

Selvskading og miljøterapi

Selvskadende pasienters erfaringer med å være innlagt i psykiatriske avdelinger.

Foto: Elisabeth
Tomnesen/SUS



Av Anne Marie Rovik,
universitetslektor, Universi-
tetet i Stavanger

Introduksjon

Som en del av sin problematikk har noen mennesker en tendens til å skade kroppen sin på en måte som er utenfor grensene for det som er sosialt akseptert, og når disse menneskene blir innlagt i psykiatriske avdelinger, settes miljøpersonalets terapeutiske kapasitet på en hard prøve (Rovik, 2005 Mackay & Barrowclough, 2005). Det hevdes at selvskadende pasienter kan motta så dårlig omsorg i de psykiatriske avdelingene at de blir re-traumatiserte under innleggelsene (Starr, 2004), og forskning kan indi-

kere at sterke negative holdninger til selvskadende pasienter nå er en akseptert og tolerert del av den profesjonelle omsorgskulturen (Simpson, 2006). Denne artikkelen er basert på et prosjekt som ble gjort etter initiativ fra den sykepleiefaglige ledelsen ved Stavanger Universitetssykehus (SUS), Psykiatrisk klinikk. I prosjektet ble tidligere innlagte selvskadende pasienter invitert til å rapportere om sine pasienterfaringer i de psykiatriske avdelingene. Studien var en del av en generell strategisk plan for å kvalitetssikre miljøterapien ved sykehuset, og

Fagfellevurdert artikkel

Sammendrag: Forskning kan indikere at sterke negative holdninger til selvskadende pasienter nå er en akseptert og tolerert del av den profesjonelle omsorgskulturen. Målet med denne studien var å undersøke hvordan selvskadende pasienter erfarte å være innlagt i psykiatriske avdelinger. Fjorten respondenter bidro med data via et spørreskjema med åpne spørsmål. Den kvalitative tekstanalysen fulgte de tre analysefasene til Corbin og Strauss. Funnene viste at respondentene sine erfaringer var relatert til hvordan miljøpersonalet møtte deres forventninger om omsorg. Analysen identifiserte ulike aspekter ved miljøpersonalet og situasjoner i avdelingen som respondentene knyttet sine positive og vanskelige erfaringer til. Positive aspekter ved miljøpersonalet var tilgjengelighet, engasjement og gratifikasjon, mens vanskelige aspekter var utilgjengelighet, ignorering og krenkelse. Positive aspekter ved situasjoner i avdelingen var overraskelse, velvære og læring, mens vanskelige aspekter var skuffelse, psykisk smerte og traume. Mer kvalitativ forskning trengs for å få en utdypet forståelse for disse og andre aspekter ved selvskadende pasienters erfaringer i psykiatriske avdelinger.

Nøkkelord: brukerperspektiv, kvalitativ analyse, psykiatrisk sykepleie

Self-Harming and Milieu Therapy: Self-Harming Inpatients' Experiences from Psychiatric Units Research might indicate that strong negative attitudes towards people who self-harm are now an accepted and tolerated component of the professional health culture. The aim of this study was to examine how self-harming inpatients experienced their stay in psychiatric units. Fourteen respondents provided data through open-ended questionnaires. The qualitative text analysis followed the three steps of Corbin and Strauss. The respondents' experiences were related to their perception of how their expectations of caring were met by the staff, and both positive and difficult experiences were narrated. The respondents appreciated accessible staff who offered them commitment and gratification, and situations that generated an inner sense of surprise, well-being and learning. The respondents connected difficult experiences with inaccessible, disregarding and offensive staff, and to situations which generated an inner sense of disappointment, emotional pain and trauma. To develop further understanding about these and other aspects of self-harming inpatients' experiences in psychiatric units, more qualitative research is needed.

Key words: psychiatric nursing, qualitative analysis, user perspective



den tok utgangspunkt i følgende spørsmål: Hvordan beskriver selvskadende pasienter sine erfaringer med å være innlagt i psykiatriske avdelinger? Da det viste seg at tilgangen på aktuelle respondenter som hadde vært innlagt ved Psykiatrisk klinikk ble begrenset, ble studien utvidet til også å inkludere respondenter som hadde vært innlagt ved forskjellige distriktspsykiatriske sentre i Rogaland.

Når pasienter rapporterer om sine erfaringer i praksisfeltet, får de profesjonelle muligheter til innsikt i hvordan deres rolleutøvelse i praksisfeltet tar seg ut og vurderes i et pasientperspektiv. Prosjektets hensikt var å bidra til å styrke og forbedre miljøterapien for selvskadende pasienter, ved å frambringe empirisk kunnskap om hvordan disse pasientene karakteriserte positive og vanskelige erfaringer i de psykiatriske avdelingene (Røssberg & Friis, 2004).

Miljøterapiens metode og mål

Miljøterapiens metode går ut fra en grunntanke om

at alt som skjer i avdelingen kan utnyttes til å skape nye «korrigerende emosjonelle erfaringer» for pasientene, som gir dem muligheter til å lære og utvikle sine mestrings- og problemløsningsmåter (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson, & Løkke, 2009; Hummelvoll, 2004; Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010). Miljøterapien har sin effekt gjennom de relasjonene som oppstår og forløper der, og den mest avgjørende oppgaven for miljøpersonalet er å kunne stå i trykket av de følelsesmessige påkjenningene de blir utsatt for, og beholde sin evne til engasjement, til tenkning og til empatisk kommunikasjon, hevder Skårderud et al. (2010). Et miljøterapeutisk ideal er at miljøterapeuten er bærer av og bidrar til å videreutvikle en faglig kultur der empati, erkjennelse og selvstendigjøring er motiver for relasjonsarbeidet. Framfor alt må miljøterapeuten få pasienten til å forstå seg ønsket og velkommen, invitert til å meddele seg på sin egen måte, respektert og rommet, hevder Haugsgjerd et al. (2009). Avdelingen må være et

FORTVILET: Pasienter som skader seg selv kan oppleve at de ikke alltid får den hjelpen de trenger når de er innlagt på psykiatrisk avdeling. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

sted hvor bekreftelse skjer, og der man stimuleres til å undersøke egne reaksjoner og oppfatninger, et sted hvor man kan gi og få støtte og utfordring, og endelig et sted hvor man blir speilet og speiler andre, mener Hummelvoll (2004).

Litteratursøk

Det er gjort lite kvalitativ forskning i hvordan miljøterapien i psykiatriske avdelinger oppleves av selvskadende pasienter. Ulike kombinasjoner av søkeordene self-harming, self-mutilation, self-injury, psychiatric unit, psychiatric nursing, milieu therapy, patient outcome og user perspective i databasene CINAHL, PsycNET, PsycINFO, Ovid, og MEDLINE for tidsrommet 1999- 2010, ga kun noen få artikler.

I en studie av Smith (2002) rapporterte tre respondenter om sin frustrasjon over den omsorgen de fikk i avdelingen. Selv om noen av personalet gjorde seg tilgjengelige for samtaler med dem, hadde de likevel en følelse av at personalet ikke forsto dem, og de opplevde at ingen gikk til bunns i spørsmålet om hvorfor de skadet seg. Respondentene følte seg som uskikkelige barn når de skadet seg og som en byrde for personalet, og de oppfattet at personalet så på dem som mislykket.

I en studie av Weber (2002) rapporterte ni respondenter at de verdsatte miljøpersonale som

«Miljøterapi er å være sammen så det hjelper.»

var milde, trøstende og støttende, og som stimulerte dem til selvrespekt og ga dem håp om en meningsfull framtid. De verdsatte å snakke med miljøpersonalet og at miljøpersonalet lyttet til dem, og kunne tolke deres følelsesmessige situasjon ut fra deres nonverbale uttrykk. De verdsatte miljøpersonale som gav dem mulighet for avledning når det oppsto opprørende situasjoner i miljøet, og de verdsatte relasjoner som var så omsorgsfulle at de forebygget selvskading, ved at de tenkte at de ville såre miljøpersonalet dersom de skadet seg.

I en studie av Huband & Tantam (2004) rapporterte ti respondenter at deres opplevelse av å få hjelp var størst når de opplevde miljøpersonalet som omsorgsfulle, når miljøpersonalet oppmuntret dem til autonomi, og når de oppfattet miljøpersonalet som kompetent. Opplevelsen av å få hjelp minsket dersom de opplevde miljøpersonalet som uinteressert, overbeskyttende eller inkompetent.

Studiens mål

Den aktuelle studiens mål var å undersøke hvordan selvskadende pasienter erfarte å være innlagt i psykiatriske avdelinger.

Metode

Spørreskjema med åpne svarkategorier ble valgt som metode for datainnsamling. En sentral begrunnelse for dette valget var at metoden ga respondentene en tilsiktet mulighet til anonymitet, og dermed trygghet og frihet til å ventilere seg uten frykt for mulige antaserte sanksjoner. Polit & Beck (2008) påpeker at anonymitet kan være avgjørende for om respondenter gir ærlige svar på personlige og følsomme spørsmål. En annen begrunnelse var at en ville unngå at respondentene ble påvirket av den interaksjon som alltid vil være til stede mellom intervjuer og respondent i en intervju situasjon.

Studiegruppe og forskningsetiske overveielser

Respondentgruppen ble betraktet som meget sårbar, og tilgangen til aktuelle respondenter skjedde via den sykepleiefaglige ledelsen i praksisfeltet, som gjorde en faglig-etisk vurdering av hvilke respondenter som skulle inviteres til å delta i studien. Spørsmålene i spørreskjemaet ble laget så skånsomme som mulig, og ut fra den gyldne regel om ikke å spørre respondentene om mer enn det som var høyst nødvendig for studien (Holzemer, 2003). I spørreskjemaet ble respondentene bedt om å beskrive positive og vanskelige erfaringer i avdelingsmiljøet, og gi eksempler på dette. I tillegg inneholdt spørreskjemaet spørsmål om respondentens kjønn, antall innleggelses, lengden på innleggelsen(e), og et spørsmål om hvorvidt miljøpersonalets kjønn utgjorde noen forskjell på respondentenes erfaringer. Studien ble etisk vurdert og klarert av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Vest-Norge.

Forespørselen ble sendt direkte til respondentene sammen med spørreskjema og frankert svarkonvolutt adressert til forskeren. I forespørselen ble anonymiteten, frivilligheten og retten til å avstå fra å delta i studien presisert og tydeliggjort. Fjorten respondenter, tretten kvinner og én mann, samtykket i å delta i studien ved å sende inn utfylte spørreskjema. Alle respondentene hadde hatt flere innleggelses i forskjellige avdelinger, og innleggelsene hadde vart fra noen dager til flere år.

Kvalitativ tekstanalyse

Respondentenes erfaringer ble forstått som produkter av relasjonen mellom respondentene og miljøper-

sonalet, og målet med den kvalitative tekstanalysen var å forstå det relasjonelle grunnlaget som respondentene hadde kategorisert sine erfaringer på (Aase & Fossåskaret, 2007). Analysen foregikk i tre faser:

I første fase ble tekstene i spørreskjemaene gjennomlest i sin helhet for å forstå essensen i respondentenes beskrivelser (Corbin & Strauss, 2008). Deretter ble tekstene brutt ned til analyseenheter, det vil si til setninger og uttrykk som kun inneholdt ett begrep, en ytring, tanke, følelse, reaksjon eller mening. Disse analyseenheter ble så tolket for mulige betydninger og meninger, sammenlignet, sortert og kategorisert i tema (Aase & Fossåskaret, 2007).

I andre fase ble tekstene på ny gjennomlest i sin helhet i lys av symbolsk interaksjonisme, som er et teoretisk perspektiv som tar utgangspunkt i at mennesker oppfatter, tolker og reagerer ut fra den mening som tillegges andres handlinger og situasjoner, og den kontekst en befinner seg i, inkludert egen sinnsstemning og helsetilstand (Levin & Trost, 2005). Analyseenheter fra første analysefase ble så tolket og relatert i dette teoretiske perspektivet.

I tredje analysefase ble analyseenheter ordnet i to typer prosesser. I den ene prosessen inngikk aspekter ved erfaringer som respondentene hadde kategorisert som positive, og i den andre prosessen inngikk aspekter ved erfaringer som respondentene hadde kategorisert som vanskelige (Corbin & Strauss 2008).

I det følgende vil den kvalitative analyseprosessen illustreres ved å vise hvordan to tekster i data-materialet ble analysert. Tekst I var kategorisert som en positiv erfaring, og Tekst II var kategorisert som en vanskelig erfaring.

Tekst I: Noen ganger er selvskadningstankene så sterke og det er ikke alltid jeg klarer å ikke skade meg, da ble det noen ganger brukt tvang på meg. Det var ikke så populært hos meg da, men i ettertid ser jeg at det var til det beste for meg at de brukte den tvangen. Da slapp jeg å skade meg alvorlig og jeg slapp å få stygge arr. Noen ganger har jeg altså behov for at det har blitt brukt tvang på meg.

Tekst II: ...Selvskadning har vært vanskelig. Man blir overlatt til seg selv og de overser når du skader deg. Kommer for eks. inn når du kutter deg og spør om du er ferdig. Hvis du ikke er ferdig går de bare igjen. Jeg har vanskelig for å ikke være destruktiv. Men du får ikke noe hjelp til at de hjelper deg. I stedet for blir du oversett. Det virker som flesteparten ikke orker å sette seg inn i situasjonen. I stedet for går de bare. Det virker som de er veldig ufaglærte når det gjelder selvskadning...

Første analysefase

Essensen i de to tekstene var henholdsvis anerkjennelse og kritisk evaluering av miljøpersonalets rolle og funksjon i avdelingsmiljøet. De to tekstene ble brutt ned til følgende 19 analyseenheter:

1. Noen ganger er selvskadningstankene så sterke
2. ..og det er ikke alltid jeg klarer å ikke skade meg
3. ..da ble det noen ganger brukt tvang på meg
4. Det var ikke så populært hos meg da
5. ..men i ettertid ser jeg at det var til det beste for meg at de brukte den tvangen
6. Da slapp jeg å skade meg alvorlig
7. ..og jeg slapp å få stygge arr
8. Noen ganger har jeg altså behov for at det har blitt brukt tvang på meg
9. Selvskadning har vært vanskelig
10. Man blir overlatt til seg selv
11. ...og de overser når du skader deg
12. Kommer for eks. inn når du kutter deg og spør om du er ferdig
13. Hvis du ikke er ferdig går de bare igjen
14. Jeg har vanskelig for å ikke være destruktiv
15. Men du får ikke noe hjelp til at de hjelper deg
16. I stedet for blir du oversett
17. Det virker som flesteparten ikke orker å sette seg inn i situasjonen
18. I stedet for går de bare
19. Det virker som de er veldig ufaglærte når det gjelder selvskadning...

Analyseenheter 1, 2, 9 og 14 beskriver respondentens opplevelse av egen selvskadningsproblematikk. Analyseenheter 3 gjør det klart at respondenten har hatt erfaringer med tvangsbehandling. Analyseenheter 4 beskriver at respondenten hadde negative holdninger til tvangsbehandlingen der og da, mens analyseenheter 5, 6, 7 og 8 viser at respondenten anerkjenner nytten av tvangsbehandlingen.

I analyseenheter 10, 11, 12, 13, 15, 16 og 18 beskriver respondenten et miljøpersonale som viker unna nærkontakt, som overser respondenten og går sin vei, og som overlater ansvaret for selvskadningen til respondenten. I analyseenheter 17 og 19 beskriver respondentens sine oppfatninger av miljøpersonalet.

Andre analysefase

Tekstene reflekterer at respondentenes forståelse av seg selv og miljøpersonalet er avgjørende for hvordan de kategoriserer sine erfaringer. Den positive erfaringen i Tekst I er basert på en retrospektiv innsikt i at det som ble erfart under innleggelsen var nødvendig



MEDFØLELSE: Pasientene verdsatter personale som viser medfølelse når de har det tøft. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

og nyttig for respondentene. Den vanskelige erfaringen i Tekst II er basert på en opplevelse av å bli sviktet av miljøpersonalet i selvskadingsprosessen.

Tredje analysefase

I Tekst I kan vi se konturene av en prosess der respondentene knytter positive erfaringer til en opplevelse av at det var samsvar mellom egne behandlingsbehov, den behandlingen som ble gitt, og de positive konsekvensene som denne behandlingen hadde hatt for respondentene. I Tekst II kan vi se konturene av en prosess der respondentene knytter vanskelige erfaringer til en opplevelse av at det ikke var samsvar mellom egne omsorgsbehov og miljøpersonalets faktiske handlinger.

Studiens troverdighet

Studiens troverdighet er avhengig av hvor pålitelig den reflekterer respondentenes erfaringer og sosiale prosesser som gjelder respondentene i den aktuelle konteksten. I analyseprosessen ble det viktig å være lojal mot tekstene og analysere dem som levde erfaringer, uansett hvor «utrolige» og emosjonelt opprørende tekstene var. Beskrivelsene i spørreskjemaene lignet på hverandre. De lignet også på respondentenes beskrivelser i de studiene som kom fram i litteratursøket. Like beskrivelser kan anvendes som mål på likhet mellom opplevelser. Dette kan indikere at respondentene i studien er representative i forhold til et større univers av pasienter (Aase & Fossåskaret 2007; Corbin & Strauss, 2008; Gobo, 2004; Roberts, 2006).

Funn og drøfting

Analysen viste at respondentene hadde innsikt i og

strevde med å mestre egen selvskadingsproblematikk i avdelingen. Dette skapte sterke behov og ønsker hos respondentene om at miljøpersonalet skulle være hos dem og gi dem omsorg. Respondentene hadde en oppfattelse av at denne omsorgsoppgaven burde være lett å utøve for miljøpersonalet, og på denne bakgrunn rettet de sine forventninger til og reagerte på miljøpersonalet.

Tabell 1 gir en oversikt over aspekter ved miljøpersonalet og situasjoner i avdelingen som inngikk i respondentenes positive og vanskelige erfaringer. Aspektene ved miljøpersonalet er framstilt som aspekter ved miljøpersonalets profesjonelle rolleutøvelse, mens aspektene ved situasjoner i avdelingen er framstilt som aspekter ved indre prosesser i respondentene som ble stimulert i ulike situasjoner. Disse aspektene var nært knyttet til aspektene ved miljøpersonalet. I det følgende presenteres og drøftes respondentenes erfaringer i avdelingen.

Positive erfaringer

Positive erfaringer var knyttet til respondentenes anerkjennelse og verdsettelse av miljøpersonalet og situasjoner som miljøpersonalet bidro til å kreere i avdelingen.

Aspekter ved miljøpersonalet

Tilgjengelighet var et aspekt ved miljøpersonalet som representerte fysisk og psykologisk tilstedeværelse og tilgjengelighet. Dette inviterte respondentene til fellesskap og samvær, og bidro til å skape trygghet og ro i respondentene.

..personalets tilstedeværelse har vært/er viktig. de er der, de bryr seg og prøver å snakke med deg. De går ikke bare for det er en vanskelig situasjon.. de tar seg tid og stresser ikke rundt.. da føler jeg at jeg ikke må forstyrre de..

Det mest sentrale kulturgodset i psykiatrisk sykepleie, er en tydelig identifiserbar profesjonell sykepleier som kjennetegnes ved kontinuerlig fysisk, psykisk og åndelig tilgjengelighet og nærvær, mener Lindström (2003). De innlagte pasientene lengter etter kontakt med miljøpersonalet, og miljøpersonalets tilgjengelighet er av stor betydning og nødvendig for at bedring skal finne sted hos pasientene (Lindström, 1997). Et skrøpelig jeg som forblir forlatt alene, forblir skrøpelig, hevder Everett og Gallop (2001).

Engasjement betyr å være engasjert i, sterkt opp-tatt av, og å bruke tid og krefter på (Guttu, 1991). Respondentene verdsatte miljøpersonale som framsto som genuint interessert i dem, som tok seg tid til å lytte og sette seg inn i deres situasjon, trodde på dem,

og tok deres problemer på alvor. Respondentene verdsette også miljøpersonale som var aktivt oppfølgende i forhold til deres behov og situasjon, og som matchet deres følelser ved å vise glede når de var glade, og medfølelse når de hadde det tøft.

.. personalet var også interessert i livet mitt før jeg ble syk for 3 år siden.. de spurte meg om hva jeg drev med på fritiden, og de ville at jeg skulle lykkes med det jeg drev med.. noen tok seg tid og hørte på meg når jeg ville fortelle ting, om det var gode ting eller triste ting, følelsen at noen lytter føles veldig bra..

Et engasjert miljøpersonale utøver genuin omsorg, og når pasientene forstår denne omsorgen, genereres tillit som er en ytterst sentral ingrediens i en terapeutisk relasjon (Rognes, 2000). Engasjement hos miljøpersonalet blir derfor en nødvendig forutsetning i en avdeling som skal stimulere pasientene til vekst og utvikling (Hummelvoll, 2004). Gratifikasjon kommer fra det latinske *gratus* som betyr behagelig og elskverdig (Guttu, 1991). Respondentene ble oppmuntret, oppløftet og tilfredstilt i møte med miljøpersonale som framsto som blide, vennlige, kjærlige, varme, trygge, forståelsesfulle, respektfulle, fleksible, humoristiske, og med evne til å gi «det lille ekstra».

.. De brydde seg om at jeg skulle ha det bra og var til og med glade i meg.. Det jeg satte mest pris på var respekten og likeverdet.. De har møtt meg på mine behov.. de kunne le og si: «skal si du har krefter» når jeg hadde utagert, og de måtte holde meg..

Et miljøpersonale som lykkes i å få pasienten til å forstå seg verdifull og betydningsfull oppfyller dype behov i pasienten (Lindström, 2003), og bidrar til å virkeliggjøre miljøterapiens mål og verdier (Haugsgjerd et al., 2009). Også andre studier viser at pasienter verdsetter profesjonelle hjelpere som kjennetegnes ved gratifikasjon (Hem & Heggen, 2004).

Aspekter ved situasjoner

Overraskelse betyr overrumpling og forundring (Guttu, 1991). Miljøpersonalet overrasket respondentene når de framsto som fleksible og autonome personer som oppsøkte dem på deres rom, initierte uforutsette møter og samtaler med dem, førte samtaler på respondentenes premisser, og når de tok seg god tid sammen med dem. Størst var overraskelsen når dette ble gjort av miljøpersonale som ikke tilhørte respondentens team.

.. Jeg ble spesielt glad da de kom inn på rommet, og vi hadde en samtale.. utenom avtalt tid.. en av sykepleierne kom inn på rommet mitt en kveld og satte seg ned og snakket med meg en hel time. Rolige og reflekterte samtaler

omkring selvskadingsproblemet.. hva tenker du at selvskadning hjelper mot.. de maste ikke.. de sa ikke så mye..

Når respondentene ble overrasket over at miljøpersonalet tok initiativ til spontane møter og samtaler med dem, tyder dette på at respondentene ikke hadde forventet at dette skulle skje, og det er nærliggende å tenke at dette er et produkt av tidligere erfaringer. Når miljøpersonalet i denne situasjonen likevel initierte kontakt, ble det kreert en verdifull situasjon som innebar en betydningsfull «korrigerende emosjonell erfaring» for respondentene (Skårderud et al., 2010).

Velvære er trivsel og velbefinnende som kan oppleves som ro, fred, trygghet, nytelse, tilfredstilte, glede og begeistring (Lindström, 2003; von Krogh, 2005). Respondentene opplevde velvære når miljøpersonalet reagerte positivt på deres atferd og innspill, og når de foretok seg kreative handlinger og ekstraordinære tiltak for respondentenes skyld. Også det å bli tatt med i eget behandlingsopplegg genererte velvære.

.. Et miljøpersonale gav meg en klem etter samtalen. Utrolig hva en klem kan gjøre!.. Husker godt en gang en av kontaktene mine skulle på ferie. Jeg var ganske dårlig, men vedkommende sa at hun skulle ta med seg litt av sanden hjem, noe hun gjorde. Med et kort som det stod at når jeg ikke kunne komme til stranden så skulle den komme til meg. Mens jeg kuttet meg kom en sykepleier inn. Jeg brøt ut i sinne sa mye dumt, hun satt med meg og pratet. Det følte bra, for da følte jeg ikke den skammen... Det beste var da vi ble enige om videre behandling..

Betydningen av at miljøpersonalet bestreber seg på å møte pasientene på en måte som genererer velvære i dem, ligger i en antagelse om at pasientene må oppleve å få noe godt av miljøpersonalet for at de skal bli gode objekter i pasientenes indre verden. Dette er en nødvendig erfaring for at pasientene skal utvikle tillit til miljøpersonalet og la seg påvirke av dem (Lindström, 2003).

TABELL 1. Oversikt over aspekter ved miljøpersonalet og situasjoner som respondentene knytter positive og vanskelige erfaringer til.

Kategoriserte erfaringer	Aspekter ved miljøpersonalet	Aspekter ved situasjoner
Positive erfaringer	Tilgjengelighet Engasjement Gratifikasjon	Overraskelse Velvære Læring
Vanskelige erfaringer	Utilgjengelighet Ignorering Krenkelse	Skuffelse Psykisk smerte Traume

Det var lettere for respondentene å oppleve velvære sammen med kvinnelig miljøpersonale. De ble oppfattet som mer forståelsesfulle, omsorgsfulle og medmenneskelige. Respondentene beskrev inntrykk av at mannlig miljøpersonale var mer arrogante, truende, redde for følelser, metodefikserte og resultatorienterte.

Læring innebærer å utvikle seg (Evang, 2010). Det var tydelig at relasjonen til miljøpersonalet hadde medført læring for respondentene. Når respondentene i utgangspunktet følte seg trygge på miljøpersonalet, lærte relasjonen dem å samarbeide. Når respondentene opplevde at miljøpersonalet bidro aktivt til at de utviklet trygghet og tillit til miljøpersonalet i relasjonen, lærte relasjonen dem å stole på andre mennesker igjen. Behandlingsstrategiene i avdelingen ble læringssituasjoner for respondentene når de ble utført på en fleksibel og tilpasset måte, og når de genererte følelser av trygghet og beskyttelse hos respondentene.

.. fastvakt ble tatt av og på etter hvor stor kontroll jeg hadde..i ettertid ser jeg at det var til det beste for meg at de brukte den tvangen. Da slapp jeg å skade meg alvorlig og jeg slapp å få stygge arr.. De reddet jo livet mitt..

Respondentene hadde utviklet seg gjennom ulike situasjoner i avdelingen. Felles for disse situasjonene var at de representerte nye erfaringer som respondentene retrospektivt forsto og anerkjente nytten av. Rognes (2000) hevder at ekte omsorg innebærer et inderlig ønske hos hjelperne om at pasienten skal ha det godt, på lang sikt og etter beste skjønn. Det kan av og til bety at pasienten må utsettes for en vond opplevelse her og nå. Respondentenes læring var i stor grad utvikling av en verdifull innsikt i den betydning innleggelsene hadde hatt for dem, tross alt.

Vanskelige erfaringer

Vanskelige erfaringer var knyttet til respondentenes frustrasjon over og devaluering av miljøpersonalet og situasjoner som miljøpersonalet bidro til å kreere under innleggelsen.

Aspekter ved miljøpersonalet

Utilgjengelig ved å ikke være fysisk til stede, eller å være fysisk til stede på en utilgjengelig og likegyldig måte, provoserte respondentene og gjorde dem opprørte, sinte og usikre på egen betydning og verdi. Miljøpersonalets utilgjengelig forsterket respondentenes følelse av ensomhet og gav dem en følelse av å måtte kjempe alene mot sterke indre destruktive krefter.

.. de hadde så mye å gjøre, men jeg ville svært gjerne at noen bare tok seg tid allikevel, men jeg ville ikke for-

styrre og da blir det kutting.. Jeg hadde behov for mer tid enn de hadde til rådighet..Helt forferdelig! De var på kontoret hele tida!.. Trengte bare ei hånd å holde i og noen som kunne holdt rundt meg.. jeg trenger en trygghet i det å ha noen personale rundt meg..

Miljøpersonalets fravær er beskrevet som et krittikverdig kjennetegn ved mange avdelingsmiljøer (Hummelvoll, 2004). Miljøterapi er å være sammen så det hjelper. Miljøterapeutene kan ikke «gjemme seg på kontoret» eller planlegge tid og sted for den terapeutiske kontakten. Samtidig vil denne stadig tilstedeværelsen lett kunne aktivere egne såre punkter, fordi samhandlingen ligner såpass på «livet ellers», skriver Øverland (2006).

Suyemoto (1998) hevder at selvskadende pasienter ofte er så overveldet av sine egne affektive erfaringer at de ikke bevisst oppfatter de intense følelsesmessige reaksjonene som de vekker hos andre. Det synes å være behov for en større intersubjektiv forståelse for hvor vanskelig det er for pasientene å bli latt alene i avdelingsmiljøet, og hvor krevende det er for miljøpersonalet å være sammen med selvdestruktive pasienter. Ignorering er å overse og late som om man ikke merker (Guttu, 1991). Ignorering ble oppfattet som en strategi som miljøpersonalet hadde lært å benytte i ulike sammenhenger. Respondentene beskrev hvor vanskelig det var når deres innspill og uttrykte behov ble ignorert, og de beskrev konsekvenser av å bli ignorert i selvskadingsprosessen.

De tror alle som driver med selvskading gjør det for å få oppmerksomhet. Så de ignorerer det.. de bare kommer inn og spør om du er ferdig, og hvis du sier nei går de bare igjen.. Den totale ignoreringen har ført til mer alvorlig selvskading, som igjen skaper masse «oppstyr». Og ved et par anledninger har det vært så alvorlig at det nesten ble suicid.. Noen, mange, tror at det blir bedre av å overse det. Slenge et plaster inn på rommet og så gå ut igjen.. De mener at du skal ta ansvar selv. Men som regel når du skader deg har du ikke kontroll. Og da burde kanskje de ta litt ansvar. Ikke bare ignorere selvskadningen.. De snakker ikke med deg.. Når man trenger litt omsorg og beskyttelse har opplevelsen av avvisning vært vanskelig.. Å hele tiden måtte spørre etter personalet uten å få respons..

Ignorering faller inn under begrepet emosjonell omsorgssvikt, som er beskrevet som manglende emosjonell interesse for en person, med den konsekvens at personen blir følelsesmessig overlatt til seg selv uten å ha noen å dele sin indre verden med (Karterud, Wilberg, & Urnes, 2010). I miljøterapien har det vært viktig å unngå å forsterke den erfaringen mange

selvskadere kan ha, nemlig at forståelse og støtte fra andre mennesker mest effektivt oppnås gjennom selvskading (Mehlum & Holseth, 2009). Dette kan være bakgrunnen for at ignorering av selvskadende atferd har vært en benyttet behandlingsstrategi i noen avdelingsmiljøer. Problemet med ignorering som strategi er imidlertid at pasienten opplever seg avvist på et tidspunkt da behovet for hjelp og omsorg er størst, hevder Øverland (2006).

Krenkelse er å ydmyke, fornærme og såre (Guttu, 1991). Respondentene følte seg krenket når de opplevde å bli behandlet på en mindreverdig måte, og når de ble tilsnakket av miljøpersonale som de opplevde som harde, brautende, ufølsomme, respektløse og infantiliserende.

.. En gang hadde jeg skada meg masse og hadde masse sår som skulle vært suturert. Personalet kjefte på meg, så ikke på sårene en gang, men var sinte og sa jeg måtte bandasjere meg selv, noe som er ganske vanskelig å få til med en hånd.. Veldig mange innen psykiatrien behandler oss pasienter som om vi er lite smarte.. Mange, ikke alle, så nedlatende på meg og behandlet meg nedlatende bare fordi jeg var psykiatrisk pasient..

Øverland (2006) beskriver hvordan en følelse av avmakt hos miljøpersonalet kan medføre både passivitet og aktiv utagering av kyniske og sadistiske aspekter. Anstorp, Benum, og Jakobsen (2006) hevder at langvarige belastninger i arbeidet kan medføre omsorgstretthet hos miljøpersonalet, som kjennetegnes ved likegyldighet og kynisme i forhold til pasientene.

Miljøpersonalets terapeutiske kapasitet kommer fra deres evne til å tenke og reflektere i møte med menneskelig nød, fortvilelse og smerte. Denne kapasiteten er frukten av at miljøpersonalet selv har vært gjenstand for denne erfaringen (Cameron, Kapur, & Campbell, 2005). Når pasientene opplever seg krenket av miljøpersonalet, kan dette være et tegn på at miljøpersonalet sliter med å håndtere egne følelsesmessige reaksjoner. Om miljøpersonalet støttes og oppmuntres til å reflektere over egne negative og vanskelige reaksjoner, og får veiledning til å overvinne tendensen til følelsesmessig utagering, vil miljøpersonalets relasjonelle kapasitet styrkes, og utvikling av omsorgstretthet vil kunne forebygges (Rayner, Allen, & Johnsen, 2005).

Aspekter ved situasjoner

Skuffelse er frustrasjon over ikke oppfylte forventninger (Guttu, 1991). Respondentene ble skuffet når de opplevde miljøpersonalet som passive og neglisjerende overfor deres behov, og de oppfattet dette som

uttrykk for faglig hjelpeløshet og manglende kapasitet i miljøpersonalet til å involvere seg i deres lidelse.

.. Jeg har ofte blitt sint og frustrert over måten jeg har blitt behandlet på.. Følte alle var imot meg og ville meg vondt.. reagerte på at de ikke ga meg noe oppmerksomhet når de visste at jeg hadde det vondt.. Hovederfaringen min er at jeg var veldig mye overlatt til å klare meg selv.. Det virker som flesteparten ikke orker å sette seg inn i situasjonen.. tydelig ikke orket en pasient med så mye psykisk smerte som jeg hadde.. Det virker som de er veldig ufaglærte når det gjelder selvskading..

Det er en alvorlig faglig utfordring for miljøpersonalet når pasientene oppfatter dem som inkompetente. Rognes (2000) hevder at pasientenes tillit til de profesjonelle er avhengig av at de profesjonelle oppleves å ha relevant kunnskap. Om pasientene ikke opplever at de profesjonelle har denne kunnskapen, vil de i pasientenes øyne framstå som hjelpeløse hjelpere som ikke fortjener deres tillit.

Å arbeide miljøterapeutisk med selvskadende pasienter er svært krevende (Øverland, 2006). Den sykepleiefaglige ledelsen i avdelingen har et ansvar for at det best kvalifiserte miljøpersonalet til enhver tid blir reservert for de pasientene som representerer de vanskeligste omsorgsoppgavene (Allen, 2007; Clarke & Whittaker, 1998).

Psykisk smerte beskrives som savn, mangel og avstand mellom ønske og realitet (Haugsgjerd, 1990). Respondentene savnet miljøpersonalets oppmerksomhet, inkludert spørsmål av typen «hvordan har du det?». Denne mangelen på oppmerksomhet fikk respondentene til å føle seg i veien for miljøpersonalet, og som en byrde for dem. Det fikk dem også til å føle at de var oppbevart i avdelingen, og at de hadde fått sin «kvote» hjelp. Disse erfaringene gjorde oppholdet i avdelingen meningsløst.

.. Når man trenger litt omsorg og beskyttelse har opplevelsen av avvisning og oppbevaring vært vanskelig. det var ikke godt å gå i 3–4 dager etter hverandre uten at de spurte meg hvordan jeg hadde det.. Det var veldig vondt å ikke bli forstått.. Jeg var et nummer i et kartotek.. Føler mange ikke er interessert i å høre om hva jeg virkelig interesserer meg for.. Å vite om jeg virkelig kunne stole på at de ville mitt beste.... Følte at jeg var en plage for personalet og at de snakket bak ryggen på meg..

Miljøpersonalet har en faglig fordring om å møte pasientenes henvendelser med åpenhet, mottagelighet og bekreftelse (Haugsgjerd 1983). Pasientenes henvendelser må forstås som en mangel i tilværelsen som henvendelsen søker å fylle igjen. Om miljøpersonalet mangler denne åpenheten og neglisjerer pasientenes

behov og henvendelser, vender pasientens psykiske smerte tilbake til pasienten med dobbel kraft. Om miljøpersonalet derimot mottar og bekrefter at henvendelsen er viktig, og at den representerer pasientens egne grunnleggende behov og ønsker, vil pasientens utvikling stimuleres (Haugsgjerd et al., 2009).

Traume defineres som psykisk påkjenning på grunn av trakkassering eller andre former for psykologisk mishandling (Karterud et al., 2010). Traume er også fysisk skade som følge av ytre vold (Guttu, 1991).

Selve innleggelsessituasjonen representerte en psykisk påkjenning når respondenten ikke følte seg velkommen, og måtte vente på rom og seng fordi avdelingen ikke var forberedt på respondentens ankomst. Det var også en psykisk påkjenning å måtte forklare seg om og om igjen til stadig nye kontaktpersoner, og å oppleve at noen av disse var usikre og bagatelliserte det som ble fortalt til dem. Tvangsbehandling ble en psykisk påkjenning når den ble opplevd som unødvendig, vilkårlig og brutal.

...Har opplevd å bli tvangsmedisinert, beltelagt og skjernet. Mange ganger kunne dette vært unngått ved at personalet hadde tatt seg tid til meg, og spurt meg om hvordan jeg hadde det...Det negative med at de brukte tvang på meg, var at jeg mange ganger ble lagt hardt i bakken, og jeg hadde mange blåmerker dagen etterpå... ca.10 stk. slepte meg gjennom avdelingen til rommet med belteseng. Det var utrolig nedverdiggende...folk kommer løpende og «kaster» seg over deg. Jeg har gått i beredskap og kjempet imot, prøvd å flykte...

En innleggelse representerer utrygghet for pasientene med hensyn til å vite om miljøpersonalet er allierte omsorgspersoner eller kritiske motstandere (Killingmo, 1999). Utrygghet er beskrevet som en psykisk og kroppslig «beredskapstilstand», som er en følelse av å måtte være på vakt for angrep eller kritikk (Gullestad, 1999). Miljøpersonale som direkte eller indirekte bidrar til at pasientene blir værende i sin utrygghet med hensyn til å vite om miljøpersonalet vil deres beste eller ei, representerer en psykisk påkjenning for pasientene. Mangelen på positive omsorgserfaringer er beskrevet å være like traumatisk som aktiv mishandling (Karterud et al., 2010).

Konklusjon

Miljøpersonalet har det faglige ansvaret for å skape en omsorgskultur som gir pasientene en mulighet for forandring ut fra miljøterapiens mål og idealer. Artikkelen har beskrevet aspekter ved miljøpersonalet og situasjoner i avdelingsmiljøet som selvskadende pasienter har knyttet positive og vanskelige erfaringer

til. Positive erfaringer var knyttet til en opplevelse av at miljøpersonalet møtte deres behov for omsorg på en genuin og kreativ måte, og til en opplevelse av at miljøpersonalet med dette kreerte situasjoner i avdelingen som stimulerte positive indre prosesser i dem. Vanskelige erfaringer var knyttet til en opplevelse av at miljøpersonalets strategier ikke imøtekom deres behov for omsorg, og til en opplevelse av at miljøpersonalet med dette kreerte situasjoner i avdelingen som sementerte deres problematikk. Mer kvalitativ forskning trengs for å få en utdypet forståelse for disse og andre aspekter ved selvskadende pasienters erfaringer i psykiatriske avdelinger. ■

Teksten har tidligere vært publisert i Nordisk sygeplejeforskning, nr. 4, årgang 1 (2011), Universitetsforlaget.

Referanseliste:

1. Aase, T.H., & Fossåskaret, E. (2007). Skapte virkeligheter. Oslo: Universitetsforlaget.
2. Allen, S. (2007). Self-harm and the word that bind: a critique of common perspectives. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(2), 172–178. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01060.x
3. Anstorp, T., Benum, K., & Jakobsen, M. (2006). Dissosiasjon og relasjonstraumer: integrering av det splittede jeg. Oslo: Universitetsforlaget.
4. Cameron, D., Kapur, R., & Campbell, P. (2005). Releasing the therapeutic potential of the psychiatric nurse: a human relations perspective of the nurse-patient relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(1), 64–74. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01060.x
5. Clarke, L., & Whittaker, M. (1998). Self-mutilation: culture contexts and nursing responses. *Journal of Clinical Nursing*, 7(2), 129–137. doi: 10.1046/j.1365-2702.1998.00120.x
6. Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research*. London: Sage Publications.
7. Everrett, B., & Gallop, R. (2001). *The link between childhood trauma and mental illness*. London: Sage Publications, Inc.
8. Evang, A. (2010). *Utvikling, personlighet og borderline*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
9. Gobo, G. (2004). Sampling, representativeness and generalizability. In Seale, C., Gobo, G., Gubrium, J.F. & Silverman, D. (Eds.), *Qualitative research practice* (pp.405–426). London: Sage Publications.
10. Guttu, T. (Red.) (1991). *Store norske ordbok*, Oslo: Kunnskapsforlaget.
11. Gullestad, S. E. (1999). Den fortrolige samtalen. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 36, 428–435.
12. Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., & Løkke, J. A. (2009). Perspektiver på psykisk lidelse: å forstå, beskrive og behandle. Oslo: Gyldendal Akademisk.
13. Haugsgjerd, S. (1983). *Psykoterapi og miljøterapi ved psykoser I*. Oslo: Universitetsforlaget.
14. Haugsgjerd, S. (1990). *Lidelsens karakter i ny psykiatri*. Oslo: Pax Forlag A/S.
15. Hem, M. H., & Heggen, K. (2004). Rejection – a neglected phenomenon in psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(1), 55–63. doi: 10.1111/j.1365-2850.2004.00687.x
16. Holzemer, W. L. (2003). *Ethical guidelines for nursing research*. Geneva: International Council of Nurses.
17. Huband, N., & Tantam, D. (2004). Repeated self-wounding: Women's recollection of pathways to cutting and of the value of different interventions. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 77(4), 413–428. doi: 10.1348/1476083042555370
18. Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

19. Karterud, S., Wilberg, T., & Urnes, Ø. (2010). Personlighetspsykiatri. Oslo: Gyldendal Akademisk.
20. Killingmo, B. (1999). Den åpne samtalen. Tidsskrift for den Norske Legeforening, 1(119), 56–59
21. Levin, I., & Trost, J. (2005). Hverdagsliv og samhandling: med et symbolsk interaksjonistisk perspektiv. Bergen: Fagbokforlaget.
22. Lindström, U. Å. (1997). Pasientens opplevelse av vårdkultur och vårdrelation – motsatsernas dialektikk. I Hummelvoll, J.K. & Lindström, U.Å. (Red.), Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad (ss.73–94). Lund: Studentlitteratur.
23. Lindström, U. Å. (2003). Psykiatrisk sykepleie, teorier, verdier og praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk.
24. Mackay, N., & Barrowclough, C. (2005). Accident and emergency staff's perceptions of deliberate self-harm: Attributions, emotions and willingness to help. British Journal of Clinical Psychology, 44(2), 255–267. doi:10.1348/014466505X29620
25. Mehlum, L., & Holseth, K. (2009). Selvskading – hva gjør vi? Tidsskrift for den Norske Legeforening, 8(129), 759–62.
26. Polit, D. F., & Beck, C.T. (2008). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
27. Rayner, C. R., Allen, S. L., & Johnsen, M. (2005). Countertransference and self-injury: a cognitive behavioural cycle. Journal of Advanced Nursing, 50(1), 12–19. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03344.x
28. Roberts, P. (2006). Reliability and validity in research. Nursing Standard, 20(44), 41–45.
29. Rovik, A. M. (2005). Selvskading og miljøterapi. Miljøterapeutiske utfordringer ved selvskadende atferd. Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning, 7(2), 15–27.
30. Rognes, W. (2000). Psykoterapi-forskning, terapeutisk relasjon og tillit. Impuls, 2, 56–61.
31. Rössberg, J. I., & Friis, S. (2004). Patients' and staff's perceptions of the psychiatric ward environment. Psychiatric Services 55, 798–803.
32. Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stånicke, E. (2010). Psykiatriboken. Sinn-kropp-samfunn. Oslo: Gyldendal Akademisk.
33. Simpson, A. (2006). Can mainstream health services provide meaningful care for people who self-harm? A critical reflection. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 13(4), 429–436. doi:10.1111/j.1365-2850.2006.01000.x
34. Smith, S. E. (2002). Perceptions of service provision for clients who self-injure in the absence of expressed suicidal intent. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9(5), 595–601. doi:10.1046/j.1365-2850.2002.00512.x
35. Starr, D. L. (2004). Understanding those who self-mutilate. Journal of Psychosocial Nursing, 42(2), 33–40.
36. Suyemoto, K. L. (1998). The functions of selfmutilation. Clinical Psychology Review, 18(5), 531–554.
37. von Krogh, G. (2005). Begreper i psykiatrisk sykepleie. Bergen: Fagbokforlaget.
38. Weber, M. T. (2002). Triggers for self-abuse: A qualitative study. Archives of Psychiatric Nursing, 16(3), 118–124.
39. Øverland, S. (2006). Selvskading. Bergen: Fagbokforlaget.

THE CIRCLE OF LIFE

Tilknytning • Relasjoner • Personlighet

Er du på fornavn med våre fremste foredragsholdere?

- | | | | |
|-----------|-----------------|----------------|----------------|
| Allan • | Per • | Øverenget • | Øverland • |
| Susan • | Dag • | Nordanger • | Rosenbaum • |
| Finn • | Turid Suzanne • | Urnes • | Berg-Nielsen • |
| Jan • | Øyvind • | Schore • | Egeland • |
| Ingvard • | Theresa • | Friis • | Marvin • |
| Per • | Kerstin • | Vaage • | Martindale • |
| Aage • | Inge-Arne • | Borchgrevink • | Hart • |
| Einar • | Svein • | Lysaker • | Walkup • |
| John • | Aina • | Söderström • | Cullberg • |
| Bob • | Arnt Ove • | Teigset • | Wilberg • |
| Jeremy • | Svein • | Isdal • | Chanen • |
| Andrew • | Johan • | Skårderud • | Engelien • |
| John • | Bent • | Holmes • | Read • |
| Paul • | Brian • | Wilhelmsen • | Høgland • |

KULTUR: Tønes (musikk) • Sophie Calle (kunst) • The dark matter of love (filmpremière)
Hvis klær kunne fortelle (utstilling) • Helge Torvund (poesi)

STAVANGER 04. - 08. NOVEMBER 2013 Se fasit, program og meld deg på:

schizofrenidagene.no