

MED KROPPEN SOM LERRET

En kvalitativ studie av selvskadeadferd hos et utvalg kvinner

Gunn Runa Kildahl Solitei



Masteroppgave i helsefagvitenskap

Avdeling for helsefag

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2011

Summary

Purpose: The purpose of this study is to investigate and describe the experiences of self-harm and treatment of a variety of women who harm themselves.

Literature review: The study has a theoretical grounding in phenomenology and understanding mental health problems such as life stresses. An important theoretical perspective in this study is to understand self-injury, the symptom, such as resource.

Method: Qualitative research methods are applied with the use of dept interviews. Five women were interviewed in the study. The material consists of text from transcribed interviews as meaning condensation.

Results: The study brings out that self-harm can be understood as an attempt to cope with life stresses, but have unwanted and challenging aspects for those who harm themselves and their close others. Self-injury gives a temporary relief and diversion from an unbearable condition, including through the complex sensory perception experiences in self-harm. This study will make specific mention of how important the visual aspect of damage is for the informants. The study discusses how this can be interpreted. Self-harm appears to be difficult and under the theme communicated between the one who harms her self and family and friends. It is revealed in this study that negative body image and a sense of worthlessness is a common experience among the informants. Another common experience is that all informants have experienced violations in the form of attitudes and behaviour in the face of the support system. The study identifies factors that inhibit and promote treatment of self-harm.

Conclusion: The results speak for approaching human beings, who self-harm, based on a perspective where the individual meaning of self-harm is emphasized. The self-injury process can say something about the function self-harm has for each one. By considering the symptom as a resource, it can be revealed through dialogue that each story has its logic in relation to the person who harms her self. A systematic and consistent treatment, based on balanced care and expertise on self-harm can increase women's self understanding as to why they harm themselves

and improve the conditions for being able to find other alternatives for action to cope with difficult life stresses.

Sammendrag

Formål: Hensikten med denne studien er å undersøke og beskrive erfaringer med selvskading og behandling ut i fra opplevelsene til et utvalg kvinner som skader seg selv.

Teoretisk forankring: Studien har en teoretisk forankring innenfor fenomenologi og det å forstå psykiske problemer som livspåkjenninger. Et sentralt teoretisk perspektiv i denne studien er å forstå selvskading, symptomet, som en ressurs.

Metode: Kvalitative forskningsmetoder er benyttet med bruk av dybdeintervjuer. Fem kvinner er intervjuet i studien. Materialet består av tekst fra transkriberte intervjuer som er meningsfortettet.

Resultat: Studien får frem at selvskading kan forstås som et forsøk på mestring av livspåkjenninger, men har uønskede og utfordrende sider for dem som skader seg og deres nære andre. Selvskadingen gir en midlertidig lindring og avledning fra en uutholdelig tilstand, blant annet gjennom komplekse sanselige persepsjonsopplevelser under selvskadingen. Denne studien får spesielt frem hvor viktig det visuelle aspektet ved selve skaden er for informantene. Studien diskuterer hvordan dette kan forstås. Selvskading synes å være et vanskelig og underkommunisert tema mellom den som skader seg og familie og venner. Det fremkommer i studien at negativt kroppsbilde og en følelse av verdiløshet er en felles erfaring hos informantene. En annen felles erfaring er at samtlige informanter har opplevd krenkelser i form av holdninger og adferd i møte med hjelpeapparatet. Studien identifiserer faktorer som hemmer og fremmer behandling av selvskading.

Konklusjon: Resultatene taler for å tilnærme seg mennesker som selvskader ut i fra et perspektiv hvor det individuelt meningsbærende vektlegges.

Selvskadeprosessen kan si noe om den funksjonen skadingen har for hver enkelt. Ved å betrakte symptomet som ressurs, kan det gjennom dialog avdekkes at hver historie har sin logikk i forhold til personen som selvskader. Et systematisk og forutsigbart behandlingstilbud bygget på balansert omsorg og kompetanse om selvskading øker kvinners selvforståelse om hvorfor de skader seg selv og bedrer

forutsetningene for å kunne finne andre handlingsalternativer for å mestre vanskelige livspåkjenninger.

Forord

Veien frem til en ferdig oppgave som samler de viktigste trådene av studien "Med kroppen som lerret" har vært spennende og utfordrende. Ideen til oppgaven har vokst med meg siden jeg spent søkte om opptak på helsefagvitenskap. Personlig har dette vært år med interessant læring og modning som student på helsefagvitenskap. Jeg har fått lov til å dra veksler på å befinne meg i et kompetent og dynamisk læringsmiljø. Jeg retter derfor en stor takk til både medstudenter og lærekrefter på helsefagvitenskap ved UIO.

Jeg vil rette en takk til personalet på intermedieravdeling, 1b ved Sykehuset Telemark HF og spesielt faggruppen for personlighetsforstyrrelser og selvskading for solid fellesskap, oppsiktsvekkende resultater og gode og inspirerende faglige diskusjoner gjennom flere år. En takk sendes også til fagbiblioteket ved Sykehuset Telemark for kyndig hjelp og god service!

Jeg skylder min veileder Sigrun Hvalvik en stor takk for den innsiktsfulle og konstruktive veiledningen jeg har fått i alle ledd. Selvskading er et sensitivt tema og jeg vil spesielt trekke frem din solide, etiske forskningskompetanse som har vært av stor betydning for å kunne gjennomføre denne studien. Tusen takk for godt samarbeid.

Dette prosjektet har materiale og erfaringer fra levd liv. Jeg vil derfor spesielt utrykke min takknemlighet for at jeg har fått lov til å høre fem sterke historier fra fem flotte kvinner om deres erfaringer med selvskading. Jeg har lært veldig mye av dere. Derfor retter jeg et tusen takk til "**Karen**", "**Beate**", "**Solan**", "**Athina**" og "**Thea**".

Sist, men ikke minst, en takk til mine nærmeste. En spesiell takk til min mor Rakel. Uten din innsats hadde nok ikke dette arbeidet vært mulig. Og til min datter Josefine, nå er mamma endelig ferdig med "å spille på pc`n".

Porsgrunn, desember 2010

Gunn Runa Kildahl Solitei

Innhold

1. INNLEDNING -----	10
1.1 Innramming av oppgavens tema-----	10
1.2 Egen bakgrunn og forforståelse-----	11
1.2.1 Forståelse og utfordringer knyttet til selvskading som uttrykksform-----	15
1.3 Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål-----	17
1.4 Oppgavens oppbygging-----	18
2. TEORETISK RAMMEVERK -----	19
2.1 Litteratursøk-----	19
2.2 Ulike teoretiske perspektiver og forskning innen disse-----	20
2.2.1 Historisk perspektiv-----	20
2.2.2 Det kulturelle perspektiv-----	22
2.2.3 Det feministiske perspektiv-----	23
2.2.4 Det biologiske perspektiv-----	24
2.2.5 Det psykologiske perspektiv-----	26
2.3 Vitenskapsteoretisk forankring basert på fenomenologi-----	29
2.3.1 Livsverden-----	30
2.3.2 Sykdommen: Den hjemløse tilværelsen-----	31
2.3.3 Kroppen som levd erfaring-----	32
2.3.4 Symptomet som ressurs-----	34
3. PROSESS OG METODE -----	35
3.1 Design og metode-----	35
3.1.1 Metodologiske utfordringer-----	36
3.2 Utvalg-----	37
3.2.1 Rekruttering-----	37
3.2.2 Informantene-----	40
3.3 Etske vurderinger -----	40

3.4	Gjennomføring av intervjuene	42
3.5	Fra tale til tekst – Transkripsjon	43
3.6	Analyse	44
4.	PRESENTASJON AV FUNN OG DISKUSJON	46
4.1	Livserfaringer og traumer i utvalget	46
4.1.1	<i>Forskjeller og likheter</i>	46
4.1.2	<i>Kort diskusjon og oppsummering</i>	49
4.2	Selvskadeprosessen	49
4.2.1	<i>Den uutholdelige tilstand</i>	51
4.2.2	<i>Skaden</i>	55
4.2.3	<i>Sanselig lindring og avledning</i>	57
4.2.4	<i>Effekten avtar</i>	64
4.2.5	<i>Diskusjon</i>	65
4.3	Selvskading og psykososiale aspekter	73
4.3.1	<i>Kroppen som lerret</i>	74
4.3.2	<i>Negativt kropp og selvbilde</i>	77
4.3.3	<i>Ambivalensen mot å være synlig</i>	79
4.3.4	<i>Sosiale samspill behov og hindringer</i>	82
4.3.5	<i>Usikkert forhold til familie og venner</i>	87
2.3.6	<i>Diskusjon</i>	91
4.4	Erfaringer fra behandling	99
4.4.1	<i>Betydningen av balansert omsorg</i>	100
4.4.2	<i>Nye mestringsstrategier</i>	102
4.4.3	<i>Veien mot et språk</i>	103
4.4.4	<i>Kritisk blikk på egne behandlingserfaringer</i>	105
4.4.5	<i>Oppfølging i hjemmesituasjonen</i>	107
4.4.6	<i>Diskusjon</i>	109
5.	AVSLUTNING	113

5.1	Oppsummering -----	113
5.2	Konklusjon -----	114
5.3	Andre mulige forståelsesperspektiver og begrensninger i oppgaven -----	114
5.4	Implikasjoner for fremtiden -----	116
	LITTERATURLISTE -----	118

VEDLEGG

Vedlegg 1: Intervjuguide for kvalitative intervjuer

Vedlegg 2: Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt

Vedlegg 3: Svarbrev fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)

Vedlegg 4: Svarbrev fra Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (NSD)

Vedlegg 5: Tillatelse til å utføre forskningsprosjekt

Vedlegg 6: En kort presentasjon av behandlingsopplegget informantene har gjennomgått

Vedlegg 7: Gundersens tilpassede sykepleieprinsipper med hensyn på selvskadingsproblematikk

1 Innledning

There is no razor sharp enough to cut away the pain

Are you washed in the blood of the lamb?

There is no cleanser deep enough to wash away the stain

In the soul cleansing blood of the lamb

(The Cutting Edge, 1995)

1.1 Innramming av oppgavens tema

”Karen: Jeg er dømt til livet, andre føler kanskje at de er dømt til døden. Selvskadingen bedøver meg fra disse tankene en liten stund.”

Karen har hatt mange tunge stunder i sitt voksenliv, men kjærligheten til barna har holdt henne i live. Når hun synes tilværelsen er for presset og ikke klarer å roe ned, er det lett for henne å lete etter destruktive lommer, lettere enn å avlyse en avtale når hun er sliten, lettere enn å unne seg en time i sofaen med pledd og tekopp. Tankene om å skade seg selv fyller mye av tilværelsen. Hun ser ”skarpt” overalt. Skarpt er gjenstander hun kan kutte seg med, trøste seg med. Skadingen lindrer noe av den indre smerten, men effekten er kortvarig.

Innenfor de helsefaglige fagfeltene, har det blitt stilt spørsmål om fenomenet selvskading er et økende problem, og det har vært et behov for å kartlegge omfanget og utbredelsen av fenomenet. Dette er blant annet blitt gjort gjennom casestudien som står for Child and Adolcence Selfharm in Europe ved universitetet i Oslo (Ystgaard, 2003). Her fremkom det for eksempel at 10 % av alle norske 15- 16 åringer hadde skadet seg selv minst en gang i livet. Det var en signifikant kjønnsforskjell ved at 10,2 % jenter og 3,1 % gutter rapporterte at de hadde skadet seg det siste året. Likeledes viser andre studier at bare fra 1997 til 2004 økte forekomsten av selvskading hos jenter fra 11 til 25 prosent, hos guttene var økningen fra 8 til 19 prosent i studier foretatt ved videregående skoler i Bergen (Andersen og Steinan, 2004). I følge Yates er livstidsprevalens av impulsiv selvskading i den generelle populasjonen om lag 10-15 %, hvor om lag 5-10 % bedriver gjentatt selvskading. Forekomsten er størst i slutten av tenårene og i tidlig

voksen alder (Yates, 2004). Det er viktig å få en oversikt over omfanget av fenomenet, men det er også et stort behov for videre forskning på flere andre områder knyttet til selvskading. De beskrevne økningene i forekomster indikerer at det er aktuelt å utforske kulturelle forhold nærmere. Språk kan fungere som smittebærere ved at kjente personer som for eksempel Angelina Jolie og prinsesse Diana har stått frem med sine historier om selvskading (Sommerfeldt og Skårderud, 2009). Skårderud skriver: *"Samtalene om selvskading legitimeres, samtidig som slike narrativer i det offentlige rom kan gi konkrete handlingsideer til mennesker med følelsesmessige vansker"* (Sommerfeldt og Skårderud, 2009 s. 6). Selvskading kan ha varierende mening i forskjellige kulturelle kontekster og vi kjenner ikke betydningen av selvskadingen før vi kjenner den enkelte som skader seg.

I litteraturen fremkommer det noen kartlagte risikofaktorer som er forbundet med utvikling av selvskadende adferd hos ungdom og voksne. Flere studier viser at det er sammenheng mellom overgrep og selvskadende adferd. Spesielt seksuelle overgrep har en betydelig korrelasjon med utvikling av selvskadingsadferd (Gratz, 2003). Det er også funnet sammenhenger ved omsorgssvikt og ved tap og separasjonsopplevelser, spesielt med hensyn på foreldre- barn relasjonen. Likeledes virker det som selve den affektive kvaliteten på foreldre-barn relasjonen spiller en rolle, selv om det ikke foreligger misbruk, omsorgssvikt og vold i relasjonene (Gratz, 2003). Individuell biologisk sårbarhet kan fremme emosjonell dysregulering som bakgrunn for selvskading (Linehan, 1993). Det legges i dag mest vekt på en forståelse av at en interaksjon av risikofaktorer kan være avgjørende for utvikling av selvskadingsadferd (Linehan, 1993). Dette er imidlertid områder hvor det er behov for mer forskning. Det er også lite kjent hvordan selvskading påvirker nære relasjoner og det er fortsatt behov for forskning knyttet til behandlingserfaringer og adekvate behandlingsmetoder.

1.2 Egen bakgrunn og forforståelse

I mitt arbeid som psykiatrisk sykepleier hvor jeg forholder meg til mennesker med psykiske lidelser, har jeg arbeidet mye med mennesker som selvskader, og spesielt interessert meg for å få en bedre forståelse av selvdestruktive fenomener. Det har vært en drivkraft å forstå mer av hvorfor mennesker som Karen opplever det å skade seg selv som lindrende og dempende på vanskelige følelser, angst og uro.

Det å skade seg selv er likevel problematisk. Det kan innebære vanskelige konsekvenser både med hensyn til egne følelser i forhold til det å skade seg, eller det å forholde seg til fysiske skader og arr. Videre kan samhandlingen med andre mennesker bli påvirket av skadingen og de bakenforliggende årsakene. Det å skade seg kan ikke fortolkes på en entydig måte. Det er et tvetydig fenomen.

En merket kropp med arr etter selvskading uttrykker noe. Kroppen er et levende lerret. Hver eneste kropp er unik med spor fra levd liv. Noen av merkene er selvpåførte. Noen lever med kroppen som lerret i spennet fra kroppsmodifikasjon til selvskading. Kroppsmodifikasjon eller kroppskunst er et tegn i tiden sier Kraft (Kraft, 2005). Grensene for hva som kan betegnes som kroppsmodifikasjon kan nok trekkes opp i forhold til selvskading forstått som patologi og avvik, men skillene er uskarpe. Kraft er religionshistoriker og førsteamanuensis ved universitetet i Tromsø. I "Den ville kroppen" skriver hun at det finnes et tegn i tiden som innebærer at noen mennesker ønsker å ta avstand fra mainstreamkulturen. Hun argumenterer for at det finnes et ønske hos det moderne mennesket om å forme en egen identitet. Det er en trend å skape seg selv i sitt eget bilde og ta tilbake makten over egen kropp og selv velge hva som skal gjøre vondt fysisk og sjelelig. Hun diskuterer begrepet *annerledeshetens estetikk* og hva det innebærer. I populærpsykologiske tv-programmer har tema som krokhenging, *bodyuspension*, blitt presentert og er en del av mediabildet. Idretten fokuserer på individualistene, profilene. Olympisk mester Marit Bjørgen har blitt omtalt i media som yoghurt naturell med piercing. Med andre ord sunn renhet kombinert med en liten dæsj av noe røft, utfordrende. I medias fremstilling var denne piercingen betraktet som hennes varemerke, *noe som ble lagt vekt på* for å definere henne. Nå titter tatoveringer og piercinger frem både her og der. I populære tv-programmer som for eksempel 71 grader nord ser vi mestrende, sporty ungdom kledd i trendy high-tech bekledning, bestige fjelltopper (med fantastisk utsikt) og andre hindringer, for så i neste omgang å hoppe i badestampen (med fjordutsikt) hvor både veltrent kropp, tatoveringer og piercinger blir blottet. Tatoveringer og Kroppsmodifikasjon er ikke lenger forbeholdt en subkulturell sjømannskultur, punkere og gothere. På catwalken finner vi bandasjerte armer som en del av tilbehøret. Og hva skjuler seg bak pulsvantene fra Dolce & Gabbana?

Informantene i denne studien må forstås ut fra alvorlige destruktive aspekter, men befinner seg likevel i en kulturell kontekst hvor kulturelle oppfatninger om kropp og kroppsmodifikasjon også er noe de forholder seg til og som preger dem. Denne studien prøver derfor å utforske det tvetydige, fremfor det entydige. Informantenes selvforståelse vektlegges og hva selvskadingen betyr for den enkelte vil komme som et resultat av den informasjonen som er mulig å hente ut fra informantene. Min faglige bakgrunn i sykepleie og psykiatri og videre studier fra universitetet i psykologi og helsefagvitenskap vil farge min tilnærming og forståelse av selvskadende adferd. Min kliniske erfaring innebærer at jeg har møtt mange som skader seg selv. Jeg har observert tilstander før selvskading, under selvskading og etter selvskading. Jeg har utført sårbehandling, stilt spørsmål og møtt mange blikk, gester og uttrykk under slike settinger hvor alt er ferskt. Jeg har berørt og sett på arr og merker med en undrende nysgjerrighet med hensyn på hvordan og hvorfor de har oppstått. Dette er erfaringer og minner jeg har hatt med meg inn i møtet med de fem personene jeg har intervjuet til denne studien. Ikke minst vil mine erfaringer fra å ha deltatt i et fagutviklingsprosjekt om selvskading, "Selvskadeprojektet" ved Sykehuset Telemark, ha innflytelse på hvordan jeg i utgangspunktet forstår og forholder meg til fagfeltet. Formålet med dette prosjektet var å gi et behandlingstilbud til pasienter med selvskadeproblematikk uten at behandlingen bar preg av for mye kontroll og overvåking. Satsningsområdet var selve miljøterapien rundt pasientene. Dette arbeidet var nyskapende i den forstand at behandlingen foregikk i åpne miljøer og uten bruk av tvang. Sykehusets erfaringer fra prosjektet er beskrevet i rapporten "Den lindrende smerten" (Waldenstrøm, 2004).

Gjennom arbeidet har jeg fått verdifull kunnskap, men jeg har i økende grad registrert behovet og nysgjerrigheten for å utforske fenomenet videre. En undring rundt tema og interesse for å gå inn i hva selvskading som levd erfaring vil si, har vært drivkrefter i en videre utforsking av tema. Forståelsen som lå i bunn før denne studien var at selvskading kan forstås som en intendert handling ved enten å kutte eller brenne seg på huden uten bevisst suicidal intensjon. Handlingen repeteres og er en direkte metode i motsetning til andre selvdestruktive metoder som intoksikasjon eller spiseforstyrrelser (Favazza, 1998).

Begrepsavklaring og definisjon av selvskading

I forhold til feltet er det etter hvert fremkommet flere studier som har kartlagt forekomst og utbredelse av selvskading. Universitetet i Oslo har vært deltagende i den flernasjonale studien om villet egenskade (Ystgaard, 2003). Villet egenskade er et paraplybegrep som tar innunder seg blant annet selvskading.

Det er en rekke ord og betegnelser i omløp for å beskrive ulike selvskadingsproblematikk. Noen av de mest omtalte er selvskading, villet egenskade, selvmutilering og selvmordsforsøk. I den overnevnte, flernasjonale studien der Mette Ystgaard, ledet den norske delegasjonen, ble begrepet "villet egenskade" benyttet. Dette begrepet fungerte som et paraplybegrep som tok inn under seg flere typer av selvdestruktiv adferd. Det inkluderer selvmordsforsøk, hvor intensjonen var å dø, men ikke ble utfallet. I tillegg inkluderer dette begrepet selvskading og selvmutilering, som betyr å skade seg selv uten intensjon om å dø, men likevel i en gråsoner knyttet opp til suicidalitet. Utenfor denne gråsonen finner man igjen begrepet selvskading og selvmutilering, men da klart definert i forhold til at det *ikke* forelå noe ønske om å ta sitt eget liv. (Ystgaard, 2003) Det er den sistnevnte formen for selvskading jeg har tatt utgangspunkt i gjennom i denne studien. Derfor velger jeg å bruke ordet selvskading ut i fra følgende definisjon:

Selvskade er handlinger som innebærer at individet påfører seg skade og smerte uten at man har til hensikt å ta sitt eget liv. Selvskade er en handling mennesket bruker for å håndtere smertefulle overveldende tanker, følelser eller situasjoner. Ved å skade seg selv kan man føle seg bedre for en stund og være i stand til å mestre livet sitt. (Thorsen i Øverland 2006, s.17)

Det er altså en rekke faktorer i min forforståelse jeg drar med meg inn i forskningsfeltet. Det at jeg fortsatt har en jobbmessig forankring i selve feltet kan gi noen muligheter, men kan også være en utfordring i forhold til metodevalg og spørsmål knyttet til hvordan forholde seg til feltet. Dette belyses i oppgavens metodekapittel.

1.2.1 Forforståelse og utfordringer knyttet til selvskading som uttrykksform

Målet med dette avsnittet er å beskrive at det i forskningslitteraturen finnes flere beskrivelser og definisjoner av selvskading basert på hvordan fenomenet opptrer og uttrykkes. Det gis i kapittelet også presentasjoner av hvordan selvskading som fenomen presenteres i kilder som media og utfordringene det skaper. Menneskene som begår selvskading har et bredt spekter av symptomer. Flere sliter med spiseforstyrrelser, rusmisbruk eller de skader seg selv ved for eksempel å kutte seg på kroppen med skarpe gjenstander. Andre selvskader ved å påføre seg selv slag, eller brenner seg selv på ulike måter. En grunnforståelse av fenomenet er imidlertid at selvskading er forstått ved at personen kjemper med et intrapsykisk trykk, og at selvskadingen er funksjonell i den forstand at det er en form for selvhjelpsforsøk (Favazza, 1998). I denne sammenheng betyr intrapsykisk trykk et usortert kaos av ulike følelser som er vanskelig å uttrykke eller fortrenge. Det å skade seg selv skjer som regel i en bevissthetstilstand som preges av kaos og innsnevring eller endret virkelighetsoppfattelse. Dette fenomenet kalles dissosiasjon (Øverland, 2006). Jeg har blitt opptatt av at selvskading kan være uttrykk for en kompleks uttrykksmåte som inneholder både kulturelle, psykososiale og biologiske aspekter. I tillegg eksisterer det subkulturelle former for selvskading som ikke patologiseres (Favazza, 1996). Jeg er også opptatt av hva fenomenet selvskading er et uttrykk for, relatert til hva personene som selv erfarer fenomenet uttrykker om meningsinnholdet.

Simeon og Favazza (Simeon og Favazza, 2001) foreslår å dele selvskadende atferd inn i fire hovedtyper eller kategorier: stereotypisk selvskading (Stereotypic Self-injurious behaviors), alvorlig selvskading (Major Self-injurious behaviors), tvangspregget selvskading (Compulsive Self-injurious behaviors) og impulsiv selvskading (Impulsive Self-injurious behaviors). Inndelingen de foreslår er fenomenologisk basert heller enn etiologisk, og Simeon og Favazza trekker fram at målet er at den skal omfatte alle typer selvskadende atferd og være klinisk nyttig. Den stereotypiske selvskadingen er knyttet til psykisk utviklingshemming og autisme, eksempler på slik atferd kan være å dunke hodet og slå seg selv, og det medfører vanligvis mild til alvorlig vevsskade. Alvorlig selvskading er knyttet til psykoser og rus, og kan innebære alvorlig eller livstruende vevsskade som kastrasjon og amputasjon av lemmer. Tvangsmessig selvskading er knyttet til

psykiske lidelser som trikotillomani, innebærer repeterende atferd som å plukke hår eller hud, og vevsskaden er mild til moderat. Impulsiv selvskading er knyttet til blant annet personlighetsforstyrrelser, erfaringer om mishandling, opplevde traumer, posttraumatisk stresslidelse og spiseforstyrrelser. Den selvskadende atferden kan være kutting, brenning og slåing, og vevsskaden vanligvis mild til moderat. Atferden er gjerne impulsiv men kan ha tvangsmessige trekk og være ritualisert og symbolsk (Favazza, 1996)

Det er i kategorien *impulsiv selvskading* vi finner mange av pasientene vi møter i klinisk praksis. Disse blir ofte betegnet som "selvskadere". Dette er også en pasientgruppe som samlet har måttet forholde seg til at helsepersonell, til inntil få år siden, hadde meget utilstrekkelig kunnskap om deres lidelser. Spesielt har det vært begrenset viten i forhold til hvordan man forstår intensjonen med selvskading. Eldre oppfatninger innenfor psykodynamisk teori som at selvskading hovedsakelig ble forstått som en måte å få oppmerksomhet på, førte faktisk til at en vanlig behandlingsmetode var å ignorere selvskadingen og derved ble den ubehandlet, eller man forsøkte å forhindre eller kontrollere adferden, noe som i stor grad ga nedslående resultater (Favazza, 1996)

Slik det ble nevnt i begrepsavklaringen er det et problem er at det har blitt brukt ulike betegnelser som noen ganger beskriver samme fenomen, andre ganger like betegnelser på ulike fenomener. Om adferden for eksempel er risikofull knyttet opp mot suicidalitet eller selvmordsproblematikk, har ofte vært gjenstand for usikkerhet på grunn av begrepsforvirring.

Media har vist interesse for fenomenet, men det avler ofte problemer i forhold til at en del fremstillinger har vært av dramatisk og tabloid karakter. Selvskading får ofte overskrifter som "En eksplosiv økning av selvskading" eller "Den nye epidemien blant ungdom". Jeg har selv negativ erfaring med riksdekkende radio NRK P3 i forhold til å ha gitt et intervju som fagperson i forhold til selvskading. Intervjuet ble klippet og fragmentert. Det ble lagt til musikk av gruppen Coldplay, som har blitt beskrevet som melankolsk pop, og hele uttrykket ble en slags stemningsfull og en nærmest pirrende invitasjon til selvskadingens verden. Målgruppen for dette radioprogrammet var ungdom. Programmet fikk tittelen "Kutter seg til blods med

kniv” og ble sendt på P3 NÅ (P3 NÅ-NRK 04.11.2003). Dette ble en tankevekkende erfaring for meg i forhold til at helseformidling også innebærer risiko for utilsiktede og uheldige påvirkninger. En romantisering av fenomenet kan trigge nysgjerrigheten og bidra til en smitteeffekt. I min kliniske hverdag ser jeg hvor uheldig det er å forherlige fenomenet eller i motsatt retning, alltid sette ekvivalens mellom selvskading og suicidalfare. Dette er en pasientgruppe som sliter med mye skamfølelse, og stigmatisering kan være et problem. Det kan stilles spørsmål om hva årsaken til dette er. En forklaring kan være at selvskading ikke har vært å betrakte som et legitimt uttrykk.

1.3 Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål

På bakgrunn av forforståelse og det jeg har skrevet så langt har jeg formulert følgende problemstilling:

”Hvordan oppleves erfaringene med selvskading og gjennomgått behandling ut i fra situasjonen din i dag”?

Med utgangspunkt i denne problemstillingen har jeg videre formulert forskningsspørsmål som har nær sammenheng med temaer som har vært sentrale i arbeidet med pasientgruppen. Disse omfatter også spørsmål om hvordan pasientgruppen har det etter utskrivelse og hvordan de lever livene sine etter gjennomgått behandling, som det finnes lite informasjon og kunnskap om.

Presentasjon av forskningsspørsmål:

- *Hvordan beskriver noen kvinner som skader seg hva selvskadeprosessen handler om?*
- *Hvordan erfarer noen kvinner som selvskader sitt forhold til kropp og selvbylde?*
- *Hvordan erfarer noen kvinner som selvskader andres holdninger til selvskading og hvordan erfares det å leve med selvskading i forhold til pårørende, venner og familie?*

-
- *Hvordan erfarer noen kvinner som skader seg selv det å motta hjelp til sårstell og kirurgisk assistanse etter selvpåførte kutt?*
 - *Hvordan erfarer noen kvinner som selvskader det å ha vært behandlet for selvskading i institusjon?*

1.4 Oppgavens oppbygging

Kapittel 1 Beskriver bakgrunnen for min interesse for å utforske erfaringer kvinner har i forhold til selvskading og gjennomgått behandling. Jeg har vist hvordan dette har dannet grunnlag for studiens tema og videre problemstilling.

Kapittel 2 Beskriver det teoretiske rammeverket. Jeg har hentet inspirasjon fra flere teoretiske perspektiver, både det kulturelle, det feministiske og det biologiske og lar dem være utgangspunkt for min forståelse inn i feltet. Det psykologiske perspektiv, representert ved Axelsens teori om symptomet som ressurs er sammen med det fenomenologiske perspektivet, representert ved Merleau-Pontys teorier om kroppen som levd erfaring valgt som grunnleggende perspektiv og gir hovedblikket inn i analysene. Med hensyn på forforståelse, drar jeg også veksler på nyere forskning vedrørende selvskadeprosessen og spesielt Moes teorier og modell om selvskadingens dynamikk.

Kapittel 3 Skildrer, i tråd med den kvalitative forskertradisjonen, selve forskningsprosessen. Her er valg av metode begrunnet, og det redegjøres for de ulike trinnene i prosessen. Dette inkluderer valg av informanter, hvordan de har blitt rekruttert, samt beskrivelser av intervjuer og prosesser rundt dette. Videre reflekterer jeg rundt min egen forskerrolle og etiske aspekter knyttet til studien. Selvskading er et sensitivt tema og det drøftes hvordan forskningsopplegget må tilpasses dette. Kapitlet avsluttes med å beskrive hvordan jeg arbeidet meg inn i materialet og kom frem til aktuelle kategorier, funn og tema i analysen.

Kapittel 4 inneholder presentasjon av funn og diskusjon. Sentralt i oppgaven er informantenes erfaringer om selvskading og gjennomgått behandling. Strukturen på kapitlet er slik at jeg diskuterer enkelte momenter i presentasjonen, men likevel avslutter jeg hvert delkapittel med en diskusjon hvor nøkkelfunn blir drøftet

ytterligere. Ved å ta utgangspunkt i empirien utdypes og tolkes funnene innenfor de teoretiske perspektivene for oppgaven.

Kapittel 5 Oppsummerer sentrale funn fra analyse og diskusjon. Dette kobles til problemstillingen og hensikten med studien. Videre ser jeg på betydningen av å undersøke et utvalg kvinners erfaringer med selvskading i et fenomenologisk perspektiv og psykologisk perspektiv. Avslutningsvis beskrives tanker om egen prosess, refleksjoner rundt egen forskning, samt forslag til videre arbeid.

2 Teoretisk rammeverk

I denne delen av oppgaven vil jeg gå nærmere inn på aktuell litteratur og aktuelle studier knyttet til oppgavens tema. I denne sammenheng vil jeg komme inn på hvordan selvskading forstås innenfor ulike teoretiske perspektiver. Aller først vil jeg si noe om hvor jeg søkte og fant litteratur. Avslutningsvis vil jeg gjøre rede for studiens vitenskapsteoretiske forankring.

2.1 Litteratursøk

I dette kapitlet presenteres fremgangsmåten i litteratursøk og hvordan den aktuelle litteraturen ble valgt ut. Det siste oppdaterte søket jeg utførte ble gjort ved fagbiblioteket ved Sykehuset Telemark foretatt ved hjelp av Advanced Ovid search, altså i et søk som samlet flere databaser. Databasene PsychInfo, Medline, Cinahl, Swe-med+ og Bibsys Ask ble benyttet. Søkeordene knyttet til selvskading var: selvskading, villet egenskade, Deliberate Self Harm, Self Injurious behavior, Self Mutilation, Body Image, Phenomenology, Nursing Methodology Reasearch. MeSH termen Self Mutilation ga 2749 treff, MeSH termen Self- Injurious Behaviour ga 3321 treff. Søket ble videre konkretisert med female and humans. Det ble også gjort et kombinert søk som knyttet Nursing Methodology Reasearch og/eller Phenomenology. Dette var en fornuftig avgrensning og ga 38 nyere artikler om tema. En siste avgrensning ble gjort hvor også MeSH termen body image var med. Swe-med + var en nyttig base for å finne emneord. Søket i Ovid var avgrenset i tid fra 1950 til januar uke 2 2010. Et lignende søk ble også utført i 2008, men jeg valgte å gjøre et oppdatert søk med hensyn på å få med nye artikler innenfor tema som

kunne være egnet til å kaste lys over mitt empiriske materiale og hvordan det kan forstås. Her refererer jeg særlig til nyere norsk kvalitativ forskning innen psykologi, medisin og helsefag. Eksempler på litteratur som har vært spesielt egnet til å understøtte, sammenligne og diskutere egne resultater og funn i teori og analysedel er artikler og bøker skrevet av norske forfattere/forskere som Moe, Skårderud og Axelsen. Boken "Selvskadingens Dynamikk" (Moe og Ribe, 2007) er et eksempel på hvor, nyere kvalitative studier av fenomenet selvskading er presentert. Det har vært fruktbart å sammenligne og diskutere egen empiri om selvskadingsprosessen opp mot presentasjonen av funn i den utvalgte litteraturen. Det ser ut til å være en økt interesse for å gjøre kvalitative studier hvor det også vektlegges å inkludere informantenes selvforståelse. Dette var også en del av intensjonen med eget prosjekt. Det er også valgt ut amerikansk, engelsk og nordisk litteratur som belyser fenomenet selvskading. De artiklene jeg fant innenfor sykepleie var i betydelig grad kliniske og erfaringsbaserte, og ikke like egnet til å diskutere egen empiri ut i fra perspektivet kvalitative studier.

2.2 Ulike teoretiske perspektiver og forskning innenfor disse

2.2.1 Historisk perspektiv

Den russisk-jødiske psykiateren Sabina Spielrein var den første som kartla ødeleggelsesinstinktet hos mennesket. Hun fremla en banebrytende avhandling i 1912 "Die Destruktion als Ursache des Werdens" hvor hun forsøkte å kartlegge ødeleggelsesinstinktet. Hun hadde selv erfart å bli sviktet og bedratt og kjempet mot mørke og ødeleggende krefter i seg selv (Alnæs, 1994). Alnæs hevder at Sigmund Freud og Carl Gustav Jung forsynte seg rikelig av hennes ideer, uten å gi Spielrein kredit for det (Alnæs, 1994). Denne psykodynamiske teorien var driftsorientert og opererte med to hoveddrifter henholdsvis den livgivende libido og den selvødeleggende, tilintetgjørende destrudo. Destrudo ble sett på som en sterk energi, libidos motvekt. I behandling ble det tilstrebet å kontrollere kvinnenes destrudo/selvødeleggelse til tross for at den ble forstått som en type selvoppholdelsesdrift. I følge Alnæs omtaler Svein Haugsgjerd Spielreins teori og kaller den oppdagelsen av " den aggressive komponenten i kjærligheten" (Alnæs,

1994). I en videre sammenheng kan dette forstås som at hun utviklet teorien om at det ligger en selvødeleggende tendens i den menneskelige natur som er knyttet til selvoppholdelsesdriften, slik at begge komponentene er avhengig av hverandre (Alnæs, 1994). Freud utviklet dette videre igjen, og en tidligere utbredt psykodynamisk forståelsesmodell var at selvskading kunne forstås som et resultat av indre konflikt og determinisme og videre at personens forsvarsmekanismer blant annet var å skade seg selv i manipulativ hensikt som følge av interpersonlig avvising. Dette er teorier som i dag er svekket og til dels forkastet.

Psykodynamiske beretninger fra 1914 forteller at kvinner som kuttet seg selv ble fortolket slik at kuttingen var et symbol for onani og menstruasjon (Øverland, 2006). De gamle forståelsesmodellene førte til mye uhensiktsmessig behandling. En vanlig behandlingsmetode var å ignorere hele adferden, eller utøve strenge kontrolltiltak som heller økte pasientenes psykiske smerte, angst og uro. Ved kontroll av adferden ble dessuten selvskadingen mer alvorlig og oppfinnsom.

De første kliniske tekstene om selvskading dukker opp i begynnelsen av forrige århundre. Der beskrives de som skader seg som hele mennesker som det er lett å få empati for (Moe og Ribe, 2007). Det at de skadet og kuttet seg ble forstått som ubalanse i intrapsykiske prosesser med forankring i et psykoanalytisk perspektiv. Fra ca. 1930- til 1970- tallet ble kvinnene som skadet seg sett på som smarte, veltalende og samarbeidsvillige kvinner (Moe og Ribe, 2007). På 1940- og 1950-tallet fant man ikke fenomenet beskrevet i klinisk litteratur produsert i tidsrommet. Man regner likevel med at selvskading som fenomen fortsatt eksisterte. På 1960- og 1970- tallet finner man igjen klinisk litteratur som har forståelse for at selvskading har en funksjon, men nå også forstått som en reaksjon på tidlig opplevd omsorgssvikt og nedsatt evne til å kommunisere følelser (Moe og Ribe, 2007 og Shaw, 2002). Det er interessant at det også var fokus på hjelpen kvinnene fikk. Streng kontroll ble frarådet i behandlingen fordi man forsto at det bare økte omfanget av selvskadingen. Det fremgikk at helsepersonell ble oppfordret til å være oppmerksomme på egne forsvarsmekanismer som sinne, frykt, fortvilelse og hjelpeløshet slik at de ikke skulle overføre egne reaksjoner til pasientene (Simpson, 1976)

1980-tallet ble dominert av adferdpsykologiske publikasjoner hvor kjernepopulasjonen for retningen var personer med psykisk utviklingshemming. Forståelsen gikk ut på at for mye oppmerksomhet på kuttingen ville forsterke selvskade adferden ved at omsorg og oppmerksomhet ville fungere som belønning og forsterke en uønsket respons som selvskading. Den terapeutiske målsettingen var at pasienten ville utvikle mer adekvate former for kontaktetablering hvis det ikke ble gitt oppmerksomhet på selvskadingen. Denne ignoreringen ga lite rom for dialog og undring med pasienten. Å betrakte de som skadet seg som manipulerende og behandlingsresistente førte til mye ignorering av selvskading som symptom. Man konsentrerte seg i større grad om kartlegging av samvarierende variabler, for eksempel hvilke oppvekstvilkår som samvarierte med selvskading. Videre ble det gjort studier som kartla omfang og demografiske data. (Moe og Ribe, 2007)

Fra 1990- tallet ser man at det er en ny interesse for symptomet som ressurs. Selvskading blir igjen betraktet som en ressurs i den forstand at det er et uttrykk for et forsøk på selvhjelp og symptomet bærer med et budskap som pasienten kan gå i dialog med og lære om seg selv fra. Psykiske symptomer betraktes som kommunikasjon av avmakt og forsøk på mestring av avmakt (Axelsen, 2009).

2.2.2 Det kulturelle perspektiv

Selvskading er et fenomen det har blitt satt søkelys på i fagmiljøene og media, spesielt de ti siste årene. Det å skade seg selv er selvpåført, men hva består denne selvpåførte komponenten av? I likhet med andre lidelser hvor det kan identifiseres en selvpåført komponent, kommer spørsmålet om man også er ansvarlig for egen lidelse. Kraft skriver i boken "Den ville kroppen" om tendenser hun har registrert gjennom sine forskningsarbeider. Hun sier at det hos mennesker i dag finnes et skrik etter å kunne mestre utfordringer og smerte, og et ønske om at levd liv skal synes på kroppen (Kraft, 2005). Hun diskuterer om tiden vi lever i skaper behov i form av å finne nye måter å være synlige på. Det å bryte med mainstreamkulturen og forme en egen identitet kan være et uttrykk for det hun kaller annerledeshetens estetikk. Hun stiller spørsmål i forhold til hvorfor det forholder seg slik? I 1978 skapte Fakir Musafar begrepet *Modern Primitives*. Dette skulle betegne en stadig

økende gruppe dedikerte som drev med kroppsmodifisering i form av blant annet piercing, tatoveringer, brennemerking og arr (Favazza 1996, Skårderud 1998). I Favazzas (1996) bok "Bodies under siege" har Fakir Musafar en epilog hvor han forteller om sin spesielle praksis som sjaman. Tradisjonen han identifiserer seg med tror at spiritualitet oppnås ved å transformere kroppen og overvinne smerte, og denne praksisen får stadig flere tilhengere. Fakiren spør seg selv hvorfor mennesker til alle tider og i de fleste kulturer har søkt å uttrykke seg gjennom kroppsmodifisering. Han er overbevist om at det er en vesentlig del av det å utvikle seg som menneske, og uttrykk for dype allmennmenneskelige behov (Favazza 1996).

Smerteritualer har både universelt og historisk hatt en viktig betydning i menneskers liv. I nyere tid har vi derimot sett lite av det i vestlige land, mens det i stammekulturer i andre deler av verden har vært svært utbredt. Min egen mann er masai, opprinnelig fra Kenya. I masaikulturen i Kenya og Tanzania har det vært en tradisjon at unge menn som et av flere ritualer blant annet blir påført "bravemarks" ved at de får flere kutt med kniv i mageregionen. De unge mennene skal henføre seg i smerten og tåle den, uten å forsvare seg eller vise tegn på ubehag. På denne måten viser de mestring og kontroll og bevarer sin sosiale status. I takt med utvikling og bedre levekår er disse tradisjonene i ferd med å endres i masaikulturen. I vestlige land, hvor levekårene stabilt har vært på et høyt nivå, har derimot forskere som Kraft fanget opp at det er en gryende og økende interesse for disse fenomenene.

2.2.3 Det feministisk perspektiv

Shaw har utgangspunkt i det feministiske perspektivet og setter fokus på hvordan kulturen vi lever i til enhver tid konseptualiserer og definerer hvordan vi forstår og oppfatter kliniske fenomener (Shaw, 2002). Selvskading kan dermed forstås både ut fra individuelle, sosiale og kulturelle nivå. Kvinner utsetter seg frivillig for mange fysisk destruktive, men kulturelt godkjente prosedyrer, for å leve opp til vestlige skjønnhetsidealer. Begrepet å "lide for skjønnheten" er noe de fleste kvinner kjenner til. For å tilstrebe et tilnærmet ideal, må det hele tiden sultes, slankes og tilpasses. Unge jenter kan føle skam og håpløshet over ikke å leve opp til kulturens strenge

idealer. Shaw betrakter selvskading som et uttrykk for at jenter tar kontroll over egen kropp som en protest mot meningsløse kulturelle normer, og et forsøk på å gjøre avmakt om til makt (Shaw, 2002). Til tross for at selvskadingen bare har begrenset effekt for den det gjelder, er selvskading et sterkt uttrykk som ofte blir møtt med avsky og avvising, også fra behandlernes side (Favazza 1996, Levenkron 1998, Shaw 2002). Shaw diskuterer om en slik avisende holdning kan ha sammenheng med at selvskading er et bevisst eller ubevisst uttrykk for opprør mot et regjerende syn på hva som er feminint eller ikke. Med andre ord: Kan selvskading forstås som et opprør og en kamp om definisjonsmakten?

Jenter debuterer ofte med selvskadende handlinger i ungdomsskolealder. Shaw hevder at dette har sammenheng med at det er da unge begynner å søke etter sin egen identitet. Tenåringer søker etter forbindelser mellom en indre sannhet og en større samfunnsmessig og kulturell sannhet. Shaw framholder at selvskading forstått som opprør eller protest *ikke* nødvendigvis er verken bevisst eller et effektivt middel i forbindelse med kvinners frigjøring. Hun poengterer at faglitteraturen ikke har lagt stor nok vekt på å se selvskading som et meningsuttrykk for jenters og kvinners opprør mot negative opplevelser og erfaringer i sin kultur. Hun mener at denne diskusjonen bør vektlegges mer i faglitteraturen om selvskading (Shaw, 2002).

2.2.4 Det biologiske perspektiv

Innenfor det biologisk-medisinske perspektivet finner man selvskading og selvdestruktiv adferd derimot som et av flere kjennetegn under diagnosen F60.3 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. I tillegg står det oppført som villet egenskade X6n under kapitlet Ytre årsaker til sykdom, skade og dødsfall. I den diagnostiske manualen DSM-IV, finner man det tilsvarende, selvskading har ingen frittstående status innenfor psykiske lidelser. Dette er gjenstand for kritikk, siden man kan forstå selvskading som eget syndrom med karakteristiske symptomer.

Det å skulle forklare adferd, tankevirksomhet og følelsesliv ut i fra et biologisk forståelsesperspektiv har vært en utfordring gjennom den biologiske teoriutviklingen. Det biologiske perspektivet forsøker i stor grad å finne årsakssammenhenger.

Grunnlaget for all sansning, adferd, emosjoner og tenkning ligger i nevrologiske prosesser. Avanserte scanningapparater som fMRI og PET, har gitt oss bidrag til å vite mer om de strukturene som er involvert i emosjoner og tenkning. I tillegg brukes det interaksjonsmodeller som forholder seg til evolusjon og miljø.

Interaksjonsmodellene har til hensikt å finne årsaksforholdet mellom hvordan den genetiske arven påvirker miljøet og hvordan miljøet påvirker den genetiske arven (Passer, 2001).

Til tross for at menneskekroppen er gjenstand for så mye kartlegging både strukturelt og funksjonelt fra medisins side, er det fortsatt mange årsaksforhold som er uavklarte. Menneskekroppen er på mange områder fortsatt uforutsigbar til tross for nøye overvåking. Gunn Engelsrud skriver om kroppen som en betydningsfull organisme og henviser til idrettsutøvere som er overvåket medisinsk og psykologisk. Til tross for perfekte verdier av blodanalyser og en godt planlagt formkurve hvor toppformen er beregnet, kan utfallet bli et helt annet enn forventet (Engelsrud, 2006).

Nortvedt og Grimen fremholder at et troverdig menneskesyn bør inkludere den viten en har om mennesker. Det betyr også at man ikke bør ignorere kontrasterende perspektiver i forhold til sykdom og helse. Det fremgår også i deres forståelse at man ikke kan utelukke biologisk evolusjon og at adferd også kan endre seg som følge av evolusjon (Nortvedt, 2004).

Det arbeides med forskning på biologiske forklaringer i forhold til selvskading. Det har vært mulig å påvise årsaksforhold ved at stresshormonet kortisol har blitt målt. Man har funnet ut at forut for selvskading hos personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og tidlige traumer er det påvist økt nivå av kortisol, parallelt med økende psykisk smerte (Øverland, 2006). Favazza har utviklet modeller hvor det forklares hvordan selvskading kan ha en dempende effekt på psykisk smerte (Favazza, 1996). Modellene forklarer virkningsmekanismen til ulike transmittersubstanser og de biokjemiske aspektene knyttet opp til at det under selvskading skjer en blokkering av smerteopplevelsen ved hjelp av kroppens egne opiater eller transmittersubstanser. Effekten kan bli et velbehag som kan oppleves som en belønning. Et annet eksempel er Kempermanns studie. Kempermann

hevder at positive følelser øker og negative følelser avtar etter selvskading (Kempermann, 1997).

Favazza har videre også hypoteser i forhold til forklaringsmodeller som kan forklare både økt aggresjon både mot en selv og andre i tillegg til en avhengighetshypotese som forklarer hvordan det å skade seg kan utløse enkefalin som fungerer som kroppens eget opiat, og derved forklare avhengighet av selvskading gjennom at det kan utvikles enkefalin-toleranse på samme måte som opium og heroin hos narkomane (Favazza, 1996).

Det var disse nyere biologiske teoriene, utviklet av den amerikanske psykiateren Favazza, som var et av bidragene til at en tidligere utbredt psykodynamisk forståelsesmodell av at selvskading kunne forstås som et resultat av indre konflikt og determinisme og videre at personens forsvarsmekanismer blant annet var å skade seg selv i manipulativ hensikt som følge av interpersonlig avvising, ble svekket og til dels forkastet.

2.2.5 Det psykologiske perspektiv

Selvskadeprosessen

I en studie av kvinners opplevelse av den selvskadende prosessen med tittelen "Å sette arr på det" (Moe, 2005) utviklet hun gjennom studien en modell som er basert på semiotisk tegnteori og denne modellen tar for seg delene i den selvskadende prosessen. Modellen tar opp hva den selvskadende prosessen handler om og deler den selvskadende prosessen opp i følgende deler eller steg: Tilstanden før kuttet, kuttet, blodet, såret, skorpa og arret. Moe hevder at hvert steg har et budskap som sier noe om kvinners refleksjoner rundt egen selvskadende adferd og bearbeider sentrale temaer fra pasientenes livshistorier. Modellen er videre utdypet i boken "Selvskadingens dynamikk" (Moe og Ribe, 2007). Hennes konklusjon er at selvskading kan forstås som et tegn i tiden og at skaden og arret trenger et vitne.

Alderman har utarbeidet en syklisk modell for *prosessen i selvskading* som likner modeller brukt til å beskrive ulike typer avhengighet (Alderman, 1997). Modellen er syklisk, idet selvskadingen fortsetter delvis på grunn av effekten den har, og delvis

på grunn av konsekvensene den får. Selvskadingen letter umiddelbart, men fører på sikt til mer av det samme. En nærmere utdyping av modellen forklares slik;

Modellen begynner i første fase med *negative følelser* som kan skyldes ulike forhold som sinne, frustrasjon, forvirring, depresjon, tristhet, ubehag eller isolasjon.

Andre fase er preget av anspenthet og angst. Dette er et resultat av tanken på å lette ubehaget ved for eksempel kutting. Det foreligger også en forventning og spenning, uansett om selvskadingen er ønsket eller ikke.

Tredje fase preges av en dissosiativ tilstand hvor det oppstår en sterk uvirkelighetsfølelse som følge av overveldende og ukontrollerbare følelser. Dissosiasjonen gjør det mulig å holde ut en intens uutholdelig tilstand. I fjerde fase utføres selve handlingen som kan omfatte flere former for selvskading, for eksempel kutting eller brenning. Aldermann hevder at det under skadingen utløses endorfiner og at dette i tillegg til dissosiasjon kan bidra til lav sensitivitet for smerte.

Femte fase er preget av en opplevelse av de positive effektene av selvskading, slik som ro, lettelse og en oppstemthet som følge av frigjøring av endorfiner. Det indre kaoset har gjennom skaden blitt transformert til en konkret, kontrollerbar form som er mer forståelig. Et sår er konkret i motsetning til kaoset før selvskaden.

I den sjette fasen fremtrer de negative effektene av selvskadingen. De positive effektene er kortvarige og midlertidige. Gradvis forsterkes igjen de negative følelsene som var der i utgangspunktet på grunn av skamfølelser etter selvskadingen. Skam i form av frykt for andres fordømmende og stigmatiserende blikk fremstår som en faktor som er sterkt assosiert med selvskading (Alderman, 1997). Alderman hevder at det som til slutt trigger selvskadeimpulsen og som gjør at de kutter seg er skam.

Skam er en følelse av bevisstheten eller forståelsen av vanære, unåde eller fordømmelse. Skam er knyttet til det vi opplever at vi er. Skam oppleves derfor som mer smertefullt en skyld. Skam gjør oss mer utsatt for psykiske lidelser. Skyld følger av noe vi gjør, spesielt noe som kan skade andre. Skam er en forstyrrelse i

regulering av selvfølelsen. Dyp skam kan defineres som den sterke følelsen av at man ikke er verd å bli elsket. Den skamfulle forventer ikke trøst, men forakt. Skam knytter seg til det å bli sett, avslørt for noe som oppfattes som negativt. Den akutte skammen utløser kroppslig reaksjoner og en lengsel etter å bli borte. Skam kan også ha sitt utspring i opplevelsen av å ikke bli sett. Et barn som blir mishandlet, ydmyket, eller opplever vedvarende mangel på omsorg og empati, kan utvikle skam. Den dypeste form for skamopplevelse er å tilby sin kjærlighet, men bli avvist (Leander, 2007). Wyller skriver at skam er en tausgjørende affekt (Wyller, 2001). Skårderud definerer den akutte skammen slik:

Den akutte skamreaksjonen erfares som et dypt ubehag. Få andre affekter kjennes like dramatisk. Den kommer raskt og slipper langsomt. Den er en negativ erfaring, en implosjon eller en plutselig "ødeleggelse" og selvforminsking. Skammen er en dødgjørende affekt og i ytterste konsekvens er selvmordet (Skårderud i Wyller, 2001 s. 42).

Kropp er svært fokusert i dagens kulturelle kontekst. Samfunnet fokuserer mye på idealkroppen og hva vi bør gjøre for å oppnå den. Idealet er kort fortalt slankt og glatt. Kroppen utfordrer oss ved at den for eksempel legger på seg, får lyst på ting eller blir gammel. Det er vanskelig å kontrollere den. Mangel på selvkontroll forbindes med svakhet. Skam og angst henger ofte sammen (Øverland, 2006). Mens det før var skam å realisere seg selv for mye, er det i dag skam å realisere seg selv for lite. Selvrealisering, selvstendighet og kontroll er høyt aktede verdier i dagens samfunn. Kroppen er blitt et bilde på vellykket selvkontroll. Vi former oss selv ved å forme vår kropp. Den slanke, harde, sunne høster ære, fordi kroppen bærer tegn på disiplin og kontroll. Den fete og dvaske risikerer skammen. (Skårderud, 1998).

Alderman peker på at skam er en følelse som er sterk nok til å endre både tanker, følelser og atferd. For selvskadere hevder han, er det skamfølelsen som til slutt trigger den impulsen de får til å kutte seg selv, enten umiddelbart, eller så snart muligheten byr seg. Dette gjenspeiles i modellen han har laget av selv-skadingens vedvarende avhengighetsmønster (Alderman, 1997).

Ifølge Skårderud er skam en allmennmenneskelig følelse som også kan være positiv i form av å sette grenser og regulere hva som bør regnes som akseptabelt i mellommenneskelige relasjoner. Den dårlige, eller vonde, skammen vil imidlertid oppstå når vi opplever et misforhold mellom hvordan vi ønsker å bli sett og hvordan

vi faktisk opplever at andre ser oss (Skårderud 1998). Både Alderman og Skårderud viser til at skamfølelse er dominerende i det følelses- og tankekaoset som mange selvskadere gjennomgår.

2.3 Vitenskapsteoretisk forankring basert på fenomenologi

Siden det fenomenologiske perspektivet er valgt som vitenskapsteoretisk forankring i min studie, presenteres hovedteorier fra det fenomenologiske perspektivet i dette kapittelet. I tillegg presenteres annen valgt teori, med røtter i fenomenologien, som studien og analysene bygger på. Merleau-Ponty er valgt som hovedteoretiker, fordi han har et grundig teorigrunnlag om kroppen som levd erfaring, noe jeg vurderer er meget relevant for å studere selvskading som tema og levd erfaring gjennom kroppen. I verket "Persepsjonens fenomenologi" (1962-utgaven) tar han grundig for seg begrepene livsverden, kroppen som levd erfaring og kroppen som ankerfeste for språk og samhandling med omgivelsene. Jeg refererer til fenomenologisk teori som er forankret hos Merleau-Ponty. I kapittel 2.3.2 Sykdommen: Den hjemløse tilværelsen, referer jeg også til Heidegger. Jeg benytter både originallitteratur og litteratur fortolket av andre forfattere. Jeg henviser til Bengtson og McLane som benytter teorier fra Merleau-Ponty. I tillegg henviser jeg til Svenaeus som benytter teorier fra Merleau-Ponty og Heidegger. Den fenomenologiske tilnærmingen er valgt i denne studien, fordi jeg ønsker å utforske nærmere hva selvskading som levd erfaring vil si. Dette har jeg også redegjort for og utdypet i tidligere kapitler (1.2 og 1.3).

Fenomenologi har disiplinære røtter i både filosofi og psykologi. Fenomenologi fokuserer på meningsaspektet i menneskelig levd erfaring. En nært beslektet forskningstradisjon er hermeneutikken, som bruker levd erfaring som verktøy for å bedre kunne forstå den sosiale, kulturelle, politiske eller historiske kontekst som den levde erfaringen hører hjemme i. Hermeneutikken fokuserer nesten alltid på mening og fortolkning (interpretasjon), hvordan individet sosialt og historisk fortolker verden i deres gitte kontekst (Polit, 2004). Fenomenologi tar utgangspunkt i å prøve å forstå et fenomen, eller det som fremtrer for en som opplever og oppfatter verden.

2.3.1 Livsverden

Å skade seg selv er en måte å være tilstede i verden på. Livsverden er et sentralt begrep innenfor fenomenologisk filosofi. Livsverden er den verden som er levende nærværende i vår persepsjon, og som sådan er uoppløselig forbundet med et persiperende subjekt (Bengtson, 2001). Filosofen Edmund Husserl henviste til livsverden som: ”*Den konkrete erfarbare virkeligheten som vi til daglig lever våre liv i, og som vi tar for gitt i alle våre aktiviteter*” (Bengtson, 2001, s.70). Merleau-Ponty utvider livsverdenbegrepet ved at han viser til subjektets *kroppslige* tilhørighet i verden, som en forutsetning for eksistens. Bengtsson oversetter Merleau-Pontys ordvalg med henvisning til livsverden; being- *in* –the – world som væren – *til*- verden (Bengtson, 2001). I et dialektisk forhold mellom kroppen og verden er kroppen utgangspunkt for forståelsen av omgivelser og egen situasjon. Verden er allerede *der*, før våre refleksjoner begynner, i følge Merleau-Ponty (Merleau-Ponty, 1962). Ved at Merleau-Ponty fremhever at det er gjennom kroppen vi er bevisst verden er ikke subjektet isolert fra verden, men strekker seg ut til verden. Merleau-Ponty vektlegger også de tidligste sansemodalitetene vi mennesker erfarer. Det vestibulære området, ballansesansen, det vibratoriske området, lydbølger nær kroppen og det somatiske sanseområdet, taktil, proprioseptisk og kinestetisk sans. Helt fra vi er små både berører vi og blir berørt av oss selv. I persepsjonens fenomenologi bruker Merleau-Ponty eksemplet når vi med den ene hånden berører vår andre hånd kan vi både oppleve følelsen av å bli berørt og berøre samtidig. Vi handler, opplever og erfarer samtidig, og vi gjør det gjennom kroppen i den levende nærværende verden som vi er, og er en del av (Merleau-Ponty, 1962). Med hensyn på selvskading som fenomen, og som en måte å være i verden på, blir det faktum at skadene både er selvpåført og sanselig opplevd av samme person en tvetydig og komplisert måte å være i verden på. Ved å ta utgangspunkt i kroppens relasjonelle forhold til verden og andre mennesker, vil livsverden aldri bli identisk med det erfarende subjektet, av den grunn overskrider livsverden erfaringene. Den verden vi forholder oss til er en verden som først og fremst er sosial. Livsverden er både en individuell verden slik den erfares av en bestemt person, men samtidig er den en felles verden som mennesker deler. Våre personlige handlinger og våre personlige unike måter å være på, er alle resultater av våre personlige rom i verden, som er sammenflettet med en felles verden som vi deler

med andre. Vår erfaring av egen kropp er på den måten *tvetydig*, subjektet er samtidig unikt og tilhørende i verden (Bengtsson, 2001). For mine informanter vil dette kunne bety at de hver for seg opplever å leve med selvskading på bestemte måter ut fra sine unike erfaringer i livet. Samtidig lever de i verden der de møter andres forståelser av dem, som er av betydning for hvordan de forstår seg selv og sine relasjoner til andre mennesker. Det som vi opplever som subjekter i verden framtrer alltid på bakgrunn av tidligere erfaringer som er grunnet i en verden som er historisk, kulturell og sosial (Merleau-Ponty, 1962).

2.3.2 Sykdommen: Den hjemløse tilværelsen

Svenaesus bygger på fenomenologien når han skriver at sykdommen har ulike dimensjoner. Han argumenterer for at sykdom er en subjektiv opplevelse og omfatter også det som på engelsk kalles "illness" som på norsk kan oversettes til den subjektive opplevelsen av lidelse, eller det å føle seg dårlig. Han tar utgangspunkt i Martin Heideggers filosofiske fenomenologi, og fortolker filosofien i forhold til den eksistensielle angsten som følger opplevelsen av å være syk eller lide. Gjennom sykdom og lidelse blir man fremmed i verden. Det man oppfatter er ikke lenger meningsbærende. Følelsen av "å være" endres, følelsen av å være sammen med andre endres. Det å ikke gjenkjenne sin tilstedeværelse å føle at man ikke hører hjemme er skremmende, "uhyggelig". Den er preget av angst. Det å ikke oppleve tilhørighet, det å ikke vite hvor man skal, er en subjektiv erfaring. Grunnfølelsen kan endres og den forteller hvordan det står til med en. Hvis man ikke vet hvor man er, er det heller ikke mulig å vite hvor man skal gå. Den menneskelige tilværelsen er meningsbærende når den er rettet mot fremtiden med utgangspunkt i fortiden. Men hvordan blir tilværelsen hvis vi fratras muligheten til å ha dette perspektivet? Svaret på dette kan være at angsten rører ved fremtidsperspektivet og håpet om en fremtid. Man får en ide om sin egen *endelighet*, og tilværelsens prosjekter og handlinger blir mer meningsløse. Man får en *hjemløs følelse*. Det meningsmønsteret livet består av brister og denne endringen kan erfares som en spesiell form for hjemløshet (Svenaesus, 2005). Et menneskes identitet er knyttet til et liv sammen med andre, en "medværen". En følelse av medværen er annerledes en den ensomme, uhyggelige angsten. Hvis en ikke klarer å være sammen med andre, kan de andres liv være en slags motstand

eller kontrast til den tilstanden du befinner deg i. ”*Det som karakteriserer tilstedeværelsen i sykdommen er nettopp en type motstand i det å ta plass i verden, der fremmedheten og umuligheten i å gjøre noe i denne verdenen til noe eget og hjemlig gjør seg gjeldende*” (Svenaesus, 2005, s. 71).

2.3.3 Kroppen som levd erfaring

Selvskading er et kroppsliggjort fenomen. Merleau-Ponty betraktet for eksempel stokken til en blind mann som forlengelsen av hans kropp, hans erfaringsverden. Han forsto pennen man skriver med som en forlengelse av armen. Er det da også mulig å forstå barberbladet som kutter i huden som en forlengelse av kroppen? Hvordan erfarer vi verden og legger oss ut i den som forlengelser av oss selv? Den blinde mannen har forlenget følsomheten sin til tuppen av stokken, han har lagt seg ut i den, den har blitt en del av hans sanseapparat (Merleau-Ponty, 1962). Merleau-Ponty fremhever at kroppen er primært erfarende. Det vi sanser og tar inn er der før vi begrepslegger. Han skiller slik ikke mellom bevissthet og kropp, men at bevissthet er både i kroppen og verden. Slik sett oppstår erfaringer i konkret relasjon til verden, og først og fremst via menneskets ureflekterte og umiddelbare kroppslige væren-til-verden. Merleau-Pontys kroppsforståelse er radikalt forskjellig fra Descartes dualistiske forståelse av kropp og sjel, som har dominert den vestlige naturvitenskapelige forståelse av kropp. Merleau-Ponty beskriver følgende: “*The world is not what I think but what I live through*” (Merleau-Ponty, 1962, s. Xvii). Erfaringen blir slik ikke til på et bevisst, tankemessig nivå. Den umiddelbare kroppslige erfaringen er der *før* vi reflekterer over erfaringen. Det betyr at kroppen sanser og tar inn omgivelsene før vi selv har reflektert over dem.

Merleau-Pontys teori om språk impliserer at språk er et utspring av menneskelig og kroppslig eksistens og derfor vil menneskelige erfaringer alltid bli kommunisert. Han forklarer at liksom en væske når dens kokepunkt, vil kroppen finne en måte å kommunisere på når grensen er nådd (Merleau-Ponty, 1962). I tillegg vil dette også være en del av kroppen som levd erfaring. Janice Mclane baserer seg på Merleau-Pontys teorier når hun hevder følgende om selvskading som uttrykksform:

Self-mutilation is generally seen only as a negative response to trauma. But when trauma cannot be expressed, other forms of communication become necessary. As gestural communication, self-mutilation can reorganize and

stabilize the trauma victim's world, providing a "voice on the skin" when the actual voice is forbidden. This is a plausible extension of Merleau-Pontys gestural theory of language, and an interesting comment on his notion of "reversibility" as essential to linguistic communication (McLane, 1996, s.107)

Hun hevder at Merleau-Pontys teori understreker at det ikke bare er aktuelt, men også nødvendig med en forandring hos misbrukte, traumatiserte ofre. Misbruk ødelegger et barns kroppslige og psykologiske integritet. Den rasende vreden over å være mishandlet når et kokepunkt i forhold til behovet for å utrykke seg. Og det er ikke bare mulig å slippe det løs, men nødvendig. Løsningen kan derfor bli selvskading, et lettere tilgjengelig, kroppslig mer direkte språk, men *tvetydig* for fortolkeren, men befriende for skaperen av uttrykket. Språk knytter oss til verden:

As soon as man uses language to establish a living relation with himself or with his fellows, language is not longer an instrument, no longer a means; it's a manifestation, a revelation of intimate being and of the psychic link which unites us to the world and our fellow men. The patient's language may display great knowledge" (Merleau-Ponty, 1962, s. 196).

Hva som kommuniseres ut kan derimot ha flere betydninger, men det som ligger i innholdet hadde nådd sitt kokepunkt. Erfaringene vi gjør oss vil alltid kunne ha flere betydninger og Merleau-Ponty viser til at *tvetydighet* er essensen av menneskelig eksistens (Merleau-Ponty, 1962). Et annet sentralt poeng hos Merleau-Ponty er at subjektet alltid ser seg selv og verden fra et utgangspunkt: *"All my knowledge of the world, even my scientific knowledge, is gained from my point of view or from my experience of the world without which the symbols of science would be meaningless" (Merleau-Ponty, 1962 s.viii).*

Merleau-Pontys forståelse av rom og tid er knyttet til at kroppen er vår primære erfaringskilde (Merleau-Ponty, 1962). Den egne levde kroppen er den nødvendige bakgrunnen for at vi i det hele tatt kan oppfatte rommet og tiden. Vår prerefleksive kroppsbevissthet muliggjør enhver romlig erfaring. Merleau-Ponty bruker kroppens evne til å innrette seg i daglige situasjoner som et eksempel på levd erfaring. Det er mulig å gjennomføre handlinger eller tenke handlinger uten å verbalisere disse. For eksempel kan vi uten å ha prøvd et par sko anslå hvilken størrelse som vil passe. Ved å legge et bestemt trykk på kniven kan vi avpasse skjæredybden prerefleksivt. Selvskading er et eksempel på en erfaring som omfatter prerefleksiv kroppsbevissthet og et bredt spekter av komponenter eller sanseintrykk.

2.3.4 Symptomet som ressurs

Axelsen bygger også på et fenomenologisk perspektiv når hun fremlegger og teoretiserer et alternativt forståelsesperspektiv til psykiske problemer i boken "Symptomet som ressurs". Hun presenterer et alternativ til å betrakte psykiske problemer som sykdom. I sykdomsmodellen blir psykiske symptomer, som angst, psykoser eller tvangstanker betraktet som defekter som må repareres. I stedet forstår hun psykiske problemer som svar på livspåkjenninger. Hun forstår psykiske problemer som noe som skapes i sosiale relasjoner, ikke noe som er uttrykk for en defekt ved personen. Psykiske problemer kan ses på som kommunikasjon av avmakt (Axelsen, 2009). Dette kan skyldes at man er blitt utsatt for makt, invadering og neglisjering av behov fra en sterkere part, noe som kan gi en subjektiv opplevelse av at man ikke er god nok eller sterk nok. Det er ikke nødvendigvis snakk om traumer. Hennes teoretiske byggesteiner baserer seg på fire grunnleggende forståelsesperspektiver: Et kommunikasjonpsykologisk perspektiv, et fenomenologisk og eksistensialistisk perspektiv, et kognitivt perspektiv og et makt og avmakt perspektiv. Hennes forståelsesmodell er en kontekstuell modell:

Kontekstuelle modeller forstår utvikling av psykiske problemer som en reaksjon på livspåkjenninger. Det vi oppfatter som irrasjonalitet, blir sett på som meningsbærende psykiske reaksjoner, som står i forhold til erfaringer som personen har gått gjennom. Dette forholdet er ofte ikke lett å se (Axelsen, 2009, s.13).

Alle barn blir utsatt for makt, invadering og neglisjering av behov i oppveksten. Det er imidlertid den subjektive fortolkningen av opplevelsen som er vesentlig. Det fins en individuell grense for hvor mye den enkelte tåler. Dersom påkjenningene går ut over tålegrensen, vokser det frem en negativ selvfølelse. Det kan synes som om problemer med selvfølelsen ligger i bunnen av alle typer psykiske problemer i følge Axelsen (Axelsen, 2009). Hun legger til at ved seksuelle overgrep kommer den fysiske undertrykkelsen i tillegg til den psykiske. Derfor kan de få så alvorlige følger for offeret.

Axelsen sier at ved å gå med symptomene gis livspåkjenningene mening. Det er helt fundamentalt for et menneske å skape mening. For den som opplever avmakt er det spesielt viktig å skape mening i det som skjer. Axelsen understreker at det er

et hovedpoeng å akseptere og anerkjenne psykiske reaksjoner som mestringsreaksjoner. De er oppstått som forsøk på å mestre og bearbeide påkjenninger. Når reaksjonene repeteres, passer de ikke til situasjonen og kan utvikle seg til psykiske problemer (Axelsen i Bentsen, 1998)

3 Prosess og metode

I dette kapitlet beskrives studiedesign, metode og metodiske vurderinger som er gjort i forbindelse med forberedelse og gjennomføring av studien. Thomassen omtaler metoder som fremgangsmåter som knytter forbindelse mellom teori og det virkelighetsområdet vi studerer, og det er den valgte strategien som brukes for å få svar på spørsmål som stilles (Thomassen, 2006). Metode er nært knyttet til måten data samles inn og analyseres på. I kvalitativ metode er observasjon og intervju de mest brukte tilnærmingene. I denne studien er dybdeintervju valgt som datainnsamlingsmetode. Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan fem kvinner med selvskadeerfaring opplever det å skade seg og hvorfor de skader seg og hvordan de opplever egne erfaringer i forhold til å ha gjennomgått behandling for selvskading. I følge Kvale er tematisering eller begrepsmessig klargjøring og den teoretiske analysen av temaet som skal undersøkes innledningen til intervjuet (Kvale 2001).

3.1 Design og metode

Det å gjøre kvalitative intervjuer med personer som har selvskadeerfaring vil kunne være en måte å innhente personenes erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger (Malterud, 2004). Kvale definerer forskningsintervjuet som *"et intervju som har som mål å innhente beskrivelse av den intervjuedes livsverden med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene"* (Kvale, 2001 s.21). Et av fortrinnene ved det kvalitative forskningsintervjuet er dets åpenhet. Men dette fordrer forarbeid og planlegging. Målet er at valg av metode skal gjøres reflektert og med en klar hensikt. Hypoteser og problemstillinger er med inn i intervjuet og danner en referanseramme under intervjuet. Forståelsesformen, hvordan intervjuet gjøres og hvilke metodiske aspekter man trekker inn som forsker vil kunne prege intervjuet og hva som blir mulig å hente ut av det produserte materialet. Et valg er å gjøre det med en *bevisst naivitet*. Det vil si å vise åpenhet overfor nye og uventede

fenomener, og videre unngå ferdigoppsatte kategorier og tolkningsskjemaer (Kvale, 2001). I denne studien er det satt opp noen temakategorier. Dette betyr at forståelsesformen er mer *fokusert*. Det er likevel ikke planlagt som en stramt strukturert tilnærming med standardiserte spørsmål, men det er heller ikke fullstendig ikke-styrt. Intervjuguiden (vedlegg nr.1) ble testet ut i et pilotintervju og fungerte som en egnet veiviser for å kunne drive intervjuet i retningen av å få svar på forskningsspørsmålene.

3.1.1 Metodologiske utfordringer

Jeg har forsøkt å tilrettelegge metoden slik at det blir mulig å hente ut det jeg søker kunnskap om i dette prosjektet, selvskading som levd erfaring. I forhold til selvskading blir spørsmålet derfra, hva er selvskading? Hva er selvskading som levd erfaring? Og hvordan kan jeg søke å identifisere selvforståelsen til de som skader seg selv? Det som styrker mitt metodevalg er de mulighetene som et kvalitativt intervju innehar for å åpne opp for en selvforståelse og dialog hos den som skader seg selv. Dette fordrer et blikk på dialogen og de prosessene som er til stede under et sosialt møte. Et intervju er samhandling på flere plan. Et aspekt er møtet mellom to sosiale identiteter. Det foreligger en fare ved at fokuset i intervjuet vil domineres av at informanten presenterer et foretrukket selv. Eller informanten ser seg selv som en sosial markør og har allerede tatt opp i seg forventninger for eksempel i form av å være en verdig klient (Jarvinen og Mik-Meyer, 2005). I Jarvinens presentasjon av det interaksjonistiske perspektivet fremgår det at også for forskeren er maktpåliggende å fremstå seriøs og fornuftig. Dette skjer både bevisst og ubevisst. Hvordan man oppfatter omgivelsene foregår gjennom persepsjon. Gjennom kroppen merker vi nærværet av andre. "*Kroppen er relasjonell, og vi merker både oss selv og andre gjennom kroppen*" (Engelsrud, 2006 s.32). Engelsrud legger frem at forskningsintervjuer kan forstås som en gjensidig og reflektiv prosess. Hun viser hvordan det som merkes i forskerens kropp i intervjuer kan forfølges, fortolkes og skape innsikt. Kropp vil være et gjennomgående tema i denne studien. En dimensjon ved selvskading er at det foreligger et ytre synlig tegn, som er synlig både for den som skader seg og andre. Informantene inviteres til å snakke om selvpåførte skader på egen kropp. Dette fordrer en viss grad av blottstillelse. En utfordring i denne studien har vært å balansere nærheten i

intervjuet. Kvale fremlegger kvalifikasjonskriterier som kan skape gode intervjuer (Kvale, 2001). En vennlig, åpen holding implisitt følsomhet for å oppfatte betydningsnyanser kan være et utgangspunkt. Like viktig er det å fremstå klar med et forståelig språk. Det kan være nødvendig for eksempel å avbryte digresjoner. Dette åpner også opp for at forskeren kan forfølge forskningstemaene. Gunn Engelsrud beskriver en god intervjuer slik: *To be a "good interviewer" is to respect the person and still be able to continue with the research topics that transcend the personal relations* (Engelsrud, 2005, s.275). Dette er også et viktig moment i forhold til denne studiens problemstilling. Intervjuet skal gjøres i forskningsøyemed og hovedmålet med dette intervjuet er ikke terapeutisk virksomhet. Et forskningsintervju kan ligne et terapeutisk intervju selv om formålene er forskjellige. Det at noen lytter aktivt til det du formidler kan både skape interesse og dypere behov for behandling. De som har vært informanter i dette prosjektet har allerede erfaring fra terapi og behandling for selvskading. De er med andre ord allerede påvirket av hvordan de har blitt sett. Fenomenologisk kan man si at andre ser oss før vi ser oss selv. Det må bygges videre på disse metodiske aspektene i analysen av materialet. Jeg har tilstrebet en fenomenologisk "brille" i analysearbeidene. I tillegg har det vært en utfordring i forhold til at materialet ikke må tolkes for entydig. Engelsrud er opptatt av at informantenes erfaringer ikke skal forstås som entydige, men bør leses som flertydige (Engelsrud, 2007).

3.2 Utvalg

3.2.1 Rekruttering

Informantene er rekruttert fra en psykiatrisk sykehusklinikk som behandler pasienter med selvskadingsproblematikk i spesialenhet. Jeg søkte formelt om tillatelse til å gjøre et forskningsprosjekt om selvskading der. Det ble holdt to møter bestående av seksjonsleder, enhetsleder for enheten og undertegnede. På møtene ble prosjektplanen gjennomgått og etiske hensyn ble drøftet. Studien ble vurdert som forsvarlig og tillatelse til å gå inn i feltet og rekruttere tidligere pasienter fra avdelingen ble gitt av seksjonsleder. Jeg valgte å tilstrebe en indirekte rekruttering fra denne avdelingen ved å benytte to personer fra enhetens ledelse i rekrutteringsarbeidet, henholdsvis enhetsleder og overlege ved sykehusklinikken. I metodelitteraturen påpekes det om viktigheten av portvakter for å oppnå tilgang til

feltet som studeres (Dahlberg, 2008). På denne måten skiller man også bedre mellom rollen som kliniker og forsker. Dette var viktig for meg siden jeg har en profesjonell tilknytning til tematikken og tidligere har behandlet lignende pasientgrupper. Portvaktene har gått igjennom statistikk og informasjon fra tidligere innleggelses og har selektert tilfeldig ut i fra de kriteriene som er avgrenset i denne studien. Kriteriene ble fremlagt under et samarbeidsmøte hvor enhetsleder, overlege og undertegnede var til stede. Kriteriene var følgende: Alle skulle ha vært innlagt på samme sykehusklinikk for behandling av selvskading. Behandlingen skulle være avsluttet for ca. 1 år siden. Utvalget skulle kun bestå av kvinner over 18 år. Det skulle rekrutteres i alders gruppe 18-40 år. Psykoseproblematikk skulle ikke forekomme i utvalget.

På denne måten kunne jeg få et tilfeldig utvalg fra en på forhånd definert pasientgruppe. Utvalget er hensiktsmessig ved at målgruppen er definert, men nokså tilfeldig for forskeren ved at personlige preferanser ekskluderes ved å overlate utvelgelsen til medhjelpere. Dette er også i stor grad med hensyn til at informantenes valg om å delta i studien skal være fattet på et mest mulig autonomt grunnlag. Det ble sendt ut forespørsler om deltagelse i studien til ti kvinner i første omgang. Forespørselskjema/informasjonsskriv var godkjente av REK (REK Sør-Øst B) ved utsendelse og inneholdt all nødvendig informasjon om at deltagelse i intervjuene var frivillig, og at informantene kunne bryte intervjuet underveis og også trekke seg fra prosjektet senere (se vedlegg nr. 2) Jeg gjentok også disse prinsippene ved første møte med informantene. Informantene ble informert om at deltagerne ville bli aidentifiserte, og oppbevaring av data ville være konfidensiell og ville bli makulert innen en viss dato. Studien og plan for håndtering av data ble på forhånd meldt til personvernet for forskning hos Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) og ble godkjent (se vedlegg nr. 4).

Prosjektets lengde ble forlenget med tolv måneder og det ble sendt ut skriftlig informasjon om at dette også medførte at oppbevaringen av data ville bli forlenget tilsvarende. Opprinnelig dato var 31/12-09, ny dato for aidentifisering av data ble 31/12-10. I forhold til informasjon om behov for oppfølging tilbød jeg en valgfri samtale i etterkant av intervjuene. To av informantene hadde behov for og benyttet seg av denne muligheten etter intervjuene. Det var også lagt opp til en utvidet

beredskap ved sykehusklinikken, hvis informantene skulle ha behov for ytterligere kontakt og samtale. Sykehusklinikken var også behjelpelige med faglig veiledning hvis behovet skulle oppstå.

Det var lagt opp slik at om informantene ønsket det, trengte de først å ha kontakt med forskeren etter at de hadde bestemt seg for å delta og hadde signert og tilbakesendt samtykkeerklæringen. De som ønsket det kunne kontakte undertegnede for å få mer informasjon om studien, men det var et poeng at det skulle foreligge alternative personer å henvende seg til før de bestemte seg for å delta eller ikke. Enhetsleder ved sykehusklinikken var oppført som mulig kontaktperson i tillegg til undertegnede. Ferdig frankert og adressert konvolutt til undertegnede lå ved informasjonsskrivet og samtykkeerklæringen de fikk tilsendt. Det ble gjort kjent i informasjonsskrivet at prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Sør- Øst B (REK Sør-Øst B) og personvernet for forskning hos Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

Jeg har intervjuet fem kvinner med selvskading som livserfaring. I følge casestudien (Ystgaard, 2003) var kvinner overrepresentert når metoden var kutting, brenning eller ved ødeleggelse av kroppens vev på andre måter. Når det er snakk om selvskading av denne typen beskriver Moe og Haavind det som et uttrykk for et kjønnnet fenomen (Moe, 2005). Jeg har selv hovedsakelig erfaring med kvinner som selvskader fra klinisk praksis. Jeg vil betrakte min forforståelse med hensyn på kvinner som selvskader som en forutsetning for innsikt i større grad enn å forstå det som en sperre. Jeg vurderer at et antall på fem informanter er tilstrekkelig for å få frem et materiale som kan si noe om kvinners opplevelse av selvskading og videre hvordan kvinnene opplever seg selv og selvskadingen i dagens kulturelle kontekst. Ett av forskningsspørsmålene innebærer at kvinnene skal ha vært i behandling i forhold til min problemstilling.

3.2.2 Informantene

De fem kvinnene jeg har intervjuet er i alderen 23 år til 45 år. De har fått navnene: **"KAREN", "BEATE", "SOLAN", "ATHINA" OG "THEA"**.

En av informantene var i jobb da intervjuene ble utført. De fire andre var enten uføretrygdet eller sykemeldt. Blant de fire som ikke var i full jobb var det noen som var i en arbeidsavklaringssituasjon, tidligere kalt attføring. To av informantene har høyere utdanning. To av informantene var i et forhold, de tre andre var enslige. To av informantene har barn. Tidspunkt i alder for når selvskadingen startet varierer fra 5 års alder til 30 års alder. Tre av informantene begynte å skade seg i tenårene, mellom 13 år og 19 år. Den skademetoden alle fem informantene har brukt mest er kutting. Et annet fellestrekk hos informantene er at skadingen begynte i form av risping og har med tiden eskalert til mer dyp kutting. Hyppighet av selvskading eskaleres også hos alle informantene etter hvert. Hos den som begynte tidligst forekom det mange "ulykker" som ikke var ulykker, men selvpåførte hendelser. Foruten kutting forekommer det flere former for selvskading i utvalget slik som inntoks, strangulering og brenning.

3.3 Etiske vurderinger

Temaene og forskningsspørsmålene denne studien berører, er sensitive for informantene. Det ble derfor utarbeidet en søknad til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Sør- Øst B (REK Sør-Øst B). Det ble lagt ned mye arbeid i å tenke nøye igjennom hvordan studien kunne gjennomføres på en etisk forsvarlig måte. Veileder Sigrun Hvalvik hjalp til med å vinkle drøftingene ut i fra etiske prinsipper nedfelt i Helsinkideklarasjonen, særlig med hensyn på informantenes konfidensialitet. Et viktig prinsipp er at informanten skal ikke få det dårligere etter å ha deltatt i et forskningsintervju. Det må avveies nøye om kunnskapen man forventer å erverve gjennom et forskningsprosjekt er viktig og vil komme til nytte siden informantene i dette prosjektet blir oppfattet som en sårbar gruppe. REK ba om å få dette ennå tydeligere presisert i søknaden om godkjenning av studien. Ordlyden var følgende:

Komiteen oppfatter forskningsdeltakerne som en sårbar gruppe, hvilket skjerper kravet til nytte og vitenskapelig kvalitet. Komiteen ønsker derfor en redegjørelse for hva slags kunnskap dette prosjektet kan forventes å gi, og en refleksjon over hvordan denne eventuelt kan komme pasientgruppen til nytte. (vedleggnr.3)

Det ble derfor gjort en utdyping av hensikten med studien med fokus på at i denne studien søkes det i tillegg til å identifisere erfaring med selvskading innsikt i hvilke erfaringer informantene har i forhold til å ha gjennomgått behandling for selvskading. Det søkes også innsikt i hvilke erfaringer informantene har i forhold til å leve med selvskading i forhold til pårørende og sosialt nettverk. Dette er lite utforsket i andre studier og kan forsvare studiens nytteverdi. Dette ble tatt til etterretning av REK og prosjektet ble godkjent (vedlegg nr.3)

Gjennom hele denne studien ble det tilstrebet en forståelse for at det kan foreligge lav terskel for krenkelse. Dette betyr ikke at vanskelige tema må unngås. Ved å ikke være direkte og la være å berøre sensitive tema kan det i motsatt retning være en fare for at informanten får forsterket egne kompliserte selvpoppfattelser for eksempel i forhold til skam (Øverland, 2006). Det å kunne snakke om sensitive tema kan gi mennesker som skader seg selv et håp om at dette er noe andre kan tåle å høre om. Det kan bidra til å redusere skamfølelsen som mange sliter med. En konsekvens av å delta i et intervju hvor tema er erfaringer med selvskading kan være at tidligere problematikk blir reaktivert. Det er også et sensitivt tema og man kan berøre en sårbarhetsgrense. Det kan reaktiveres følelser som kanskje ikke er i forgrunnen til vanlig, disse kan bli tydeligere i en intervjusituasjon. Det er ingen standard for hvor en slik grense går. Intervjueren må bruke sin empati og observasjon og legge merke til kroppsspråk som for eksempel endringer i blikk kontakt eller informanten vrir seg i stolen eller flytter fokus. Dette kan være signaler på at man har kommet inn i en gråsoner og bør føre til et ennå mer kritisk blikk på om dette virkelig er greit å utlevere for informanten. Mennesker er ulike for hva de tenker og opplever er privat.

Potter har arbeidet med å klargjøre hvordan man både kan ivareta etiske hensyn og søke ny kunnskap under intervju. Hun presenterer fem kommunikative maksimer som kan fungere veiledende når det gjelder å snakke med pasienter om selvskadende adferd (Potter, 2003) Hennes maksimer innebærer:

-
- 1) Kritisk selvrefleksjon på egne begrepsmessige rammeverk og kulturelle kontekster
 - 2) Å være imøtekommende i forhold til pasientens konseptuelle rammeverk og kulturelle kontekst
 - 3) Å tro på pasienten
 - 4) Å være åpen for nye tolkninger av selvskading
 - 5) Hvis pasienten etterlyser andre tolkningsmuligheter og forståelser tilbys det.

3.4 Gjennomføring av intervjuene

Under forarbeidet til studien utarbeidet jeg en prosjektplan. Det å utføre et pilotintervju inngikk i denne planen. Informanten i pilotintervjuet fortalte i ettertid at hun helst ville ha blitt intervjuet hjemme. Dette førte til at jeg var opptatt av at informantene selv skulle få velge om intervjuet skulle finne sted i hjemmet deres eller på sykehuset i et tilrettelagt, skjermet rom. To av informantene ble intervjuet i eget hjem, de tre andre på reservert rom på sykehuset. Det var en tydelig forskjell på å intervju informant i eget hjem versus på sykehuset. I de intervjuene jeg gjorde hjemme hos informantene merket jeg at jeg la vekt på litt andre ting, spesielt i starten av møtet. Vi brukte mer tid på sosiale høflighetsritualer, for eksempel ble jeg servert kaffe, en rolle jeg selv ville ha innehatt når intervjuet foregikk på sykehuset. Jeg la merke til at selv om jeg hadde en klar oppgave, å utføre et intervju, følte det for eksempel naturlig å kommentere at leiligheten var trivelig og at jeg likte duken på bordet, slike små ting som signaliserer at jeg respekterer den andre og at vi befinner oss i en kontekst som er kjent for informanten, men ny for meg. En av informantene hadde også hund og denne deltok i settingen. Jeg merket at jeg måtte konsentrere meg for å sette fokus på det jeg skulle gjøre. Det var en interessant erfaring. Jarvinen understreker at hvis man som intervjuer vil inn i de komplekse dynamikker, så må man engasjere seg i et sosialt møte med den eller de personer som lever i kompleksiteten. Man må "investere" seg selv i møtet på en måte, slik at det åpner den intervjuedes forståelser, iakttagelser og vurderinger av sin egen virkelighet (Jarvinen, 2005). Det hadde vært unaturlig for meg å hoppe over fasen og tiden vi

brukte på å tune inn i informantens hjemmekontekst. Avtaletidspunktene ble avtalt pr. telefon og intervjuene varte fra 1.5 time til 2 timer. Jeg hadde planlagt at hvert intervju ville ta ca. 1.5 time. Når intervjuene foregikk på sykehuset passet jeg på at det var utluftet i rommet og at det var drikke tilgjengelig. Stemning og atmosfære under intervjuene var et aspekt jeg la merke til. Jeg opplevde at alle informantene ga uttrykk for at det var en interessant erfaring å delta i intervjuene. I alle intervjuene opplevde jeg at det var temaer som informantene både nonverbalt og verbalt ga uttrykk for at det var vanskelig å snakke om. At de senket blikket eller flyttet på seg tolket jeg i noen settinger som kroppslige ytringer på at det vi snakket om, opplevdes vanskelig eller ubehagelig. Et eksempel på dette var når vi snakket om temaer som selvbilde, forholdet til egen kropp og tilstanden de som skader seg er i før selvskading. Hvis det stoppet helt opp, lot vi temaet ligge, en informant ble tilbudt en liten pause og noe å drikke og dette fungerte ofte som et avbrekk som gjorde det lettere å forlate tema, eller i motsatt retning gi informanten tid til å tenke om hun virkelig ville gå inn i det vanskelige.

3.5 Fra tale til tekst- Transkripsjon

Etter at de fem intervjuene var gjennomført hadde jeg et samlet lydmateriale på til sammen 8 ½ time. For å gjøre materialet tilgjengelig for analyse er det nødvendig å transkribere lydopptakene. Under de to første intervjuene var ikke lyden tilfredsstillende og transkripsjonsarbeidet tok lang tid med mye tilbakespuling for å få en så nøyaktig oversettelse som mulig. Under de tre siste intervjuene hadde jeg en god digital lydopptaker som lettet transkripsjonsprosessen betraktelig. Det er avgjørende å få gjort gode og presise transkripsjoner slik at materialet har en tilgjengelig form med hensyn på analyse. Resultatet av transkripsjonen var 150 maskinskrevne sider med 1 ½ linjeavstand, altså et forholdsvis stort materiale. Transkripsjonsprosessen innebærer en form for fortolkning (Haavind, 2000). I transkripsjonen skal de muntlige samtaledataene oversettes til skriftlig tekst, intervjuet dekontekstualiseres (Kvale, 2001). I denne prosessen skjer det en form for transformasjon av meningsinnhold fra en fremstilling til en annen.

3.6 Analyse

Den teoretiske forankringen jeg har valgt inn i analysen er en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming. Hermeneutikk er en form for tolkning, som går ut på å skape innlevende forståelse for innhold og betydning i ulike fenomener for eksempel i opplevelse, adferd og tekst. Det er nettopp de subjektive erfaringene jeg søker i problemstillingen i studien. Svenaeus beskriver fenomenologi som analyse metode slik:

En måte å studere et empirisk materiale på som har til hensikt spesielt å fremheve de studerende personenes opplevelse og personlige erfaringer. Forskeren tar utgangspunkt i at disse opplevelsene har en meningsfylt struktur som kan oppdages gjennom omsorgsfull og innlevende studium av det empiriske materialet (Svenaeus, 2005, s.44).

Dette gir føringer for hvordan informantene presenteres i analysen.

Analyseprosessen er ikke en klart avgrenset prosess. Den starter allerede med innsamlingen av data. Intervjuene er i seg selv arenaer for en begynnende fortolkning ved at man velger spor man forfølger i intervjuet. Materialet har sannelig blitt lest både på langs og på tvers. I min lesning på tvers har jeg sett på historiene, opplevelsene og erfaringene til deltagerne i forhold til hverandre. I søkingen på langs i materialet har jeg søkt etter sammenhenger og skiftninger innad i hver enkelt informants fremstilling av seg selv og sine erfaringer. I følge Haavind er forståelsen av det empiriske materialet skiftende og i bevegelse gjennom hele prosessen (Haavind, 2000). Ved å holde fokus på både fellestrekk og særtrekk, samt tendenser og unntak, kan man arbeide systematisk og fremstille flere forslag til tolkninger. Jeg nevnte i innledingen i kapittel 1 at jeg ønsket å utforske det tvetydige fremfor det entydige. Det påvirker måten jeg har valgt å analysere på. Bekreftbarhet i kvalitativ forskning forholder seg til muligheten for at transkripsjonene, og i sin tur fortolkningene kan frembringes med tilnærmet samme resultat av ulike forskere. Kvale problematiserer hvordan to forskere som får samme instruksjonene kan ende opp med to ulike fremstillinger både i form og innhold. I min studie er det bare jeg som har transkribert, så bekreftbarheten i denne delen av prosessen er ikke testet ut. Overførbarheten innebærer at funnene i studien skal ha overføringsverdi utover hver enkelt intervjukontekst.

For å etterkomme disse fordringene har jeg valgt å strukturere materialet. Malterud sier at en utbredt misforståelse er at de kvalitative metodene fritar forskeren fra forpliktende struktur. Analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at det organiserte datamaterialet blir fortolket og sammenfattet. Videre fremgår det at analyse av kvalitative data består i å stille spørsmål til materialet, lese materialet i lys av dette, og gjenfortelle svarene på en systematisk og relevant måte (Malterud, 2004). Et prinsipp er at spørsmålene følger av problemstillingen, mens svarene bestemmes av både spørsmålene og materialet.

Jeg har som nevnt valgt en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming til datamaterialet. Jeg er inspirert av Giorgis analysemetode slik denne er framstilt i Malterud (2004). Giorgi beskriver fire trinn som utgjør hovedstrukturen i metodologien. Det er særlig første trinnet som innebærer å få et helhetsinntrykk av teksten, og det andre trinnet som innebærer å identifisere meningsbærende enheter som sammen med kategoriene fra det semistrukturerte intervjuet har vært utgangspunktet for min analyse. Jeg brukte mye tid på å få et helhetsinntrykk av enkelttekstene og av teksten som helhet. Jeg leste alle intervjuene på samme måte ved at jeg alltid startet med en gjennomlesning av hele intervjuet. Det var kompakte intervjuer, med stor materialrikdom i form av utfyllende beskrivelser. Jeg noterte hva jeg ble opptatt av, hva jeg fant som fanget min nysgjerrighet, jeg la spesielt godt merke til om jeg fant uventet materiale. Jeg brukte spørsmålet "hva handler dette om" når jeg leste materialet. Intervjuene ble således lest og analysert hver for seg og som en helhet. De meningsbærende enhetene som framkom og kategoriene fra det semistrukturerte intervjuet ble i møtet med forskningsspørsmålene gjort til gjenstand for nye fortolkninger, der nye mønster oppstod og nye hovedkategorier og underkategorier ble etablert. Analysen innebærer dermed både beskrivelser og fortolkninger som er gjort i lys av empiri og av de teorier som har lagt føringer for innhenting av denne. Gjennom analysene har jeg silt ut kategorier og foretatt en meningsfortetting og kondensering av sentrale tema.

4 Presentasjon av funn og diskusjon

I dette kapitlet presenteres studiens funn. Intensjonen er å presentere funnene så nært til empirien som mulig ut fra informantenes synsvinkel. Funn som belyser informantenes erfaringer med selvskading er en vesentlig del av resultatene. På bakgrunn av analysen er funnene organisert i fire hovedkategorier som svarer på studiens problemstilling: *Hvordan oppleves erfaringene med selvskading og gjennomgått behandling ut i fra situasjonen din i dag?* De fire hovedkategoriene er følgende: 4.1 Livserfaringer og traumer i utvalget, 4.2 Selvskadeprosessen, 4.3 Selvskading og psykososiale aspekter og 4.4 Erfaringer fra behandling av selvskading. Det er noe flytende overganger mellom presentasjon av funn og diskusjon. Jeg har også valgt å diskutere nøkkelfunn i tilknytning til hver enkelt hovedkategori.

For å gi en mer sammenhengende forståelse av hvordan resultater og beskrivelser henger sammen og har oppstått velger jeg innledningsvis å presentere *noen* av funnene knyttet til hovedkategori 4.1 livserfaringer og traumer hos informantene. Disse funnene har jeg valgt å presentere kortfattet som en bakgrunnsramme, en meningskontekst, relatert til de tre neste hovedkategoriene. Jeg har valgt å legge hovedfokuset på selvskadeprosessen, selvskading og psykososiale aspekter og erfaringer fra behandling av selvskading, fordi jeg mener at datagrunnlaget i min studie i større grad nyanserer disse temaene. De tre sistnevnte hovedkategoriene besvarer også problemstillingen i oppgaven. En nærmere redegjørelse for hvordan hovedkategoriene har oppstått blir presentert innledende under hver hovedkategori. Avslutningsvis etter presentasjon av hver enkelt hovedkategori diskuteres funnene nærmere.

4.1 Livserfaringer og traumer i utvalget

4.1.1 Forskjeller og likheter

Når det gjelder informantenes oppvekstvilkår og livserfaringer er det store variasjoner i materialet. Kvinnene forteller om oppvekster i spennet fra omsorgsvikt og overgrep til tilsynelatende normale forhold. En *fellesnevner* er at alle kvinnene

har hatt en følelse av å være fremmedgjort i egen familie, at de var den som ikke passet inn eller den som ikke ble sett nok, eller forstått. Flertallet har opplevd minst en av foreldrene som mangelfullt emosjonelt til stede. Flere av kvinnene har opplevd traumer som fysisk vold og eller seksuelle overgrep. Noen av kvinnene husker konfliktfylte, kaotiske omgivelser helt fra de var småbarn. Flere av kvinnene har opplevd mobbing på skolen og eller i nærmiljøet som barn. Videre synes det å ha vært en gjennomgående dysfori hos flere av informantene fra ung alder. Det å være lei seg uten å vite hvorfor er en erfaring informantene deler. Tilstander av å være krenket, sinte, avmektige og selvhatende forteller informantene mye om. Dårlig selvtillit, angst, følelse av å være uten verdi og frustrasjon synes å ha vært til stede ved selvskadedebut. Alvorlige foreldrekonflikter, suicid i familien, lojalitetskonflikter, det å være vitne til at foreldre var utro, omsorgssvikt og neglisjering forekommer i historiene til informantene. Beate, en av informantene, slet for eksempel med at hun visste at den ene av foreldrene var utro mot den andre og husker at dette økte selvskadingen hennes. Hun var svært sint på den av foreldrene som var utro. Dette ble ytterligere forverret og komplisert da den av foreldrene som var utro tok livet sitt. Hun slet med et kraftig sinne, dårlig samvittighet fordi hun var sint på den av foreldrene som hadde tatt livet sitt og opplevde stor lojalitetskonflikt. Hun uttrykker det slik:

Beate: Jeg var i en slik lojalitetskonflikt og ble mer og mer aggressiv. Jeg kutta meg veldig aggressivt når jeg skada meg. Fort og hardt for å straffe meg selv på en måte. Jeg dro meg også unna X(en av foreldrene) i den perioden. Jeg klarte ikke å gi X en klem mer, og vi hadde vært veldig nære før. Jeg hadde alltid fått mange klemmer av X og brukte å ligge i senga sammen med X om morgenen før jeg skulle ordne meg og gå på skolen. Jeg likte varmen og tryggheten. Så tok jo Y(den andre forelder) min livet sitt og så fikk jeg dårlig samvittighet for at jeg var sint på Y, selv om jeg var sint etter at Y tok livet sitt også. Selvskadinga ble mer alvorlig etter at Y tok livet sitt.

Beates situasjon ble vanskeligere og mer utrygg. Hun opplevde traumatiske tap. Hun trakk seg vekk fra den gjenlevende av foreldrene, samtidig som hun trang vedkommende sårt. Hun tydde til selvskading, aggresjonen og avmakten fikk utløp i den. I resultatene fra casestudien fremgår det at alvorlige konflikter med foreldre kan være en av flere utløsende sårbarhetsfaktorer ved selvskading (Ystgaard, 2003). Det å føle seg fremmedgjort i omgivelsene synes å prege kvinnene. Athina har også vært preget av dette.

Athina snakker mye om følelsen av å være fremmedgjort, hun har fra hun var liten hatt en følelse av at hun ikke har passet inn. Athina begynte å skade seg selv i 4-5 årsalderen. Da husker hun at hun skar seg under neglene med glass skår hun fant ute. Hun var ofte "utsatt" for "ulykker" som ikke var ulykker *"det var stadig sånn at jeg hadde sånn der ulykker som egentlig ikke var ulykker og sånn"*. Det kunne være "uhell" på sykkel eller "uhell" med brødkniven. Hun opplevde ikke at noen stilte spørsmål ved disse hendelsene. Hun fikk tilfeldig oppfølging og kan huske at hun mange ganger ble forsømt. Det var ofte manglende frokost for eksempel. Da hun kom i tenårene kuttet hun seg mer bevisst, men hun forsto ikke *hvorfor* hun på denne tiden kuttet seg med sakser, passere, barberblad og det meste hun fant av skarpe gjenstander. Det hun opplevde var at det lindret. Hun fikk lindring gjennom den visuelle opplevelsen av skaden. Hun begynte å skade seg mer alvorlig på ungdomskolen. Hun skulket mye og ble flink til å dekke over i forhold til foreldre og lærere. Athina: *"Jeg pleide å sitte hjemme og kutte meg før jeg gikk på skolen liksom. Sånn der vane akkurat som man spiser frokost. Jeg kuttet meg litt, så gikk jeg og hørte på musikk og drakk te og sånn og så gikk jeg på skolen etterpå"*.

Hun opplevde at foreldrene skilte seg og flyttet til et nytt sted. Hun ble boende hos den forelderen som hun hadde dårligst forhold til. Athina sier at hun husker dagene på denne tiden som kaotiske. Hun var våken om nettene og sov på dagen. Athina: *"Jeg trivdes ikke hjemme. Jeg sov når de andre var våkne og omvendt"*. Hun trivdes ikke og følte seg utilpass og fikk mer angst oppover i tenårene. Et karakteristisk trekk ved symptombelastning og sykdomsutvikling er motstanden i det å ta plass i verden (Svenaeus, 2005). Ut i fra Athinas historie ser vi at hun forsøker å finne en plass i verden, men den virker mer og mer fremmed for henne og hun opplever avmakt når hun prøver å forholde seg til den. Hun trekker seg tilbake fra familie, venner og aktiviteter. Hun har ikke ord som kan forklare eller lindre den indre ubehagelige tilstanden hun er i, og den er utholdelig. Karen og Thea kan derimot ikke peke på noen alvorlige traumer under oppveksten, men har begge hatt en følelse av å være annerledes enn resten av familien. Begge har følt at de har blitt møtt med høye krav fra omgivelsene, krav om å prestere. Karen opplever at anerkjennelse har vært betinget av prestasjoner. Axelsen sier at psykiske problemer ikke trenger å være direkte traumeavhengig. Psykiske problemer kan ses på som kommunikasjon av avmakt. Dette kan skyldes at man er blitt utsatt for makt,

invadering og neglisjering av behov fra en sterkere part, noe som kan gi en subjektiv opplevelse av at man ikke er god nok eller sterk nok. Det er ikke nødvendigvis snakk om traumer (Axelsen, 2009). Solan sier at hun husker uroen og rastløsheten hun har slitt med siden barnealder. Dette har forverret seg etter at hun har opplevd vold og overgrep i ungdoms og voksenalder.

4.1.2 Kort diskusjon og oppsummering

Informantenes livserfaringer og variasjonen i dem er karakteristiske for de man ofte finner hos mennesker som selvskader. Resultatene i denne studien bekrefter funn fra svært mange andre studier, for eksempel Favazza 1998, Favazza og Conteiro 1989, Ystgaard 2003 og Gratz, 2003.

Favazza og Conteiro fant blant annet i deres studie "Female habitual self-mutilators" at hos kvinner som selvskadet brukte 54 % adjektivet *forferdelig* til å beskrive deres barndom, bare 8 % brukte adjektivet *lykkelig* (Favazza og Conterio, 1989). Mine funn indikerer samsvar ved at kvinnene i min studie forteller om en dysforisk følelse, det å ikke kjenne velbefinnende helt fra barnealder.

Mange kvinner som selvskader beskriver at de vokste opp i familier der de allerede som små barn har fått lære seg å kjenne ansvar for alt, inkludert det å sørge for at de har en bra relasjon til foreldrene. (Samuelsson, 2004). Foreldrekonflikter, vold og ekteskapsproblemer er ikke-beskyttende faktorer (Samuelsson 2004, Gratz 2003 og Linehan, 1993). Som beskrevet i resultatene er dette tematikk kvinnene i min studie har i sine livserfaringer.

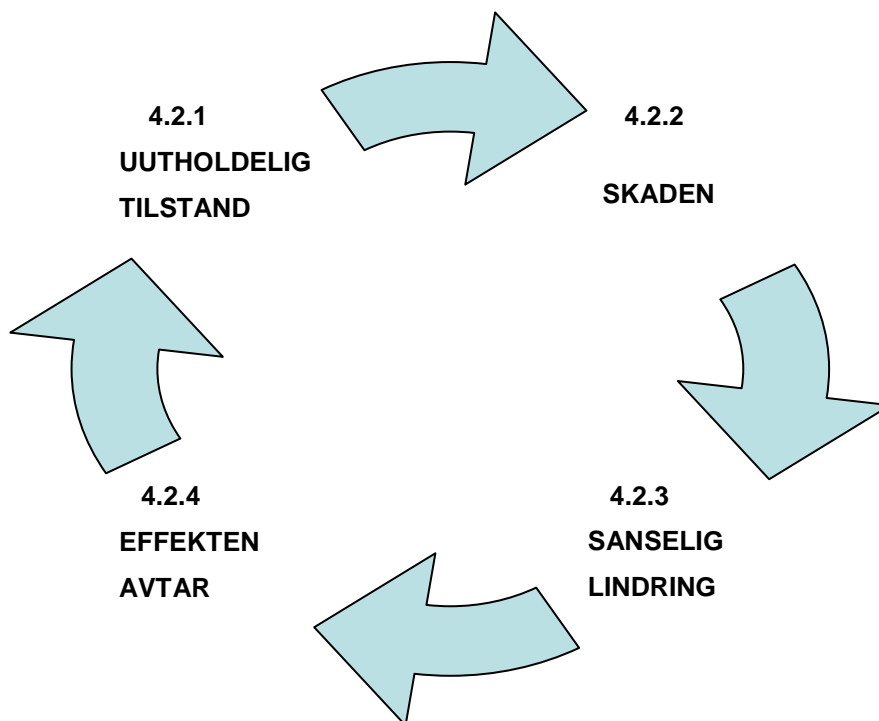
4.2 Selvskadeprosessen

Gjennom denne hovedkategorien besvares forskningsspørsmålet: "Hvordan beskriver noen kvinner som skader seg hva selvskadeprosessen handler om?" Hovedkategorien har fått betegnelsen selvskadeprosessen – med underkategoriene Den utholdelige tilstand, Skaden, Sanselig lindring og Effekten avtar. Det som ledet til denne hovedkategorien var at det gjennom analysen kom frem at alle

informantene brukte selvskading for å finne en slags ro. Det ble også naturlig å bruke begrepet selvskadeprosessen, fordi det implisitt forklarer at selvskading består av flere steg som følger av hverandre. Kvinnene i studien har vært i behandling for selvskading cirka et år før intervjuene fant sted. Da jeg intervjuet kvinnene om hva som skjer når de skader seg og hvordan de skader seg, snakket vi både om selvskading som har skjedd i fortid og nåtid. Erfaringene knyttet til behandling og tiden etter utskrivelse ble også gjentatt og etterspurt senere i intervjuet på en mer grundig måte og resultatene fra denne kategorien blir presentert i kapittel 4.4 Erfaringer fra behandling. Jeg vil likevel fremlegge følgende funn knyttet til selvskading etter utskrivelse, for å vise kvinnenes ståsted og nærheten de hadde til tema selvskading da vi snakket om det som skjer i selve selvskadeprosessen: Alle fem kvinnene har kjent på skadetrang etter utskrivelsen. Det fremgår at kvinnene jobber mye med seg selv og prøver å finne andre løsninger enn å skade seg selv, når det gjelder å holde ut vanskelige følelser og situasjoner. Videre viste det seg at fire av fem kvinner hadde skadet seg en eller flere ganger etter utskrivelsen. Den ene som ikke hadde skadet seg hadde vært svært nær ved å gjøre det flere ganger, men hadde klart å la være fordi hun klarte å benytte seg av tilgjengelig tilbud om å ta kontakt med behandler når hun hadde mye angst eller trang til å skade seg. Denne kvinnen hadde helt klart hatt den tettteste oppfølgingen. Ingen av kvinnene føler seg ferdig med selvskadingsproblematikken og alle har fremdeles mange tanker som handler om selvskading. Erfaringene knyttet til det å skade seg selv er fortsatt nære og fremdeles bevisste hos alle kvinnene.

Selvskadeprosessen inkluderer både det som skjer før selve selvskadingen og videre det som leder til selvskadingen, den beskriver hvordan fenomenet fremtrer og hvordan kvinnene har det etter selvskading. Selvskadeprosessen er en repeterende syklus fremkommer det i materialet. De kategoriene jeg har knyttet til denne hovedkategorien er følgende: Det som skjer før selvskadingen: Den *utholdelig tilstand*. Neste kategori i prosessen er den aktive handlingen som gjøres: *Skaden*. Den tredje kategorien handler om effekten av selvskadingen, avledningen, gjennom persepsjon og sanseintrykk under selvskadingen, *Sanselig lindring*. Fjerde kategori henspiller på det som skjer etter at selvskadingen har funnet sted og de sanselige, lindrende effektene ved skadingen avtar. Denne kategorien har jeg kalt *Effekten avtar*. For å gi et helhetsinntrykk av hvordan kategoriene under selvskadeprosessen

griper inn i hverandre på en syklisk måte har jeg valgt å sette opp en figur nedenunder som viser de resultatene jeg presenterer. Jeg har kalt den, *Fig. 1 Selvskadeprosessen – repeterende syklus.*



Figur 1 Selvskadeprosessen – repeterende syklus

4.2.1 Den utholdelige tilstand

”Jakten på roen”

Hva skjer når kvinner skader seg selv? Er det å gjøre avmakt til makt, eller kan det forstås som egenomsorg i et forsøk på å mestre eller døyve en ufordøyelig psykisk tilstand? Informantene gir uttrykk for at tilstanden de er i før de skader seg er meget vanskelig å beskrive. Det er på en måte slik at tilstanden de er i før de skader seg er vanskelig å gjengi. Likevel klarer de å si noe om hvordan det er. Å si noe om denne tilstanden er også en del av behandlingsopplegget fire av de fem informantene har vært igjennom. Under intervjuene ble informantenes tenkepauser lengre når de ble stilt spørsmålet om tilstanden de er i før de skader seg. De sier også verbalt at dette er vanskelig. Mange vred seg i stolen og spørsmålet så ut til å fremkalle tilstanden inni dem. Dette forteller vel noe om at det er nettopp slik det er, dette er en uklar,

vemmelig tilstand hvor det forligger et behov for å komme over i en annen tilstand. Da jeg analyserte materialet så jeg etter hvert en struktur i utsagnene. Det var både fellestrekk og mer individuelle årsaker i svarene. Flere av informantene sier at tilstanden er preget av kaos. Thea sier at følelsene spretter hit og dit, og vet ikke helt om følelsene er gode eller vonde. Hun har også et visuelt bilde på hvordan hun kan ha det før hun skader seg.

Thea: Hvis jeg skal se for meg, hvis jeg skal prøve å visualisere det da, så ser jeg bare for meg, ser for meg masse sånne kruseduller. Og masse sånn som er liksom løftet opp fra bakken liksom, det er ikke noe jordnært liksom. Det er kaos og tanker som bare fyker hit og dit, og veldig mye angst og veldig sånn på leit etter en løsning liksom. Og kanskje også litt på leit etter en avledning.

Thea sier ”masse sånn som er liksom løftet opp fra bakken” og hun snakker om kruseduller. Ingen av disse beskrivelsene er konkrete. De mangler referanse. Sitatet til Thea viser hvor komplisert den indre tilstanden er. Hun har ikke språk på følelsen som kan gi mening verken til seg selv eller andre. Thea klarer å si at hun har angst i tilstanden hun er i før hun skader seg. Dette er et begrep hun klarer å bruke. Alle de intervjuede kvinnene fortalte om angst før selvskading. Beate sier at tilstanden hun er i varierer fra gang til gang:

Beate: Det kan variere fra gang til gang, men som oftest er jeg redd og har angst. Jeg kan føle meg som ei lita jente. Jeg føler mange ganger at jeg helst skulle ha sittet på et fang. Jeg lurer på hvordan skal lille meg klare dette kaoset jeg har i hodet. Jeg kan være fylt av sorg, sinne, savn og kaos. Det er ofte mange følelser på samme tid som jeg ikke klarer å greie ut. Ofte dissosierer jeg kan bli fjern og nummen. Noen ganger husker jeg ikke hvorfor jeg begynte å skjære meg eller strangulere meg. Det er et slags driv eller trang. Det er en sterk følelse av at jeg må gjøre det. Før jeg skader meg føles alt utrygt jeg er gjerne nummen og trangen til å bli mer tilstede drar meg mot sjølskadinga.

Sitatene til Beate er mer konkrete, men hennes sitater viser også noe av denne overhengende uforståelige komponenten som Theas sitater viste. Beate kaller det for kaos. Hun har kaos i hodet som hun ikke klarer å greie ut. Slik jeg fortolker det kan man lese av Beates sitater at hun har startet et kartleggingsarbeid når det gjelder hva som skjer med henne i selvskadeprosessen. Hun har lært noen ord og begreper som egentlig beskriver kompliserte psykologiske fenomener. Hun bruker ordet dissosierer og kobler det til å være fjern og nummen. Dissosiasjon er en avansert mestringsmekanisme som trer i kraft som en beskyttelse ved ekstreme

situasjoner, med den følge at deler av hendelsesforløpet trer i bakgrunnen i bevisstheten (Samuelsson, 2004). Når Beate beskriver begrepene høres det mer ut som hun beskriver en tilstand mer enn en følelse. Monsen sier at en tilstand oppleves som påført og er retningsløs. En følelse er annerledes, fordi opplevelsen kommer innenfra og den er holdepunkt for både handling og retning (Monsen, 2000). Monsen forklarer at mangel på opplevelsessevne og tydelige måter å uttrykke seg på som regel har direkte erfaringsmessig bakgrunn. Han forklarer hvorfor det kan fremstå slik:

Det kan være fordi informasjonsaspektet ved følelsene på en tydelig og skremmende måte går på tvers av idealforestillinger og herskende forventninger i oppvekstmiljøet. Videre kan det ha sin bakgrunn i at barnet i for stor grad ikke blir sett, og i stedet møtt med overbeskyttelse, neglisjering eller også at det hyppig blir presset inn i delegatfunksjoner av sine nærmeste (Monsen, 2000 s.153).

Det å bli presset inn i delegatfunksjoner¹ snakker noen av informantene om i intervjuene. Karen forteller om at hun har følt mye skam fordi hun føler seg annerledes enn resten av familien. Hun sier at hun har følt forventninger i forhold til det å prestere og være presentabel for familien, samtidig har hun et savn etter å bli sett som den hun er. Hun strever med å kommunisere disse behovene, men ofte ender det i et uoversiktlig kaos, som for henne lett blir uutholdelig og hun tyr til selvskading.

Den indre uroen kvinnene opplever før selvskadingen, er ofte blandet med *sinne*. Kvinnene snakker mye om sinne i intervjuene. Solan, Athina og Beate er ofte i en slik tilstand før de skader seg. Igjen ser jeg i beskrivelsene at sinnet ofte er uten referanse til en klar konkret situasjon.

Kvinnene i min studie beskriver at de opplevde psykiske tilstander som var preget av sinne, frustrasjon, irritasjon, uro, angst, kaos, tristhet, ensomhet, stress og uvirkelighetsfølelse. Kvinnene har imidlertid vanskeligheter når de skal forstå og forklare disse tilstandene. De strever med å forstå hvorfor de for eksempel er sinte og føler en trang til å knuse et glass og kutte seg selv dypt med glass skårene.

¹ Innen familiepsykologien brukes begrepet delegatfunksjon om den rolle barn får ved å skulle bli å gjøre det som foreldrene selv har ønsket å bli eller gjøre, eller som de har savnet i sin egen oppvekst. Barnet blir delegat for den voksne og får da ikke frihet til å utvikles i henhold til egne forutsetninger og interesser (Egedius, 1994)

Funnene mine samsvarer med funn fra casestudien til Ystgaard. Der fremgikk det at intensjonen med selvskading, der kalt villet egenskade i størst grad var å slippe en utholdelig følelse. I den undersøkelsen svarte over 60 % at det var det som lå bak deres selvskading (Ystgaard, 2003)

”Krigen”

Funn tyder på at prosessen som leder fram mot selvskading er preget av *ambivalente* følelser hos informantene. Karen bruker en metafor på dette og kaller det ”kriging”. Når Karen er i krigen er trangen til å kutte seg med noe skarpt stor. Da er radaren på skarpe gjenstander på full styrke. Hun ser glass skår der andre ser småstein og grus når hun går tur. Da kan hun plukke opp glass skåret og planlegging av selvskading kan være i gang. Karen sier at hun kan bli trigget av slike tilfeldige impulser og at det kan igangsette ”krigen”. Denne ”krigen” er en slags indre dialog hun har med seg selv som har to forskjellige stemmer, en god og en dårlig. Den gode vil henne vel og den kaller hun ”silke og fløyel”, den andre er destruktiv og svartfarget og sier at hun gjerne må kutte seg. Dette er ikke psykotiske stemmer. Det er Karens indre dialog med seg selv og hun vet at det er hennes egne tanker. Karen skjønner ikke hvorfor denne destruktive siden av henne trykker på så ofte. Hun har derimot lagt merke til at hun lettere tenker på selvskading når hun er sliten og glemmer å ta pauser:

Karen: Jeg ble stressa og sliten og tenkte på skarpt og på å kutte meg og tenkte at nå går det helt gærent, men så klarte jeg å utsette og tenkte at nei nå har jeg sagt til (tidligere terapeut) at det går bra og så får jeg klare det litt til og så dytter jeg det vekk. Kanskje klarer jeg det og vinner, men så er tanken om å skade seg der igjen, det er så utmattende, det er som å være i krigen. Jeg både vill og ikke vill på en gang. Når jeg gir etter taper jeg.

Slik ambivalens finner jeg hos alle informantene. Kvinnene forteller at de skulle ønske at de klarte å la være å skade seg. Ingen av kvinnene gir uttrykk for at det de gjør, å skade seg, er sosialt akseptert. Thea beskriver også hvordan hun forsøker å utsette selvskading inntil hun ikke har flere utsettelses -strategier igjen. Hun forteller om et eksempel som nærmest har blitt som en metafor for henne på det å utsette selvskading når hun kjenner trangen. Hun kaller metaforen: ”*ikke flere vegger å male*”. Hun beskriver det slik:

Jeg husker en gang vi var hjemme hos venninna mi og så skulle vi male og da var jeg helt, jeg hadde kjempelyst til å kutte meg liksom, men så tenkte jeg liksom, nei nå skal jeg male. Og så var jeg ferdig med den veggen, og så måtte jeg forte meg å male en vegg til, og så en til og til slutt så var det ikke flere vegger å male liksom, så nå ja, jeg får tusle hjem da og så kutta jeg meg.

I denne "krigen" informantene snakker om er drivkraften å finne ro og få utløp for det utholdelige kaoset. De ønsker å oppnå ro, men også trygghet. I den utholdelige tilstanden før selvskading er det mye angst og uro. Kroppen er spent og mange av kvinnene vet ikke hvor de skal gjøre av seg. Solan beskriver hvordan selvskading fungerer som en "medisin" for henne, nærmest en "sovemedisin":

Solan: Selvskading er som medisin for meg. Den virker som så at når angsten kommer, redsel og alt, så når jeg skader meg da så blir det borte litt og så blir det akkurat som å ha tatt sentralnervestimulerende eller et eller annet sånn at du blir slapp i kroppen og bare helt sånn... Noen ganger så sovner jeg. Da kan jeg bare slappe av.

4.2.2 Skaden

"Jeg kontrollerer"

Når skaden iverksettes, uansett om personen som skader seg er i en dissosiativ tilstand eller helt bevisst og kontrollert representerer det å skade seg gjerne et forsøk på endring eller handling for å komme over i en annen psykisk tilstand (Alderman, 1997). Noen av informantene forteller at de allerede blir roligere når de har besluttet å skade seg. Skaden representerer en aktiv tilnærming i et forsøk på å døyve en utholdelig tilstand som ofte er preget av å være ubevegelig, man sitter fast eller føler seg fanget. Kvinnene fortalte at de ofte prøver å finne andre handlingsalternativer eller la være, det finnes en ambivalens der, slik som beskrevet i forrige kapittel om "krigen". Kvinnene i dette utvalget har under behandling jobbet med det å forsøke å intervensere i sin egen skadeprosess ved nettopp å øke bevisstheden om andre mulige handlingsalternativer. Kvinnene klarer noen ganger å utsette selvskading, men alle kvinnene i utvalget sier at dette fortsatt er veldig skjørt. De sier at fremdeles opplever de selvskadingen som nesten det eneste de kan *kontrollere*.

Skårderud snakker om aspektet å gjøre avmakt til makt knyttet til selvskading. *Hun kan ikke gi seg selv det gode. Hun kan bare gi seg selv det vonde, men fordi hun kan gi seg selv noe, kan det i seg selv være litt godt* (Skårderud 1998, s.297). Dette gjøres ikke på bakgrunn av veloverveide tanker, men mer som et ubevisst behov og kroppslig erfaring. Thea blir faktisk roligere allerede før hun skader seg, når hun først har bestemt seg for å handle selvskadende. Kroppen husker sanseopplevelser fra tidligere selvskading, å ved å påføre seg selv en skade forflyttes rammene for hva som fokuseres i persepsjonen fra noe indre ubehagelig og ubevegelig til noe ytre sanselig og konkret som for eksempel et kutt i armen er. Der og da gir det en følelse av *kontroll* og i følge Thea gir det *ro*.

Thea: Det som er litt skummelt er at jeg har fått veldig god effekt av det (Ler litt). Det har egentlig vært veldig bra. Jeg har blitt så rolig. Helt, helt rolig liksom. Jeg føler at jeg har kontrollen. Jeg blir rolig når jeg bestemmer meg egentlig. Det kan godt skje på vei hjem liksom at jeg tenker når jeg kommer hjem så skal jeg kutte meg og da blir jeg rolig liksom. Så ja, det er en fantastisk følelse (ler). Jeg vet ikke, det bare, jeg vet at det er feil, jeg vet at det er gærent og jeg får kick av det og det hjelper og nå er jeg rolig og jeg vet at nå har jeg gjort det igjen liksom. Åh, så flink jeg har vært liksom.

”Jeg straffer meg selv”

Informantene i denne studien er unisone når det kommer til at selvskadingen kan ha en funksjon i forhold til å straffe seg selv. For noen gjelder det hver gang de skader seg, for andre noen av gangene de skader seg. Hvordan kan aspektet med å ha et behov for å straffe seg selv gjennom intendert ødeleggelse av kroppens vev forstås? Hvilken funksjon fyller det. Det er noe dramatisk i å straffe seg selv. Skårderud peker på det dramatiske aspektet ved selvskading og sammenligner handlingsforløpet i selvskadeprosessen med tragediens klassiske dramaturgi. Det starter med spenningen som bygger seg opp og den fører til en handling. Denne aksjonen finner sin utlading og etterfølges av renheten og utmattelsen (Skårderud, 1998). Hos Athina ser vi at iverksetting av straff er handlingen som demper spenningen og fører til eller kulminerer i en utlading og en slags tilfredsstillelse i følge Athina.

Athina: Jeg har gjort det mest for å ødelegge meg selv da og da fikk jeg en viss tilfredsstillelse ut av det liksom. Jeg ble veldig fornøyd av å se på det da eller hva jeg skal si. Hvis jeg fikk ødelagt litt ordentlig da.

Hun bruker ordet å være *fornøyd* etter straffingen og skaden. Hun skjønner ikke selv hva som skjer, opplever at det er et behov som stikker dypt, det å ødelegge seg selv. *"Jeg vet ikke helt, det behovet, stakk jo ganske dypt synes jeg da"*. Athina gjentar mye under intervjuet at hun hater seg selv. Hvis hun ser bilder av seg selv får hun sterke negative reaksjoner.

Det har vært veldig mye sånn at jeg virkelig hater meg selv. Jeg blir kvalm når jeg ser meg i speilet og eller hvis jeg ser bilder av meg selv og da er det veldig deilig å ødelegge noe en hater så mye liksom.

Hun sier at dette er vanskelig å forklare. Hun sier at hvis hun har hatt en diskusjon med andre og blitt sint under den, kan hun gjerne skade seg selv. *Det er ganske ofte sånn at hvis jeg er sinna på noen andre så vender det seg ganske fort over til meg selv isteden.* Igjen ser man denne indirekte, retningsløse tilstanden. Athina strever med å rette sinnet og følelsene ut og plassere følelsene i forbindelse med det som forårsaket dem. Flere av de andre informantene bruker også selvskadingen som en straff ut fra lignende følelsesmessige tilstander. De deler en tendens til å nedvurdere seg selv. Solan forklarer hvorfor hun mener hun fortjener å straffe seg selv slik: *"Nei det er fordi jeg ikke klarte å holde mine egne mål eller det kan være sånn helt fjerne, uvesentlige ting egentlig"*. Hun sier fjerne ting. Det er altså igjen en retningsløs tilstand bak denne selvstraffingen. Dette kan tyde på at informantene selv ikke klarer å danne koblinger til de vanskelige følelsene.

4.2.3 Sanselig lindring

"Smerte" "Berøring" "Syn" "Hørsel" "Lukt" og "Smak"

Noe jeg har funnet svært interessant og *overraskende* i møtet med kvinnene er variasjonene i hva som gir *lindring* og *avledning* i selvskadeprosessen. Et fellestrekk er behovet kvinnene har for å endre på den psykiske tilstanden de er i, den som er uutholdelig. Det er flere måter å skade seg selv på, men hvis jeg fortsatt tar utgangspunkt i at kvinnene kutter seg for å bli av med den uutholdelige tilstanden, finner jeg variasjoner i hva som lindrer ved det å kutte seg blant informantene.

Smerte og smertesansens rolle knyttet til selvskading, trekkes svært ofte frem som viktig i litteratur om selvskading, for eksempel hos Favazza (Favazza, 1996). Det kvinnene imidlertid forteller om er en *stor variasjon* i *sanseopplevelser* knyttet til selvskadingen. Det som fremkommer er for eksempel at smertekomponenten i det å skade seg selv har forskjellig betydning for kvinnene. Noen av kvinnene ville helst ha skadet seg smertefritt. For andre er smerten derimot en viktig del av skadeprosessen. Å kutte seg selv medfører blødning. Noen av informantene synes det er befriende og lindrende og ta inn synsinntrykket av blodet, andre vil helst unngå blodsøl eller blodlukt. Det som er felles er at det skjer en avledning og en lindring gjennom det sanselige, enten det er det *visuelle*, det *auditive*, det *taktile* og *smertesansen* eller mer sjelden gjennom *lukt* og *smak*. Alle informantene i denne studien har alle sanser intakte. Jeg har imidlertid også klinisk erfaring med blinde pasienter som kutter seg. De forteller i større grad om taktile fornemmelser ved selvskading, for eksempel det varme blodet som renner nedover armen, om smerte og lukter og smak og om indre bilder hvis de i perioder i livet har hatt noe av synssansen intakt. Hos noen av informantene mine foreligger den lindrende belønningen hovedsakelig i det *visuelle aspektet*. Karen, Thea og Athina snakker mye om dette i intervjuene uten at jeg opplever at de er bevisste på det. Athina ville helst ha skadet seg uten blod og smerte. Hun ser på skadingen først og fremst som selvstraff og synet av det åpne kuttet, *skaden* bekrefter at hun har gjennomført straffen hun synes hun fortjener fordi hun misliker seg selv.

”Kuttet som visuell avledning”

Beskrivelse av skaden og selve kuttet som visuell avledning er funn som i første rekke presenteres, fordi informantene uttrykker tvetydige og sammensatte følelser i denne sammenheng. Både Thea, Karen og Athina vektlegger det visuelle under skadeprosessen som viktig for dem. Det som fremkommer når Athina tar bilder av skadene og studerer dem på Pc`n gir verdifull informasjon om hvordan hun egentlig har det når hun skader seg. Hensikten med å gjengi dette er å diskutere de følelsene hun har, behovet hun har for å forstå seg selv og skammen hun uttrykker ved å gjøre dette. Hun sier det er flaut og samtidig gir det henne en *fascinasjon*. Det er et sterkt ord og ofte positivt ladet relatert til kontekster som oppleves som allment aksepterte. Det finnes en fare for å forherlige og nærmest reklamere for

informantens erfaringer hvis det ikke presenteres og forstås ut i fra informantens helhet at hun egentlig *ikke vil skade seg* for å mestre livet sitt. Hennes lindrende øyeblikk etterfølges så å si alltid av negative følelser, spesielt skam slik det er fremgår under kategorien *Effekten avtar*. Derfor viser jeg hva Athina forteller om sine erfaringer med hensyn på selve skaden, kuttet som visuell avledning og lindring. Athina om hvordan hun opplever det å kutte seg, og selve kuttet, såret:

Jeg synes jo det er litt fascinerende å se på det etterpå jeg. Jeg har til og med tatt bilder av det noen ganger også faktisk. I hvert fall hvis det har vært litt dypt da. Akkurat det synes jeg er litt flaut egentlig, og det høres vel litt sykt ut kanskje? Men jeg har ødelagt noe jeg liker veldig dårlig da.

Ved å snakke om skaden, hvordan hun gjør det og bruker de visuelle stimuliene viser informanten indirekte noe om følelsene som ligger bak. Det kommuniserer selvforakten, forsøket på å forstå og tilhele. Gjennom vanlig dialog kan dette bli fornektet eller man kommer ikke i nærheten av de følelsene. Ved å snakke om det som skjer under skadingen går man med symptomene. Axelsen understreker muligheten med å gå med symptomene for å få tak i personens indre logikk (Axelsen, 2009). Athina viser gjennom sitatene at hun *utforsker* noe. "Man kan se bindevev for eksempel, noen ganger kan en se blodårene jeg synes faktisk det er litt interessant å se hvordan det ser ut inne i kroppen liksom da. Så jeg er litt fascinert av det sånn sett også egentlig". Leter hun etter en mulig måte å forstå seg selv på i en tilværelse som er uoversiktlig? Hun er *utydelig* i hva hun leter etter og ambivalent til om det hun gjør er bra eller skamfullt. Hun er tvetydig i forhold til om dette er noe hun står for. Og hun tar bilder. "Også når jeg har tatt bilde av det så har det vært litt sånn fordi jeg har vært litt stolt av det faktisk da. Eller ikke stolt akkurat heller da, men hvis jeg har vært veldig fornøyd med det så har jeg kunnet ta bilde av det hvis det var et skikkelig bra kutt for eksempel eller et skikkelig bra brannså". Hun forklarer hvorfor det er viktig å ta bilde, det er for å kunne se det hele bedre, se detaljene:

Hvis det er et kutt da og det åpner seg sånn at man kan se inn og sånt, så har jeg litt problemer med å se det på langt hold, da jeg må se veldig nærme hvis jeg skal se de detaljene jeg synes det er interessant å se. Hvis jeg skal se ordentlig nærme så skygger jo hodet mitt for lyset sånn at jeg ser jo ikke da heller. Men hvis jeg tar bilde av det så kan jeg jo zoome på bildet etterpå. Da ser jeg det jo på pc'n. Etter at jeg fikk digitalkamera synes jeg det er veldig kjekt for da ser jeg alle de detaljene bedre da.

Athina forlenger det hun søker i skadeprosessen ved at hun lagrer sterke visuelle stimuli digitalt på Pc`n. Hvordan kan dette forstås og hvordan kan dette avlede og lindre? Det er mulig å gjennomføre handlinger eller tenke handlinger uten å verbalisere disse. Selvskading er et eksempel på en opplevelse som omfatter et bredt spekter av komponenter eller sanseintrykk. De fysiske, psykiske og eksistensielle dimensjonene blir samlet under samme perspektiv ut i fra den fenomenologiske forståelsen til Merleau-Ponty (Merleau-Ponty, 1962). Engelsrud tar utgangspunkt i Merleau-Pontys teorier når hun hevder følgende:” *Det er også slik at kroppen forstår, og at kroppen er utgangspunktet for forståelsen av omgivelser og egen situasjon*” (Engelsrud, 2006, s.31). Athina har etter hvert lagret kroppsfølelser hun har før selvskadingen, under selvskadingen og etter selvskadingen. Dette gjøres gjennom persepsjon. Det å sanse seg selv og andre, gjennom kroppen er grunnleggende for vår eksistens. Vi er avhengig av å oppfatte og organisere sanseintrykk. Det å kunne kjenne etter å ha en formening om kroppen kjennes myk, mett, kald, stram, øm og så videre, forutsetter evne til persepsjon, noe som kjennetegner den levde kroppen.

Merleau-Pontys begreper i forhold til at livet leves i og uttrykkes gjennom kroppen kan overføres i forståelsen av selvskading. Med utgangspunkt i Merleau-Pontys perspektiv kan det tenkes at Athina på et eller annet tidspunkt har registrert at den ekle tilstanden hun kan ha inni seg dempes når hun skader kroppen og tar inn bekræftelsen på at hun har gjort det gjennom det hun ser på og kjenner i kroppen. Erfaringen blir slik ikke til på et bevisst, tankemessig nivå. Den umiddelbare kroppslige erfaringen er der *før* vi reflekterer over erfaringen. Athina kan ikke forklare behovet hun har for å studere egne selvpåførte skader. Men hun har erfart at hun av en eller annen årsak føler seg bedre og synes det er flaut, men gjør det likevel. Det betyr at kroppen sanser og tar inn omgivelsene før vi selv har reflektert over dem.

Athina kan fornemme stemninger og ubehag i en situasjon. Hun kjenner selvforakten i kroppen, hun kjenner skammen. Ikke som begreper, men kanskje som kribling, uro, kvalme eller svimmelhet. Ikke noe av det hun kjenner er entydig, forståelig eller konkret. Det er et diffust ubehag og hun har ikke det verbale språket som kan uttrykke det hun opplever. Erfaringene vi gjør oss vil alltid kunne ha flere

betydninger, og Merleau-Ponty viser til at *tvetydighet* er essensen av menneskelig eksistens og at den alltid har flere betydninger (Merleau-Ponty, 1962). På samme måte har Beate sin versjon av hva hun sanser og assosierer med kuttet og skaden. Når hun først har bestemt seg for å skade seg blir hun mer fokusert. Beate sier at det hun sanser rundt seg er lydene: *"Jeg er konsentrert, men jeg hører lydene rundt meg"*. Hun er altså til stede og kan gjengi hva som skjer når hun skader seg. Noen ganger er det visuelle viktig for henne: *"Noen ganger ser jeg på og andre ganger ikke"*. Hun har også registrert andre momenter i sin skading. Hun gjør det *raskt*: *"Jeg er som regel ikke fornøyd etter første kuttet. Det er som regel ikke første kuttet som må syes. Det er mer som at nå er jeg i gang. Jeg fortsetter og jeg gjør det fort. Jeg tar tak og drar til"*. Hun sier at hun må gjøre det på denne måten for å klare å gjennomføre. Thea er mer opptatt av det visuelle enn Beate. Thea har lagt merke til at hun blir rolig når hun ser skaden. Hun synes det er behagelig å se på skaden når hun skader seg og det er *forbudt*. Det er *hennes* kick:

Thea: Det er liksom det å være rolig. Liksom, hvis jeg kutter meg på låret og ser det blodet bare fosser ut liksom. Behagelig følelse å se, det bare renner ut. Det er merkelig, jeg klarer ikke å forklare det. Men det er liksom at en ser liksom hudlagene under holdt jeg på å si, dissekering og se at blodet renner og klumper seg og treffer gulvet og det å se det bobleveget eller fettvevet Jeg har stemmer, de minner meg på hvor godt det er og hvor behagelig det er og hvor forbudt det er. Det som er forbudt er noe man ofte får kick av ikke sant?

Når Thea snakker om dette snakker hun med lav stemme og på en måte som jeg oppfatter som slørete og svak, nærmest som om hun befinner seg i selve skadesituasjonen. Thea beskriver også lydene ved selvskading. Den svake lyden av blod som treffer gulvet. Denne auditive komponenten er med på å gi henne en avledning sammen med visuelle og taktile fornemmelser. I tillegg er det kjente lukter forbundet med selvskadingen

"Blodet som visuell avledning"

Det kan ikke sies noe entydig om hva blodet representerer for informantene ut i fra mitt materiale. Her er det høyst individuelle forskjeller. Flertallet sier riktignok at blodet hører med til selvskadeprosessen og er viktig av ulike årsaker. For noen er blod helt uviktig. For Karen er blodet som stimuli viktig: *"Jeg liker blod, jeg har alltid vært fascinert av blod jeg tror jeg. Fargen, det er vakkert, det er liv på en måte. Noen ganger har jeg laget trykk av blod på papir med forskjellige mønstre og*

symboler". Hun sier også at det er en del av henne, men synes det er vanskelig å forklare hvordan: "Det er en del av meg på en måte, det er vanskelig å forklare, jeg bare liker blod som materiale rett og slett". Hun er klar på at blodet hører med i hennes skadeprosess for at hun skal bli fornøyd.

Karen: Det er viktig at det blør når jeg kutter meg og noen ganger er jeg ikke fornøyd og da må jeg kutte mer igjen for å liksom gjøre meg ferdig. Det er mange ganger jeg synes at jeg ikke har fått kuttet nok og da klarer jeg ikke å slippe den tanken.

Solan sier mye av det samme og sier at for henne betyr blodet at hun har skadet seg ordentlig. Athina har en motsatt opplevelse og oppfatning av blod. Hun ville gjerne ha sluppet å både se og lukte det, dette er i klar motsetning til hennes fascinasjon av selve skaden. Hun beskriver det slik:

Athina om blod: Jeg synes det er litt irriterende for det blir veldig mye søl gjerne hvis det blør da. Jo mer det blør jo mer irriterende er det synes jeg. Så renner det på gulvet eller på tøy og det blir mye gris liksom. Så synes jeg den lukten er litt kvalmende egentlig, hvis det er mye.

"Smerte og taktile stimuli som avledning"

Thea forteller at hun alltid har brukt smerte til avledning. Ser hun en trist film og ikke vil gråte klyper hun seg i armen. Hvis hun får en upassende latterkrampe gjør hun det samme for å avlede. For Thea er smerten viktig. Og særlig når hun skader seg.

Når jeg kutter meg har jeg det også sånn. Det er en behagelig smerte liksom. Det er på en måte en smerte med mening da. Det er ikke bare en hvilket som helst smerte liksom. Det er på en måte meg. Alle mine følelser som ligger i den smerten, som er på en måte konkretisert i den da, og alt som er uforståelig og svevende er på en måte lagt ned i den smerten holdt jeg på å si. Så det er det som er konkret liksom.

For Thea er smerten viktig. Den er for henne konkret. Det viser seg altså at hva som lindrer er svært individuelt, hva som avleder er individuelt. Syn, lukt, smak og hørsel er vevet inn i en komplisert persepsjon. Mine data er ikke av en slik karakter at jeg kan bekrefte eller avkrefte for eksempel teorier om avhengighet eller hypotesen om at smerten blokkerer, mine data viser at opplevelsen kvinnene har er individuelle og annerledes enn hva som blir beskrevet i enkelte artikler. Titrer som den "lindrende

smerten” kan ikke fungere som generelle begreper ut i fra det jeg finner i mitt materiale. Athina har et helt annet forhold til smerten enn Thea.

Athina: Akkurat smerten er jo ikke noe spesielt behagelig synes jeg. Nå får jeg veldig sjelden vondt lenger da. For nå har jeg ikke noe særlig følelse der jeg pleier å kutte meg lenger. Nå kan jeg lett skjære en til en og en halv centimeter innover i kjøttet og ikke kjenne noe liksom. Jeg kan godt stikke noe inn der etterpå uten å kjenne noe. Smerten er ikke spesielt viktig for meg. Blod og smerte er ikke så viktig for meg, det er mer selve skaden som betyr noe.

Athinas beskrivelser kan for noen oppfattes som destruktive til og med groteske. Slik jeg forstår det er hennes smadrede selvilde mer grotesk og lidelsesfullt. Det hun gjør fysisk, er nærmest analogt til følelsesaspektet. Hun prøver å forstå egne følelser, hun leter etter en måte å mestre sin selvaggresjon, men liker likevel ikke smerten, den er *ubehagelig* for henne. Likevel skader hun seg.

For andre er smerten viktig. Karen forsøker å oppnå bedre kontakt med seg selv ved å bruke kroppen og går for eksempel mye barbeint. Dette gjør hun ofte fordi hun synes det er godt, men noen ganger går hun også barbeint for å kjenne på smerte, men ikke for å skade seg selv, snarere for å unngå å skade seg selv. ”Når jeg tar av meg og det er kaldt og jeg går rundt, jeg skader meg jo ikke, men det blir jo en smerte som gjør godt. Smerten får meg til å føle at jeg er mer til stede, men det er rart å beskrive”. Solan er klar på at den fysiske smerten ved skadingen er viktig for henne. Hun sier at hun slapper av hvis hun påfører seg selv smerte fysisk:

Solan: Ja, også er det jo den at man kan hige etter å skade seg selv bare for å få den smertestillelsen, altså den der å bruke den som smertestillende, liksom hvis jeg går og gjør det nå, så slapper jeg så godt av etterpå. Bare tanken på det blir et sånn, JA! En kan gå over lik bare for å komme seg unna og få gjort det.

Komponentene i selvskadeprosessen Skaden, såret, blodet, smerten og videre arret varierer sterkt i innholdsverdi hos mine informanter, men de er alle en del av det sanselige inntrykket og avledningen i prosessen ved forflytningen av noe indre udefinerbart til noe ytre mer konkret. Det å skulle forholde seg til skaden, stille såret og videre forholde seg til arret kan også inkluderes i en utvidet selvskadeprosess, men disse aspektene er også i større grad koblet til sosiale aspekter. Det kan forstås som en del av selvskadeprosessen, men de fleste av informantene jeg snakket med syntes disse områdene var litt mindre viktige enn de aspektene eller

underkategoriene jeg har presentert i dette kapitlet. Arrets betydning diskuteres mer i kapitlet 4.3 selvskading og psykososiale aspekter.

4.2.4 Effekten avtar

”Negative følelser”

Ingen av informantene i studien har langvarig effekt av en selvskadingsepisode. Selv om skadingen har en umiddelbar lindrende effekt, avtar denne raskt. Hvor raskt varierer fra person til person. Samtlige av kvinnene ønsker å finne andre måter å regulere det negative ubehaget de ofte har og vanskelige situasjoner med andre metoder enn selvskading. Selvskadingen løser ingenting på lengre sikt. Solan opplever nesten alltid en nederlagsfølelse når hun har skadet seg. *”Jeg føler at jeg står på stedet hvil, status Quo, så gjorde jeg det igjen liksom, men etterpå er jeg bare tom igjen”*. Den roen Solan opplever som så behagelig at hun ofte sovner etter selvskading, er borte når hun våkner igjen. Da er tomheten tilbake.

”Ny uutholdelig følelse”

Kvinnene sier at etter den midlertidige positive effekten, tar gradvis skyld og skam dem tilbake til den tilstanden de var i før selvskadingen. *”Beate: Jeg angrrer alltid etterpå, når jeg ser skaden og arret, da kommer skammen tilbake”*. De negative følelsene som var den spenningen som utløste selvskadingen trer igjen frem. Aldermann kaller denne repeterende syklusen for selvskadingens vedvarende avhengighetsmønster (Aldermann, 1997). Aspelin kaller dette en ond sirkel (Aspelin, 2006). Hun sier at å skjære seg selv fungerer på kort sikt for å fjerne vanskelige følelser, noe som sementerer den dysfunksjonelle håndteringen av dem. Kvinnene i studien forteller alle om den eskalerende siden ved selvskading. De har alle opplevd at selvskadingen har økt både i forhold til hyppighet, skadeomfang og intensitet. I det biologiske perspektivet redegjorde jeg for avhengighetshypoteser knyttet til selvskading. Der fremgår det at avhengighetsfaktoren kan forklares gjennom virkningsmekanismen til ulike transmittersubstanser og de biokjemiske aspektene knyttet opp til at det under selvskading skjer en blokkering av smerteopplevelsen ved hjelp av kroppens egne opiat eller transmittersubstanser. Effekten kan bli et

velbehag som kan oppleves som en belønning. Og denne belønningen motiverer til å gjenta handlingen (Favazza, 1996).

4.2.5 Diskusjon

Et av analyseverktøyene har vært å forholde seg sammenlignende og kritisk til nyere, utført forskning om selvskadende adferd og spesielt de teoriene som beskriver og drøfter at selvskading kan forstås som en prosess med identifiserbare tegn, for eksempel Moe og Ribe, 2007 og Alderman, 1997. I denne diskusjonsdelen griper jeg fatt i noen resultater fra selvskadeprosessen og diskuterer dem opp mot teori fra rammeverket presentert i teoridelen. Begrepet selvskadeprosessen som et navn på en hovedkategori i min studie, har også vært brukt i andre studier (Moe, Aldermann) for å beskrive hva som skjer når noen skader seg. I min studie identifiseres det i selvskadeprosessen både likheter og noen ulikheter fra andre kvalitative studier. Funn fra kategorien *En uutholdelig tilstand*, beskriver at det som er den vanligste årsaken til selvskading er å ville slippe unna en uutholdelig følelse. Dette funnet samsvarer med funn i studier gjort av for eksempel (Moe og Ribe 2007, Ystgaard 2003 og Aldermann 1997). Materialet i min studie viser i tillegg at tilstanden før selvskading ofte er preget av en *ambivalens* i forhold til å ville skade seg eller ikke. Funn i min studie viser stor variasjon i forhold til hva skaden representerer for informantene og hva som gir avledning og lindring i en skadesekvens. Første tema som diskuteres er mine resultater av selve skaden og avledning og lindring gjennom sanselige stimuli som selvskadingen medfører. Dernest diskuterer jeg hensikten med å gå i dybden på skadedetaljer, den synlige delen av symptomet. Til slutt diskuteres smertebegrepet knyttet til selvskading opp mot mine resultater og annen teori og forskning.

Selvskading er visuelt sterkt både for den som observerer og forholder seg til slik handling, og for den som utfører den. I en samhandlingskontekst er selvskading en *intersubjektiv erfaring*. Selvskading er ikke bare noe informantene har gjort. Det er noe informantene opplever. I teorikapitlet 2.3.3 Kroppen som levd erfaring, redegjorde jeg for Merleau-Pontys teorier om persepsjonens fenomenologi som en del av grunnlaget for min teoretiske referanseramme. Det å se på selvskadeprosessen gjennom Merleau-Pontys perspektiv, kroppen som levd erfaring, har gjort det mulig å ha et blikk for persepsjonen, det sanselige i

selvskadeprossessen. Merleau-Ponty beskriver de situasjoner hvor man nettopp ikke tenker, ikke er bevisste som reflekterende vesener, men hvor kroppen handler. Dette betyr ikke at følelser ikke er grunnleggende elementer. Skårderud forklarer det slik:

Følelser, tro og tillit er like grunnleggende som fysiske erfaringer. Men de følelsesmessige erfaringene har ikke noe klart kroppslig mønster, og er derfor ikke så klart avgrensede. Det hele blir mer vagt og flytende. For selv å erfare våre følelser, samt utrykke dem for andre, kan det følelsesmessige bli knyttet opp mot det konkret sansbare. Kroppen blir et redskap for erfaringer som primært ikke er kroppslige. Den selvskadendes problem er mangelen på et godt språk om seg selv og ens forhold til verden (Skårderud i Nilssen, 2009, s.13).

Analytisk har det teoretiske perspektivet "Kroppen som levd erfaring" utfordret selvskading i perspektivet selvskading som livserfaring. Merleau-Ponty understreker at erfaringene vi gjør oss er flertydige. Og det kommer tydelig til uttrykk når meningsinnholdet i selvskadingen skal fortolkes. Det er snakk om gjenkjennbare elementer i selvskadeprossessen, mens opplevelsene er mangfoldige. Selvskading er kroppsliggjort. Hvordan erfarer vi verden og legger oss ut i den som forlengelser av oss selv? Er det mulig å forstå barberbladet som kutter i huden som en forlengelse av kroppen? I teorikapittelet ble det referert til Merleau-Ponty og hans eksempel med den blinde mannen som har forlenget følsomheten sin til tuppen av stokken, han har lagt seg ut i den, den har blitt en del av hans sanseapparat (Merleau-Ponty, 1962). Tilbake til spørsmålet om barberbladet kan betraktes som en "forlengelse" av kroppen i tråd med Merleau-Pontys teori. For å besvare og illustrere dette tar jeg utgangspunkt i en erfaringsbasert digresjon: I en terapitime var jeg vitne til at en pasient med selvskadingsproblematikk fikk holde en lommekniv som tilhørte terapeuten. Måten pasienten holdt kniven, trakk ut knivbladene og undersøkte dens skarphet med raske, smidige, kyndige og *erfarne* håndbevegelser var forbløffende. Kniven var *nærmest* en "forlengelse" av pasientens hånd. Merleau-Ponty beskriver kroppen som et handlingsfelt, og de erfaringene vi gjør gjennom kroppen har sin egen form for fornuft. De fysiske, psykiske og eksistensielle dimensjonene blir samlet under samme perspektiv ut i fra den fenomenologiske forståelsen til Merleau-Ponty i følge Engelsrud (Engelsrud, 2006). Som diskutert i resultatene har informantene etter hvert lagret kroppsfølelser de har før selvskadingen, under selvskadingen og etter selvskadingen. Dette gjøres gjennom

persepsjon. Det å sanse seg selv og andre, gjennom kroppen er grunnleggende for vår eksistens.

Funn i studien tyder på at det visuelle aspektet i selvskadeprosessen betyr mye. Hva kvinnene gjør, hvordan og hvorfor betyr noe for dem. Hva de ser, føler, lukter, erfarer og tenker er meningsbærende for dem. Hver har sin effekt. Det informantene gjør, ved for eksempel å ta bilde av skaden og forlenge den visuelt avledende og lindrende opplevelsen, kan også ses på som en forlengelse av deres erfaringsverden, deres kropp. Hvorfor gjør ungdom bruk av digitale medier og legger inn bilder av selvskading på PC`n og/ eller nettet? Både Athina og Karen gjør det. Dette fremstår mer som et behov for denne typen stimuli, enn behovet for oppmerksomhet. Opplevelsene av avledning og lindring som de visuelle stimuliene gir i selvskadeprosessen er lite berørt i litteraturen jeg har gjennomgått. Det snakkes om effekter og hvordan personer har det før de skader seg og etterpå, men svært lite om hva som skjer i selve skadesituasjonen. Ut fra mine funn vil jeg hevde at her ligger det skjult mye kunnskap om hva selvskading kan representere. Ved å diskutere persepsjonens fenomenologi under selvskadingen kommer det frem at de sanselige erfaringene er individuelle og komplekse, slik analyseresultatene viser. Noen trenger de visuelle stimuliene, noen trenger den fysiske smerten, noen søker selve handlingen eller det straffende aspektet. Moe diskuterer ulike steg i selvskadeprosessen. Hun fremlegger at når kvinner snakker om kuttet er det overraskende, men svært gjennomgående at de ikke føler smerte, men snarere gode følelser som glede, ro og tilfredshet (Moe, 2008). Hun kaller skaden for et rått kroppsuttrykk og beskriver kuttet, blodet, såret og skorpen. Hun hevder at hvert steg sier noe om kvinnenes mulighet til å ta kontroll å gi seg selv omsorg. Hun inkluderer trolig ikke andre skader som for eksempel brannsår i denne modellen. Hun fokuserer på den psykologiske betydningen de ulike stegene har for kvinnene, hvordan de selv fortolker dem og hvordan hun som intervjuer fortolker dem. I hennes modell har kuttet fått en symbolverdi som betyr agering, ta kontroll. Blodet symboliserer det som slipper ut, det vanskelige. Såret symboliserer kvinnenens behov for omsorg, akutt pleie. Skorpen symboliserer helning og vekst (Moe og Ribe, 2007). Hun diskuterer såret visuelt på en symbolsk måte. Jeg er opptatt av at den ferske skaden har en presserende, perseptuell egenverdi for mine informanter ut i fra det de forteller. Den er i tillegg for individuell til å uttrykkes gjennom en generell

modell, fordi skaden like gjerne kan være et brannsårl som kutting. Jeg vurderer det slik at særlig det visuelle aspektet ved selvskading som lindring og avledning er underkommunisert i faglitteraturen. Merleau-Ponty hadde sitt ankerfeste i persepsjonen og kroppen som levd erfaring. Ved å legge dette perspektivet på analyser og fortolkning av materialet, i tillegg ti inngående samtaler med kvinnene om hva de erfarer når de skader seg, kom betydningen av sanselige stimuli i forgrunnen. Moe skriver "vi glør ikke på arr", det er ingen tradisjon for det (Moe og Ribe, 2007). Jeg vil også tilføye "vi glør ikke på skadene" til de som selvskader. Normen er heller at vi som fagpersoner stiller skadene ordentlig og forholder oss nøytralt til dem. Vi skal ikke overse skaden, men heller ikke gi oppmerksomhet. Disse normene henger igjen fra den epoken hvor selvskading ble forstått, jeg vil si misforstått som en måte å få oppmerksomhet på. Helsepersonells frykt besto av at man var redd for at økt oppmerksomhet til selve skaden ville trigge pasienten til å skade seg mer for å oppnå oppmerksomhet. Ut fra det vi vet nå vil det være mer riktig å hevde at ved å ikke kommunisere med den som har skadet seg om skadene, vil viktig kunnskap forbli ukjent når det gjelder hvorfor nettopp denne personen skader seg.

Axelsen fremlegger at det er viktig å bruke symptomene i en utviklingsprosess (Axelsen, 2009). Er det da riktig å ignorere det kvinnene opplever som betydningsfulle detaljer av redsel for at dette skal forsterke kvinnenens avhengighet av selvskadingen, trigge? Mine funn viser at kvinnene har tanker og kan reflektere i dialog om hvordan de "gjør" selvskadingen, om opplevelse og erfaringer og at de til en viss grad kan koble det til en psykologisk forståelse. Slik får symptomet mening. Axelsen sier at man må gå med symptomene, selvfølgelig skal symptomene bort, for de er smertefulle. Men man må gå med symptomene for å se hva de kommuniserer (Axelsen, 2009)

I denne studien vektlegges kvinnenens opplevelser og beskrivelser som subjektivt gyldige. Jeg har latt meg inspirere av Eva Axelsens tenkning rundt symptomet som ressurs. Denne tenkningen innebærer at det er mulig å lete etter informantens indre logikk. I denne studien kan man stille spørsmålet, hva oppnås med å gå i dybden på skadedetaljer, etterspørre hvordan selvskadingen foregår og hvorfor den gjøres slik? Ut i fra mine funn kommer man i kontakt med informantens følelser, for

eksempel *selvforakten* og det *dårlige selvbildet* til informanten. Det er et utgangspunkt for dialog. Den indre smerten og de vanskelige følelsene deles vanligvis ikke med andre. Spør du lingvistisk abstrakt får du ikke svar. Det er taust. Snakker du om skadene, den synlige delen av symptomet, får du svar. Det ekstreme tydeliggjør det utydelige. Dialektiske motsetninger og splittelse i selvbildet viser temaer (Axelsen, 2009).

En person med psykiske problemer opplever ofte sin identitet som utydelig, tvetydig, splittet, ustabil og fluktuerende. Tvetydigheten og splittetheten kan ha karakter av indre dialog. Dialogen spilles om og om igjen og handler om hvem en er – fordi en ikke har funnet ut av dette (Axelsen, 2009 s.98).

En slik person oppfatter seg selv i ytterligheter og har en svart-hvitt forståelse av seg selv, et såkalt dikotomt selvbilde. Dikotomt og svingende selvbilde opptrer ofte sammen. Mennesker som er eller har vært sterkt invadert og preget av avmakt har ofte et svingende selvbilde av seg selv som svinger i takt med tilbakemeldingene og reaksjonene fra andre (Axelsen, 2009). For eksempel oppfatter jeg at dårlig selvbilde og selvforakt er et utømmelig tema for informanten Athina. Hun virker fanget i en svart-hvitt forståelse av seg selv. Temaet kunne lett ha fylt hele intervjuetiden, våre 120 minutter sammen. Positive tilbakemeldinger fra andre integreres aldri i et ustabil selvbilde. *"En person med svingende selvbilde tør ikke tro på seg selv, selv om han eller hun yter bra eller får positive reaksjoner fra andre. Avvisning eller nederlag kan tolkes inn i situasjoner der andre ikke ser det, anerkjennelse og ros blir ofte støtt bort"* (Axelsen, 2009 s.100).

Å føle selvforakt er skambelagt. Jeg tenker at når informantene sitter mutters alene og studerer skadene sine ser du selvskadingens vesen. Det er ensomt, det er en nødløsning. Det holder kvinnene hårfint i live. Mitt eget begrep på det som skjer med kvinnene har jeg valgt å kalle *det selvdestruktive engasjement*. Kan det forstås som både et forsøk på mestring og et forsøk på selvødeleggelse? Med andre ord kan det forstås tvetydig? På et vis forsøker hun å fokusere på seg selv. Gi seg selv noe, beskyttelse, om det så er selvforaktens beskyttende skjold som er alibiet. En kondensert interpretasjon vil være: "Jeg forakter *allerede* meg selv, *du* kan ikke skade meg mer enn *det*, såre meg, krenke meg, ta fra meg den *siste* lille biten av verdighet, jeg har gjort jobben *selv*". Å "velge" en identitet, det å være den "stygge og uelskede" er å gjøre seg selv uangripelig. "Jeg er ikke med. Jeg har parkert meg

selv og kommer ikke til å tro på noe annet". Jeg får assosiasjoner til krig og angrep som beste forsvar, et angrep rettet mot en selv. Den brente jords taktikk. "Hold deg unna. Her er det ikke noe å hente". Dette skaper avstand. Tilliten til de andre eksisterer ikke. Jeg forstår dette som en ubevisst måte å kneble omgivelsene på og å tviholde på annerledesheten. Skårderud har berørt disse temaene, hva som kan ligge bak den lettere selvskaden. Han snakker om at selvskaden kan være en måte å gjøre avmakt til en makt. Det å kunne gi seg selv det onde er noe, selv om det ikke er det gode. Dette forklarer han med at hun skaper et narsissistisk lukket rom. *"I stedet for å være prisgitt de andre og å være et offer, stenger hun av for de virkelige relasjonene og mimer selv begge rollene"* (Skårderud, 1998, s.297). Hvorfor gjør hun dette? Skårderud sier: *"I det åpne rommet er hun sårbar og naken. I det lukkede rommet er det hun som har kontrollen"* (Skårderud 1998, s.297). Selvskadingen skaper distanse til de andre og er en avgrensning fra de andre. *"I et slikt lukket psykisk kretsløp er det hun selv som er alt, og da er det mulig å ha opplevelsen av å være mer hel"* (Skårderud, 1998, s.297). Selvdestruktivitet har ikke alltid blitt forstått slik, som et forsøk på mestring.

I det historiske perspektivet kapittel 2.2.1 ble teoriene om selvødeleggelsesdriften presentert. Dette er et klart annerledes forståelsesperspektiv enn å betrakte selvskading som et forsøk på mestring, eller forstå symptomet som en ressurs. Athina sier at hun ønsker å *ødelegge*. Hun har, slik jeg oppfatter det, en egen energi når hun snakker om det. Øynene er kvikkere og stemmen er tydeligere når hun snakker om dette. En slags våkenhet, et slags engasjement. Når informantene snakker om skaden bruker de detaljer, kraft og temperament til å uttrykke det elendige ved seg selv. Det frigjør en posisjon til uttale seg, men hvis hun skal fremme seg selv verbalt, uten å henvise til det fysiske, destruerte og konkrete, blir språket fattig og kraftløst. Var det denne energien Spielrein kalte destrudo? En biologisk selvoppholdelsesdrift? En like sterk energi som libido. Ut i fra Athinas beskrivelser kan man diskutere hva som er ren destruksjon og hva som er forsøk på mestring. Beskrivelsene til Athina synliggjør selvdestruktivitet som historisk diskurs med ulike fortolkninger, men også som aktuell diskurs i dag. Selvskading kan under visse omstendigheter gå for langt, den som skader seg kan miste kontrollen, for eksempel i en krise eller ved situasjoner som kan skape suicidalitet. I metodekapitlet var jeg inne på hvordan man både kan ivareta etiske hensyn og søke ny kunnskap

under et intervju. Jeg presenterte Potters kommunikative maksimer som kan fungere veiledende når det gjelder å snakke med pasienter om selvskadende adferd (Potter, 2003). Hun oppfordrer til kritisk selvrefleksjon på egne begrepsmessige rammeverk og kulturelle kontekster. Jeg har valgt et analytisk perspektiv som velger å se symptomet som en ressurs. Athina er selv opptatt av ødeleggelsesperspektivet, *selvstraffen*. Det å være imøtekommende i forhold til informantens konseptuelle rammeverk og kulturelle kontekst og det å tro på informanten er viktig for å ivareta etiske hensyn og samtidig søke ny kunnskap. I Athinas beretninger er det rom for tvetydige fortolkninger. Er det hun gjør et forsøk på mestring eller har det vippet over til ren ødeleggelse? Eller kan det forstås som begge deler? Kan selvskadingen forstås som en funksjonell måte å bli kvitt ubehagelige følelser av selvforakt, men at omkostningene er vevsødeleggelse og aggresjon rettet mot en selv? Nyansene i det Athina forteller om utfordrer det å være åpen for nye tolkninger av selvskading. Ved å anerkjenne subjektet og gi deres erfaringer betydning slik de fremstiller dem, kan det bidra med at de selv anerkjenner sine egne subjektive erfaringer.

Det fremgår av funn og diskusjon så langt at smerten ikke nødvendigvis er det som søkes i en selvskadingssekvens. Det er grunnlag for å diskutere hvor generaliserbare tidligere overskrifter og begreper som for eksempel "den lindrende smerten" eller "det trøstende blodet" egentlig er i forhold til å forklare hensikten med selvskading.

Denne studien utforsker blant annet hvordan visuelle stimuli under selvskadingen erfares. Noen av kvinnene i min studie vektlegger i større grad opplevelsen av visuelle stimuli som viktig for dem enn taktile og smerterelaterte stimuli. For eksempel forteller noen av kvinnene at smerten ikke er viktig for dem i det hele tatt. Dette var noe uventet ut i fra en forforståelse om at ved å påføre seg selv en ytre smerte, oppleves en lindring av den indre smerten. Dette har vært brukt som en hovedhypotese for å forklare selvskadingens funksjon i en del litteratur om selvskading de ti siste årene, for eksempel i rapporter som "Den lindrende smerten", (Waldenstrøm, 2004). Her er det lagt vekt på biologiske smertehypoteser og at adferden kan forstås som et selvhjelpsforsøk for å lette et intrapsykisk trykk (Waldenstrøm, 2004). I rapporten skrives følgende: "*Mange gir derfor utrykk for at*

ved å påføre seg selv en ytre smerte opplever de en lindring av den indre smerten" (Waldenstrøm, 2004, s.15). Dette henspiller på de biologiske smertehypotesene jeg har redegjort for i teoridelen (Favazza & Conteiro, 1989). Denne definisjonen av hva som skjer under selvskading er generalisert og vid. Den inkluderer ikke andre sensoriske stimuli som lindrende. En av smertehypotesene, endorfinhypotesen, forklarer virkningsmekanismen til ulike transmittersubstanser og de biokjemiske aspektene knyttet opp til at det under selvskading skjer en blokkering av smerteopplevelsen ved hjelp av kroppens egne opiater eller transmittersubstanser. Effekten kan bli et velbehag som kan oppleves som en belønning. Denne har blant annet blitt kritisert av Mazelis. Hun kritiserer endorfinhypotesen og at det ved fysisk selvskade utløses endorfiner. Hun hevder følgende: "*The endorphin are already present in the brain of a person who is about to self-injure as the body's fight, flight or freeze response to crisis naturally involves the release of the endorphins*" (Mazelis, 2008, s.2). Hun mener altså at endorfinnivået allerede er høyt før selve selvskadingen. Det skal legges til at Favazza og Conteiro diskuterer sine egne hypoteser. Et av deres funn var faktisk at 64 % opplevde lite eller ingen smerte når de skadet seg selv. Så deres hypoteser kan forstås dit hen at de gjelder den andelen som faktisk har en opplevelse av smerten som opplevd tilstede og avledende. Moe har ekskludert smerte fra sin modell om selvskadeprosessen. Hun hevder å finne belegg i sin empiri på at smerten oppleves som uviktig for informantene (Moe, 2007). Hun skriver følgende: "*Det er ikke vondt å kutte, men det gjør jævlig vondt å la være!*" (Moe, 2008). Hun hevder at det er det verbale språket, ordet, som er vanskelig for kvinnene.

Min studie er ikke av en slik karakter at den er egnet til å utelukke biologiske smertehypoteser, men den diskuterer at for noen er smerten viktig, for andre mindre viktig og for noen uviktig. Noen synes smerten hører med og søker den, andre ville helst skade seg smertefritt. Det åpner for å trekke inn at sanselig lindring er individuelt og at andre perseptuelle mekanismer, for eksempel de visuelle, også kan oppleves som de viktige. Smertehypotesene som eneste forklaring på selvskading blir også utfordret gjennom observasjoner i forhold til at unge kvinner bruker EMLA-krem for å døyve smerten før selvskading. Det fremgår i opplysninger fra legevakten i Oslo. De har oppdaget at unge jenter bedøver huden med EMLA-krem før de kutter seg for å unngå smerte og for på denne måten å mestre å skade seg selv.

(Fonn, 2010a). I kvinnenes vesker finnes det altså både barberblader og EMLA-krem. Dette underbygger en forståelse som inkluderer flere mulige forklaringshypoteser på hva selvskading representerer for de som gjør det.

Det er viktig at vi går med symptomene og også interesserer oss for det fysiske aspektet ved selvskading. Mye historie kan komme til syne der, siden ordene er vanskelig for flere av de som skader seg. Jeg ble opptatt av ambivalensen, *krigen* i de vanskelige følelsene informantene har før selvskading. Denne ambivalensen er lite beskrevet i den litteraturen så langt jeg har oppfattet det. Noe som kan ha influert mine informanternes evne til å reflektere over den tilstanden de er i før selvskading er at de har gjennomgått behandling og har begynt å undre seg over hva som skjer med dem i selvskadeprosessen. En mulig forklaring er altså at jeg baserer min studie på et annet materiale, mine informanter er påvirket av at de har blitt sett i forhold til selvskading. De har gjennomgått behandling og de har fått en gryende verbal kompetanse og de forsøker å bruke den.

Som vist i diskusjonen har min analyse utfordret noen ensidig fortolkende forståelsesperspektiver til å omfatte mer flertydige fortolkninger med hensyn på hva den som skader seg opplever i en skadesevens. Mine funn støtter en forståelse som ser selvskadeprosessen og det kvinnene opplever i den, som komplekse sanselige erfaringer.

4.3 Selvskading og psykososiale aspekter

I tråd med forskningsspørsmålene intervjuet jeg informantene som selvskader om hvordan de erfarer sitt forhold til kropp og selvbylde. Kvinnene ble også intervjuet med henblikk på hvordan de erfarer det å leve med selvskading i forhold til pårørende, venner og familie. Jeg etterspurte også hvordan kvinnene erfarer andres holdninger til selvskading. Kapittel 4.3 er en hovedkategori der jeg vurderer de underkategoriene som er etablert som de viktigste i forhold til selvskading og psykososiale aspekter. Det som ledet til kategorien er funn som viser at det finnes fellestrekk hos informantene i forhold til hvordan det er å leve med selvskading og ha en merket kropp som forteller noe om egen historie i en sosial setting. Bakkenfor kroppens merker og arr ligger det noe forut. Hvor viktige selvskadingens synlige

spor er for informantene varierer, men alle var opptatt av arrene i relasjon til andre mennesker. Denne oppgaven har tittelen "med kroppen som lerret". Dette var også arbeidstittelen på studien. Resultatene i analysene underbygger at kroppen for disse kvinnene er en formidlingsvei for vanskelige følelser og hendelser. Det verbale språket dekker ikke, det er for utleverende, eller det finnes ikke for det emosjonelle innholdet som ligger bak. Kroppen blir en kommunikator, i første omgang for den som eier kroppen og merkene, men også for de som samhandler med den som har arr og kodete symboler på kroppen. Identiteten fargelegges i form av kroppens uttrykk. De ulike underkategoriene som presenteres viser flere psykososiale aspekter knyttet til selvskadings- problematikk og informantenes erfaringer. Analysene av materialet viste at kvinnene i studien hadde et gjennomgående negativt kropp og selvbilde. Dette var også knyttet til at flere av kvinnene følte seg annerledes. I tillegg forelå det hos alle kvinnene en ambivalens i forhold til å vise frem arr og kroppsmarker til omgivelsene. Selvskadingen påvirker også forholdet og relasjoner til venner, familie og hjelpeapparatet. Reaksjonene kvinnene får på seg selv og selvskadingsproblematikken griper også inn i kvinnenes tro på fremtiden og opplevelse av egenverdi. Underkategoriene som presenteres er: 4.3.1 "*kroppen som lerret*", 4.3.2 "*Negativt kropp og selvbilde*", 4.3.3 "*Ambivalensen mot å være synlig*", 4.3.4 "*Sosiale samspill, behov og hindringer*" og 4.3.5 "*Familie og venner – usikre forhold*".

4.3.1 Kroppen som lerret

I innledningen i kapittel 1 ble det hevdet at det finnes mange muligheter for å sette særpreg på egen kropp og at selvskading kan ligge tett opp til en del kroppsmodifikasjons metoder. Selvskading ved risp og kutt kan for noen flyte over i det som kalles scarification², hvor symbolbruk er inkludert. Omvendt kan også scarification vippe over til selvskading. Dette forekommer hos noen av informantene i denne studien. Scarification trenger ikke være relatert til selvskading, men *kan* være det, for noen. Karen har brukt symboler og scarification i settinger som hun

² Scarification innebærer skjæring eller kutting i det ytre hudlaget. For at arrene skal bli tydeligere må sårene holdes åpne en stund og gnis gjerne inn med salt. Kilde: Linn Hansen, Dagbladet.no, 27.07.2005

selv oppfatter som selvskadende. Hun har tydelig brukt symboler relatert til hva som er bakenforliggende vanskelige livsområder og situasjoner. Blant annet har hun hatt personlige konflikter i forhold til kirke og tro og dette har kommet til uttrykk i selvskadingen. Karen om symbolbruk:

Og så har jeg brukt veldig mye symbolikk i min selvskading. Og så har jeg avreagert når noe har vært vanskelig særlig staten (betyr kirke) og har brukt kors, hjerte og anker symbolikk.

Selve skaden kan ha vært forholdsvis impulsiv, men hun har fulgt opp de skadene med klare symboler annerledes enn hun gjør med vanlige kuttskader. Hun har holdt sårene åpne blant annet, eller forurenset sårene for å forsterke skaden. Beate har også brukt religiøse symboler som kors i sin selvskading og relaterer det til perioder hvor hun har hatt suicidale tanker. Farber teoretiserer koblingen til smertefulle livserfaringer og religiøse symboler:

The closest they will get to experiencing death is in the painful ecstasies of near-death experiences, in which they come close to dying and then miraculously seem to be resurrected from the dead and reborn, like Jesus. This is true both for those who flirt with death today and for the medieval mystics, who engaged in remarkably high risk behaviours such as self-starvation, binging and purging, and self-mutilation (Farber, 2003 s.1).

Farber trekker blant annet frem den identifiseringen mange som selvskader har med bildene som ble vist i filmen the Passion of Christ. Filmen viser de symbolene som identifiseres med menneskelig lidelse og pine, blant annet tornene, hullet i torsoens ene side med flere:

The passion of Christ has provided Western culture with its most enduring images of human suffering: the bleeding and emaciated Jesus nailed to the cross, a crown of thorns piercing his scalp, his mouth open in agony. In some paintings a spear pierces his side, releasing a startling gush of blood The Passion of Christ has also provided the West with our most enduring images of death and rebirth (Farber, 2003 s.1)

Det som også fremgår i materialet er at kvinnene har konkrete minner til flere av kroppsmerkene og arrene. De ulike merkene har også forskjellig verdi. Athina kan for eksempel vise frem arr som har fremkommet når hun har skadet seg i settinger hvor hun har hatt spesielt mye selvhat. Disse arrene vitner om dype, alvorlige skader, nærmest analogt til dypet og tyngden i hennes bakenforliggende emosjonelle smerte. Noen av kvinnene har også arr og merker etter selvskading

som ikke representerer negative følelser, men for eksempel settinger med sterke positive følelser som har vært vanskelige å fordøye eller forholde seg til. For disse kvinnene er kroppen et lerret hvor meningsinnhold er innkodet i merkene bevisst eller ubevisst. I tillegg kan kroppen vise en egenskapert identitet i form av piercinger, tatoveringer og andre kroppsmodifikasjoner. For noen av kvinnene er det lettere å snakke om hva disse representerer enn merker fra selvskading. Solan har skaffet seg piercinger og tatoveringer for å understreke sin identitet. Noen av utsmykningene er mer tilfeldig enn andre. En tatovering symboliserer et fotballag hun støtter, en annen tatovering har hun tegnet selv. Solan om tatovering og kroppsmodifikasjon:

Den jeg har laget selv symboliserer vel egentlig ikke noe, men de har jo yin og yang da. I den tatoveringa, så egentlig så er jo det balanse og harmoni og sånn og ellers så er det jo det at jeg har laget den og det finnes ikke maken. Den er særegen for meg. Jeg skal ikke være som noen andre. Jeg skal være som jeg er egentlig, bare litt mer ryddig inni her (peker på hodet).

Solan uttrykker et ønske og savn om å være i mer balanse, kroppsliggjort og synlig i form av en tatovering. Merker om håp og smerte på samme arm. Kvinnene merker altså kroppen sin i spennet fra kroppsmodifikasjon til selvskading. For noen kan grensene mellom hva som er hva være utydelige, men fellestrekket for disse ytterpunktene er at de alle er kommunikative, synlige måter å representere seg selv på. Arrene kan for noen av informantene være en del av selvskadeprosessen. Noen føler seg ferdig med selvskadingssekvensen når kuttet er et faktum og roen kommer eller avledningseffekten er oppnådd, andre opplever det å forholde seg til selve såret, stelle skaden, se såret tilhele og etter hvert bli til et arr som meningsbærende deler av det å skade seg. I mitt materiale ser jeg store forskjeller her. Fellestrekket jeg finner i forhold til arr etter selvskading er at alle informantene er opptatt av hvordan det er å ha arr i møtet med andre mennesker. Det er stor variasjon blant informantene i forhold til å meningslegge betydningen av det å ha arr. Beate angret alltid etter at hun har skadet seg, fordi hun ikke liker å ha synlige arr. Men dette har endret seg i løpet av tiden hun har skadet seg. Da hun var yngre representerte det å skade seg at hun kunne trasse, være modig.

Jeg var trassen og ville vise at jeg torde å skade meg. Jeg tenkte at jeg var modig på en måte, men da var jeg mer trassig og sinna enn nå. For det er litt voldsomt, det var en voldsom måte å si fra på. Jeg ville vise hvor vondt jeg

hadde det inni meg og hvor sint jeg var. Såra og arra viste at det var noe som var fryktelig galt med meg.

Nå tenker hun annerledes om selvskading og det å ha arr på kroppen. Den samme strategien, å skade seg med påfølgende arr, har fått et annet meningsinnhold for henne. Hun liker ikke at arrene er så synlige nå. Hun angrer alltid når hun har skadet seg nå: *"Det er vanskelig å gå på butikken og jeg føler at alle glor og tenker at der kommer hun med alle arra, hun er gal. Jeg skulle ønske at de kunne se meg og den jeg er ikke bare arra utenpå".*

4.3.2 Negativt kropp og selvbilde

"Jeg føler meg annerledes"

Jeg intervjuet informantene om forholdet de har til egen kropp. Et av forskningsspørsmålene var *Hvordan erfarer noen kvinner som selvskader sitt forhold til kropp og selvbilde?* Bakgrunnen til at jeg ønsket å snakke med kvinnene om dette temaet er observasjoner jeg har gjort i min kliniske hverdag. Jeg mente å ha fanget opp en tendens som pekte i retning av at forholdet til egen kropp er vanskelig for mange av de som skader seg. Jeg ønsket å undersøke mer dyptgående hvordan dette ble erfart av informantene. Under intervjuene og videre i analyseprosessen ble det tydelig at alle informantene hadde et negativt kroppsbilde, selvfølgelig i varierende grad. Fire av fem hadde et svært dårlig selvbilde, en hadde et noe mer nyansert selvbilde med både komponenter av selvkritikk og selvakseptasjon. Jeg vil kalle informantenes tanker og presentasjon av hvordan de tenker om seg selv som et klart uttrykk for et negativt kropp og selvbilde, og slik å betrakte som et funn i studien. Utsagn som: *"kroppen min er ekkel", "jeg er for feit", "stygg", "feil", "jeg er ikke bra nok", "jeg er annerledes enn andre"*, var representert hos informantene. Flere av informantene anga også det dårlige forholdet til egen kropp og selvbilde som noe de ofte straffet gjennom selvskadingen. Tre av informantene sa konkret at de hatet seg selv og eget utseende. Athina sier at hun har hatt det slik så lenge hun kan huske. I en objektiv vurdering ville trolig Athina blitt beskrevet som en normalvektig, velskapt og normalt utseende ung kvinne. Athinas egen omtale av seg selv er drastisk annerledes. Hun oppfatter seg selv som

feit og klapper seg på magen og mener at hun bare burde hatt muskler og hud. Hun vil være minst mulig. Athina om kroppen sin:

Jeg synes jo kroppen min er litt ekkel da, og det synes jeg jo i dag også. Jeg synes at jeg har alt for mye fett for eksempel da. Jeg er veldig, veldig misfornøyd med kroppen. Jeg synes jeg er for lav og feilproposjonert og for feit og for blek og nå har jeg masse arr i tillegg, særlig på beina som er veldig stygge liksom. Jeg burde ha vært høy og tynn.

Hun understreker at hun ikke synes andre mennesker som er lave eller tykke er stygge, men på henne er det feil..

Det er bare sånn at jeg føler at jeg er helt feil liksom. Kroppen min den er helt avskyelig egentlig. Jeg synes bare det meste er helt feil. Det er sånn at jeg blir ordentlig uvel hvis jeg ser meg selv i speilet og i dusjen for så vidt også. Så det er sånn at jeg hadde syntes det hadde vært veldig kjekt hvis en kunne dusje med klær faktisk.

Denne motviljen til å ville se sin egne nakne kropp forteller flere av kvinnene i studien om. Det foreligger en skam i forhold til egen kropp og i forhold til seg selv som individ. Det de ikke klarer å akseptere vil de ødelegge, skade. Kvinnene snakker om velmenende komplimenter fra andre som aldri beholdes, men renner ut som vann i en sil. Athina er overbevist om at hun er uelsket og avskydd av alle. Denne sterke følelsen av å være annerledes og ikke verdig i forhold til andre mennesker er svært ofte tilstede når Athina selvskader og straffer seg selv for sin udugelighet. Dette er svært vanskelig å sette ord på, og når det må ut, blir det ofte i form av selvskading, kutting. Da har hun i alle fall foretatt seg noe, straffet sin dypføyte heslighet. Etterpå er skammen ennå større, fordi hun ikke klarte å gjøre det annerledes, eller våget å ha tillit til at andre kan like henne. Athina sier at hun skulle ønske at hun var usynlig. Hun er fanget i sitt eget dårlige selvbilde: *Det har alltid vært sånn at jeg skulle ønske at jeg var usynlig liksom. Jeg misliker meg selv veldig mye da også er det sånn da at jo mer det er, jo mer er det å mislike liksom, så derfor vil jeg fjerne litt av meg selv.*

4.3.3 Ambivalensen mot å være synlig

”Sommerkjole i går - i dag tar jeg pulsvantene på”

Hvordan kvinnene som skader seg opplever egne og andres holdninger til selvskading kommer til uttrykk i dette kapittelet. Hvordan kvinnes selvbilde og kroppsbilde erfares i sosiale settinger vil også tas videre opp som en fortsettelse fra forrige kapittel.

Det Informantene forteller meg er at noen dager vil de gjerne være usynlige. De ønsker at selvskadingen ikke skal være synlig for omverdenen. Andre ganger våger de mer og utfordrer seg selv til for eksempel å gå med singlet på en varm sommerdag. Dagsformen varierer. Noen dager er det vanskelig å bære seg selv med kroppen full av kutt, brannså, arr og merker som vitner om sjelelig smerte. Kropp og selvfølelsen varierer mye. Selvfølelse og mot er ikke konstante størrelser. Det viser seg at trassen og motet til å prøve å leve som den man er får stor motstand i skammen og redselen for å bli misforstått eller fordømt av de andre. Sitatene til Karen og Beate nedenunder viser hvor komplisert og *ambivalent* det kan være å leve åpent med selvskading i sosiale settinger. Karen sier først at hun aldri har opplevd andres holdninger til selvskading på en negativ måte og tror ikke andre vil kommentere det hvis hun ikke nevner det selv. Likevel sier hun mot seg selv litt senere i intervjuet. Følelsene er likevel nyanserte og ambivalente i forhold til egne og andres holdninger: *Karen: Hvis jeg har vært på treningssenteret har jeg noen ganger dekket meg til, men det har jeg sluttet med. Men når jeg akkurat har kuttet meg og har sydd og sånn har jeg brukt pulsvarmere på trening. Men folk glør litt for det. Jeg prøver å skjule det av og til.* Hun sier at det var ennå vanskeligere tidligere:

Det har det vært i perioder, ja det har vært perioder opp igjennom hvor jeg har slitt med det. En gang skulle jeg i et stort familieselskap og da var jeg veldig redd enda jeg hadde mye mindre arr enn jeg har nå, men likevel var jeg veldig bekymret for at noen skulle se arrene mine. Jeg tror det ble litt slikt skambelagt, at de ikke ville skjønne det og synes jeg er dum eller et eller annet sånt noe. Tror jeg.

Karen starter med å si at hun ikke har opplevd noe negativt, men forteller etter hvert at det likevel ikke er så greit. Hun er redd for at de andre ikke vil skjønne hva dette handler om og at de skal synes at hun er dum som skader seg selv. I de foregående kapitlene har jeg drøftet og diskutert hvordan selvskading, kutt og arr kan forstås

som et språk. Arr og kutt er synlige ytre merker på vanskelig levd liv. Vi orker ikke å vise alle andre våre innerste følelser til en hver tid. Når man har merker etter selvskading kan disse også tolkes av andre, og ikke bare av den som eier merkene og kjenner historien bak.

Det finnes situasjoner hvor det er allmenmenneskelig å ville fremstå som mestrende og velfungerende sier Karen. Beate forteller om lignende erfaringer. Det å være i en prosess hvor man stiller friske forventninger til seg selv og ønsker å finne andre handlingsalternativer enn selvskading innebærer at man arbeider med seg selv i forhold til kropp og selvbylde. Beate beskriver hvor vanskelig dette kan være: *”Beate: Noen ganger er det veldig vanskelig. Det kan være kommentarer”*. Hun forteller om en slektning som kan være skarp i kommentarene. Hun har opplevd å få negative tilbakemeldinger i familieselskaper om måten hun har kledd seg på. *”Jeg hadde bestemt meg for å ha på en fin kjole uten armer og hadde tenkt mye igjennom om jeg skulle gå slik eller ikke. Jeg bestemte meg for at jeg skulle akseptere meg selv og gå i kjolen. Jeg ville leve med arra mine tenkte jeg”*. Beate forteller at slektningen hadde utbrutt: *”Jeg syns du kunne ha kledd på deg i dag”*. Beate forteller at dette ble vanskelig for henne og hun følte seg utskjemt:

Beate: Jeg svarte kvesst at jeg fryser litt og derfor blir arra blå. Hun sa at jeg ikke så ut. Det var veldig sårende. Jeg synes at alle som har et handikap må få være seg selv for det. Det var veldig ydmykende. Jeg reiste i fra festen og gråt mye da jeg kom hjem. Det var ekstra ille at hun hadde sagt det foran øynene på så mange. Jeg blei skjemt ut foran alle. Jeg kjenner det godt enda. Jeg blir lei meg når jeg snakker om det.

Den største fordømmen som eksisterer i forhold til selvskading er at de som selvskader vil ha oppmerksomhet utalte Sofia Åkermann³ nylig i et intervju i tidsskriftet Sykepleien (Fonn, 2010b). Motivet å få oppmerksomhet gjennom selvskading er også ugyldiggjort i flere nyere studier, for eksempel i case-studien (Ystgaard, 2003). Dette bekreftes også i min studie. I den er det en tendens blant informantene at de skjuler og har skjult selvskadingen for omgivelsene i varierende grad. Særlig skjuler kvinnene skadingen i begynnelsen. Samtlige informanter gir

³ Sofia Åkerman har selv erfaring med selvskading, men betrakter ikke seg selv som pasient lenger. Hun har utgitt to bøker om selvskading, Zebraflickan i 2004 og For å overleve – en bok om selvskading i 2010. Hun er i tillegg til å være forfatter utdannet sykepleier og er en erfaren foredragsholder. Kilde (Fonn, 2010b)

uttrykk for at de i begynnelsen bare trodde at det var de som skadet seg selv. Samtlige informanter har i varierende utstrekning skjult selvskading for familie, kjærester, venner, kolleger eller lærere. De av informantene som har barn har flere eksempler på at de ved anledninger har skjult selvskadingen for å beskytte barna. Athina som begynte å skade seg i 4-5 års alderen med "ulykker" som ikke var ulykker, ønsket ikke å la andre få kjennskap til det hun gjorde. Heller ikke på skolen ble hun avslørt til tross for mye fravær og stadig for sent oppmøte på skolen.

Athina: Jeg husker en periode hvor jeg var veldig lite på skolen da jeg kom alltid for seint og sånt. Jeg pleide å sitte hjemme og kutte meg før jeg gikk på skolen liksom. Sånn der vane akkurat som man spiser frokost. Jeg kutta meg litt, så gikk jeg og hørte på musikk og drakk te og sånn og så gikk jeg på skolen etterpå, det var ganske langt ut på dagen ofte.

Til tross for nedsatte ordens og oppførselskarakterer på grunn av skulkingen ble hun aldri konfrontert i forhold til hvorfor hun var så mye borte. Hun dekket seg til med langermede gensere, "glemte" gymtøy og faket meldinger om at hun ikke kunne ha gym enten på grunn av mensen eller astma. Hun var mye reelt syk med astma og følte at hun ikke kunne prestere like bra som de andre i klassen. Ikke klarte hun å dusje sammen med de andre heller. Hun ble god på å produsere unnskyldninger og bortforklare hvorfor hun ikke deltok.

Athina: Jeg fikk jo ikke til de tingene som andre fikk til liksom og det syntes jeg var veldig flaut da. Og veldig sånn der ja at jeg skammet meg over det liksom. Jeg prøvde jo å skjule selvskadinga med det at jeg gikk med genser hele sommeren og sånn. Jeg ble god på å skjule. Jeg fant på mange dumme unnskyldninger og jeg sa at jeg hadde ikke gjort meg noe liksom, og så hendte det jeg skar meg mye over knokkene og sånn med knivblader, og da pleide jeg å si at jeg var tørr på huden og sånn da og sa det var sprukket opp.

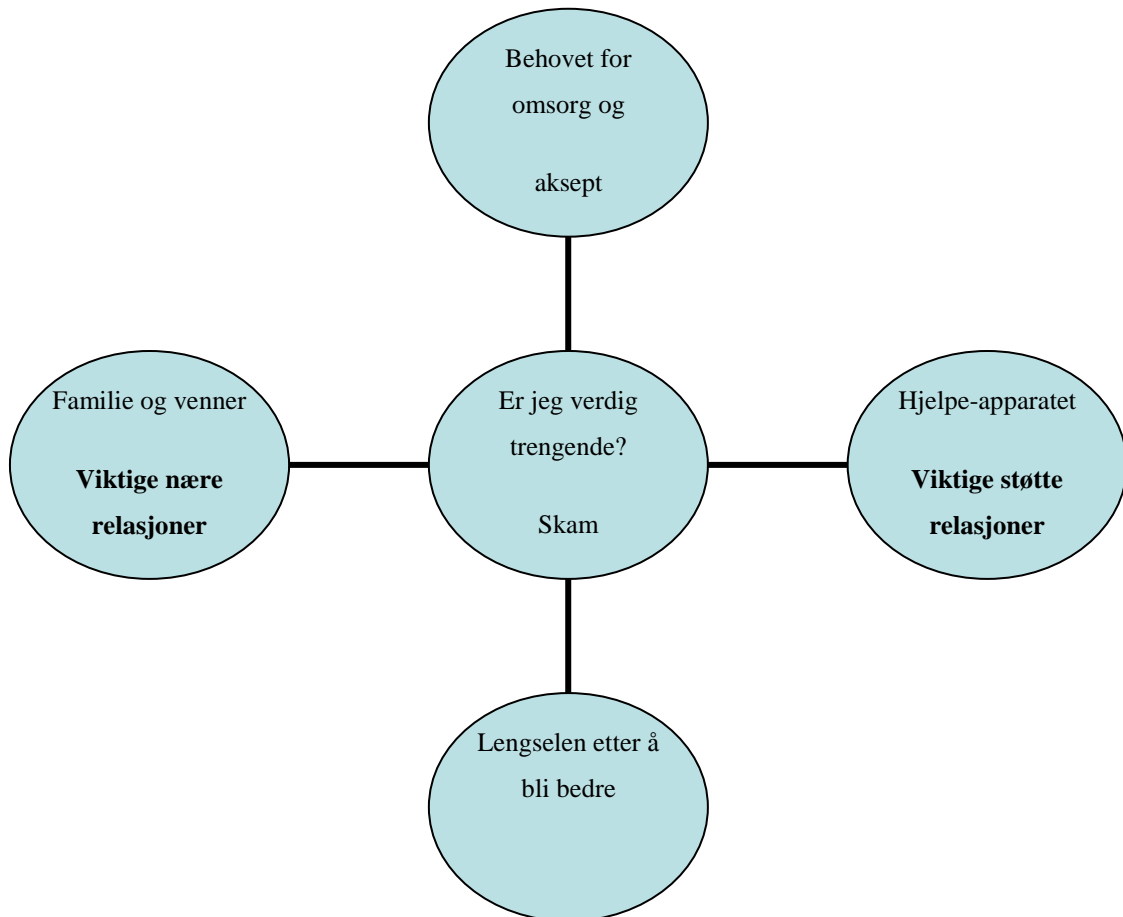
For å holde ut skam og et dårlig selvbilde ble reaksjonen å skjule skadene, finne på unnskyldninger og trekke seg bort.

4.3.4 Sosiale samspill – behov og hindringer

Dette kapitlet presenterer funn som svarer på forskningsspørsmålene ”Hvordan erfarer noen kvinner som skader seg andres holdninger til selvskading” og ”Hvordan erfarer noen kvinner det å leve med selvskading i forhold til pårørende, venner og familie? I tillegg presenteres funn som svarer på hvordan det erfares å motta hjelp til kirurgisk assistanse etter selvpåførte kutt. Det presenteres også noen erfaringer i forhold til opplevelse av maktbruk og stigmatisering i hjelpeapparatet.

Essensen i funnene som presenteres er dynamikken som finnes mellom ulike behov informantene har, og de hindringene som vanskeliggjør det å få dekket behovene og utvikle seg i retning av en bedre livssituasjon og mindre behov for selvskading som problemløser. Skam og følelse av å ikke være verdig nok i møtet med viktige støtte relasjoner som for eksempel legevakt og andre deler av hjelpeapparatet kan hindre informantene i å være i en terapeutisk prosess. Skam og mindreverdigfølelse kan også prege nære relasjoner og komplisere disse.

Jeg har utarbeidet en figur, *Figur 2. Sosiale samspill, behov og hindringer*, s. 83 som viser det relasjonelle forholdet mellom viktige nøkkelbegreper i kapittelet.



Figur.2 Sosiale samspill, behov og hindringer

Det å bli møtt med omsorg og aksept når man har behov for det er et allmennmenneskelig behov. Selvskading kan være et vanskelig begrep å forholde seg til og snakke om både for den som skader seg og den som forholder seg til den som skader seg. Når man i tillegg må kommunisere om et problem man kanskje ennå ikke har ord for, eller ikke forstår, blir det ekstra vanskelig. Brennemerker, kutt og arr forteller at noe er galt, men ikke hva som er galt. Fortolkningsarbeidet med å finne ut hva selvskadingen representerer er en lang terapeutisk prosess. I tillegg er selvskading noe selvpåført. Flere av informantene har slitt med følelsen av at de ikke er *verdige trengende* pasienter i helsevesenet. Det fremkommer at informantene er redde for å ikke bli forstått og respektert i møtet med helsevesenet. Likevel er de

nødt til å motta hjelp til for eksempel kirurgisk assistanse ved alvorlige selvskader. Noen trenger omsorg fra andre for å klare å avslutte en selvskadingssekvens.

En av informantene, Thea, beskriver omsorgen hun får på legevakten etter selvskading og kutting som en type *uforpliktende omsorg*. Hun får hjelp til å reparere skadene, bli gjort hel igjen. Det er bare to eller tre som vet det, hun en lege og kanskje en sykepleier. Hjelperne har taushetsplikt. Det skjer der og da. Andre mål og belønninger er fjerne, abstrakte. Dette er konkret tilfredsstillelse og lindrende mot angst, uro og ensomhetsfølelse. Det er et slags "one-night stand". Med øyeblikkets behovs tilfredsstillelse, men også med de kvalene som følger med.

Tea om besøkene på legevakten: Jeg opplever det som veldig ambivalent og det er jo veldig skamfullt. Det er jo det, samtidig som det oppleves som fortsatt en del av at jeg er flink liksom. Se her hva jeg har klart. Og litt sånn se hvor vondt jeg har det. Det er litt det også å vite at den der legen, når jeg har gått ut, så har han glemt meg liksom. Og derfor så er det lov til på en måte at han kan se smerten min i ti minutter liksom og han har glemt det etterpå og han sier det ikke til noen, det er på en måte sånn uforpliktende omsorg. Hvis du skjønner hva jeg mener?

Hva ligger det i dette begrepet? Hva legger informanten i begrepet uforpliktende omsorg? Hvorfor hører behandlingen på legevakten også med i det hun oppfatter som deler av sin selvskadeprosess? Hun sier at hun trenger denne omsorgen for å avslutte selvskadingsepisoden. Hun har transformert en ubehagelig og kaotisk psykisk tilstand til en skade, til et sår som hun trenger omsorg i forhold til. Hun kan ta i mot hjelp til dette konkrete ytre, men det er vanskelig å ta i mot hjelp av andre for å lindre den vanskelige tilstanden før selvskadingen fant sted. Hun forenkler noe svært komplisert til noe for henne mindre komplisert, et ytre synlig kutt. Likevel sier hun at hun trenger å bli sett. Hun trenger noe. Kuttet og såret er det hun får til å vise hjelperne om sin indre smerte. I tillegg krever de ikke noe tilbake. De er ikke venner som hun må forholde seg til i morgen. Hun kan holde ut skammen i det tidsrommet hun er der, det er overkommelig. Hvis hun viser det til familie og venner føler hun seg avkledd. Skårderud snakker om det å være et vitne til selvskading.

"Behandlerrollen trenger ofte ikke å være mer enn å være vitne. Når det finnes et vitne blir det private til en delt kjensgjerning. Når noe er delt, er man mindre ensom" (Skårderud, 1998 s.292).

”Hindringer”

(Skammekroken – ikke dytt meg lenger inn)

Spørsmål om hvordan de som skader seg opplever andres holdninger til selvskading og erfaringer i forhold til å motta hjelp til kirurgisk assistanse etter selvpåførte kutt ble stilt informantene. De ble også spurt om hvorvidt de opplever eventuell maktbruk og stigmatisering i hjelpeapparatet. Funnene viser at det å søke hjelp for selvskading er utfordrende for informantene. Samtlige informanter har opplevd situasjoner som de karakteriserer som krenkende og skamfulle når de har søkt hjelp etter selvskading. Fire av informantene har opplevd å få satt suturer i kutt uten å få bedøvelse. Alle informantene har opplevd en eller flere ganger røft eller slurvete sårstell. Flere av informantene beretter om det å føle seg usynliggjort og krenket gjennom verbal kommunikasjon mellom dem selv og hjelperen. Dårlige erfaringer som dette øker terskelen for å be om hjelp neste gang behovet er der. Flere sier at det er ydmykende å vise frem selvpåførte kutt som er et uttrykk for en følelsesmessig smerte.

Karen gjentar flere ganger i intervjuer at hun sliter med det hun kaller å ikke føle seg som en *verdige trengende*. Hennes egne problemer veid opp mot andre helseproblemer i køen på legevakten er noe hun grubler mye over. Hun er på en måte prisgitt den graden av forståelsen hun blir møtt med av hjelpeapparatet. Hun skammer seg mye sier hun. Hun blir liten og sår i møtet med fordømmelse eller mangel på empati og forståelse for at dette er en del av henne, en side hun helst ikke vil vise til noen. I intervjuet fremgår det at Karen har en bevissthet om ting hun mestrer, hun vet at selvskadingen er uttrykk for den delen av henne som sliter. Når hun klarer å se forbi selvforakten kan hun også se at hun er samfunnsengasjert, omsorgsfull og intelligent. Likevel sliter hun med at hun snubler i egne destruktive snarer som gjør at hun er avhengig av en viss gjenklang hos hjelperen for å kunne synliggjøre og tørre å be om hjelp, enten i form av sårstell, suturering ved selvpåførte kutt eller det å kunne si i fra at hun egentlig bare tenker på lettelsen ved å kunne slippe unna alt og opphøre. Men på grunn av kjærligheten og forpliktelsene hun opplever i forhold til barna stopper dette alternativet, selv om dysforien og håpløsheten gjør at hun ofte balanserer helt ute på eggen. Når dette er den kompliserte tilstanden hun er i når hun skal benytte seg av de helsetjenestene hun

trenger, men ikke helt føler seg verdig nok til å trenge, får vi en forståelse av hvor stor faren for krenkelser i en behandlingssituasjon er. Karen om det å motta hjelp etter selvskading: ”Jeg er veldig var på dette og jeg kan lett føle skam og jeg er veldig var på om den som hjelper fordømmer meg”. Hun har opplevd krenkende behandling når hun har oppsøkt hjelp på legevakten med selvpåførte kuttskader:

Karen: Jeg har hatt flere grusomme episoder på legevakta når jeg har trengt og sys. Det kan være slurvete behandling slik at jeg har fått infeksjon, eller jeg har blitt sydd uten bedøvelse for eksempel. Det er ikke så lett å si ifra, du blir så liten på en måte og det er vanskelig å få sagt noe. Jeg er skamfull og mister litt munn og mæle på en måte, hvis det hadde vært noen andre enn meg så hadde jeg sunget ut tror jeg. Du er så prisgitt på en måte. Ydmykelsen er verst på en måte, men det er også fysisk vondt å bli sydd uten bedøvelse.

Karen sier at det er klart annerledes når andre påfører henne smerte enn når hun gjør det selv.

Karen: Når jeg skader meg selv så er jeg ofte i en så trykket stemning at jeg ofte ikke føler smerten, når jeg blir sydd så er det mer litt sånn at jeg er så tilstede og kjenner meg litt redd og ubekvem for å si det sånn. Det er ekkelt.

Det sentrale med skammen er at den er taus. Når Karen representerer seg selv, blir hun taus hvis hun føler seg krenket. Da kommer selvforakten og de vanskelige tankene.

Thea om hennes opplevelser: Det er noen leger som er litt sånn, ... Som er litt brå og ikke sier noen ting og bare lapper sammen og så ha det liksom. Da føler jeg meg veldig krenket. Hvis jeg blir krenket blir jeg liksom, jeg vet ikke jeg, enda mer lei meg liksom. Sånn vondt lei meg, da tenker jeg bare, åh dumme Thea. Dumme, dumme Thea. Jeg skammer meg. Da får jeg på en måte ikke den omsorgsbiten som jeg trenger for å avslutte liksom.

Makten helsepersonellet har er stor. Makten treffer gjerne i form av ord. Verbale krenkelser kan være vel så stigmatiserende som dårlig sårbehandling. Solan synes det er vanskelig å forholde seg til helsepersonell som ikke har nok kunnskaper om selvskading og dermed påfører den som har selvskadet mer skyld og skam gjennom sine holdninger og verbale utsagn.

Solan: Det har vært på forskjellige måter. Det går vanligvis greit liksom, men det er klart at jeg har blitt møtt med det at ”en skulle ikke brukt tid på sårne som deg. For noe surr. Bare la være å gjøre det, ikke oppta tida våres liksom”. Nei da har jeg følt meg veldig lus, nå er det på tide å forsvinne fra jordas overflate for eksempel. Du føler deg jo grusomt teit.

4.3.5 Usikkert forhold til familie og venner

Et forskningsspørsmål hadde fokus på *hvordan noen kvinner opplever det å leve med selvskading i forhold til venner, familie og pårørende*. Det er store forskjeller i forhold til åpenhetsgrad om selvskadingen blant informantene. Thea er klar på at dette er hennes "greie", men det er på en måte skammens svar. Når vi går i dybden på temaet kommer det frem at det er en lengsel der også, en lengsel etter å bli akseptert som seg selv. Problemet er følelsen av å være avkledd og sårbar. Det er mye skam. Hun sier at hun ikke er klar ennå. Hun er ikke klar for å snakke med de nærmeste om det hun opplever som intime avsløringer, selvskadingen og det hemmelige livet. Familien vet at hun skader seg. Det gjør familiene til de andre informantene også. Thea om hva de pårørende vet om henne og selvskadingen:

Det er liksom så ikke- tema. Jeg snakker aldri med mamma om det, aldri snakka med dem om det. Det er sånn som dem har lært seg at det er ikke noen vits i å spørre om det for da stikker jeg bare liksom.

Thea tror foreldrene bryr seg om henne og hun tror at de har lyst til å snakke med henne og om det hun sliter med. De har forsøkt familiesamtale da hun var innlagt på institusjon, men hun klarte ikke å si noe selv. Hun opplevde det nærmest som tvang. Første gangen hun ble forespurt om å delta i familiesamtale nektet hun helt. Andre gangen ble hun motvillig med, men klarte ikke å bruke ord eller kommunisere med foreldrene. "Så de har jo på en måte skjont at det er jo ikke noen vits i presse meg liksom. Det kommer ingenting godt ut av det liksom. Jeg er liksom ikke klar".

Hun er heller ikke klar for å dele dette med venninner. Hun har forsøkt, men hun synes det er veldig vanskelig. Thea beskriver forsøkene slik:

Jeg snakker kanskje litt med hun ene bestevenninna mi av og til liksom, men dagen etterpå så er det akkurat som om jeg har sånn skikkelig fylleangst liksom. Å, nei, å nei, sa jeg det liksom. Da er det bare helt krise dagen etterpå liksom.

Thea snakker litt med kjæresten, men vil egentlig ikke. Han sier at han ikke skjønner hva Thea sliter med, men at han ønsker å lære det. Han er ærlig på at han ikke vet mye om selvskading. Thea opplever at kjæresten tross alt er den det er lettest å

snakke med. Thea har skrevet en del om hvordan hun har det og har lest det for kjæresten. Thea: *"Da skjønnte han mer, liksom da. Det var oppklarende liksom"*.

Kvinnene som har barn uttrykker bekymringer for hva barna kan påføres av uheldige påvirkninger med hensyn på at de får erfaringer fra mors selvskading. Informantene sier at det er få personer de kan snakke med om denne usikkerheten og bekymringene de har for hvordan barna påvirkes. Det er vanskelig å snakke med for eksempel nåværende eller tidligere partnere, fordi selvskadingen og de bakenforliggende problemene i utgangspunktet er et underkommunisert tema i parforholdet. Hovedinntrykket mitt er at kvinnene i stor grad skjuler og underkommuniserer problemene de har. Det er ikke så vanskelig å forstå, når nettopp det er et av hovedproblemene informantene har, å uttrykke følelser og kommunisere hva som gjør vondt. I tillegg snakker kvinnene om en redsel for at partner eller pårørende ikke kan romme eller akseptere at de selvskader. De er redde for å skremme andre bort. De er redd for at for eksempel partneren skal bli sint, gå lei, ikke stole på dem. Dette er helt tydelig et sensitivt tema for informantene. Jeg observerte at flere av informantene ble motorisk urolig når vi snakket om disse tingene. Blikkontakten ble ofte avbrutt og stemmene svakere. En informant begynte å fikle med mobiltelefonen når vi snakket om dette. Det synes svært vanskelig å skulle snakke med andre om et tema som man ikke selv forstår, og i alle fall ikke entydig. Solan snakker om hvor hjelpeløs hun føler seg overfor utfordringen å ivareta datteren. Hun er redd for at hun skal være en dårlig rollemodell for datteren. Solan (en av informantene som er mødre) om selvskading og morsrollen:

Jeg vet ikke om det er ikke noe sånt konsekvent tenkning på at sånn og sånn. Men det er mye verre for meg å skulle forklare for jentungen eller at hun skal se meg altså, det som gnager meg hele tiden og det er skikkelig ille det er hvorfor jeg tenker hvorfor i all verden skal hun la være å skade seg selv når mora hennes gjør det. Jeg er jo egentlig et ræva forbilde (ler litt).

Solan er redd for at hun skal overføre sitt eget adferdsmønster til datteren. Hun vet selv noe om hvordan hun kan bli trigget av andres selvskading. Hennes bekymring er reell. Hun tror at datteren har en annen type personlighet enn hun har og tror datteren vil klare seg bra, men usikkerheten og angsten i forhold til om hun har uheldige påvirkninger på datteren plager henne mye.

Solan: Selv om jeg vet at hun er egentlig ikke en sånn person som det jeg har vært, men det er klart at det du kan jo se det til og med mellom voksne mennesker hvordan innvirkningskraft og påvirkningskraft, bare det å se et sår og vite hvordan det kom dit, smitteeffekten der er jo helt syk. Jeg kan bli veldig trigga av å se andre som har skadet seg.

Solan henviser til hvordan hun selv kan bli trigget til selvskading og er redd at hun kan være en kilde til at datteren skal begynne å skade seg. Hun har forsøkt å forklare hvorfor hun skader seg og har fortalt datteren at dette kan skje når hun er lei seg og sliten. Når informantene snakker om dette tema veksler hun mellom å si at hun tror datteren er ivaretatt og vet det hun trenger å vite, til å uttrykke stor bekymring for hvordan dette egentlig oppleves for datteren. Jeg får en følelse av at dette er meget sårt å berøre for informantene, og at hun inne i mellom må beskytte seg selv og ufarliggjøre konsekvensene hennes psykiske problemer og spesielt selvskadingen har i det relasjonelle samspeillet med spesielt datteren. Det å være psykisk syk og samtidig være i en omsorgsrolle fremkommer som svært vanskelig når jeg snakker med informantene. Karen synes det er vanskelig når hun ser at barna blir urolige og har det vondt på hennes vegne. Også her ser jeg vekslingen i svarene i fra å uttrykke stor bekymring til å stadfeste at hun tror det går bra med barna. Et fellestrekk er at kvinnene savner noen de kan snakke med om disse temaene.

Karen (en annen av informantene som er mor):

Det er vanskelig når jeg ser at hun har det vondt. Hun blir lei seg og redd og de gangene jeg har kutta meg hvor hun har vært i nærheten og ikke vet da, for eksempel jeg går ned på do og kutter meg og så går jeg opp igjen og hun vet det ikke og så går jeg kanskje ned igjen og fortsetter og de gangene hun vet dette etterpå, hun føler seg lurt på et vis og det å føre andre sånn bak lyset, nei, det er ikke fint og gjør vondt etterpå.

Karen forteller om en episode hvor datteren hadde vært så utrygg i forhold til hennes selvskading at hun tok kontakt med Karens kjæreste og ba vedkommende sove over. Karen fikk i ettertid snakket med datteren om det datteren hadde opplevd i situasjonen. Karen hadde derimot ikke skjont hvor bekymret datteren var

før hun fikk vite av kjæresten at karens datter hadde bedt vedkommende om å overnatte. Karen om datterens reaksjon:

Hun var bekymret og hun spurte meg jo om det, og vi snakket om det etterpå, men det er klart at hun fikk se en flik av innsiden som veldig sjelden kommer ut. Det er bra at det skjer sjelden. Vi har snakket om den episoden for jeg visste jo ikke det der og da at hun hadde gått til kjæresten min og spurt om vedkommende kunne sove over.

Karen forteller om at hun nå forsøker å informere barna for å trygge dem. Hun har sagt at de kan spørre henne hvis de lurer på noe og Karen sier at hun føler seg trygg på at de vil si ifra. Men hun vet at hun kan overse bekymringer og bagatelliserer ikke faren for at barna kan bli utrygge hvis hun blir veldig dårlig.

Athina har skadet seg i så mange år at hun tror de fleste nå vet at hun gjør det, i alle fall venner og familie. Hun har kommet til et punkt hvor hun ikke gidder å skjule selvskadingen. Men beina skjuler hun fortsatt.

Athina: For der har jeg veldig stygge arr synes jeg. Det er veldig mye sånn at det har blitt sånn hakk inn i kjøttet og sånn da. Det synes ganske godt egentlig. Det liker jeg jo ikke noe særlig da. Egentlig mest fordi jeg synes det er veldig privat for hvis det hadde vært en ulykke og jeg hadde blitt seende sånn ut så tror jeg ikke at jeg hadde syntes at det var så ille liksom. Det er vel fordi det er noe jeg har gjort selv, og det synes jeg ikke angår alle andre.

Hvordan pårørende opplever å ha en i familien som skader seg selv har nylig blitt presentert i boken *kors på halsen* (Nilssen, 2010). Der forteller tre søstre om hvordan de har opplevd å ha selvskading som et familieproblem. Den ene søsteren selvskader og det kommer frem i boken at dette medfører mye avmaktfølelse for omgivelsene. Å være pårørende til en som selvskader innebærer mye angst og bekymring. Det blir en balansegang mellom å ivareta eget liv, og samtidig kunne være der for den søsteren som er syk når hun trenger det. Bekymringene ligger der hele tiden, selv om eget liv pågår med hverdagens trivialiteter. Helene, en av søstrene til hun som skader seg beskriver bekymringene slik i en setting hvor hun skal treffe søsteren igjen:

Det er et tungt lodd av vonde følelser som ligger i magen. Det er som om alt det vonde, alle bekymringene, har vært komprimert der nede. Stått tett i tett slik at det ble plass til alle. Nå kommer de fram, en etter en. Nå gir de seg til kjenne (Nilssen, 2010 s.66).

Bekymringene går begge veier. Både den som skader seg og pårørende har bekymringer i forhold til hvordan situasjonen oppleves for den andre.

4.3.6 Diskusjon

Kroppen som lerret er en tittel som sier noe om kroppen som markør for levd liv. Kvinnene i studien har alle arr etter selvskading. Arret bærer budskap om psykisk smerte. Arrene bærer mange budskaper. Arrene kan fungere som en beskyttelse, en barriere mot tilnærmelser, men kan også være hemmende for kvinnene i sosiale settinger. Kroppen kan leses av den som eier kroppen og den som betrakter kroppen. Kroppen kan brukes som tekst på mange måter. Den kan sultes, utsmykkes med piercinger og tatoveringer, forandres plastiskkirurgisk og håret kan farges, huden kan blekes eller brunes, kroppen kan bære politiske, kulturelle og religiøse budskap i form av kleskoder eller kroppslige ritualer. Dette er bare noen eksempler, det er en rekke saker som kan avtegnes på kroppen. De nevnte formene kan innebære risikotaking og involvering av smerte. Felles for alle nevnte er at de alle bruker kroppen som tekst. Potter sier at det å fortolke kroppen som tekst er komplisert (Potter, 2003). Merleau-Pontys teori om språk impliserer at språk er et utspring av menneskelig og kroppslig eksistens og derfor vil menneskelige erfaringer alltid bli kommunisert (Merleau-Ponty, 1962). Janice McLane baserer seg på Merleau-Pontys teorier når hun hevder følgende om selvskading som uttrykksform:

Self-mutilation is generally seen only as a negative response to trauma. But when trauma cannot be expressed, other forms of communication become necessary. As gestural communication, self-mutilation can reorganize and stabilize the trauma victim's world, providing a "voice on the skin" when the actual voice is forbidden. This is a plausible extension of Merleau-Ponty's gestural theory of language, and an interesting comment on his notion of "reversibility" as essential to linguistic communication (McLane, 1996, s.107).

Et viktig poeng i det McLane skriver er hva som skjer når traumene ikke kan uttrykkes. Det kan for eksempel være for smertefullt eller skamfullt. Likevel er uttrykksbehovet tilstede. Slik fungerer selvskading og annen kroppsmodifikasjon som en forlengelse av behovet for å uttrykke seg om det vanskelige, kompliserte og

traumatiske. McLane forklarer hvorfor ekstremitet ofte er eneste løsning for å utrykke det usagte, det forbudte.

Voice is silence, flesh is voice, skin is mouth and is pain and is numbness and is the expression of pain. Skin is the boundary whose self-breaking is forbidden, so that "normal" people can keep the inside and the outside distinct. But for the self-mutilator, inside and outside, pain and voice, must become one in the act of creating voice. For those who have no voice but of silence, extremity is the only possibility for the expression and ultimate ending of pain (McLane, 1996, s.117).

I mine resultater merker altså kvinnene kroppen sin i spennet fra kroppsmodifikasjon til selvskading. For noen kan grensene mellom hva som er hva være utydelige, men fellestrekket for disse ytterpunktene er at de alle er kommunikative, synlige måter å representere seg selv på. Kristin Djupesland, seksjonsoverlege ved barne- og ungdomsklinikken i Kristiansand, mener slike former for kroppskunst skaper et dilemma. Det er en måte å forflytte smerter, traumer og ubehag på. De som utfører scarification, må være bevisst på at folk som ønsker noe så ekstremt, kan ha andre motiver enn at det bare er pent. De bør spørre kundene, sier Djupesland (Djupesland i Hanssen, 2005). Studier viser at de som lar seg kroppsdekorere, i større grad en andre er risikotakere og eksperimenterer med forskjellige typer risikoadferd (Vik, 2004). Karen, Beate og Solan har alle brukt symbolikk enten i form av kroppsmodifikasjon eller i form av selvskading ved kutting og brenning. Det er også slik at skaperen av uttrykket er den som kan si noe om hva symptomet betyr. *"Symptomet er fremstilt av kvinnen selv; hun kan fortelle om hvordan og hvorfor hun skapte det, og hva det betyr for henne"* (Moe og Ribe, 2007 s. 93).

Beate sier at det å ha arr og kroppsmarker har gradvis endret mening for henne. Hun må hele tiden reforhandle med seg selv i forhold til hva hun tenker om arr etter skader. Nå liker hun dem ikke. Tidligere var skader og arr et symbol på mot for henne. Men meningsinnholdet har endret seg etter Beates modning som kvinne.

Strong sier at man må " snakke språket" for å forstå hva de skjulte kodene betyr. Hun sier følgende om selvskading og det å "knekke kodene":

Cracking the secret code: Cutting has a great meaning for those who do it. That meaning, however, is often kept hidden and unspoken because of the secrets it reveals and the shame it attracts. It is like a secret code known only

to those who speak its language, or those who take the time to listen carefully (Strong, 1998, s.).

For å forstå hva selvskading, arr og kroppsmarker betyr for den enkelte må vi fortolke. Som beskrevet i diskusjonen i forrige kapittel gjøres dette gjennom dialog for å avdekke hva symptomet representerer. Det jeg finner i mine resultater er at meningsinnholdet knyttet til selvskading, arr og kroppsmarker endres i forhold til annen utvikling og modning som skjer med kvinnene. Beate sier at arrene nå er noe hun skammer seg over og helst ville vært foruten. Hun misliker å få kommentarer av slekt og venner på arrene. Særlig er dette tydelig når hun vil vise sine feminine sider og ha på seg en ermløs kjole for eksempel. Det ser ut til at arrene problematiserer hvordan hun "gjør" sin kvinnelighet. I resultatene fortalte Beate om de sårende bemerkningene hun fikk vedrørende arrene sine fra en slektning. Moe sier at arrene etterlater seg en "merket" kropp.

Huden og kvinnekroppen er ikke bare kvinnens framstillingssted, "ark", men også det stedet hvor samfunnet kan sette sitt avtrykk på individet. Ulike sosiale diskurser fungerer også som fortolkere av selvskadingens steg på en måte som også påvirker kvinnens forståelse av sine. Opp gjennom tidene er kvinnekroppen blitt utsatt for ulike "kulturelle virus": Selvskading er, som hysteriet og anoreksien, først og fremst kvinnelighetens sykdom (Moe og Ribe, 2007 s. 102).

Selvskadingen og arr tar mye oppmerksomhet, men likevel skal den ikke synes, dette går igjen hos kvinnene i intervjuene. En tematikk som får dette særlig frem er hvordan de ser ut, hvordan kroppen er. De kan merke i sin kropp hvordan andre opplever den. Spenningen og ubehaget er ikke noe de formidler direkte til andre, men en måte å være til i verden. Kvinnene bruker energi på å skjule selvskadingen for andre.

Et funn i studien er at samtlige informanter har et negativt kropp og selvbilde. Kvinnene snakker om dyp selvforakt og misliker i varierende grad kroppens utseende. Carl Sherman mener at et negativt kroppsbilde er nøkkelen til selvskading. Han mener at et intenst dårlig kroppsbilde er tilstede i betydelig større grad hos de som skader seg selv gjentakende, men uten klar suicidal hensikt. Han ser et klart skille mellom mennesker som er suicidale og mennesker som selvskader for å straffe et intenst dårlig kroppsbilde. Han fremlegger at majoriteten av de som skader seg i ikke suicidal hensikt har en historie med fysisk eller seksuelt misbruk

som igjen har bidratt til et svært vanskelig kroppsbilde. Han mener at det er dette traumatiserte kroppsbildet selvskadere angriper i et forsøk på å oppnå lettelse fra en ubehagelig dysforisk effekt (Sherman, 1998).

Et eksempel på hvordan det negative selvbildet kommer til uttrykk er det faktum at de i stor grad skjuler at de skader seg. I min kliniske hverdag har jeg lagt merke til *pulsvantene*, og de er i bruk. På nettstedet og blogger diskuteres selvskading og hvordan det kan skjules. For eksempel kan man finne sitater som dette:

”Selvskading, et rop om hjelp sier mange, men dette ropet blir jo borte, vi skjuler det med lange gensere, pulsvarmere og teite bortforklaringer, det var katten” (innlegg på VG nett 27.12.2008). Jeg har arrestert meg selv i å legge merke til pulsvanter i alle sammenhenger, eller kanskje nærmere bestemt tenkt, hva skjuler seg under? Som vist i resultatene bruker flere av informantene pulsvanter nå og da for å dekke bandasjer. Men heller ikke selvbildet er konstant. Axelsen forklarer at selvbildet svinger. Det er mulig å pendle på skalaen mellom sterk-svak og avmektig–allmektig (Axelsen, 2009). Hos kvinnene i min studie kan man se at påkledningen kan si noe om hvordan dagsformen er. Metaforen ”sommerkjole i går - i dag tar jeg pulsvantene på”, illustrerer dette fenomenet. Både Karen, Beate, Thea, Athina og Solan har slike opplevelser. Dette ustabile selvbildet utfordrer kvinnenes behov for å fremstå mestrende og sterke. Og dette er også en viktig årsak til at kvinnene skader seg igjen og igjen.

Som vist i resultatene opplever kvinnene i studien en dynamikk som er vanskelig å balansere i forhold til egne behov for samvær, omsorg, hjelp og støtte fra venner/familie og hjelpeapparatet. Det fremkommer at kvinnes livssituasjon og konsekvenser av selvskading kompliserer dynamikken. I tillegg møter kvinnene hindringer når de skal søke hjelp i forhold til selvskadingen. Det fremkommer at alle informantene har opplevd episoder som har vært vanskelig og krenkende når de har skadet seg og trenger hjelp til kirurgisk assistanse. Kvinnene forteller at de har opplevd nedlatende behandling i form av negative dømmende holdninger, taushet og kvinnene har følt seg overkjørt og stigmatisert. Jeg vurderer det tankevekkende og alvorlig at samtlige informanter har opplevd settinger de definerer som krenkende. Flere av informantene har opplevd hardhendt og slurvete sårstell og har flere ganger opplevd å bli sydd uten tilbud av anestesi. Artikler i media viser at dette ikke

er enestående eksempler. I en artikkel i adressa.no (Kultorp, 2010) etterlyser to kvinner som skader seg å bli møtt med respekt når de trenger hjelp til kirurgisk assistanse eller sårstell etter selvskading. Også disse kvinnene har i likhet med mine informanter opplevd å bli sydd uten bedøvelse flere ganger noe som fører til at de blir enda mer fanget av angst, skam og fortvilelse. Det som likevel synes å være det vanskeligste er når de som skader seg opplever straffende holdninger som bare øker skammen og selvforakten hos den som har skadet seg. Helsepersonell har mye makt i en slik situasjon. Makten treffer gjennom ord, handlinger og kroppsspråk. De som har skadet seg er i en psykologisk sårbar situasjon når de må be om hjelp til sine selvpåførte kutt, det sier seg selv at det kan være både ydmykende og vanskelig og i det hele tatt be om hjelp til skadebehandling. Hvis målet er å hjelpe den som har skadet seg videre i en terapeutisk prosess hjelper det ikke å påføre den som skader seg mer skam og krenkelse. Skårderud sier at det kan oppleves som et paradoks for hjelperen at unge mennesker skader seg i vår kultur preget av relativ materiell velstand og sosial trygghet:

Vanskene med å forstå dette, og å forstå den enkelte personens handlinger, kan utløse steke følelser hos leger og andre som står nær. Det kan dreie seg om følelser av frykt, sinne, fortvilelse, skyld, forakt, tristhet og egen opplevelse av å ha mislykkes. Det er således en åpenbar utfordring at de som jobber med selvskading, utvikler kompetanse både til å møte slike fenomener og til å håndtere egne reaksjoner. Om ikke, er det risiko for at leger og behandlingsmiljøer på basis av følelsesmessige tilstander kan bidra til uheldige intervensjoner (Sommerfeldt og Skårderud, 2009, s.2).

Heggen diskuterer også hva som kan ligge bak slike holdninger hos helsepersonell som vist ovenfor. Hun reiser spørsmålet. Kan møte med egen sårbarhet, kan det føre til krenkende holdninger og handlinger? ”En måte å få kontroll over egen reaksjon på kan være å ta kontroll over pasienten og la ham få leve ut smerten og sårbarheten” (Sætersdal og Heggen, 2002 s.41)

Dette er i stor grad et tabuområde. Å møte mennesker som selvskader, kan aktivere sadistiske impulser hos de som skal gi omsorg. Selvskading kan gi et sterkt inntrykk: Ferske skader, lukt, tidligere arr, ødelagt hud, merket hud på et ungt menneske, vekker redselen i den andre og kan utløse aggressive motreaksjoner. Heggen skriver:

Det å mestre arbeid med vonde lukter, ekle synsinntrykk forkrøplete og deformerte kropper og frastøtende lyder er en underkjent utfordring i pleie og behandling. Disse ekle situasjonene bryter med allment aksepterte kroppslige uttrykksformer i mellommenneskelig samhandling. Dessuten minner de oss om vår egen og andres sårbarhet, avhengighet og dødelighet (Sætersdal og Heggen, 2002 s. 44.)

Det hun skriver kan også overføres til de settingene hvor en som har selvskadet trenger hjelp av helsepersonell. Det å påføre andre frykt, fordømmelse, smerte og lidelse på grunn av egne usikre følelsesmessige reaksjoner kan virkelig skade den som trenger hjelp. Det skaper en ennå større *distanse*. Kvinnene i studien sier at slike opplevelser øker skammen og selvforakten ytterligere. Solan uttrykker det slik: *"Nei da har jeg følt meg veldig lus, nå er det på tide å forsvinne fra jordas overflate for eksempel. Du føler deg jo grusomt teit"*. Den skamfølelsen og stigmatiseringen kvinnene opplever er faktisk med på å hindre kvinnene i å ta kontakt neste gang de trenger hjelp. Skam er en følelse av bevisstheten eller forståelsen av vanære, unåde eller fordømmelse. Skam er knyttet til det vi opplever at vi er. Skam oppleves derfor som mer smertefullt en skyld. Skam gjør oss mer utsatt for psykiske lidelser. Skyld følger av noe vi gjør, spesielt noe som kan skade andre. Skam er en forstyrrelse i regulering av selvfølelsen. Dyp skam kan defineres som den sterke følelsen av at man ikke er verd å bli elsket. Den skamfulle forventer ikke trøst, men forakt. Skam knytter seg til det å bli sett, avslørt for noe som oppfattes som negativt. Den akutte skammen utløser kroppslig reaksjoner og en lengsel etter å bli borte. Skam kan også ha sitt utspring i opplevelsen av å ikke bli sett. Et barn som blir mishandlet, ydmyket, eller opplever vedvarende mangel på omsorg og empati, kan utvikle skam. Den dypeste form for skamopplevelse er å tilby sin kjærlighet, men bli avvist (Leander, 2007). Kvinnene som i utgangspunktet strever med skam risikerer altså i kontakt med hjelpeapparatet å bli påført *ytterligere* skam. Selvskading kan bli opprettholdt av skam mener Shaw (Shaw, 2002). Kvinnene sier også at slike opplevelser stiller spørsmål til deres verdi som mennesker. Tap av verdighet og svekket håp om bedring kan være alvorlige konsekvenser av offentlige krenkelser. Karen sier at hun sliter mye med å føle seg som *verdlig trengende* i møtet med helsevesenet.

Shaw med flere ser videre på selvskading som et uttrykk for at jenter "tar kontroll" over egen kropp som en protest mot meningsløse kulturelle normer, og et forsøk på

å gjøre avmakt om til makt. Selv om det bare har begrenset virkning for den det gjelder, er selvskading et sterkt uttrykk som ofte blir møtt med avsky og avvisning, også fra behandlernes side (Favazza, 1996), (Levenkron, 1998), (Shaw, 2002). Avvisningen kan ha sammenheng med at selvskading kan forstås som et bevisst eller ubevisst opprør mot det dominerende synet på feminitet. Dagens Kvinneideal kan vekke en kamp hos kvinner om definisjonsmakten. Dette forsøket på å døyve skam og befri seg fra offerrollen kan gi seg uttrykk på flere måter.

Hvordan viser man sin skam? Jo enten ved å opptre skamløst tilbake, eller ved å bli taus, eller man uniformerer seg. I Stieg Larssons kjente millennium triologi (Larsson, 2007), kommer det frem i løpet av historien hvor traumatisert hovedpersonen Lisbeth Salander egentlig er og hvordan hun ruster seg råt for å overleve. Hun kjemper seg ut av offerrollen. Hennes sårbarhet og skam, men også styrke kommer til uttrykk i det ekstreme og destruktive. Det kan finnes mye skam skjult bak nagler, jernpigger, lakk og lær. Stieg Larsson har ikke funnet opp arketyper Lisbeth Salander, hun finnes, som et speil av samfunnet. Stieg Larsson har fanget et karikert samfunnsfenomen i sine romaner, selvfølgelig studert ut i fra en helt annen sjanger enn et vitenskapelig dokument, men likevel har han på en samfunnskritisk måte beskrevet konsekvenser av misbruk og maktbruk og rystet naive skandinaver. Det er en trend å skape seg selv i sitt eget bilde og ta tilbake makten over egen kropp og selv velge hva som skal gjøre vondt fysisk og sjelelig (Kraft, 2005).

Det er ikke bare i forhold til behandlingsapparatet at kvinnene strever. Jeg snakket med kvinnene om deres erfaringer om selvskading og hvordan det påvirker forholdet til familie og venner. Det som fremgår i resultatene er at temaet selvskading er underkommunisert i nære relasjoner. Thea synes det er svært vanskelig å være åpen om selvskadingen. Hun sier at jo nære relasjonene er jo vanskeligere er det. Hun har forsøkt å snakke med en venninne, men har en skamfull opplevelse etterpå. *"Dagen etterpå så er det akkurat som om jeg har sånn skikkelig fylleangst liksom. Å, nei, å nei, sa jeg det liksom. Da er det bare helt krise dagen etterpå liksom.*

Slik det fremgår i resultatene er det forskjeller i forhold til åpenhetsgrad om selvskadingen blant informantene. Thea er klar på at dette er hennes "greie", men det er på en måte skammens svar. Når vi går i dybden på temaet kommer det frem at det er en lengsel der også, en lengsel etter å bli akseptert som seg selv. Problemet er følelsen av å være avkledd og sårbar. Det er mye skam. Hun sier at hun ikke er klar ennå. Et spesielt vanskelig område når det gjelder nære relasjoner er foreldre- barn relasjoner hvor forelderen skader seg selv. Her finner jeg en veldig ambivalens i svarene. Det de kvinnene som er mødre forteller opplever jeg som tvetydig. Karen synes det er vanskelig når hun ser at barna blir urolige og har det vondt på hennes vegne. Også her ser jeg vekslingen i svarene i fra å utrykke stor bekymring til å stadfeste at hun tror det går bra med barna. Et fellestrekk er at kvinnene savner noen de kan snakke med om disse temaene. Det virker som kvinnene i noen grad forsøker å rasjonalisere sin opplevelse i situasjonen når de sier at de tror barna er uanfektet av det som skjer. Hovedinntrykket mitt er at mødrene er bekymret for at deres egen adferd skal påvirke barna. Solan er redd for smitteeffekten, at hun som rollemodell kan overføre adferden til datteren. Det er en tydelig usikkerhet i svarene til kvinnene i forhold til dette temaet. Det at egne problemer kan påvirke andre er noe de kanskje underkommuniserer fordi de har få å snakke med om disse temaene. Det er nærmest tabubelagte følelser og et sårbart område for kvinnene. Faren for å rasjonalisere og forenkle konsekvensene i de nære relasjonene er til stede. Kvinnene opplever at barna noen ganger blir usikre og redde for hva som kan komme til å skje med mor. Selvskadingen blir i familiene en intersubjektiv opplevelse. Intersubjektivitet er først og fremst kroppslig, som en umiddelbar kroppslighet. Selv om mor sier at hun har det bra, er det en fare for at barna oppfatter hvordan hun har det gjennom nonverbale gester og tegn, og videre fortolker det ut i fra sin referanseramme, barnets referanseramme. Skårderud sier at det er en fare for at selvskadingen skader forholdet til andre:

Et annet eksempel er hvordan selvskaden skader forholdene til andre. Fordi adferden er så dramatisk, kan den hos de som er nær, utløse følelser som hjelpeløshet, frykt skyld, raseri, forakt, tristhet og opplevelsen av å være sveket, alt i et ulykkelig sammensurium. Den selvskadende adferden er som et vanvittig kroppsteater som stjeler oppmerksomheten fra det som det egentlig handler om, som følelser av skam, ensomhet og hjelpeløshet. Alle er som fanget i en felle. Den unge pasienten er regjert av sine symptomer, og disse hemmer gjennom provokasjon og frustrasjon foreldres, familiens,

venners og behandleres muligheter for å nærme seg henne. Problemet er blitt enda større (Skårderud i Nilssen, 2009, s.12)

Jeg vurderer at det må være stor grad av tillit tilstede i et møte om man skal kunne snakke om hvordan selvskading og andre psykiske plager påvirker nære relasjoner. Dette synes å være et forsømt, kunnskapsfattig område. Det kan være vanskelig å veilede kvinnene når de i utgangspunktet er sårbare og engstelige for hva følgene av åpenhet vil være. Det er svært skambelagt å fortelle om dette. Det er kompliserte problemstillinger for kvinnene, samtidig som den som samhandler med kvinnene også kan oppleve et dilemma når det er manglende kunnskaper om etiske retningslinjer og hvordan man kan ivareta hele familien. Jeg finner svært lite litteratur om dette emnet. Det er nylig kommet en norsk bok skrevet ut i fra et pårørendeperspektiv (Nilssen, 2009), men denne boken fokuserer lite på det dialektiske forholdet i familien, hvordan også den som er dårlig eller syk opplever familielivet. Ved å bare kommunisere ensidig avmakt, legges ikke fokuset på samspillet i relasjonen mellom den som har lidelsen og pårørende. Det er åpenbart behov for en økt forskning og fagutvikling på dette området.

4.4 Erfaringer fra behandling

Det som presenteres i dette kapittelet knytter seg til hovedproblemstillingen:

Hvordan oppleves erfaringene med selvskading og gjennomgått behandling ut i fra situasjonen din i dag? De andre underliggende forskningsspørsmålene som er presentert i de foregående kapitlene vil også gå igjen som en rød tråd i resultatene som blir presentert i dette kapittelet. Hovedvekten på resultatene er likevel informantenes erfaringer med å ha gjennomgått et behandlingsopplegg i forhold til selvskadingsproblematikk, ved en psykiatrisk sykehusklinikk. Behandlingsopplegget presenteres i vedlegg nr. 6

Informantenes erfaringer med behandlingen presenteres i fem underkategorier som er: *Betydningen av balansert omsorg, Nye mestringsstrategier, Veien mot et språk, Kritisk blikk på egne behandlingserfaringer og Oppfølging i hjemmesituasjonen – veien videre.*

4.4.1 Betydningen av balansert omsorg

Balansert omsorg med vekt på *respekt, aksept* og det å *bli tatt på alvor* gikk igjen i svarene fra informantene om hva som hadde vært viktig for dem under behandlingen. Informantene som har hatt et behandlingsopplegg spesifikt rettet mot selvskadingsproblematikk gir uttrykk for at de ved innleggelsen på sykehusklinikken har blitt møtt med respekt og aksept i forhold til selvskadingsproblematikken. Hovedinntrykket informantene har i forhold til hvordan de føler seg møtt er at holdningene hos personalet er preget av *kompetanse* og *kunnskap* om hva selvskading handler om. Informantene sier at de føler seg tatt på alvor. De vektlegger spesielt det at personalet har verbale begreper i forhold til det de sliter med. Thea omtaler omsorgen hun har fått som balansert.

Thea om klinikken: De klarer å skape et behandlingsmiljø som både er terapeutisk og vennlig liksom hvis du skjønner hva jeg mener. Uten at det bikker over på verken den ene eller den andre sida. Det tror jeg kanskje er en viktig greie som de har fått til liksom. Vi kunne liksom være oss selv, vi skulle jo være der i tre måneder, så en må jo på en måte kunne slappe av der også.

Det å bli sett som en person som har et liv uavhengig av selvskadingen uttrykker informantene som viktig. Å bli sett på som verdig fremstår som sentralt. Karen bruker som tidligere beskrevet begrepet å være verdig trengende. Flere av informantene understreker at noe av det som har hjulpet mest er å få støtte og trygghet i forhold til at selvskading ikke er noe som skal gjemmes, men noe som trenger behandling på linje med andre psykiske lidelser, uavhengig om man forstår selvskading som et symptom i et større sykdomsbilde, eller som et problem eller en lidelse i seg selv. Beate uttrykker at hun opplevde å bli tatt på alvor og at det ble stilt krav og forventninger til henne også med hensyn på ansvaret for selvskadingen. Beate sier at det er godt å bli møtt med håp og friske forventninger i behandlingsmiljøet. Dette hjelper Beate til å se de friske delene av seg selv, at hun også representerer noe hun selv definerer som normalt. Flere av de andre informantene legger også vekt på at det var viktig for dem å få ansvaret selv.

Beate: På klinikken likte jeg best at jeg fikk ansvaret selv. På andre steder har jeg opplevd at ansvaret har blitt tatt bort da har jeg ikke utvikla meg særlig. Jeg føler at jeg fikk veldig riktig behandling der på klinikken. Det er deilig å bli møtt med friske forventninger.

Beate peker på hvor viktig det er for hennes utvikling og avansement på egen kontrollfunksjon at ansvaret ikke blir tatt fra henne. Det at personalet ikke utøver noen form for tvang eller makt er viktige premisser i et terapeutisk miljø. Likeledes gjengis det fra samtlige informanter at det er viktig å bli sett og hørt uavhengig av om de har en god eller dårlig dag, og uavhengig om de har skadet seg selv eller ikke. Det oppleves også som viktig at personalet fokuserer like mye på de bakenforliggende årsakene som selve selvskadingen. Alle informantene fremhever likevel at det blir svært vanskelig for dem hvis selvskadingen derimot ignoreres og det bare fokuseres på andre løsninger. Det ser ut som det informantene forsøker å beskrive som effektivt er en omsorg i form av en balansert, dialektisk tilnærming fra hjelperen. Athina sier at det at noen tok kontakt med henne og viste interesse for hvordan hun hadde det uansett om det hadde skadet eller ikke var viktig. Dette bidro til at hun etter hvert fikk mot til å arbeide med seg selv i retning av å tenke at hun egentlig ikke fortjente å straffe seg selv med selvskading.

Athina: Det gjør mye med deg at noen har tro på at du skal klare det, at det er viktig å bli bedre. For meg var det veldig sterkt at kontakten mente jeg fortjente bedre enn å straffe meg selv. Han gjentok det så ofte at jeg i en periode begynte å tro på meg selv.

Et annet moment informantene la vekt på som viktig i et behandlingstilbud var kontinuitet og primærkontaktenes tilgjengelighet i miljøet. Personalets kompetanse om selvskading ble oppfattet som en ressurs og en inngangsport til å utforske "sitt mønster" med hensyn på hva selvskading representerer for den enkelte. Beate etterlyser nå, etter utskrivelsen, fagpersoner i hjemmemiljøet som kan hjelpe henne videre i bevisstgjøringen med hva som er hennes skademønster, hvorfor hun skader, når hun skader og hva hun kan gjøre for å løse både bakenforliggende problemer og eller velge andre mestringsstrategier enn selvskading. Hun synes også det er vanskeligere å søke hjelp i nærmiljøet, fordi hun kan risikere å kjenne privat den som skal yte hjelp.

Beate: Det som var bra var at det var noen der 24 timer i døgnet som hadde god greie på selvskading. Nå er det mer tilfeldig om jeg får snakke med noen som har nok kunnskaper om selvskading. Problemet er jo at jeg ikke veit hvem som er på vakt. Et annet problem er at dette er et lite sted og det kan være folk på jobb som jeg kjenner for godt eller som veit hvem jeg er fra før. Det er vanskelig med kjentfolk. Da blir det for nært på en måte.

4.4.2 Nye mestringsstrategier

Alle informantene som har fått konkret behandling for selvskading fremhever i erfaringene sine at det å trene på å holde ut selvskadeimpulser og det å kunne utsette selvskading har vært viktig for dem. Kvinnene har blitt oppfordret til å si ifra til personalet når de har trang til å skade seg, selv om de ikke vet konkret hva de skal si. På denne måten kan de få hjelp gjennom dialog med en kontakt til å sortere hva som skjer i de settingene og situasjonene de har trang til å skade seg selv. I tillegg jobbes det individuelt med å kartlegge hva som kan være et alternativ til selvskading. Informantene synes dette er svært vanskelig i begynnelsen kommer det frem, men flere merket at de klarte det bedre etter hvert. Thea sier dette om å finne nye mestringsstrategier, det å lære å si ifra – fra hemmeligholdelse til åpenhet, våge å stole på noen:

Thea: Men jeg jobba mye med andre måter å takle ting på da. Og så øvet jeg på det å skulle si i fra. Det var så vanskelig i begynnelsen. Hei du, jeg har lyst til å skjære meg liksom.

Hun syntes det var vanskelig å si at hun hadde trang til å skade seg selv, svært utfordrende. Å få problemene frem i lyset er det motsatte av hva de har gjort tidligere, som kjent har kvinnene brukt mye energi på å skjule skadetrangen og ambivalensen de faktisk kan ha i forhold til å skade seg. Når de trener på å finne nye handlingsmåter er det nettopp denne ambivalensen fagpersonalet tar tak i og forsterker de følelsene og tankene hos pasienten som vil noe annet enn å skade seg. I tillegg har informantene trent på å få mer kontroll selv. De har forholdt seg til et behandlingsprinsipp om at det er bedre om de klarer å utsette og skade seg, selv om det likevel ender med selvskading til slutt. På denne måten blir ferdighetene med å kjenne etter om det er mulig å gjøre andre valg med hensyn på handlinger forsterket, for eksempel i form av å gå en tur, høre på musikk, snakke med noen. Beate sier hun har jobbet mye med dette, å *utsette* selvskading. Hun har arbeidet med å få mer kontroll over selvskadingen, ved å utvide repertoaret av mestringsstrategier. Beate om hennes erfaringer med behandling på klinikken: *”Jeg skulle finne andre metoder og andre mestringsstrategier når jeg har det vanskelig. Det har vært satsa på å prøve å få mer kontroll selv”*.

4.4.3 Veien mot et språk

”Å kunne snakke om sensitive tema - økt selvforståelse”

Det å kunne snakke med andre om sensitive tema oppleves som en viktig erfaring i følge informantene. Flere av informantene har i opptil flere år trodd at de har vært alene om å skade seg selv. Slik det fremgikk i kapittel 4.3.3, er selvskading et fenomen som i stor grad blir holdt skjult. Det å kunne snakke om traumer for eksempel *vold og overgrep, selvskading, skam, kropp og selvbilde* og hva som er *normalt* og *unormalt* er viktig for informantene viser analyseresultatene. Intervjuene viser også at disse temaene er vanskelig å snakke om. Beate har nye erfaringer i forhold til å våge mer intimitet enn tidligere. Hun sier at det har hjulpet henne mye å få snakke om følelser og hva som er normale ubehagelige følelser. *Beate:*

Jeg har blitt mer opptatt av det som er friskt med meg. For eksempel har jeg blitt mer bevisst på at det er vanlig å kjede seg og at noen dager er gråe. Jeg har lært mer å identifisere meg med både det som er friskt og det som er sykt. Jeg har blitt opptatt av at mye er normalt. Jeg må lære å gå igjennom alt. Gruefølelsen er helt normal.

Beate har fått mange nye erfaringer i forhold til det å kunne snakke om sensitive tema. Blant annet har hun begynt å snakke om overgrep hun har vært utsatt for. *”Jeg har sagt noe om overgrep, det er veldig ullent, men jeg har begynt å prate om det til hjelperne mine. Blant annet tror jeg at det er derfor sex har vært så vanskelig”.*

Alt dette er nytt for henne, forhold og sex har aldri vært tema før. Hun forteller at hun nylig har hatt en date og at det er en stor forandring i livet hennes at hun har våget det. Når hun tidligere har forsøkt å ha seksuell kontakt har hun alltid selvskadet etterpå og hatt det svært vanskelig etterpå. Beate om sex:

”Det har bestandig vært vanskelig før og jeg har alltid selvskada etter sex. Her har det skjedd en liten endring i det siste. Jeg har ikke vært klar før”.

Hun er i ferd med å endre oppfatning om menn generelt også. Tidligere tenkte hun på menn kun som potensielle overgripere. Nå klarer hun å slippe til andre følelser og har oppdaget en ny interesse for menn. *”For eksempel kan jeg se en mann og tenke at han var kjekk uten å alltid være redd eller føle avsky eller at det er skittent. Jeg er i ferd med å endre oppfatning i mot at noen menn også kan være allright.*

Hun sier at hun bruker mye krefter på å tenke mer nyansert. Hun sier at hun tidligere hadde konstant følelse av å ikke fortjene og ha det bra. Dette har endret seg etter siste innleggelse. Hun har blitt mer bevisst på at det er mye friskt i henne. *”Det viktigste er kanskje at jeg nå har lov til å ha det bra og det finnes mye friskt i meg. For eksempel at det er friskt å kjede seg eller bli lei seg”.*

”Fra selvskading til et begynnende språk”

Thea beskriver hvor vanskelig det var å begynne å snakke om det hun slet med. Hun hadde ikke ord eller begreper for de kompliserte følelsene hun opplevde. I begynnelsen gråt hun mye når hun arbeidet med å finne andre mestringsstrategier enn selvskading. Thea om hennes erfaringer fra klinikken:

Det har jo gått ut på veldig mye samtaler. Veldig mye gråting. Egentlig alle oppholdene, jeg gråt og gråt og gråt. Hele tida liksom. Det var så utrolig mange tårer. Så når jeg endelig fikk snakka liksom. Jeg har aldri grått så mye noen gang tror jeg. Tårene mine kunne ha skrevet en hel bok hvis de var ord.

På veien mot å kunne kommunisere med ord hva hun slet med ble altså å gråte når andre var til stede en begynnelse på en annen måte å utrykke vanskelige følelser på. På denne måten fikk hun vist hvor vondt hun hadde det, selv om hun fortsatt ikke selv skjønnte hvorfor hun hadde en indre smerte. *”For det ble på en måte et nytt språk da. For jeg hadde jo fortsatt ikke så mange ord. Jeg kunne ikke si så veldig mye. Jeg gråt istedenfor å kutte meg da”.*

Selv om hun ikke kunne forklare hvorfor og selv om hun ikke kuttet seg så kunne hun vise til kontaktene at hun ikke hadde det bra. Samtidig slet hun med at hun ikke følte at hun var dårlig nok til å oppta en plass på psykiatrisk sykehus. Hun sier at hun følte seg dum fordi hun gråt så mye. Thea:

Jeg følte at jeg har jo ikke noen grunn til å være her jeg liksom. Hvorfor skal jeg være her jeg er jo ikke dårlig nok til å være her liksom. Jeg tenkte sånn at jeg er jo her bare på grunn av tåke liksom. Jeg må vel ha noe mer enn en tåke å komme med. Jeg hadde ikke noe konkret, jeg visste liksom ikke hva som var gærent. Jeg følte meg egentlig litt sånn dum da, her kommer jeg og har ingenting å komme med liksom. Jeg har bare masse, masse tårer.

Nå tenker hun at det var viktig at hun fikk denne behandlingen. Det hun ikke klarte, å verbalisere kaotiske emosjoner, var jo hovedproblemet. Gråten ble et nytt språk mellom selvskadingen og ordene. Hun opplevde at tårene ble tatt godt i mot og

personalet hjalp henne gradvis til å sette mer ord på følelsene, gjennom forsiktige spørsmål og forslag til fortolkninger som hun kunne kjenne seg igjen eller motsatt se bort fra.

Tårene ble tatt godt i mot og ble tolka av den som hørte på, de var veldig flinke til å få meg til å sette ord på ting. Og liksom lure og lirke det fram liksom. Jeg ante ikke åssen de fikk til det. De fikk meg til å snakke og etter hvert skjønne litt sammenhenger og jeg skjønnte hva som kom av hva.

Thea sier at hun fungerer så mye bedre nå i flere sammenhenger, også i jobbsammenheng. Hun forteller stolt at hun har vært i arbeid i et års tid nå og opplever at hun kan kommunisere bedre. *”Jeg har liksom lært meg til å snakke”* sier Thea nå. Hun får tilbakemeldinger fra omgivelsene at hun har lært å kommunisere bedre. Det opplever hun som en bekreftelse på at hun har kommet seg videre. *”Jeg har jo blitt mye mer sikker og jeg har jo lært så mye som jeg kan bruke i flere sammenhenger enn bare meg selv liksom. Så sånn sett så har jeg kommet meg mye mer videre”*. Hun har forståelse for at det kan ta tid å fungere på det nivået hun ønsker, men sier at hun har mer håp om å bli bedre nå.

4.4.4 Kritisk blick på egne erfaringer fra behandling

Solan har søkt hjelp over flere år og hun har vært i kontakt med hjelpeapparatet både i forhold til rusproblematikk og depresjoner. Hun har forsøkt poliklinisk oppfølging med psykolog og har hatt akuttinnleggelser når hun har vært så selvdestruktiv at det har vært fare for liv og helse. Likevel har hun en opplevelse av å aldri ha fått ordentlig hjelp. *”Jeg er sliten, frustrert og lei over å ikke bli hørt, ikke bli bedre”* sier Solan. Intervjuet med Solan lest som et narrativ, en historie, handler mye om det. Solans innleggelse på klinikken som behandler selvskading, var en subakutt innleggelse som ikke var planlagt like godt som innleggelsene til de andre informantene. Hensikten med hennes behandlingsopplegg var i utgangspunktet ikke planlagt som en behandling av selvskading. Solan beskriver det å bli innlagt på en avdeling som kan behandle selvskading, uten selv å få behandling for selvskading

var vanskelig. Det vekket et behov i henne for å få den hjelpen hun ønsker i forhold til selvskading. Innleggelsen hennes ble i stedet benyttet til utredning for ADHD⁴.

Solan: Ja, jeg var jo til utredning og tok IQ tester og alt mulig rart. Det kom vi egentlig ganske seint i gang med da. Ja ellers så var det bare å grave i gammel drit som jeg hadde fortrengt for lenge siden. Så generelt så hadde jeg større problemer da jeg ble skrevet ut enn da jeg kom inn.

Solan opplevde at hun ikke hadde oversikt over hva hun skulle igjennom og at opplegget virket rotete. Hun opplevde at hun hadde problemer med selvskading som hun var bekymret for. Hun følte også at utredningen rippet opp i mye ubearbeidet materiale som var vanskelig å forholde seg til. Hun klarte ikke å se noen helhet i opplegget. *"Terapeuten min sa at nå tar vi det her først og hvis det skulle være noe mer gærent med deg så tar vi deg inn på et annet grunnlag en annen gang sa han"*.

Selv om hun forstår nødvendigheten av å gjøre en slik utredning synes ikke Solan måten det hele ble gjort på, ble god for *henne*. Hun fikk altså ikke jobbet med selvskadingsproblemene sine under innleggelsen. Solan: *"Det ble ikke jobbet med i det hele tatt"*. Når hun blir spurt om hva hun hadde ønsket mest å få jobbet med svarer hun:

Det å lære meg til å prate mer når det var noe. Og at det da faktisk var noen til stede som jeg kunne prate med når det var noe. Jeg hadde jo da to primærkontakter og hun ene var jo ikke der i det hele tatt. Veldig koselig. Nei, det var ikke det vet du.

Solan har både opplevd en uryddig innleggelse som hun selv opplever ikke helt ivaretok den biten som handler om å lære å ta kontakt med andre når tingene er vanskelig. I tillegg opplevde hun at primærkontaktene hun hadde fått tildelt ikke var tilstrekkelig tilstede, slik at det ble dårlig kontinuitet i kommunikasjonen med dem.

⁴ ADHD, forkortelse for Attention deficit (Hyperactivity) Disorder. Læringsproblemer og oppmerksomhetsforstyrrelse med overaktivitet (Egidius, 1994)

4.4.5 Oppfølging i hjemmesituasjonen – veien videre

”Håp og tvil om fremtidsutsiktene”

Informantene tydeliggjør at de har fått økt selvforståelse og er i en utviklingsprosess mot å finne nye mestringsstrategier for å takle livet, og videre kunne forlate selvskading som en måte å mestre hverdagen på. I erfaringene finner jeg en ambivalent miks av håp og tvil. Viktige nøkkelord i fremtidsønskene er å få *bedre selvbilde, bli tryggere, kunne leve et normalt liv*. Det å fortsatt kunne få *oppfølging* videre av noen de har tillit til er også viktig for informantene. Informantene i denne studien tilkjenner et fremtidsperspektiv ved at de ønsker å leve, selv om de i utsatte situasjoner kan få suicidale tanker. Det er også en reel fare for suicid hos denne pasientgruppen hvis de blir ekstra deprimerte eller ved spesielle livskriser. De kjemper for å leve videre, det er slik selvskadingen også har hatt en funksjon, et forsøk på å mestre.

Thea om veien videre: *Jeg ønsker at jeg kan bli tryggere i meg selv og ikke ta ting så veldig innover meg. Jeg er veldig sann hvis noen sier en kommentar så kan det fort bli gærent. Det skal ikke så mye til bestandig før ting blir gærent. Også det med selvbildet er ting som kan bli bedre. Jeg er ikke den lille, redde jenta mer. Det er jeg ikke og det er veldig deilig å ikke være henne, men jeg blir veldig redd når hun kommer fram. Jeg er veldig redd for at jeg skal bli veldig dårlig igjen.*

Beate om fremtiden: *Nå føler jeg at jeg ikke passer inn i vanlige rammer. Jeg ønsker at jeg ikke skal være så synlig. Jeg ønsker bare å være normal og ha et normalt liv. Og så ønsker jeg å bli fri fra angsten. Jeg skulle også ønske at jeg kunne sette meg på skolebenken igjen å ta videregående.*

Karens forhåpninger: *Jeg håper at jeg skal klare å balansere aktivitet og hvile. Bli flinkere å veksle mellom aktiviteter. Jeg skader meg mest når jeg blir for gira. Jeg håper at oppfølgingen hjemme blir bedre, det må den bli, eller så vet jeg ikke. Jeg trenger å snakke med noen som kan en del om selvskading.*

Solans forventninger: *I forhold til selvskading så ønsker jeg at andre interesserer seg for meg, ikke bare skadene mine, men også skadene mine, å bli møtt med kunnskap, at noen andre har begreper om det jeg sliter med og at jeg etter hvert kan få noen ord å beskrive det som skjer med meg.*

Athina om hva som er viktig for henne: *For meg så er det jo veldig vanskelig å stole på noen, så for meg så har det vært veldig viktig å få den tida jeg trenger. Og for meg så er det veldig viktig å få beholde de jeg klarer å få tillit til.*

”Oppfølging i hjemmesituasjonen”

Alle informantene har en eller annen form for oppfølging i hjemmesituasjonen etter utskrivelsen fra klinikken som behandlet selvskadingen. Det fremkommer også at samtlige informanter opplever at oppfølgingen er mangelfull, i varierende grad. Noen venter på tiltak som skal komme i stand. En informant har mye oppfølging nå, men har hatt lite tidligere. To av informantene har hatt nye innleggelses, enten ved distriktpspsykiatriske sentere eller ved akuttinstitusjon. En er i gang med polikliniske samtaler hos psykolog, mens en venter på et slikt tilbud. En informant har et kommunalt samtale tilbud som ikke fungerer så bra sier hun. Hun begrunner det med at denne kontakten har for lite kompetanse om selvskading. Informantene er samstemte i at det generelt er for lite kunnskap om selvskading både i kommunehelsetjenesten, legevakt og ved de distriktpspsykiatriske sentrene de hører til under. Alle kvinnene opplever på nåværende tidspunkt at de er avhengige av oppfølging for å klare seg. En annen felles erfaring er at nettverket med venner og familie er for sårbart til å kunne være et substitutt til profesjonell oppfølging. Familie og venner kan ikke klare å være tilgjengelig til alle døgnets tider når de trenger hjelp vedrørende selvskading. Redselen for å slite ut det relativt lille sosiale nettverket kvinnene har, forekommer hos samtlige informanter.

”Ringearvtale”

Ringearvtaler er viktige, men dette er ikke uproblematisk forteller kvinnene. Det er mange faktorer som må være tilstede for at det skal fungere som en utvidet terapeutisk kontakt i forhold til å jobbe videre med selvskadingsproblematikken. For eksempel vet man ikke bestandig hvem man får snakke med. Temaene er sensitive. Hvis samtalerne er dårlige, kan det gjøre vondt verre sier kvinnene. Karen opplevde at ringearvtalene ikke fungerte tilfredsstillende ved utskrivelsen. Hun opplevde skam i forhold til å skulle kontakte legevakten i nærmiljøet for å snakke om at hun hadde skadetrang og hadde konkrete planer om å skade seg. Hun beskriver det slik:

Jeg trenger å snakke med noen før jeg skader meg, noen ganger kan det å snakke med noen om uroen min og planene mine føre til at jeg lar være å skade meg. Dette kan skje når jeg føler meg møtt på en god måte og da får jeg hjelp til å sortere kaotiske følelser og angst.

En av informantene sier at det også kan være praktiske problemer i forhold til å bruke telefonen som kommunikasjonsmiddel når hun føler seg dårlig og har skadetrang. Når hun er dårlig passer hun ikke bestandig på å lade mobiltelefonen, eller hun er blakk og mobilen er tom for tellerskritt. Solan sier at dårlig økonomi kan hindre bruk av telefon. Solan: *"Men når en går på rehabiliteringspenger og nesten bor seg i hjel så er det ikke bestandig en har penger på telefonen"*.

Det kommer frem at de avtalene som gjøres før utskrivelse fra klinikken som behandler selvskading, og som er konkrete i forhold til innhold og bruksmåte fungerer best. Athina har den siste tiden hatt en ringeavtale ved selvskadingsbehov som har fungert bra for henne. Hun har hatt muligheten til å ringe sin polikliniske terapeut ved skadetrang. Athina: *"Jeg har fått veldig mye hjelp til å la være, det har vært sånn at jeg kan ringe vedkommende hvis jeg har behov for å skade meg liksom og så har vi snakka om det og sånt"*.

4.4.6 Diskusjon

I behandlingserfaringene har informantene synliggjort faktorer som har fremmet og hemmet opplevelsen av behandlingen. Hovedinntrykket var at informantene hadde reflektert over behandlingsoppholdet og kunne si mye om hva som hadde blitt opplevd som utviklende versus hindrende. Et av hovedproblemene når informantenes behandlingserfaringer i denne studien skal drøftes er at det foreligger få sammenlignbare studier hvor selvskading er forsøkt behandlet i åpne heldøgnsavdelinger uten bruk av tvang og kontroll. Litteraturen er ofte erfaringsbasert og følger enkeltkasus basert på hjelpernes erfaringer. Denne typen undersøkelser har jeg ekskludert i diskusjonen. Jeg har funnet to studier som det har vært interessant å sammenligne resultatene med. Den ene er en studie av Torgersen fra 2007 og den andre er en studie gjort av Rissanen med flere fra 2009.

De viktigste behandlingserfaringene til mine informanter inneholder både fremmende faktorer i behandlingen og noen hindringer. De fremmende faktorene som ble vektlagt var blant annet den balanserte omsorgen de møtte, basert på respekt og aksept. Likeledes var personalets kompetanse om selvskading viktig. Informantene erfarte at denne kompetansen var viktig for dem når de skulle øve på

nye mestringsstrategier og verbal dialog. Hindringer ble definert til å omfatte uklare målsetninger i forhold til behandlingen. Videre ble det opplevd som hindrende for behandlingen at oppfølgingsplaner manglet. Dette ble opplevd som et brudd på kontinuitet i behandlingen.

Rissanen har i sine resultater gruppert erfaringer som bidro til å *søke* hjelp og videre gruppert faktorer som *behandlingsmessig bidro* til hjelp. Hovedsakelig var hennes funn med hensyn på å identifisere fremmede faktorer å få bevissthet om selvskading, få kunnskap om selvskading, få kunnskap om tilgjengelig hjelp, være i et miljø med støtte og omsorg i tillegg til intervensjon med den som selvskadet med fokus på selve selvskadingen så tidlig som mulig. Hun la også vekt på det å lære å kommunisere følelser og vanskelige erfaringer. Hennes utvalg var ungdom opp til 21 år, altså en del yngre mennesker enn mitt utvalg besto av. I tillegg besto hennes utvalg av både kvinner og menn. (Rissanen, 2009).

Funn i min studie har flere likhetstrekk med Rissanens studie. Studiene har flere metodiske ulikheter, men begge studiene viser at informantene vektlegger et støttende miljø, kunnskap om selvskading og muligheten til å lære å bruke språket for å uttrykke følelser og vanskelige erfaringer.

Rissanen med flere hevder at en viktig faktor som bidrar til hjelp for den som selvskader er å bli *bevisst* på at man trenger hjelp (Rissanen m/flere, 2009). Det å ha kunnskap om fenomenet selvskading og tilgjengelig hjelp er grunnleggende kriterier for å skape endringen som skal til for i det hele tatt å *søke* hjelp for problemene med selvskading. Hun mener at i første omgang finner ungdom denne hjelpen hos venner og foreldre. Hun legger frem at det er terapeutisk at ungdom bryter taushetsbarrieren vedrørende selvskadingen uansett om det er til en fagperson eller ikke. Hun oppsummerer slik: "*It can be said that any person who knows about an adolescent's self-mutilation can be a helper, and an adult who knows is duty-bound to intervene*" (Rissanen m/flere, 2009 s. 14). Ut i fra mine funn hvor det fremgår hvor mye energi de unge kvinnene i min studie bruker på å skjule adferden for venner og familie byr dette på utfordringer. Dette vil kreve at personer og spesielt fagpersoner som kommer i kontakt med ungdom og voksne som skader seg bør rustes faglig for å kunne gi hjelp og råd om videre intervensjon, for eksempel gjelder det helsesøstre og legevaktspersonell. Dette behovet

underbygges også av en artikkel om legevaktens funksjon ved selvskadingsproblematikk. Der fremgår det at systematiske studier av akutt intervensjon i legevaktsammenheng mangler (Walby, 2009.)

Min studie konkretiserer hva en balansert omsorg består av i forhold til hvordan informantene opplever det. De vektlegger det å bli møtt med respekt og aksept som grunnleggende for å kunne gjennomføre behandlingen. I tillegg var flere av informantene opptatt av at det hadde vært en god opplevelse å bli møtt med friske forventninger. Implisitt i omsorgen informantene fikk var en opplevelse av at personalet hadde høy kompetanse om selvskading. Opplevelse av høy kompetanse ble definert av informantene til å omfatte evnen personalet hadde til å vise omsorg gjennom respekt, aksept og evne til å ta pasientene på alvor. Personalet hadde også verbale begreper som kunne igangsette dialog om selvskading. Personalet på klinikken som behandler selvskading bruker en tilpasning av Gundersens sykepleieprinsipper (se vedlegg nr. 7) og disse baserer seg på direkte, tydelig kommunikasjon og samarbeid med pasientene (Gundersen i Øverland, 2006).

Det er altså disse kliniske behandlingsprinsippene informantene har blitt behandlet etter i varierende grad. Informantene gir uttrykk for at behandlingen de har fått har økt deres selvforståelse og startet en behandlingsprosess med mer refleksjon rundt egen adferd og de bakenforliggende følelsene.

De erfaringene som ble opplevd som hindringer og negative erfaringer handlet om en innleggelse som var dårlig planlagt, en såkalt subakutt innleggelse, hvor den ene informanten var blitt overført til klinikken som behandler selvskading fra en akuttavdeling. Det er tydelig ut fra informantens erfaringer at en innleggelse som ikke er planlagt godt med forvern og derfor mangler fokus er mindre gunstig. Torgersen har i sin studie funnet ut at planlagte innleggelser reduserer alle typer villet egenskade (Torgersen, 2007)

Forekomsten av alle typer villet egenskade ble redusert etter innføring av systemet med planlagte innleggelser. Det ble også mindre bruk av psykiatriske helsetjenester, særlig gjelder det akuttpsykiatriske tjenester (Torgersen, 2007s. 1521).

Han argumenterer videre at det kan være behandlingsmessig nyttig og ressursbesparende å tilby korte, planlagte innleggelser i serie som alternativ til

akuttinnleggelse til utvalgte pasienter med en adferd med omfattende villet egenskade (Torgersen, 2007).

Informantene opplever at de har blitt "sett" under behandlingen. De har startet en prosess, en behandlingsprosess og samtlige informanter ønsker videre oppfølging etter utskrivelse. Informantene ønsker å jobbe videre, men sier de trenger hjelp til det. De ønsker å bli sett og hørt og hjulpet.

***Look at the person beyond the scars, Listen to us, Don't judge us.
(Bywaters, 2002)***

5 Avslutning

5.1 Oppsummering

Utgangspunktet for denne oppgaven var å undersøke *hvilke erfaringer* fem kvinner som skader seg selv og i tillegg har gjennomgått behandling for selvskading har gjort seg basert på følgende problemstilling: *"Hvordan oppleves erfaringene med selvskading og gjennomgått behandling ut i fra situasjonen din i dag"*? Til problemstillingen var det knyttet fem forskningsspørsmål som er beskrevet i kapittel 1.3. Studien har en teoretisk forankring innenfor fenomenologi og det å forstå psykiske problemer som livspåkjenninger. I den sammenheng forstås selvskading, symptomet, som en ressurs i den forstand at selvskading er noe kvinnene gjør som et forsøk på å mestre vanskelige følelser og smertefulle livspåkjenninger. Det er benyttet en kvalitativ tilnærming i studien, og kvinnenes erfaringer ble innhentet gjennom dybdeintervjuer. Materialet består av tekst fra transkriberte intervjuer som er meningsfortettet. Det informantene har formidlet har jeg fortolket i lys av den teorien studien er forankret i. Studien får frem at selvskading kan forstås som et forsøk på mestring av livspåkjenninger, men har uønskede og utfordrende sider for dem som skader seg og deres nære andre. Selvskadingen gir en midlertidig lindring og avledning fra en uutholdelig tilstand, blant annet gjennom komplekse sanselige persepsjonsopplevelser under selvskadingen. Det viser seg at det er store individuelle forskjeller i forhold til hvorfor kvinner skader seg selv. Likeledes er det forskjeller i hva kvinnene opplever som lindrende og avledende i selve selvskadeprosessen. Analysene av det empiriske materialet i denne studien får spesielt frem hvor viktig det visuelle aspektet ved selve skaden er for informantene. Studien diskuterer hvordan dette kan forstås. En sentral teori det er lagt vekt på i denne diskusjonen og forståelsen er Merleau-Pontys teorier om persepsjonens fenomenologi og særlig hans teorier om kroppen som levd erfaring. Dette fremkommer ellers ikke så tydelig i forskningslitteraturen jeg har gjennomgått i forbindelse med denne studien. Dette funnet er å betrakte som overraskende ut i fra hvor stor plass teorier om den fysiske smertens fortrinn i selvskadeprosessen tidligere har hatt. Studien løfter også frem at selvskading synes å være et vanskelig og underkommunisert tema mellom den som skader seg og familie og venner. Det

fremkommer i studien at negativt kroppsbilde og en følelse av verdiløshet er en felles erfaring hos informantene. Dette er det knyttet mye skam til kommer det frem i resultatene. En annen felles erfaring er at samtlige informanter har opplevd krenkelser i form av holdninger og adferd i møte med hjelpeapparatet. I tillegg identifiserer studien faktorer som hemmer og fremmer behandling av selvskading.

5.2 Konklusjon:

Mye taler for å tilnærme seg mennesker som selvskader ut i fra et perspektiv hvor det individuelt meningsbærende vektlegges, selvskadeprosessen kan si noe om den funksjonen skadingen har for hver enkelt. Ved å betrakte symptomet som ressurs, kan det gjennom dialog avdekkes at hver historie har sin logikk i forhold til personen som selvskader. Et systematisk og forutsigbart behandlingstilbud bygget på balansert omsorg og kompetanse om selvskading øker kvinners selvforståelse om hvorfor de skader seg selv og bedrer forutsetningene for å kunne finne andre handlingsalternativer for å mestre vanskelige livspåkjenninger.

5.3 Andre mulige forståelsesperspektiver og begrensninger i oppgaven

En begrensning med oppgaven er at utvalget bare består av kvinner. Den undersøker dermed ikke kjønnsforskjeller knyttet til selvskading som tema. Jeg kunne ha valgt en helt annen metode som empirisk tilnærming, for eksempel en retrospektiv, kvantitativ metode med gjennomgang av legejournaler og sykepleiedokumentasjon for å måle ulike data som antall tidligere innleggelser, diagnoser, telt dokumentert selvskadefrekvens, klinikken som behandler selvskading registrerer all selvskading som gjøres kjent med dato, skademåte og hvor på kroppen skaden har funnet sted. Dette ville fått frem en helt annen type kunnskap og kunne ha utarbeidet statistikk på antall innleggelser og om selvskadingen for eksempel avtok etter behandlingen. Men dette var ikke aktuelt fordi jeg ønsket mest å identifisere opplevelser og erfaringer kvinnene hadde i forhold til selvskading som livserfaring.

Et analyseperspektiv jeg testet ut og vurderte relativt tidlig i min analyseprosess og skriveprosess var det interaksjonistiske perspektiv. Drivkraften bak å vurdere dette

perspektivet var basert på egne betraktninger og forforståelse i forhold til at selvskading er et sensitivt tema og at jeg kunne forvente posisjonering. Det ble likevel ikke valgt som vitenskapsteoretisk forankring, fordi jeg opplevde både under intervjuene og ved å studere materialet at jeg fant lite som kunne underbygge at svarene informantene ga var preget av behovet for å posisjonere seg.

Hovedinntrykket fremsto så mye sterkere i forhold til at jeg opplevde at informantene var ærlige og turte å vise frem mye sårbarhet. Jeg fikk vite gjennom intervjuene at fire av de fem informantene hadde stor tillit til behandlingssenheten de hadde blitt behandlet i og informantene kjente til min tilknytning til avdelingen. Jeg opplevde at denne tilliten ble overført på meg som intervjuer. Informantenes reaksjoner og engasjement underbygger at de var nære sin egen tematikk i intervjuene. Jeg ble på min side opptatt av at jeg måtte være forsiktig og forvalte denne tilliten på en ansvarlig måte. For eksempel var det anstrengende å snakke om morsrollen for noen av informantene. Dette registrerte jeg fordi jeg så endringer i blikkontakt, svakere stemmer, mer absolutte svar, mer ambivalens og tvetydige budskap. I intervjurommet kunne jeg på en måte kjenne noe av deres smerte og bekymring gjennom signalene kroppen deres viste. Motstand, intellektualisering, rasjonalisering og posisjonering fra noen som ville forsvare sin verdighet knyttet til sensitive tema.

Det kan selvfølgelig diskuteres om det er de funnene som danner hovedtyngden av materialet som skal få lov til å tre frem på bekostning av andre ulike funn som bare utgjorde en liten del av materialet. Jeg ser at et interaksjonistisk perspektiv kunne ha løftet klarere frem disse ulike funnene. Et interaksjonistisk forståelsesperspektiv kunne gitt noen annerledes og interessante vinklinger. Blant annet ser jeg at jeg under hele intervjusituasjonen aldri lar dem slippe unna selvskadingen som tema. På denne måten kan man si at jeg holder informantene i et rom som noen av informantene selv skulle ønske å sprengte. Dette kom frem under intervjuet med Solan da vi snakket om behandlingserfaringer. Solans erfaringer fra behandling representerer noen funn som skilte seg ut fra de fire andres med hensyn på behandling (se presentasjon av resultater i kapittel 4.4.4).

Jeg fikk en opplevelse av at måten hun ønsket å presentere seg selv på og hennes sosiale identitet ble utfordret i dette øyeblikket. Det opplevdes som en utfordring å holde tema om selvskading. Jeg opplevde et sterkt trykk fra Solan om å få komme

frem med hennes narrativ i form av en livshistorie som handlet om oppgitthet i forhold til å ikke ha blitt bedre, friskere. Jeg fikk en klar formening om at det var det hun helst ville snakke om. Jeg førte henne inn i rom som hun tydelig hadde utforsket i mye mindre grad enn de andre informantene. De fire andre var mye mer inne i fagterminologien og mer preget av å være *sett* for deres selvskading. Det var interessant at et slikt annerledes opplevelsesperspektiv kom frem i materialet og nærmest fungerte som en korrigerende kontrast til de positive behandlingserfaringene. Det kunne ha vært et interessant alternativ å diskutere posisjonering og forhandling om kategorimedlemskap ut i fra et interaksjonistisk perspektiv, for eksempel basert på teoriene til Jarvinen og Mik-Meyer (Jarvinen og Mik-Meyer, 2005).

I tilknytning til min egen prosess som forsker i denne studien har jeg spesielt stilt meg spørsmål om det jeg presenterer og har valgt å ta med i oppgaven er etisk forsvarlig. De fem kvinnene skal lese mine fortolkninger av deres opplevelser. Selv om jeg har forholdt meg til regler for anonymisering kan det likevel være en sterk opplevelse for informantene å se deres livserfaringer behandlet i forskningsmessig øyemed. Jeg har forsøkt å legge frem sitater og begrunnelser så nært opp til kvinnenes egne beskrivelser som mulig. Og jeg har minnet meg selv på at kvinnene uttrykte interesse for studien, og ønsket at dette skulle bli et bidrag de var med på som kunne belyse selvskading som livserfaring, et viktig tema for dem. I så henseende delte vi en felles interesse og ambisjon.

5.4 Implikasjoner for fremtiden

Det finnes svært lite litteratur og studier i forhold til familieperspektivet i tilknytning til selvskading. Det bør gjøres studier i forhold til Foreldre–barn relasjonen ved selvskading, videre ville det vært nyttig å få mer kunnskap om hvordan parforhold påvirkes. Det er i tillegg et hull i forskningen når det gjelder studier som omhandler menn som selvskader.

Flere av informantene forteller om selvskading fra barnsalder. Dette emnet bør absolutt undersøkes nærmere, kanskje med hensyn på tegn som er mulige å fange opp av skole og primærhelsetjenesten.

Det fremkommer også i resultater og diskusjon i min studie at legevakt har en nøkkelrolle og møter mange av de som skader seg. Her er det ut i fra kvinnenes beretninger om negative opplevelser og krenkelser under behandling, behov for systematiske studier som undersøker hvordan tjenesten kan tilrettelegges bedre i forhold til de brukerne som skader seg selv. Det er tydelig at det er behov for mer kunnskap. I den sammenheng, tror jeg denne oppgaven kunne vært nyttig lesning, basert på det kvinnene forteller i forhold til hva selvskadingen representerer for dem, og hva som skjer med dem når de møter krenkende holdninger og uetisk behandling. Kvinnene setter også ord på hva de opplever som faktisk hjelper i forhold til behandling.

Litteraturliste

Alderman, T. (1997) *The scarred soul. Understanding and ending self-inflicted violence. A self-help guide*, New Harbinger, Publ. Oakland

Alnæs, K. (1994) *Sabina. Biografisk roman*. Aschehoug.

Anderssen, N. og Steinan, M. K. (2004) *Er Bergensungdommer tristere enn før? Tidstrender i depressive symptomer og beslektede fenomen hos 16-åringar over en 7 års periode*. I Einarsen, S. og Morken, A. M. (red.) *Forskning ved Institutt for samfunnspsykologi 2004: Proceedings fra forskningskonferansen 2004: Institutt for samfunnspsykologi*. Universitetet i Bergen.

Aspelin M. (2006) *Sjålvdestruktivitet som befriere*. Barnbladet ÅR: 2006 VOL:31 NR:3 side: 7-8

Axelsen, E. (1998) *Angst kan åpne dører*. Apollon. Forskningsmagasin fra universitetet i Oslo

Axelsen, E. (2009) *Symptomet som ressurs. Psykiske problemer og psykoterapi*. Oslo: Pax Forlag.

Bengtsson, J. (2001) *Sammanflätningar, fenomenologi från Husserl til Merleau-Ponty*. Göteborg: Bokförlaget Diados, AS.

Bywaters P. and Rolfe A. (2002) *Look beyond the scars, understand and responding to self-injury and self-harm*. NCH. London

Dahlberg, K., Dahlberg, H. og Nyström, M. (2008) *Reflective Lifeworld Research*. Sverige: Studentlitteratur

Engelsrud, G. og Heggen, K. (2007) *Humanistisk sykdomslære*. Universitetsforlaget

Engelsrud, G. (2006) *Hva er kropp*. Universitetsforlaget

Engelsrud, G. (2005) *the lived Body as Experience and perspective: Methodological Challenges*. *Qualitative Research* 5 (3) 2005 ss.267-284

Egidius, H. (1994) *Psykologisk leksikon*. Tano Aschehoug

-
- Farber, S. (2003) *Ecstatic Stigmatic's and Holy Anorexics: Medieval and Contemporary*. The Journal of Psychohistory: Fall 2003, 31, 2: 182-204
- Favazza, A. og Conterio K. (1989) *Female habitual self-mutilators*. Acta psychiatrica scandinavica. Volum 79, s 283-289
- Favazza, A. (1996) *Bodies under Siege. Self-mutilation and body modification in culture and Psychiatry*. 2nd ed. The John Hopkins University press, Baltimore
- Favazza, A. (1998) *The coming of Age of Self-Mutilation*. The Journal of Nervous and Mental Disease, Volume 186 (5), May 1998, pp 259-268
- Fonn, M. (2010 a) *Får hjelp for selvskading*. Tidsskriftet Sykepleien 6: 2010. 6.mai 2010. 98.årgang: s. 38-41
- Fonn, M. (2010 b) *Sykepleier med rikt indre liv*. Tidsskriftet Sykepleien 8: 2010.17.juni 2010. 98.årgang: s.80-81
- Gratz, K. L. (2003) *Risk factors for and functions of deliberate self-harm: an empirical and conceptual review*. Clin Psychol Sci Pract 2003: 10: 192-205
- Hanssen, L. (2005) *Strør salt i såret*. Publisert 27.5.2005. Dagbladet.no
- Haavind, H. (2000) *Kjønn og fortolkende metode*. Gyldendal Akademisk
- Herpertz S., Sass H. and Favazza A. (1996) *Impulsivity in self-mutilative Behaviour: Psychometric and biological findings*. Journal of psychiatric research. Vol 31, No. 4, pp 451-465
- Jarvinen, M. og Mik-Meyer, N. (2005) *Kvalitative metoder i et interaksjonistisk perspektiv*. Hans Reitzels forlag
- Kraft, S. (2005) *Den ville kroppen*. Pax forlag A/S
- Kultorp, H. (2010) *Leger syr selvskadere uten bedøvelse*. Publisert 12.3.2010. www.adressa.no
- Kutter seg til blods med kniv P3 NÅ 04.11.2003*
- Kvale, S. (2001) *Det kvalitative forskningsintervju*. Ad Notam Gyldendal

-
- Larsson, S. (2007) *Menn som hater kvinner*. Gyldendal
- Leander, s. (2007) *Skammen i ny forkledning*. Publisert 09.09.07, Aftenposten.no
- Levenkron, S. (1998) *Cutting. Understanding and overcoming self-mutilation*. New York/London: W.W. Norton and company
- Linehan, M. (1993) *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press
- Malterud, K. (2004) *Kvalitative metoder i forskningsetikk*, En innføring, Tano Aschehoug
- McLane J. (1996) *The voice on the skin: Self-Mutilation and Merleau Ponty's. Theory of Language*. Hypatia, 11, 107-118
- Merleau-Ponty, M. (1962) *Phenomenology of perception*. Oversatt av Colin Smith. London: Routledge & Kegan Paul.
- Moe, A. (2005) *Å sette arr på det*. Hovedoppgave ved psykologisk institutt. Universitetet i Oslo
- Moe, A. og Ribe, K. (2007) *Selvskadingens dynamikk*. Universitetsforlaget
- Moe, A. (2008) *Fra å sette arr på det til å sette ord på det: "Det er ikke vondt å kutte, men det gjør jævlig vondt å la være!"* Suicidiologi 2008, årg. 13, Nr 3
- Monsen, J. (2000) *Vitalitet, psykiske forstyrrelser og psykoterapi. Utdrag fra klinisk psykologi*. Oslo: Tano Aschehoug
- Nilssen, C. og Storm H. (2010) *Kors på halsen. Tre søstre om selvskading*. Dinamo forlag
- Nortvedt, P. og Grimen, H. (2004) *Sensibilitet og refleksjon*, Gyldendal Akademisk
- Passer, M. og Smith, R. (2001) *Psychology the science of mind and behaviour*, third edition, McGraw-Hill international edition
- Polit D. og Beck, C. (2004) *Nursing Research. Principles and Methods*. Seventh Edition. Lippincott Williams & Wilkins

Potter, N. (2003) *Commodity/Body sign: Borderline Personality Disorder and the Signification of self-Injurious Behaviour*. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 10 (1), 1-17

Rissanen, M. L, Kylma J., Laukkanen E (2009) *Descriptions of Help by Finnish Adolescents Who Self-Mutilate*. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*; Feb 2009; 22, 1; ProQuest Medical Library

Samuelsson, M. (2004) *Sjalvskadebeteande hos unga kvinnor*. *Sosialmedicinsk tidskrift* nr.3

Shaw, S.N. (2002) *Shifting Conversations on Girls`and Women`s Self-Injury: An Analysis of the clinical Literature in a Historical Context*. *Feminism and Psychology*, 12 (2), 191-219

Sherman C (1998) *Negative Body Image Key to self-Mutilation*. *Clinical Psychiatry News* 26(5): 37, 1998, International Medical News Group

Simeon, D. og Favazza, A.R. (2001) *Self-injurious behaviours. Phenomenology and Assessment*. I D. Simeon og E. Hollander (eds.) *Self-injurious behaviours. Assessment and Treatment*. Washington DC: American Psychiatric Publishing

Simpson, E. (1976) *Self-mutilation in children and adolescents*. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 45 (5), 428-438

Skårderud, F. (1998) *Uro. En reise i det moderne selvet*. Aschehoug & Co. Oslo

Strong, M. (1998) *A bright red scream. Self-mutilation and the language of pain*. Virago Press.

Sommerfeldt, B. og Skårderud, F. (2009) *Hva er selvskading?* *Tidsskrift norsk legeforening* 2009; 129:754-8

Svenaesus, F. (2005) *Sykdommens mening*. Gyldendal Akademisk

Sætersdal, B. og Heggen K. (2002) *I den beste hensikt? Ondskap i behandlingssamfunnet*. Akribe

-
- Thommasen, M. (2006) *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Torgersen T. m.fl (2007) *Korte, planlagte innleggelse ved villet egenskade*. Tidsskrift Nor lægeforening nr.11, 2007; 127 1521-3
- Vik LJ. Med flere (2004) *Kroppsdekoring, helse og identitetsutvikling*. Tidsskrift for den norske legeforening. 2004: 124: 960-2
- Walby F. A. Ness E. (2009) *Psykisk behandling av selvskading på legevakt*. Tidsskrift Den norske legeforening
- Waldenstrøm, E. (2004) *Den lindrende smerten. Om Selvskading*. Rapport fra et prosjekt ved psykiatrisk sykehusklinikk Sykehuset Telemark HF
- Wyller, T. (2001) *Skam: perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne*. Fagbokforlaget
- Yates, T.P. (2004) *The developmental psychopathology of self-injurious behaviour: compensatory regulation in posttraumatic adaption*. Clin Psychol Rev 2004; 24: 35-74
- Ystgaard, M. (2003) *Villet egenskade blant ungdom: nye forskningsresultater og konsekvenser for forebyggende arbeid*. Suicidologi, 8, 7-10
- Ystgaard, M., Reinholdt, N.P., Huseby, J., Mehum, L. & L., Y. M. (2003) *Villet egenskade blant ungdom*. Tidsskrift for Den NorskeLægeforening nr.16,123 s.2241-2286).
- Øverland, S. (2006) *Selvskading. En praktisk tilnærming*. Fagbokforlaget
- Åkerman, S. (2004) *Zebra flickan*. Forfatterhuset.

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide for kvalitative intervjuer

Vedlegg 2: Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt

Vedlegg 3: Svarbrev fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)

Vedlegg 4: Svarbrev fra Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (NSD)

Vedlegg 5: Tillatelse til å utføre forskningsprosjekt. (Dette vedlegget vises ikke i DUO)

Vedlegg 6: En kort presentasjon av behandlingsopplegget ved klinikken som behandler selvskading

Vedlegg 7: Gundersens tilpassede sykepleieprinsipper med hensyn på selvskadingsproblematikk

vedlegg 1**Intervjuguide for kvalitative intervjuer****I forbindelse med
masteroppgave i helsefagvitenskap "Kroppen som lerret"
med tema *selvskading* – v/ student Gunn Runa K. Solitei**

Denne intervjuguiden tar utgangspunkt i min problemstilling om selvskading, basert på kvalitativ metode:

"hvordan oppleves erfaringene med selvskading og gjennomgått behandling i lys av i dag"?

Guiden er delt opp i temakategorier basert på mine forarbeider i forhold til tema.

Kategorier:**Selvskadecerfaring**

Hvilke erfaringer har du i forhold til egen selvskading?
 Hvor lenge har du skadet deg?
 Hvordan har du skadet deg?
 Hvorfor tror du at du har skadet deg?
 Når skader du deg?
 Hva betyr selvskadingen for deg?
 Hva får du ut av selvskading?
 Hvilke alternativer ser du at du har i stedet for selvskading?
 Hva har fått deg til å eventuelt slutte og skade deg?

Selvskading, kropp og selvbilde

Hva tenker du om kroppen din?
 Hvilke tanker har du om den?
 Hva liker du ved kroppen din?
 Hva liker du ikke ved kroppen din?
 Hvordan er det å være en kropp?
 Hvilket forhold har du til kroppen når du skader deg selv?
 Hva kjenner du i kroppen din når du skader deg selv?
 Hvis du skulle beskrive for meg hvordan kroppen kjennes ut i dag hva ville du fortalt?

Selvskading og sosiale aspekter

Hva vet dine nærmeste om din selvskading?
 (Eks. barn, kjæreste, venn, foreldre søsken)
 Hva skulle du ønske at dine nærmeste visste om din selvskading?
 Hva skulle du ønske at dine nærmeste visste om deg?
 Hvem kan du snakke med om selvskading?

Hvordan synes du dine nærmeste viser hva de tenker om selvskading?
Hva tror du dine nærmeste tenker om din selvskading?
Hva tror du dine nærmeste tenker om selvskading generelt?

Selvskadeprosessen

Hvordan vil du beskrive den tilstanden du er i før du skader deg selv?
Hva tenker du om skadene du påfører deg?
Hvordan opplever du kuttet?
Hvordan opplever du at det Blør?
Hvordan opplever du smerten når du kutter deg?
Hvordan opplever du at det er når du steller såret?
Hvordan opplever du at det er når andre steller såret?
Hvordan opplever du at såret tilheler og gror?
Hvordan opplever du det å ha arr?
Hvordan er disse spørsmålene relevante i forhold til det du opplever som din skadeprosess?

Behov for hjelp ved selvskading

Hvilke erfaringer har du i forhold til å ha mottatt hjelp til sårstell av pleiepersonell?
Hvilke erfaringer har du i forhold til å ha mottatt hjelp til kirurgisk assistanse?
Hvordan har dette vært for deg?
Har du noen tanker om hvordan du helst vil bli møtt når du har skadet deg?
Eksempler på god måte?
Eksempler på dårlig måte?
Hvordan har du følt deg når du har blitt møtt bra/dårlig?
Hva tror du gjorde situasjonen god/dårlig?
Hvilke forventninger har du i dag til hjelpeapparatet?

Erfaringer med behandling i forhold til selvskading

Hva har ditt behandlingsopplegg gått ut på?
Hvordan synes du det var?
Hvilke endringer har skjedd?
Hvordan tenker du om deg selv og selvskadingen før og etter behandlingen?
Hva likte du best ved opplegget?
Hva likte du dårligst ved opplegget?
Kan du bruke noen av erfaringene i din nåværende situasjon?
Hvordan er dette?

vedlegg 2

Med kroppen som lerret – Hoveddel – 15.03.09

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Denne studien undersøker hvordan erfaringene med selvskading og gjennomgått behandling oppleves ut i fra situasjonen din i dag

”Med kroppen som lerret- En kvalitativ studie av selvskadeadferd hos et utvalg kvinner”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie. Du blir forespurt om å delta i denne studien fordi du tidligere har vært innlagt ved [redacted] og navnet ditt blir ikke gjort kjent for forsker før du eventuelt samtykker til å delta i studien. Målet med denne studien er å få bedre innsikt i hvordan et behandlingsopplegg som du har gjennomgått påvirker dine opplevelser av selvskading og det å leve med selvskading i forhold til pårørende, venner og familie.

Hva innebærer studien?

Jeg som gjennomfører studien heter Gunn Runa Solitei. Jeg er utdannet psykiatrisk sykepleier fra tidligere og studerer nå på programmet master i helsefagvitenskap, ved seksjon for helsefag, det medisinske fakultet, ved Universitetet i Oslo. Jeg jobber også som psykiatrisk sykepleier og faggruppeleder for selvskadegruppen ved intermedisærseksjonen, enhet 1b ved Sykehuset Telemark HF. Siden denne studien er et studentprosjekt, er min veileder Sigrun Hvalvik, førsteamanuensis i sykepleievitenskap ved Høgskolen i Telemark, den prosjektansvarlige. Jeg ber om ditt samtykke til å intervju deg om oppholdet du har hatt ved [redacted]. Intervjuet vil gjennomføres på et sted vi avtaler. Intervjuet vil vare ca. 1 til 1.5 time. I intervjuet vil jeg stille spørsmål som omhandler dine erfaringer med å ha gjennomgått behandling for selvskading. Jeg vil også spørre deg om hvordan dine erfaringer med selvskading påvirker ditt forhold til pårørende, venner og familie. Dersom du tillater det, vil jeg ta intervjuet opp på lydbånd. Lydbånd og utskriften av informasjonen vil bli oppbevart i låsbart skap hvor kun jeg har tilgang. Lydbånd og skriftlig informasjon vil bli slettet når studien er ferdig, og senest 31. Desember 2009.

Mulige fordeler og ulemper

Fordelen med studien er at det forligger en sannsynlighet for å kunne innhente informasjon om hvilke erfaringer deltagerne har med sin selvskading i et hjemmemiljø. Dette er viktig informasjon når det skal tilrettelegges for et hensiktsmessig behandlingstilbud etter å ha vært innlagt til behandling på sykehus. [redacted] har kompetanse i forhold til å møte reaksjoner man kan få ved å snakke om temaet selvskading. Det er lagt opp til en beredskap ved [redacted], hvis det skulle forekomme et behov for samtale og oppfølging etter å ha deltatt i et forskningsintervju hvor temaet er erfaringer med selvskading. Det å skulle snakke med noen om egne erfaringer med selvskading kan i noen tilfeller reaktivere vanskelige følelser. Derfor opplyses det om denne risikoen i dette informasjonsskrivet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Jeg har taushetsplikt i forhold til alle opplysninger jeg får om deg, og alle data som innhentes vil bli behandlet konfidensielt. Med utgangspunkt i de intervjuene jeg gjør av personene i denne studien, vil jeg skrive en masteroppgave ved Universitetet i Oslo i anonymisert form. Det vil si at innholdet ikke kan spores tilbake til enkeltpersoner i studien.

Det er frivillig å delta, og du kan trekke deg når som helst fra studien uten å oppgi grunn.

Studien søkes til Regional komité for medisinsk forskningsetikk for tilråding.

Med kroppen som lerret – Hoveddel – 15.03.09

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Opplysningene er derved avidentifiserte.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. All informasjon slettes innen 31.12.09

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling eller ditt forhold til avdeling/sykehus. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte prosjektleder [redacted], [redacted]

Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A – utdypende forklaring av hva studien innebærer.

Ytterligere informasjon om personvern og forsikring finnes i kapittel B – Personvern, økonomi og forsikring.

Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.

Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

Kriterier for deltakelse

De som blir forespurt om å delta i denne forskningsstudien er kvinner over 18 år som har egne erfaringer med selvskading. Kvinnene som blir forespurt om å delta har også gjennomgått behandling i forhold til selvskading. Denne tidligere behandlingen skal også ha funnet sted på frivillig basis.

Bakgrunnsinformasjon om studien

Jeg som utfører intervjuene har selv deltatt i et fagutviklingsprosjekt ved Sykehuset Telemark HF, hvor målet med prosjektet var å gi et behandlingstilbud til pasienter med selvskadeproblematikk uten at behandlingen bar preg av for mye kontroll og overvåking. Min rolle i dette var å utprøve nyere behandlingsteorier i klinikken under veiledning. Satsningsområdet var selve miljøterapien rundt pasientene. Innenfor fagfeltet har det vært ønskelig å følge opp dette arbeidet gjennom å registrere hvilke erfaringer personene som har gjennomgått denne forholdsvis nye behandlingen har gjort seg. Min tilknytning til fagfeltet og interesse for å gå inn i hva selvskading som levd erfaring vil si, har vært drivkrefter i en videre utforskning av tema.

Tidsskjema – hva skjer og når skjer det?

Intervjuene som studien skal baseres på vil finne sted fra medio mai 2009 og vil være avsluttet innen utgangen av 2009. Hvis noe skulle endres i forhold til dette tidsperspektivet vil du få beskjed om dette hvis du har valgt å delta i studien.

Mulige fordeler

Det arbeides med å utvikle polikliniske behandlingstilbud til denne pasientgruppen [redacted] og det vil derfor være av stor betydning å få undersøkt nærmere hvilke utfordringer som foreligger i hjemmesituasjonen, og da spesielt i forhold til mennesker som tidligere har gjennomgått et behandlingsopplegg ved døgnavdeling.

Mulige ubehag/ulemper

Studien innebærer at deltagerne formidler sine erfaringer med selvskading til forskeren. Det skal utøves stor grad av varsomhet for de grenser deltagerne ønsker å sette i intervjusituasjonen. Det å snakke om et tema som er personlig erfart kan medføre at vanskelige følelser kan oppstå og man vil kunne ha behov for en oppfølgende samtale for å snakke om reaksjoner og følelser etter å ha deltatt i et intervju. Som nevnt innledningsvis er det lagt opp til at de som ønsker det vil få anledning til å snakke med kompetent fagpersonale [redacted]

Informantene/studiedeltakeren vil bli orientert så raskt som mulig dersom ny informasjon blir tilgjengelig som kan påvirke Informantenes/deltakerens villighet til å delta i studien.

Eventuell kompensasjon til og dekning av utgifter for deltaker

Det søkes om midler ved [redacted] til å dekke eventuelle reisekostnader for informantene.

Med kroppen som lerret – Kapittel A og B – 15.03.09

Kapittel B - Personvern, økonomi og forsikring

Personvern

Opplysninger som registreres om deg er avidentifiserte data. Intervjuene vil bli transkribert over til skriftlig form, for deretter å inngå i tematiske analyser. I masteroppgaven som skal utarbeides vil det ikke være mulig å kjenne igjen individuelle data. Håndteringen av informasjon vil følge retningslinjene til personvernombudet for forskning NSD. Dette forskningsprosjektet har fått tilråding fra personvernombudet for forskning NSD. Alle lydbånd og transkriberte intervjuer slettes innen 31.12.09. Det er kun forsker og veileder som har tilgang til det innsamlede materiale.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi

Til dette prosjektet søkes det kun om midler til å dekke studiepermisjon for den som utfører intervjuene i studien. Universitetet i Oslo, seksjon for helsefag, har det overordnede ansvaret for studien. Det skulle derfor ikke foreligge noen interessekonflikter knyttet til denne studien.

Forsikring

Det foreligger ingen forsikringsordninger i denne studien.

Informasjon om utfallet av studien

Deltakerne har rett til å få informasjon om utfallet/resultatet av studien. Masteroppgaven som skal skrives på bakgrunn av studien vil være tilgjengelig ved Universitetet i Oslo i DUO.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har lest informasjonsskrivet og jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

vedlegg 3

UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

Førsteamanuensis Sigrun Hvalvik
Høgskolen i Telemark
Pb. 203
3901 Porsgrunn

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk Sør-Øst B (REK Sør-Øst B)**
Postboks 1130 Blindern
NO-0318 Oslo

Telefon: 22 85 06 70

Telefaks: 22 85 05 90

E-post: juliannk@medisin.uio.no

Nettadresse: www.etikkom.no

Dato: 5.2.09

Deres ref.:

Vår ref.: S-09038b 2009/1003

S-09038b Kroppen som lerret En kvalitativ studie av selvskadeadferd hos et utvalg kvinner [6.2009.75]

Vi viser til søknad mottatt til fristen 5. januar 2009.

Komiteen behandlet søknaden i sitt møte den 28. januar 2009. Prosjektet er vurdert etter lov om behandling av etikk og redelighet i forskning av 30. juni 2006, jfr. Kunnskapsdepartementets forskrift av 8. juni 2007 og retningslinjer av 27. juni 2007 for de regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Saksfremstilling

Denne masterstudien skal utføres av en spesialsykepleier i psykiatri som har behandlet og fulgt opp pasienter med selvskadeadferd i mange år. Problemstillingen, "Hvordan oppleves erfaringen med selvskading og gjennomgått behandling" skal belyses ved fleksibelt strukturerte intervjuer av 5-7 kvinner som har avsluttet behandling 1 år tidligere.

Forskningsetisk vurdering

Komiteen oppfatter forskningsdeltakerne som en sårbar gruppe, hvilket skjerper kravet til nytte og vitenskapelig kvalitet. Komiteen ønsker derfor en redegjørelse for hva slags kunnskap dette prosjektet kan forventes å gi, og en refleksjon over hvordan denne eventuelt kan komme pasientgruppen til nytte.

Selv om studenten som skal gjennomføre intervjuene har lang erfaring med pasientgruppen er det likevel en viss risiko for at henvendelsen og samtalen kan reaktivisere følelser og problemer knyttet til tidligere selvskadeadferd. Det er lagt opp til en beredskap i forhold til denne risikoen. Ut fra et forskningsetisk perspektiv kan denne risikoen likevel ikke aksepteres uten at det er en viss sannsynlighet for at prosjektet kan fremskaffe kunnskap som ellers ikke er kjent innen forskningsfronten. Komiteen ber om en drøfting av dette spørsmålet.

Det er tydelig at studenten har betydelige kunnskaper og erfaring om emnet. Denne kompetansen må anses som positiv, men som forsker får hun en ny rolle som krever en refleksjon i både forberedelse, gjennomføring og vurdering av data fra intervjusituasjonen. Komiteen ønsker en refleksjon rundt denne utfordringen ved prosjektet.

Informasjonsskriv/samtykkeerklæring

Informasjonsskrivet bør skrives noe om. Det vises til veiledning for informasjonsskriv med mal og sjekkliste på vår hjemmeside: www.etikkom.no/REK/skjemaer/forskerportal/infoskriv

UNIVERSITETET I OSLO
Det medisinske fakultet

Side 2 av 2

Vedtak

Vedtaket utsettes. Det bes om tilbakemeldinger på de merknader som er anført og revidert informasjonsskriv før endelig vedtak kan fattes. Komiteens leder tar stilling til godkjenning av prosjektet etter mottatt svar.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Komiteens vedtak kan påklages (jfr. Forvaltningslovens § 28) til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag. Klagen skal sendes til REK Sør-Øst B (jfr. Forvaltningslovens § 32). Klagefristen er tre uker fra den dagen du mottar dette brevet (jfr. Forvaltningslovens § 29). Det bes presisert hvilke vedtak/vilkår som påklages og den eller de endringer som ønskes. Se informasjon om klageadgang og partsinnsynsrett på <http://www.etikkom.no/REK/klage>

Vennligst oppgi REKs saksnummer ved henvendelser til sekretariatet.

Med vennlig hilsen

Tor Norseth (sign.)
Leder

Julianne Krohn-Hansen
Komitésekretær

Kopi: gunn-runa.solitei@sthf.no



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

Førsteamanuensis Sigrun Hvalvik
Høgskolen i Telemark
Pb. 203
3901 Porsgrunn

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk Sør-Øst B (REK Sør-Øst B)**
Postboks 1130 Blindern
NO-0318 Oslo

Dato: 29.04.09
Deres ref.:
Vår ref.: S-09038b 2009/1003

Telefon: 22 85 06 70
Telefaks: 22 85 05 90
E-post: juliannk@medisin.uio.no
Nettadresse: www.etikkom.no

S-09038b Kroppen som lerret En kvalitativ studie av selvskadeadferd hos et utvalg kvinner [6.2009.75]

Vi viser til brev datert 13.03.09 som ble oversendt fra Gunn Runa Solitei på e-post den 20.04.09 med svar på komiteens merknader og revidert informasjonsskriv.

Komiteen tar svar på merknader til etterretning.

Komiteen har ingen innvendinger til revidert informasjonsskriv.

Vedtak
Prosjektet godkjennes.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Med vennlig hilsen

Tor Norseth (sign.)
Leder

Julianne Krohn-Hansen
Komitésekretær

Kopi: gunn-runa.solitei@sthf.no



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

Førsteamanuensis Sigrun Hvalvik
Høgskolen i Telemark
Postboks 203
3901 Porsgrunn

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk sør-øst B (REK sør-øst B)**
Postboks 1130 Blindern
NO-0318 Oslo

Telefon: 22 85 06 70

Dato: 09.06.2010

Deres ref.:

Vår ref.: 2009/2534, S-09038b (oppgis ved henv.)

E-post: juliannk@medisin.uio.no

Nettadresse: <http://helseforskning.etikkom.no>

S-09038b Kroppen som lerret En kvalitativ studie av selvskadeadferd hos et utvalg kvinner [6.2009.75]

Vi viser til viser til innsendt prosjektendringskjema for ovennevnte studie, innsendt 11.05.2010.

Prosjektleder er Sigrun Hvalvik.

Det forutsettes at forskningsansvarlig er Høgskolen i Telemark. Komiteen gjør oppmerksom på at forskningsansvarlig etter helseforskningsloven § 4 er institusjon eller annen juridisk eller fysisk person som har det overordnede ansvaret for forskningsprosjektet, og som har de nødvendige forutsetninger for å kunne oppfylle den forskningsansvarliges plikter etter denne loven.

Endringene innebærer følgende:

Det søkes om forlengelse av prosjektperioden til 01.07.2010. Søknaden begrunnes med at arbeidet med datainnsamling og analyse har vært omfattende og at utsettelse følgelig er nødvendig for å få ferdigstilt drøftelsen av datamaterialet i masteroppgaven. Dette er også søkt tidligere, og er godkjent i brev av 23.12.2009. Nytt nå er at informantene skal sendes en redegjørelse om forlengelsen av av prosjektperioden, og informantene skal også opplyses om at personopplysningene skal behandles i ytterligere seks måneder.

Komiteen har vurdert endringssøknaden og har ingen forskningsetiske innvendinger mot endringen av prosjektet. Komiteen godkjenner prosjektet slik det nå foreligger med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

Tillatelsen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknad og protokollen, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriftens kap. 2, og Helsedirektoratets veileder for "Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren"

(http://www.helsedirektoratet.no/samspill/informasjonssikkerhet/norm_for_informasjonssikkerhet_i_helsesektoren_232354).

Tillatelsen gjelder til 31.12.2010. Prosjektet skal sende sluttmelding på eget skjema (se helseforskningsloven § 12) senest et halvt år etter prosjektslutt.

UNIVERSITETET I OSLO
Det medisinske fakultet

Med vennlig hilsen

Stein Opjordsmoen Iler (sign.)
leder

Kopi: Høgskolen i Telemark, v/ Forskningsadministrasjonen, pos



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

Prof.Kristin M. Heggen
Seksjon for helsefag
Postboks 1153 Blindern
0318 OSLO

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk sør-øst B (REK sør-øst B)**
Postboks 1130 Blindern
NO-0318 Oslo

Telefon: 22 85 06 70

Dato: 09.06.2010
Deres ref.:
Vår ref.: 2009/2534, S-09038b (oppgis ved henv.)

E-post: juliannk@medisin.uio.no
Nettadresse: <http://helseforskning.etikkom.no>

S-09038b Kroppen som lerret En kvalitativ studie av selvskadeadferd hos et utvalg kvinner [6.2009.75]

Vi viser til e-poster av 20.09.2010 hvor det fremgår at tidligere oppgitte prosjektleder, Sigrun Hvalvik, skal anføres som biveileder. Komiteen har forstått det slik at det er Universitetet i Oslo som er forskningsansvarlig for prosjektet, og som dermed er databehandlingsansvarlig. Prosjektleder er Kristin M. Heggen som er professor ved Seksjon for helsefag ved Universitetet i Oslo.

Komiteen tar opplysningene om prosjektorganisering til etterretning og har ingen innvendinger.

Vedtak

Med hjemmel i helseforskningsloven § 11 jfr. § 33 godkjenner komiteen forskningsansvarlig og prosjektleder som opplyst og forutsetter at prosjektet gjennomføres i samsvar med det som framgår av tidligere korrespondanse.

Forskningsprosjektet har etter dette det nødvendige og tilstrekkelige behandlingsgrunnlag for oppbevaring, bruk og behandling av data som inngår i prosjektet.

Tillatelsen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknad og protokollen, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriftens kap. 2, og Helsedirektoratets veileder for "Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren"

(http://www.helsedirektoratet.no/samspill/informasjossikkerhet/norm_for_informasjossikkerhet_i_helsesektoren_232354).

Prosjektet skal sende sluttmelding på eget skjema (se helseforskningsloven § 12) senest et halvt år etter prosjektslutt.

Med vennlig hilsen

Stein Opjordsmoen Ilner (sign.)
leder

Julianne Krohn-Hansen
seniorrådgiver

Kopi: Sigrun.Hvalvik@hit.no; g.r.solitei@netcom.no

vedlegg 4

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 21
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Kristin Margrete Heggen
Seksjon for helsefag
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Universitetet i Oslo
Postboks 1153 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 09.02.2009

Vår ref: 20787 / 2 / GRH

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.12.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

20787	<i>Kroppen som lerret. En kvalitativ studie av selvskadeadferd hos et utvalg kvinner</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Kristin Margrete Heggen
Student	Gunn Runa Kildahl Solitei

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.


Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

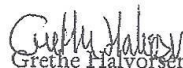
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.12.2009, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Grethe Halvorsen

Kontaktperson: Grethe Halvorsen tlf: 55 58 25 83

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Gunn Runa Kildahl Solitei, Bekke gt. 38, 3936 PORSGRUNN

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 10 07. kune.nsd@ntnu.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

20787

Det registreres sensitive personopplysninger i form av helseopplysninger (jf. pol § 2).

Utvalget består av fem til sju kvinner med selvskading som livserfaring og som tidligere har vært innlagt ved psykiatrisk avdeling. Vi legger til grunn at vedkommende som skal rekruttere informantene er en person som gjennom sitt daglige arbeid naturlig har tilgang til de potensielle informantenes personopplysninger.

Utvalget får tilsendt eller utdelt skriftlig informasjon om studien og samtykker skriftlig til deltakelse.

Vi gjør oppmerksom på at dersom det kan være ønskelig å oppbevare anonyme intervjuutskrifter etter prosjektslutt, må følgende endres i informasjonen til utvalget: "Lydbånd og skriftlig informasjon vil bli slettet når studien er ferdig, og senest 1. desember 2009" må endres til "Lydbånd slettes og skriftlig informasjon anonymiseres når studien er ferdig, og senest 1. desember 2009".

Vi har videre registrert at det i informasjonsskrivet til utvalget opplyses om at veileder ved Høgskolen i Telemark er prosjektansvarlig. Vi gjør oppmerksom på at i og med at studien gjennomføres ved Universitetet i Oslo (UiO), er UiO behandlingsansvarlig institusjon for opplysningene som samles inn. Vi forutsetter derfor at utvalget informeres om dette samt navn og institusjon for veileder ved UiO.

Lydbånd slettes og øvrige data slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt, 1. desember 2009.

Gunn Runa Solitei

Fra: Inga Brautaset [inga.brautaset@nsd.uib.no]
Sendt: 5. november 2010 11:47
Til: g.r.solitei@netcom.no
Kopi: Kristin Heggen
Emne: Prosjektnr: 20787. Kroppen som lerret. En kvalitativ studie av selvskadeadferd hos et utvalg kvinner

Hei,

Viser til endringsmelding 30.08.10 med påfølgende korrespondanse. Vi beklager at det har tatt tid å følge opp din forrige henvendelse.

Ombudet har tidligere registrert at prosjektet faller inn under helseforskningsloven, og at eventuelle endringer i prosjektet skal meldes til REK, jf. vår epost 18.12.2009. Av hensyn til kvalitetssikring har personvernombudet en oppfølging av helseforskningsprosjekter ved prosjektslutt, på oppdrag fra behandlingsansvarlig institusjon (UIO).

Vi har nå registrert at REK har godkjent ny dato for prosjektslutt 31.12.2010. I følge våre opplysninger skal lydbånd da slettes, og det øvrige datamaterialet anonymiseres. Med anonyme opplysninger menes opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom kode og navneliste/koblingsnøkkel. Anonymiseringen vil innebære at alle personidentifiserende opplysninger skal slettes, grovkategoriseres eller omskrives.

Vi registrerer videre at misforståelsen omkring behandlingsansvarlig institusjon/daglig ansvarlig nå er rettet opp i, slik at REKs godkjenning av utsatt prosjektslutt er gitt til Universitetet i Oslo v/Kristin Heggen, jf. kopi av brev fra REK mottatt ved personvernombudet 28.09.10.

Ved ny prosjektslutt vil vi ta kontakt vedrørende status for behandling av personopplysninger i prosjektet.

--

Vennlig hilsen

Inga Brautaset
Fagkonsulent

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS Personvernombud for forskning Harald
Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: (+47) 55 58 26 35
Tlf. sentral: (+47) 55 58 21 17
Faks: (+47) 55 58 96 50
Epost: Inga.Brautaset@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no/personvern

vedlegg 5

Tillatelse til å utføre forskningsprosjekt. Dette vedlegget vises ikke i DUO

vedlegg 6

En kort presentasjon av behandlingsopplegget som informantene har gjennomført:

Opplegget til klinikken som informantene er rekruttert fra har flere års erfaring med å behandle selvskadingsproblematikk. Det sentrale ved nåværende behandlingsform er at det arbeides på tvers av ulike behandlingsmodeller, men med base i likheten mellom ulike behandlingsformer. Det som fremgår i alle de kjente behandlingsformene beregnet på selvskadingsproblematikk er at tilnærmingene er orientert mot pasientens avansement på kontrolldimensjonen, likeledes fokuseres det på at pasientene skal lære seg å tåle ambivalens i stedet for absolutthet, og nøling i stedet for impulsivitet. En viktig del av behandlingen går ut på at pasientene skal trene på nye handlingsalternativer for å mestre kaotiske emosjoner og andre bakenforliggende årsaker til selvskading. Klinikken er pr. dato en åpen, heldøgns avdeling som har spesialkompetanse i forhold til selvskadingsproblematikk, spiseforstyrrelser og alvorlige tvangslidelser. Avdelingens behandlingsfilosofi i forhold til selvskadingsproblematikk er at all behandling skal være frivillig med lavest mulig grad av kontroll og overvåkning. Det legges opp til et behandlingsforløp hvor pasientene skal bli møtt med friske forventninger i forhold til å ta et gradvis større ansvar for eget liv og selvskadingsproblematikk. Avtalebruk skjer i samarbeid med pasienten ut i fra pasientens forutsetninger. Behandlingstiden er tre måneder ved første innleggelse. Metodene er miljøterapeutiske og innebærer å skape et miljø som oppleves som *trygt, forutsigbart, støttende*, men likevel *utfordrende* nok for pasienten. Avdelingen har utviklet verktøy for kartlegging av selvskading ut i fra kognitive teorier om bevisstgjøring rundt hendelsesforløp, egen adferd og tanker og hendelser knyttet til adferden. Både tidspunkt, skademåte og årsak/ utfall registreres på egne skjema og kan gi en pekepinn på pasientens utvikling.

I perioden etter utskrivelse er behandlingsplanen at kvinnene skal bygge videre på behandlingsprinsippene fra klinikken ved å samarbeide med kommunehelsetjeneste, legevakt og polikliniske enheter.

vedlegg 7**Gundersens tilpassede sykepleieprinsipper med hensyn på selvskadingsproblematikk:**

Disse prinsippene omfatter:

- *Forhold deg til skadene.* Hvis det er nypåførte sår, så vis at du har bekymring for disse. Selv om det er selvpåførte sår, betyr ikke det at det ikke gjør vondt eller kan være skremmende. Ved å vise bekymring for dem formidler vi et budskap om at skadene betyr noe og fortjener stell.
- *Fortrolighet.* Respekter taushetsplikten. Unngå at du styrter av gårde i panikk for å informere andre om pasientens selvskading. Husk. Hun har sannsynligvis skadet seg i det skjulte allerede, og er fremdeles i live! Å bryte taushetsplikten kan ødelegge tilliten og gjøre det mer sannsynlig at personen skjuler sin selvskading igjen, og blir forsiktig med å søke hjelp.
- *Forsiktig utspørring.* Oppfordre pasientene til å snakke om noen av de følelsene og opplevelsene som ligger bak selvskadingen. Mange har et ønske om at noen skal spørre om hvorfor de skader seg selv og at noen virkelig lytter og bryr seg!
- *Respekt og forsikring.* Bekreft at selvskading kan være en måte å overleve på. Forsikre pasienten om at du forstår hvor skremmende det kan være for dem å leve uten selvskading, og at du ikke vil hindre denne mestringsstrategien.
- *Akseptering.* Gjør det klart at det er greit å snakke om selvskading. Det er noe avdelingen kjenner til og kan ta i mot.
- *Anerkjennelse.* Anerkjenn hvor vanskelig det kan være å snakke om selvskading, og hvor mye mot det krever å gjøre det.
- *Bekymring.* Forsøk å formidle at smerten som ligger bak selvskadingen er noe avdelingen ønsker å forstå.

- *Forståelighet.* Gjør det klart at selvskadingen er noe som kan forstås, at det finnes årsaker, og at det er noe også andre kan ty til når de har hatt vanskelige opplevelser.
- *Håp.* Mennesker kan tro at de er fanget i å måtte skade seg selv, og at de aldri vil kunne slutte. Målet er å forsikre dem om at det er mulig å slutte, at mange har greid det, men at det er ok å gjøre det i sitt eget tempo.
- *Behold roen.* Ikke forhast deg med å sende pasienten over til andre, det kan føre til at hun føler seg avvist eller at hun har for store vansker til at noen orker å hjelpe henne. Du tilbyr noe verdifullt her og nå ved å være der å lytte.

Kilde: Øverland, 2006, s.209-211, fullstendig referanse er oppført i litteraturlisten i masteroppgaven "Med kroppen som lerret".