvikler alternative mestringsstrategier. | Gir pasientene oppmerksomhet, omsorg, og fratrar dem ansvar. |
| | Kjennetegn ved selvskadingen | Selvskadingen er eskalerende og pasientene mister kontroll. Selvskadingen smitter. | Selvskadingen er nylig debutert og lite alvorlig. |
| | Terapeutisk holdning hos miljøterapeutene | Kjennetegnes av 'is i magen' og nøytralitet. | Kjennetegnes av høy grad av følelsesuttrykk. |

Tabellen viser når miljøterapeutene vurderer det som riktig eller galt å ha fokus på selvskadingen vedrørende ulike forhold ved behandlingen.

Vurderingene av hva som er rett eller galt fokus blir hovedsakelig gjort ut fra en analyse av hvilke positive og negative effekter fokuset kan medføre. Miljøterapeutenes vurdering av hva som er riktig fokus i behandling av selvskading kommer til uttrykk gjennom forholdsvis uklare tendenser. Dette gjør det vanskelig å gi en konkret beskrivelse av at hvordan den miljøterapeutiske behandlingen skjer i praksis. Derfor ønsker jeg å belyse dette gjennom en mer generell modell for miljøterapeutisk behandling av selvskading.

6.2 Den miljøterapeutiske veien - en modell for behandling av selvskadende ungdom.

Figur 3. Den miljøterapeutiske veien



Figuren viser den miljøterapeutiske veien, der miljøterapeuten må foreta en balansegang mellom her og nå perspektivet og langtidsperspektivet for å oppnå målet for behandling av selvskading.

I utgangspunktet kan den miljøterapeutiske arena ses på som en vei frem mot et mål. Dette målet er ikke noe endelig og absolutt. Det kan innebære å fjerne selvskadingen helt, eller det kan å redusere selvskadingens alvorlighet. Miljøterapeuten som går på denne veien må balansere et 'her og nå' perspektiv opp mot et langtidsperspektiv. Dette medfører at de hele tiden må vurdere hvilke tiltak de iverksetter for å møte akutte problemstillinger i forhold til den effekten tiltakene vil ha på lang sikt. Mislykkes de i denne balansegangen klarer de ikke å nå målet. Som hjelp til å foreta denne balansegangen støtter miljøterapeutene seg til synet på selvskading som kommunikasjon og reglene som finnes på avdelingen for behandling av selvskading. Veien er normalt forholdsvis bred slik at miljøterapeutene har rom for å ta noen støtte­steg til siden uten å havne i grøfta dersom balansegangen blir vanskelig. Det er altså rom for en viss prøving og feiling.

På vei mot målet støter miljøterapeutene imidlertid på en del hinder de må forsere. Disse hindrene er eksempelvis at det oppstår stor kroppslig skade, at suicidal­faren er stor eller at selvskadingen smitter andre pasienter. Når hindrene forseres snevres veien inn og støtten er ikke like tydelig. Miljøterapeutene kan ikke lenger holde fast på synet om selvskading som kommunikasjon fordi synet på selvskading som kroppslig skade og som diabolsk virus gjør seg gjeldende i økende grad. I tillegg er miljøterapeutene nødt til å vurdere om det er nødvendig å gjøre unntak fra reglene for å håndtere den nye situasjonen. Dette vanskeliggjør balansegangen. Balanseringen kan vanskeliggjøres ytterligere ved at andre utenfor den miljøterapeutiske arenaen som behandlingsteamet eller pårørende, har meninger som veier tungt i forhold til avveining av det ene eller andre perspektivet.

Dersom miljøterapeutene mislykkes i å finne den rette balansen i form av riktig fokus på selvskadingen, vil de ikke klare å forsere hindrene. De prøver da å endre fokuset og gjenopprette likevekten slik at de klarer å balansere på den smale veien over hinderet. Når de ikke klarer det ender de opp med å gå på stedet hvil uten å komme videre. Hvor lang tid miljøterapeutene bruker på å komme i mål varierer. Noen ganger forseres hindrene forholdsvis fort, andre ganger kan de holde på lenge før de lykkes og i enkelte tilfeller lykkes de ikke i det hele tatt.

6.2.1 Modellens styrker og svakheter

Modellen illustrerer at miljøterapeutisk behandling av selvskadende ungdom på akutt­psykiatriske institusjoner er en kontinuerlig balanse­gang, en avveining mellom ulike

hensyn. Det eksisterer få fasitsvar på hvordan behandlingen bør foregå. Dette gjør at miljøterapeutene må prøve og feile underveis. Det viktigste hensynet miljøterapeutene er nødt til å balansere er det å forholde seg til de akutte selvskadings situasjonene på en slik måte at intervensjonene deres ikke virker antiterapeutisk på langsikt.

Modellen viser at behandlingen er en prosess som influeres av andre utenfor den miljøterapeutiske arenaen, og av forhold miljøterapeutene ikke kan kontrollere. Dersom miljøterapeutene lykkes i å finne en balanse, som fungerer i forseringen av en type hinder, kan det dukke opp nye typer hinder eller balansen kan forrykkes av eksterne krefter. Dette synliggjør at miljøterapeutene ikke er autonome i forhold til å velge behandlingsopplegg eller til å bestemme rammene for behandlingen.

Det at veien går mot et definert mål illustrerer at miljøterapeutisk jobbing ikke er vilkårlig, men målrettet arbeid. For å nå målene støtter miljøterapeutene seg til fagsyn, regler og retningslinjer som forteller dem hvordan de skal nå målet. Modellen inkluderer disse elementene og får dermed frem noe av kompleksiteten i miljøterapeutisk behandling av selvskadende ungdom på akuttpsykiatriske avdelinger.

Den belyser videre behandling av selvskading isolert fra behandlingen av ungdommenes øvrige problemområder. Dette innebærer en forenkling av virkeligheten. Dette gjør at faktorer som diagnostisering av pasienten, lovhjemling for behandlingen, overbelegg på institusjonen, personalmangel og andre liknende forhold ikke inkluderes. Det at disse forholdene ikke fremgår av modellen naturligvis ikke at de kan utelukkes som faktorer som virker inn på miljøterapeutisk behandling av selvskadingsproblematikk.

Modellen forteller heller ikke noe om hvilke faktorer som er virksomme eller ikke i miljøterapeutisk behandling av selvskading ut over at det er nødvendig å oppnå en riktig balansegang for å lykkes.

6.3 Undersøkelsens funn i forhold til annen teori

Det finnes som nevnt ikke mye teori om og undersøkelser av miljøterapeutisk behandling av ungdom på akuttpsykiatriske avdelinger. Jeg velger derfor å belyse og drøfte noen av undersøkelsens funn opp mot elementer fra andre undersøkelser og annen teori.

Selvskadingens funksjoner er et av områdene der resultatene fra denne undersøkelsen både samsvarer og avviker i forhold til funn fra andre undersøkelser. Det at selvskading ses på som

kommunikasjon er samsvarende med flere undersøkelser om selvskadingens funksjoner. (jvf. Klonsky, 2007, Øverland, 2006). Der fremheves det at en av grunnene til at selvskading får affektregulering og selvstraffing som funksjon, er fordi ungdommene som selvskader har mangelfulle kommunikative ferdigheter. De klarer ikke å formidle at de har det vondt og trenger hjelp på andre måter enn gjennom å selvskade. Det at miljøterapeutene opplever at pasientene ofte er mer tilgjengelige for samtaler om vanskelige temaer i etterkant av at de har selvskadet, kan ses på som støtte til at selvskadingen har en affektregulerende funksjon for pasientene.

Det er derimot en diskrepans mellom resultatene fra undersøkelsen og andre undersøkelser når det gjelder interpersonlig påvirkning som en funksjon. (jvf. Sommerfeldt & Skårderud, 2009, Klonsky, 2007). Miljøterapeutene vektlegger sterkt denne funksjonen, og det vises blant annet gjennom at de har en grunnleggende holdning om at selvskadingen ikke skal gis fokus. Samt at de er redd for å forsterke tendenser til å selvskade når de først er nødt til å fokusere på selvskadingen. Det kan være nærliggende å hevde at miljøterapeutene baserer sin behandling på en myte om selvskading som er tilbakevist av forskning. Jeg vil ikke umiddelbart akseptere en slik påstand. En innvending kan være at gruppen pasienter med selvskadingsproblematikk på en akuttpsykiatrisk avdeling er lite representativt i forhold til de gruppene man tidligere forsket på. Dette gjør at resultatene fra disse undersøkelsene kan være lite generaliserbare til gruppen ungdom på akuttpsykiatrisk avdeling. Dette synes blant annet når man sammenlikner prosent av populasjonen som selvskader i MAP studien sammenliknet med CASE studien. (jvf. Ruud et al., 2006, Ystgaard et al., 2003). En annen innvending er at de undersøkelsene som viser at denne funksjonen er av mindre betydning ikke har vært longitudinale. De har derfor ikke kunnet fange opp om dette er en selvskadingsfunksjon som kan utvikle seg over tid.

Mange undersøkelser fremhever også at selvskading er skambelagt, og at ungdommer derfor gjerne skjuler selvskadingen sin og dette anses av noen å være en motsetning til å selvskade for å påvirke andre. (jvf. Sommerfeldt & Skårderud 2009, Klonsky, 2007, Øverland, 2006). Innenfor rammene av en akuttpsykiatrisk avdeling er det imidlertid nærliggende å anta at det ikke er like lett å holde selvskadingen skjult. Selvskadingen blir derfor lettere oppdaget. Dersom selvskadingen ikke lenger er skjult, og pasientene i tillegg opplever at de får mye oppmerksomhet og omsorg grunnet den samme selvskading, kan atferden opprettholdes for å opprettholde, eventuelt øke oppmerksomheten og omsorgen. Det man imidlertid kan stille

spørsmålstegn ved er at miljøterapeutene tilsynelatende betrakter sitt nærvær og tilstedeværelse som et gode for pasientene. De gir i hvert fall ikke uttrykk for noe annet i intervjuene.

Det kan være en siste innvending mot at miljøterapeutene behandler selvskading på grunnlag av en avkreftet myte. Dette er at flere av undersøkelsene som avviser interpersonlig påvirkning som viktig funksjon, er basert på selvrapporing fra de som selvskadier. (jvf. Klonsky, 2007 Øverland, 2006, Ystgaard et al., 2003) Ungdomsgruppen ved avdelingene jeg undersøkte er ikke lik de gruppene som man har undersøkt tidligere. Det er nærliggende å anta at forekomsten av psykiske lidelser er større (jvf. Ruud et al., 2006). I tillegg beskrives flere pasienters med at de har manglende selvinnsett i forhold knyttet til selvskadingen. Det er etter mitt syn derfor grunn til å stille spørsmålstegn ved om resultatene fra de nevnte undersøkelsene kan generaliseres ovenfor denne gruppen pasienter. Det vil også være vanskelig å gjennomføre sammenliknende studier da selvrapporing antageligvis er lite gunstig for å fange opp selvskadingens funksjoner hos denne gruppen.

Om man setter denne undersøkelsens funn opp mot teori om miljøterapi kan to forhold nevnes; behandling av selvskading som en antioppgavekraft og viktigheten av et klart definert fagsyn. Larsen (2004) snakker som nevnt om antioppgavekrefter som er menneskelige eller organisatoriske faktorer som virker antiterapeutisk i forhold til å løse den primære miljøterapeutiske oppgaven. Jeg mener at undersøkelsens funn viser at behandling av selvskading i noen tilfeller kan ses på som en antioppgavekraft. Dette fremkommer tydelig når miljøterapeutene gir uttrykk for at fokuset på selvskadingen som atferd kan overskygge det som 'egentlig' er de problemene ungdommen trenger behandling for.

Dersom man vektlegger Larsens syn på miljøterapi, er det vesentlig med et klart definert fagsyn hvis behandlingen skal lykkes. Hans innfallsvinkel bidrar til å forklare hvorfor behandling av selvskading beskrives som utfordrende og vanskelig av miljøterapeutene. Som vist har ikke miljøterapeutene noe enhetlig definert fagsyn på behandling av selvskading. Selv der avdelingene har utarbeidet prosedyrer eller plattformer for behandling av selvskading fremkommer det at fenomenet vurderes ulikt og vektlegges forskjellig. I tillegg inneholder noe av det miljøterapeutene opplever som et klart definert fagsyn motsetninger. Dette aktualiserer Theophilakis syn at behandling lett misslykkes om den blir fragmentert fordi personalet ikke har en klart definert teoretisk forståelsesramme som konkretiseres i

behandlingsopplegget til pasienten (jvf. Theophilakis, 1991). Ut fra disse perspektivene kan det være nærliggende å anse at den miljøterapeutiske behandlingen av selvskading, som jeg har undersøkt, ikke er virksom. Jeg anser dog ikke at min undersøkelse gir noe belegg for å hevde dette. Miljøterapeutene gir uttrykk for at behandlingen kan være vanskelig og komplisert, men ingen av dem gir uttrykk for at behandlingen er helt mislykket. Det de imidlertid gir uttrykk for, er at den kanskje ikke er særlig virksom heller, selv om de gir noen eksempler på at behandlingen har lyktes.

Ved en sammenlikning av funnene fra undersøkelsen opp mot et relasjonelt aspekt ved miljøterapi er det flere ting jeg anser det er verdt å diskutere. Vatnes beskrivelse av de tre rollene miljøterapeutene tar ovenfor pasienter når de skal korrigere eller grensesette en atferd er gjenkjennelige. Det at miljøterapeutene definerer både problemet og løsningen ut fra en omsorgsrolle ovenfor pasienten kommer tydelig frem i noen tilfeller. Det er imidlertid oppdrager og vokterrollen som fremkommer tydeligst. Oppdragerrollen er fremtredende når man forsøker og ignorere eller avlede uønsket atferd. Inngåelse av fiktive avtaler gjennom regler og påbud likeså. I tillegg oppgir alle respondentene at de går over til å bruke åpen og direkte tvang og overvåking dersom dette ikke fører frem. De inntar altså en vokterrolle. (jvf. Vatne, 2006).

At miljøterapeutene inntar disse rollene er i følge Vatne et uttrykk for at de inntar en subjekt – objekt relasjon til pasientene. Det er de som skal endre pasientene. Disse synspunktene støttes delvis av denne undersøkelsens funn. Særlig tydelig blir subjekt – objekt relasjonen når miljøterapeutene forholder seg til selvskading som kroppslig skade. Pasientene reduseres da til fysiske objekter, kropper. Dette blir også til dels tydelig innenfor synet selvskading som et diabolsk virus der pasienten blir infisert og/eller besatt. Det er likevel ikke slik at miljøterapeutene ikke tilstreber å oppnå en subjekt – subjekt relasjon til pasientene. Det at de forsøker dette blir særlig tydelig innenfor synet på selvskading som kommunikasjon. Det at miljøterapeutene tilsynelatende også foretrekker synet på selvskading som kommunikasjon kan også tolkes som et uttrykk for ønsket om en subjekt – subjekt relasjon. (jvf. Vatne, 2006, Larsen 2004).

Innenfor beskrivelse av selvskading som kommunikasjon er flere av tiltakene et uttrykk for en subjekt – subjekt relasjon. Miljøterapeutene forsøker å dele sin opplevelse av hvordan de opplever pasientens kommunikasjon når pasienten forteller om en selvskadingsepisode, og de

håper at en endring til det bedre skal skje som en følge av denne utvekslingen. Når miljøterapeutene forteller om hvordan de ønsker å introdusere alternative mestringsstrategier til pasientene gir de uttrykk for at dette må skje ut fra et utgangspunkt som er aktørbestemt. Det vil si at det er viktig å ta utgangspunkt i pasientens opplevelse av sin selvskadings årsak og funksjon. Det at miljøterapeutene innenfor synet selvskading som kommunikasjon kan betrakte selvskadingen som noe positivt kan også anses som et ønske om å ta pasientens opplevelser på alvor. Dermed kan man si at selv om miljøterapeutene ofte inntar en subjekt – objekt relasjon til pasientene så gjør de ikke utelukkende det. (jvf. Vatne, 2006, Larsen, 2004).

En forklaring på at man er nødt til å innta en subjekt – objekt relasjon kan ses på som et uttrykk for balansegangen mellom et her og nå og et langtidsperspektiv i behandling av selvskadingen. Det er ikke alltid praktisk mulig å innta en subjekt – subjekt relasjon. I de akutte alvorlige episodene er man tvunget til å forholde seg til pasienten som et objekt for å unngå alvorlig fare for liv og helse.

6.4 Mulige temaer for fremtidig forskning

Denne undersøkelsen viser at miljøterapeutisk behandling av selvskadende ungdom på akuttpsykiatriske avdelinger er et komplekst område, der miljøterapeutene foretar en kontinuerlig balansegang mellom 'her og nå' perspektivet og langtidsperspektivet. I arbeidet med denne undersøkelsen fant jeg fire tema som jeg ønsker å fremheve som mulige tema for fremtidige undersøkelser.

Et tema er om miljøterapeutisk behandling av selvskadende ungdom virker samt hvorfor eller eventuelt hvorfor ikke det virker. Ut fra miljøterapeutenes beskrivelser kan det virke som om de lett havner i onde sirkler som det tar lang tid å bryte ut av når de behandler alvorlig selvskading. Et spørsmål i denne forbindelse er om dette medfører at pasienter som selvskader har et lengre opphold på akuttpsykiatriske avdelinger.

Den kategorien som skilte seg ut i miljøterapeutenes syn på selvskading var selvskading der mat ble brukt som metode. Et tema for en mulig undersøkelse er å sammenlikne behandling av ungdom som bruker mat som metode med behandling av andre former for selvskading. Samt om det er vesensforskjeller på selvskading med mat som metode og annen type selvskading.

Miljøterapeutene gir sterkt uttrykk for at selvskadingen er smittsom og sprer seg på avdelingen. Samtidig uttrykker de ambivalens til effekten av tiltakene de iverksetter for å begrense smitten. Hvorvidt selvskadingen er smittsom, og i hvilken grad samt om tiltakene som iverksettes for å begrense smitting er virksomme, er et annet tema for fremtidig forskning.

Et siste tema er muligheten for å tilpasse metoder som er dokumentert effektive i behandling av selvskadende ungdom til ungdom som er innlagt på institusjoner, inkludert ungdom som selvskader så alvorlig at somatisk behandling er påkrevd parallelt med øvrige behandling.

Referanseliste

- Aadland, E. (1991). *Etikk for helse- og sosialarbeidarar*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Album, D. (1996). *Nære fremmede pasientkulturen i sykehus*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Andersen, A. (Red.). (1997). *Uten fasit: Perspektiver på miljøterapi*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Anstorp, T., Benum, K., & og Jakobsen, M. (Red.). (2006). *Dissosiasjon og relasjonstraumer: Integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Birkhaug, K., Baklund, L., Bolgien, A., Hatling, T., Heberg, K., Hesle, A., et al. (2006). *En beskrivelse av fem akuttenheter for ungdom i psykisk helsevern for barn og unge i 2005: sluttrapport*. SINTEF Helse.
- Bloch-Thorsen, G. (2006). Selvskading og selvmord... Ingen selvfølge. *Suicidologi*, 11 (1), ss. 5-9.
- Brager-Larsen, A., Magnussen, S., & Hestetun, I. (2007). Dialektisk atferdsterapi for ungdom i Norge : teori, metode og erfaringer fra et behandlingstilbud. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44 (12), ss. 1475-1484.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory*. London: SAGE Publications Ltd.
- Crowe, M., & Bunclark, J. (2000). Repeated self-injury and its management. *International Review of Psychiatry*, 12, ss. 48-53.
- Ekeberg, Ø. (2001). Villet egenskade, parasuicid eller selvmordsforsøk? . *Suicidologi*, 6 (1), ss. 6-7.
- Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry* (2. utg.). London: The Johns Hopkins University Press.
- Fellesorganisasjonen . (2009). *Webområde for Fellesorganisasjonen, FO*. Hentet oktober 4, 2009 fra Om vernepleieryrket : http://www.fo.no/getfile.php/Filer/01%20FO-sentralt%20filer/Trykksaker/_Om%20vernepleieryrket__A5.pdf
- Fellesorganisasjonen. (2002). *Webområde for Fellesorganisasjonen, FO*. Hentet September 4, 2009 fra Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere : <http://www.fo.no/getfile.php/Filer/01%20FO-sentralt%20filer/Trykksaker/yrkesetisk.pdf>
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., & Løkke, J. (2002). *Perspektiver på psykisk lidelse: å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Helsepersonelloven. Helsepersonelloven. Lov av 2.juli 1999 nr. 64, om helsepersonell m.v. m/endringer sist ved lov av 19.juni 2009.
- Karlsson, B. (1997). Miljøterapi: - begrep og innhold - en kritisk drøftelse. I A. Andersen (Red.), *Uten Fasit: Perspektiver på miljøterapi* (ss. 169-189). Cappelen Akademiske Forlag.
- Katz, L., Cox, B., Gunasekara, S., & Miller, A. (2004). Feasibility of Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Adolescent Inpatients. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43 (3), ss. 276-282.

- Klonsky, D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review* .
- Larsen, E. (2004). *Miljøterapi med barn og unge: Organisasjonen som terapeut*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Melum, L., & Jensen, A. (2006). Suicidal atferd ved ustabil personlighetsforstyrrelse. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening* (126), ss. 2946-2649.
- Miller, A., & Hartstein, J. (2002). Fremskritt i dialektisk atferdsterapi for suicidal ungdom *Suicidologi* , 7 (3), ss. 7-17.
- Ng, G. (1998). *Everything you need to know about self – mutilation: A helping book for teens who hurt themselves*,. New York: The Rosen Publishing Group.
- O'Herlihy, A., Worrall, A., Banerjee, S., Jaffa, T., Hill, P., Mears, A., et al. (2001). *National In-patient Child and Adolescent Psychiatry Study (NICAPS)*. Hentet Oktober 6, 2009 fra Webområde for Royal College of Psychiatrists:
<http://web.archive.org/web/20040727185457/www.rcpsych.ac.uk/cru/complete/NICAPS+report+.pdf>
- O'Herlihy, A., Worrall, A., Lelliott, P., Jaffa, T., Mears, A., Banerjee, S., et al. (2004). Characteristics of the Residents of In-Patient Child and Adolescent Mental Health Services in England and Wales. *Clinical Child Psychiatry* , 9 (4), ss. 579-588.
- Pasientrettighetsloven. Pasientrettighetsloven. Lov av 2.juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter m/endringer sist ved lov av 19.desember 2008.
- Psykisk helsevernloven. Psykisk helsevernloven. Lov av 2.juli 1999 nr. 62, om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. m/endringer sist ved lov av 19.desember 2008.
- Rathus, J., & Miller, A. (2002). Dialectical Behavior Therapy Adapted for Suicidal Adolescents. *Suicid & Life - Threatening Behavior* , 32 (2), ss. 146 - 157.
- Ruud, T., Gråve, R., & Hatling, T. (2006). *Akuttpsykiatrisk behandling i Norge: -resultater fra en multisenterstudie*. SINTEF Helse.
- Silverman, D. (2006). *Interpreting qualitative data*,. London: SAGE Publications Ltd.
- Simeon, D., & Favazza, A. R. (2001). Self-Injurious Behaviors: Phenomenology and Assessment. I D. Simeon, & E. Hollander (Ed.), *Self-Injurious Behavior: Assessment and Treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Simeon, D., & Hollander, E. (Ed.). (2001). *Self-Injurious Behaviors: Assessment and Treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2009). Selvskading og spiseforstyrrelser. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening* , 129, ss. 877-881.

Sommerfeldt, B., & Skårderud, F. (2009). Hva er selvskading? *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 129, ss. 754-758.

Strand, L. (2004). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet: Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag .

Theophilakis, M. (1991). *Behandlernes hus: Om psykiatrisk institusjonsbehandling av barn*. Oslo: Universitetsforlaget.

Trautmann, K., & Connors, R. (2001). *Forstå selvskading: arbeidsbok for ungdom og voksne*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.

Urnes. (2009). Selvskading og personlighetsforstyrrelser. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 129 (9), ss. 872-6.

Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne: Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Walby, F., & Ness, E. (2009). Psykiatrisk behandling av selvskading på legevakt. . *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 129, ss. 885-887.

Widerberg, K. (2001). *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ystgaard, M., Reinholdt, N., Husby, J., & Melum, L. (2003). Villet egenskade blant ungdom. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 123, ss. 2241-2245.

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

Intervjuguide

Selve selvskadingsepisoden

1. **Kan du bruke litt tid på å tenke på en episode som du husker der du opplevde selvskading som var så alvorlig at du måtte stoppe den.**
2. **Hva skjedde før selve selvskadingen begynte?**
 - Hvem var tilstede?
 - Hvor var dere?
 - Din opplevelse? Forutså du SS, var situasjonen kaotisk etc.
3. **Hvordan oppdaget du selvskadingen?**
 - Hva ble gjort når selvskadingen ble oppdaget?
 - Hvem bestemte dette?
 - Hva var din rolle og de andres rolle i situasjonen?
4. **Hva skjedde når selvskadingen pågikk?**
 - Samhandling med pasienten
 - Samhandling med kollegaer
 - Samhandling evt. andre
 - Hva var din rolle i dette?
 - Ditt syn på det som skjedde.
 - Hvordan tror du pasienten opplevde situasjonen?
5. **Hvordan ble selvskadingen stoppet?**
 - Hvem bestemte at den skulle stoppes?
 - Hvordan foregikk det rent praktisk?
 - Samhandling med kollegaer og pasienter.
 - Ditt syn på det som skjedde?
 - Hvordan tror du pasienten opplevde situasjonen?
6. **Hvordan ble selvskadings episoden avsluttet?**
 - Overgang til en annen situasjon tvang, aktivitet etc?
 - Vaktskifte
 - Samtale om episoden.

Etter selvskadingsepisoden

1. Hva skjedde etter at episoden var avsluttet?

- Tenkte du noe mer på episoden?
- Snakket du med kollegaer?
- Var samtalene en del av en formell struktur, eller på eget initiativ?
- Hva snakket dere om?
- Hva var dine tanker rundt episoden
- Ble episoden diskutert på møter, rapport eller lignende?
- Var den type selvskading hos denne pasienten diskutert tidligere?
- Hvor lenge etterpå ble episoden diskutert/ tenkte du på episoden.

2. Etterarbeid med pasienten

- Hva skjedde med pasienten etter episoden?
- Hvem bestemte det som skulle skje
- Hva var ditt syn på dette?
- Hva tror du pasienten syntes om det som skjedde?

Generelle rammebetingelser

1. Er selvskading noe som forekommer ofte på ditt arbeidssted?

- Diskuteres det ofte?
- Diskuteres det generelt eller i forbindelse med enkeltpasienter?
- Hvem initierer diskusjonene?

2. Hva er ditt arbeidssteds syn på selvskading?

- Hvem bestemmer dette synet?
- Er du enig i dette?
- Har dere faste prosedyrer i forhold til håndtering av selvskading?
- Skiller dere på selvskading? Kategorisering eller lignende.

3. Hva er ditt syn på selvskading?

- Liker du å arbeide med problematikken? Evt. hvorfor?
- Føler du at du har kompetanse på området?
- Andre ting du synes det er viktig at jeg får med?