

Jysk CVU

Opgaveløser: Jane Wennike
Vibeke Kristoffersen
Dorte Troelsen
Vibeke Dein
Karen Bach
Opgavetype: Emmeopgave
Studie: Sundhedsplejerske
Vejleder: Christina Lindhardt



Cutting - en måde at overleve på?

April 2008

Resumé

Cutting er omdrejningspunktet i opgaven. Hvordan sundhedsplejersken kan møde og støtte de 13-16 årige piger, så de bedre kan mestre deres sårbarhed?

Teori om den normale udviklingspsykologi, Kari Martinsens teori om tillid, mod og mødet samt Antonovskys teori om OAS gennemgås. Det konkluderes, at pigerne har et lavt OAS og at sundhedsplejerskens møde med pigerne er afgørende for om pigerne kan ændre mestringsstrategien og håndtere sårbarheden.

I perspektiveringen fremkommer der konkrete forslag om sundhedsplejerskens muligheder i praksis.

1.	Indledning.....	1
1.1	Afgrænsning	2
1.2	Hvad er cutting?.....	3
1.2.1	Hvilke personer gemmer sig bag tallene?.....	3
1.2.2	Belastende familieforhold.....	4
1.2.3	Identitetsproblemer	4
1.2.4	De følelsesmæssige motiver bag cutting	5
1.2.5	Biologisk forklaring på selvskadende adfærd	7
1.2.6	Hvilken støtte efterspørger de unge?	8
1.2.7	Myter omkring cutting.....	8
2	Problemstilling	8
3	Problemformulering	10
4	Metodeafsnit	10
5	Teorifremstilling og analyse.....	11
5.1	Teori om udviklingspsykologi.....	11
5.1.1	Den kognitive udvikling hos unge.....	11
5.1.2	Den socio-emotionelle udvikling hos unge	11
5.2	Analyse - udviklingspsykologien	12
5.3	Kari Martinsen.....	13
5.4	Analyse - Kari Martinsen	14
5.5	Antonovsky.....	15
5.6	Analyse - Antonovsky	17
6	Sammenfatning.....	18
7	Diskussion	19
8	Konklusion	21
9	Perspektivering	22
9.1	Samfundsniveau	22
9.2	Gruppeniveau.....	23
9.3	Individniveau	25
10	Referencelisteliste.....	28
11	Bilagsliste	32
11.1	Hjemmesider, chatrooms og telefonrådgivning.....	32

1. Indledning

I arbejdet på forskellige børneafdelinger samt i sundhedsplejerske praktikken har vi oplevet forskellige former for selvskadende adfærd blandt unge. Vi har mødt unge med paracetamol forgiftning, cutting, prostitution, anoreksi, bulimi, selvforskyldte mavesmerter påført med egne knytnæve slag i maven samt indtag af forskellige narkotika former.

Som sygeplejersker har vi symptombehandlet i den akutte fase og vi har stået tilbage med en undren over, hvad der er gået forud for handlingen og hvordan skal det gå den unge i fremtiden. Var det reelt et selvmordsforsøg eller et råb om hjælp? At påføre sig smerte med vilje, er meget grænseoverskridende og uforståeligt for os. I sundhedsplejerske praktikken fortæller praktikvejledere, at selvskadende adfærd i form af at skære sig selv, også kaldet cutting er et stigende fænomen, de møder blandt unge. Indenfor de sidste par år har der været øget fokus omkring netop cutting. Der er oprettet hjemmesider med information og chat-rooms, der arrangeres konferencer og temadage om selvskadende adfærd over hele Danmark. Ser man på rådgivningslinjer som Livslinien, Tabu.dk, eller Girtalk.dk fremgår det, at en alarmerende stor del af henvendelserne handler om selvskadende adfærd og cutting. (Lynge og Linde, 2007).

I 2006 udgives den første bog om cutting, der er skrevet af en dansk forfatter. Forfatteren er Bo Møhl er cand.mag. og cand. psych. og ansat som ledende psykolog på Psykiatrisk Klinik, Rigshospitalet. Bogens titel er "At skære smerten bort". I 2007 accelerer udgivelserne af bøger omkring cutting.

I psykiatrien har fænomenet cutting været kendt i mange år, men fænomenet har nu flyttet sig ud på skolerne blandt danske skolebørn uden psykiatriske diagnoser.

Det er tankevækkende, at tegn på psykiske vanskeligheder ændrer sig op gennem tiden. I 1990'erne oplevede man i Danmark en markant stigning i tilfælde af bulimi og anoreksi blandt unge piger. I de senere år er der dukket et nyt fænomen op blandt unge piger. Flere og flere gør skade på sig selv, ved at indtage store mængder af stoffer og alkohol, brænde sig med cigaretter, rive hår ud og specielt ved at skære i sig selv. (Jørsum, 2006 s. 1) De unge ridser sig i huden med barberblade, knive, glasskår o. lign. De kan i princippet ridse sig i huden alle steder på kroppen, men ofte ses det på arme, ben, mave, bryst eller kønsorganer.

I dag er vi i stand til at kontrollere eller dulme de fleste smerter. Almindeligvis er smerter noget, vi forsøger at undgå ved behandling med smertestillende medicin. Paradoksalt nok er det sideløbende hermed en stigende interesse for fænomener som fx Jackass, happy-slapping og splatterfilm, hvor man er vidne til andres smerte. (Lyng og Linde, 2007).

Cutting er en selvpåført smerte og ifølge Center for Selvmordsforskning er det hver 6. pige i de ældste klasser i folkeskolen, der skærer sig selv. Det starter i teenageårene og i nogle miljøer er det næsten en del af den normale adfærd. (Møhl, 2006). Næsten halvdelen af alle unge piger har overvejet at gøre skade på sig selv, mens ca. 17 % af alle unge piger i Danmark faktisk har gjort det. For drengenes vedkommende er tallene langt mindre, hvilket bevidner at fænomenet er langt mere udbredt blandt piger. (Zøllner, 2002). Der ses parallelle tendenser i USA og Danmark. (Massachusetts, 2003). At drengene scorer lavere i tallene for selvskadende adfærd, betyder ikke at fænomenet ikke findes, men tal viser, at det giver sig udslag på andre måder fx i form af at drikke store mængder alkohol, hashmisbrug eller risikoadfærd i trafikken. (Møhl, 2006).

Der har hersket en del forvirring, både i den offentlige debat og blandt behandlere og forskere omkring definitionen af selvskadende adfærd og cutting. Da selvskade i tidligere litteratur og behandlingspraksis er blevet opfattet som selvmordsforsøg, har fænomenet gemt sig i selvmordsstatistikkerne. Ligeledes er der opstået mange myter som forvirrer behandlerne og medfører, at de unge misforståes.

1.1 Afgrænsning

I denne opgave har vi valgt at afgrænse selvskadende adfærd til kun at omhandle cutting hos piger mellem 13-16 år uden en psykiatrisk diagnose. I medierne omtales pigerne ofte som *cuttere*. I denne opgave har vi fravalgt denne betegnelse, fordi cutting er en handling og ikke en personlighed. Statistisk set vil vi som sundhedsplejersker komme til at møde børn og unge der skærer sig. Pigerne er overrepræsenteret med op til 75 % iflg. engelsk undersøgelse (Balch 2006), og ifølge udviklingspsykologien, er det sværere for pigerne at løse deres

problemer selv, da de har en tendens til at vende problemerne indad. (Hwang og Nilsson 1999)

1.2 Hvad er cutting?

Når vi nævner fænomenet cutting, findes der flere definitioner. Vi har valgt at bruge den definition, som Bo Møhl anvender i sin bog ”At skære smerten bort”(2006).

”Selvskade er en direkte, socialt, uacceptabel adfærd, der gentages igen og igen, og som medfører lettere til moderate fysiske skader. Når selvskaden pågår, befinder personen sig i en forstyrret psykisk tilstand, men har ikke til hensigt at tage sit eget liv og udviser heller ikke den form for selvstimulation eller stereotyp adfærd, som er karakteristisk for mentalt retarderede eller autistiske mennesker.” Suyemoto K.L. (Clinical Psychology Review 18, 1998)

Vi har valgt denne definition, da den inddrager det fysiske, psykiske og sociale aspekt. Det er her tydeliggjort, at adfærden er social uacceptabel og at der ikke er tale om selvmordsforsøg eller personer med psykiatrisk diagnose.

Selvskade forekommer i alle sociale grupper. Undersøgelser viser, at unge, der skader sig selv, både findes på landet og i storbyerne. De kommer fra velstående hjem og fra familier med økonomiske problemer. De findes blandt unge, der klarer sig godt i skolen, og dem, der har det fagligt svært (Bradsted, 2007).

1.2.1 Hvilke personer gemmer sig bag tallene?

Overordnet kan man sige, at cutting er mestringsstrategi, der bruges til at dæmpe en indre stressfølelse, som er ubehagelig. Hver enkelt har dog helt sit eget motiv for at gøre det.

Hvorfor vælger nogle unge så lige netop denne strategi? Her er det vigtigt at slå fast, at vi her har at gøre med gruppen af sårbare unge, som Lilian Zølnner (2007, s. 7) definerer som unge, der inden for det sidste år har haft alvorlige, personlige, følelsesmæssige eller psykiske problemer, hvor de følte, de havde brug for professionel hjælp. De tvivler på, at de har ressourcer til at klare de krav, som livet stiller dem, og de har behov for støtte. Sårbarheden refererer endvidere til den unges manglende evne til mestre realiteter, problemer og følelser.

Hvilke faktorer er det så, der gør den unge sårbar?

1.2.2 Belastende familieforhold

De unge kan være vokset op under forhold i familien, der har været præget af forældres sygdom, død eller misbrug. De kan have været udsat for omsorgssvigt, incest eller vold.

Udenlandske undersøgelser viser iflg. Henrik Balch (2006), speciallæge i almen medicin og psykoterapeut, at over halvdelen af de kvinder/piger, som er selvskadende (ikke psykiatrisk population), har været udsat for seksuelle overgreb, oftest af faderen, eller anden nærtstående familiemedlem. Den anden halvdel kan på en anden måde have været bragt i en psykisk set ubærlig situation – ofte tidligt i barndommen.

Forældrene har ofte selv haft en belastet opvækst, hvilket har gjort det svært for dem at håndtere egne og deres barns følelsesmæssige og psykiske problemer. Pigerne har derfor ingen erfaring med, at de nærmeste omkring dem, er i stand til at hjælpe dem med at rumme de svære følelser.

Anbringelse udenfor hjemmet eller social ydmygelse i form af for eksempel (fx) arbejdsløshed i familien, mobning eller problemer i skolen kan også spille en rolle.

Undersøgelser viser, at familien og venskaber er de værdier, som unge tillægger størst betydning i visionen om det gode liv, men ofte har de svært ved at få øje på nogen, der kan hjælpe dem. (Zøllner, 2002)

1.2.3 Identitetsproblemer

Mere uddybende betragtninger om pigernes identitetsdannelse vil blive præsenteret i afsnittet om udviklingspsykologisk teorier, men her nævnes blot nogle overordnede teser.

Netop i ungdomsårene stiller de unge sig spørgsmålet: "hvem er jeg?" Tendensen i samfundet er at traditioner brydes, og at familien er løst organiseret. Midt i denne uro og forandring stiller samfundet stigende krav til de unge om, at de skal tage ansvar og være designere i deres eget liv. De lever i en præstationskultur, hvor de helst konstant skal ligne en succes. Dette sideløbende med at de skal være bevidste om den risiko, der er forbundet med at vælge forkert. Midt i alle disse budskaber til de unge, giver de udtryk for at have forventninger om at blive elsket, hjulpet og støttet. Men af hvem?

Samtidig giver de unge udtryk for at have svært ved at bede andre om hjælp.

Ovennævnte undersøgelse fra 2002 om unges (mis)trivsel (Zøllner, 2002) beretter om, at

60 % af de unge, der har haft overvejelser om selvskade, ikke har talt med nogen om deres tanker.

Ifølge Lilian Zøllner (Zøllner, 2007) viser en række forskningsprojekter i Danmark at de sårbare unge primært

- Er piger
- Bor sammen men én forælder
- Mangler fortrolige samtalepartnere
- Føler sig ensomme
- Føler mindreværd
- Har problemer med skole, forældre og kammerater

1.2.4 De følelsesmæssige motiver bag cutting

Det er vigtigt at holde fast i, at enhver pige, der skærer sig, har sin helt egen historie, der gør cutting til hendes måde at overleve på. Alligevel er der nogle karakteristika for den selvskadende person, der anvender cutting som mestringsstrategi.

Evnen til at neutralisere følelser er stort set fraværende hos disse piger. Fx kan følelsen af vrede eskalere i pigens. Dette kan hun opleve som en trussel mod hendes kontrol. Afstanden fra vrede til aggression mod andre kan være meget kort, og hun vil opleve et stort behov for en nødbremse i form af cutting. Når hun mærker smerten, distraheres hun og bringes tilbage i her og nu situationen og angsten for det ukontrollable dæmpes – den indre spænding forløses og gøres udholdelig. Den umiddelbare følelse af lettelse, de opnår, beskriver mange piger dog hurtigt bliver efterfulgt af en stor skyldfølelse og følelse af uduelighed. På den måde fortsætter den selvdestruktive cirkel (Møhl, 2006).

Det er dog ikke sådan, at pigerne ikke er i stand til at håndtere almindelig anspændthed eller ”dagligdags” konflikter eller at disse piger har en alt for lav tærskel. Men det, der kan sætte processen i gang er en forholdsvis banal situation, der aktiverer et indre psykisk uvejr, som udspringer fra et helt andet sted i pigens psykiske liv (Balch, 2006).

Følelsen af tab af kontrol spiller altså en væsentlig rolle som udløsende faktor for cutting. Helt basalt har vi behov for at have en oplevelse af kontrol over vores krop og vores følelser. Mister vi denne kontrol mister vi samtidig følelsen af tryghed og selvtillid (Møhl, 2006).

Andre følelser, som sætter den cuttende pige på prøve, kan være angst, forurettelse, depression, eller forladthed.

Næsten alle selvskadende piger er voldsomt selvkritiske, har et enormt selvhad og føler behov for at straffe sig selv. Selvhadet stammer ikke nødvendigvis fra traumer i barndommen, men kan skyldes, at hun stiller høje krav til sig selv. Også her gør den manglende evne til at neutralisere følelsen sig gældende. Hun kan ikke berolige og trøste sig selv på andre måder end ved at skære sig.

Selvhadet ligger latent og kan udløses af pigens kritiske blik på sig selv, hvis hun begår fejl, eller hvis hun føler sig svigtet eller forladt. Selvhadet kan udvikle sig til selvforagt, hvor hun mister enhver form for egenomsorg.

Mange af de piger, der skærer sig, har svært ved at mærke sig selv, hvilket giver en uudholdelig følelse af tomhed eller følelsesløshed – en følelse af at forsvinde. Når pigen skærer sig, føler hun sig i live, og tomhedsfølelsen forsvinder. Nogle mener, at cutting kan reaktivere den helt tidlige barndoms oplevelse af berøringsmæssig stimulation, som giver følelsen af at være hel og hænge sammen.

Nogle piger bruger cutting som et kommunikationsmiddel til andre. For de fleste er det ikke det primære formål, og tal viser da også at det oftest foregår i det skjulte. Cutting fremkalder imidlertid stærke reaktioner hos andre, og ofte sker der det at omgivelserne ikke tolker på samme måde, som afsenderen havde tænkt sig. Fx som en form for afpresning eller manipulation med omgivelserne. Pigen, der skærer sig, kan så ende i en situation, hvor hun er meget ensom og alene. Cutting handler nok snarere om et afmægtigt forsøg på at få kontrol over sin egen situation, hvilket så sker på en uhensigtsmæssig måde. Cutting kan også bruges som kommunikation til pigen selv, idet nogle angiver først at kunne forstå, hvor svært de har det indeni, når de ser blodet løbe ned af deres arm.

Cutting kan også bruges som forsvar mod noget, der er endnu værre og endnu mere destruktivt i pigernes liv. Fx seksuelt misbrug eller PTSD. Ved at udtrykke den indre smerte på det ydre kropslige plan, kan pigen efterfølgende give sig selv omsorg ved fx at tage vare på

sine sår. For nogle fremkalder dette det barndomsscenarie, hvor hun fik omsorg efter at have slået sig.

I forhold til at tackle tidligere seksuelle overgreb kan pigen bruge cutting på den måde at barndommens passive afmægtighed nu kan vendes til en mere aktiv position, hvor pigen selv har indflydelse på det iscenesatte ”overgrebs” natur. Hun bestemmer selv, hvor hun skal skære, hvor dybt, hvornår og ikke mindst hvornår det skal stoppe igen.

Nogle oplever en lystbetonet afhængighed af cutting. Dette kan forklares ud fra fænomenet, at smerten udløser smertedæmpende og lystfremkaldende stoffer som endorphiner eller enkephaliner, der svarer til morfin og heroin (Ibid).

Når nu cutting foregår i det skjulte, hvordan kan man så forklare, at mange oplever at cutting smitter? Her er det igen vigtigt at pointere, at cutting udelukkende smitter i de omgivelser, hvor der i forvejen er en pige, der har ondt i livet og måske har været på jagt efter en strategi, der kunne dulme hendes indre smerte. Smitterisikoen er altså højest, hvor det psykiske immunforsvar er i bund (Søndergaard, 2007).

1.2.5 Biologisk forklaring på selvskadende adfærd

Når man har kikket på psykokemien hos selvskadende personer, har man fundet et nedsat serotoniniveau i blodet. Serotonin er et af hjernens signalstoffer, der bl.a. har betydning for reguleringen impulsivitet, aggression, søvn og sexliv. Dette medfører øget impulsiv aggression mod andre og én selv (Møhl, 2006).

Andre forskere har hos selvskadende personer fundet forhøjet niveau af adrenalin, der bevirker at personen er i et konstant forhøjet alarmberedskab, som vedkommende måske ikke kan dæmpe på anden måde end ved at skære sig selv. Herudfra mener nogle, at piger der skærer sig selv, konstant føler en stresstilstand med uro og nervøsitet. Andre stiller sig selv spørgsmålet, om disse piger har lavt stresstærskel eller måske forhøjer stressniveau på grund af overgreb i barndommen.

Uanset årsag er der ved cutting risiko for hurtig udvikling af afhængighed og tolerans (fx behov for stadig dybere sår), abstinenssymptomer og stor tilbøjelighed til tilbagefald.

Selvom det før er pointeret, at piger, der skader sig selv ikke, ikke tager deres eget liv, så er det vigtigt at gøre opmærksom på, at risikoen for selvmordsforsøg øges, hvis pigen ikke længere opnår umiddelbar følelse af lettelse ved cutting (Ibid).

1.2.6 Hvilken støtte efterspørger de unge?

- Hjælp og støtte til at mestre de vanskeligheder, de står med i dagligdagen. Vigtigt at spørge ind til bag den selvdestruktive adfærd, så den uge får plads til at udtrykke følelser.
- Fortrolige samtale partnere.
- Redskaber til at klare uventede hændelser, som de har erfaringer for kan bringe dem ud i følelsen af håbløshed (Zøllner, 2007).

1.2.7 Myter omkring cutting

Der florerer mange myter om cutting. Disse myter kan medføre risici for fejlfortolkning og misforståelser, så de unge mødes på et forkert grundlag. Nogle af de almindeligste myter er:

- Unge, som taler om selvskade, gør det ikke.
- Selvskade sker uden varsel.
- Selvskade ses kun i en bestemt social klasse.
- At tale om selvskade er at inspirere til det.
- Man må ikke stille krav til den selvskadende unge.
- Det er kun professionelle, der kan hjælpe selvskadende unge.
- Unge skader kun sig selv, når de er fulde.
- Selvskade, selvmordsforsøg og selvmord er samme slags adfærd (Zøllner, 2007).

2 Problemstilling

Sundhedsplejersken arbejder ud fra Sundhedsloven og som konsekvens af denne har Sundhedsstyrelsen udgivet *Forebyggende sundhedsydelser til børn og unge 2007*, hvori det anbefales, at sundhedsplejersken yder en særlig indsats over for gruppen af børn og unge med særlige behov. Desuden anbefales det, at sundhedsplejersken samler børn med identiske vanskeligheder i mindre grupper med henblik på sundhedspædagogisk indsats. (Sundhedsstyrelsen, 2007). Hvordan kommer sundhedsplejersken i kontakt med piger med cutting problemer? Har de identiske problemområder og hvis, kan de så samles i en gruppe? I

Sundhedsstyrelsens anbefalinger står der også, at børn og unge med særlige behov henvises til den tværfaglige gruppe eller anden behandler (ibid). Hvis pigen har opnået et tillidsforhold til sundhedsplejersken, vil det så være et tillidsbrud at henvise til fx en tværfaglig gruppe?

Hvornår skal sundhedsplejersken henvise til anden behandler? Center for selvmordsforskning (Zøllner, 2002) har lavet en dansk undersøgelse, der viser, at 38,5 % af skolelærere er vidende om deres elevers tanker om at skade sig selv, mens kun 5 % af mødrene og 3,7 % af fædrene ved det. Kan sundhedsplejersken samarbejde med skolelæreren omkring piger med cutting problemer?

Det stiller store krav til sundhedsplejerskens vurderingsevne, når unge betror sig om ting, som de ikke ønsker skal videre. Derfor må hun på et tidligt tidspunkt gøre sig klart, om problemet er så alvorligt, at der er underretningspligt, eller om det hører inde under en fortrolig samtale/rådgivning, som kan varetages af sundhedsplejersken? Børn og unge bør som udgangspunkt have ret til fortroligheden, men hvis der ikke sker nogle ændringer, må forældrene involveres, for at få den rette hjælp (Socialministeriet, 2005).

Man kan diskutere om cutting fænomenet skal løses i den enkelte familie eller om det er et samfundsanliggende?

Hvis det er et samfundsanliggende, hvad gør vi så her i Danmark? Politikere taler om tidlig indsats. Socialminister Eva Kjer Hansen udtaler ved socialpolitisk Årsmøde 2007:

”Nødvendigheden af tværfagligt samarbejde – helhedssynet på barnet. Fokus på barnet og dets ressourcer – i familien, i netværket, i skolen, i fritidslivet.”

”Vi bliver simpelthen nødt til at sikre, at der sker en tidligere indsats, end det er tilfældet i dag. Vi ved, at forskelle i livschancer grundlægges tidligt i

barndommen. Det er her kimen til ens faglige og sociale kompetencer lægges.

Derfor er det også allerede her, at forældrenes manglende evne eller overskud til at tage ansvar for deres børn begynder at spille en rolle for barnets muligheder senere i livet.”

I forhold til de sygeplejeetiske retningslinier er vi som sygeplejersker og sundhedsplejersker forpligtiget til at være faglig ajourført (Dansk Sygeplejeråds Kongres, 2004). I vores søgning på fænomenet cutting, har vi ikke kunne finde noget sundhedsfagligt litteratur, som er udarbejdet specifikt af sygeplejersker eller sundhedsplejersker!

Hvis det er et samfundsanliggende, hvordan kan sundhedsplejersken så rumme piger med cutting problemer, når hun arbejder alene på skolerne? Hvordan kan en sundhedsplejerske hjælpe unge piger, der har behov for at skære i sig selv?

Bo Møhl, chefpsykolog på Rigshospitalet skriver, at den enkelte behandlers skøn ofte forstyrres af deres stærke følelsesmæssige reaktioner overfor de selvskadende piger. Samtidig siger han, at faste procedurer for behandling, giver de bedste behandlingsresultater. Findes der metoder i sundhedsplejen, som kunne være brugbare og standardiseret for den enkelte sundhedsplejerske?

Hvordan kan sundhedsplejersken vurdere, om pigerne er psykisk syge, har en identitetskrise eller blot en sårbarhed i deres liv? Får pigerne ikke tilstrækkelig opmærksomhed fra deres omgivelser? Skærer de sig, for at blive set og hørt?

Hvornår skal sundhedsplejersken foretage en underretning om en pige, der skærer i sig selv? Tør alle sundhedsplejersker spørge, lytte og høre pigernes svar?

3 Problemformulering

Hvordan kan sundhedsplejersken møde og støtte de 13-16 årige piger, der skærer sig selv, så de bedre kan mestre sårbarheden?

4 Metodeafsnit

Til bearbejdning af opgavens problemformulering anvendes litteraturstudie. Tilgangen er hermeneutisk og derfor er vores valg faldet på Kari Martinsens teori om *mødet, tilliden og fagsamtalen* fra bogen ”Samtalen, skønnen og evidensen”. Kari Martinsen er norsk filosof, sygeplejeteoretiker og fænomenolog. Hendes genstandsfelt ligger indenfor de mellem menneskelige relationer.

Desuden har vi valgt Aaron Antonovskys teori om mestring udfra bogen ”Helbredets mysterium”. Antonovsky (1923-1994) var professor i medicinsk sociologi. Vi har valgt at anvende Antonovskys teori, da hans fokus er salutogenese og tankegangen er sundhedsfremmende, som er sundhedsplejerskens fokus.

I forhold til at møde og støtte de 13-16 årige piger, har vi valgt at søge viden om den normale psykologiske udvikling. Hertil anvender vi ”Udviklingens psykologi: fra spædbarn til voksen” af Philip Hwang og Bjørn Nilsson. Vi mener, at viden om den normale udvikling, gør at vi kan reagere på afvigelser, så vi fagligt kan vurdere og forholde os kritisk til den unge pige, når vi møder hende.

Efter hver teorifremstilling holdes teorien op mod empirien om cutting. Efter analysen følger diskussion samt konklusion i relation til problemformulering.

Afslutningsvis kommer perspektivering med fokus på sundhedsplejerskens arbejde på individ-, gruppe- og samfunds niveau. Vi har valgt at uddybe sundhedsplejerskens indsats på individ niveau.

5 Teorifremstilling og analyse

5.1 Teori om udviklingspsykologi

5.1.1 Den kognitive udvikling hos unge

Forstandsmæssig videreudvikles allerede opnåede færdigheder og der udvikles nye. Denne kognitive eller erkendelsesmæssige udvikling betyder, at den unge kan begynde at tænke logisk. Evnen til at løse og analysere praktiske og tænkte problemer forbedres og fornyes.

Der tænkes over egne tanker og dermed kombineres fantasien med fornuften. Den unge kan sætte sig ind i en situation uden selv at have deltaget i den. Fantasi og dagdrømme får en stor plads i teenagernes tankeverden, samtidig med at evnen til at planlægge langsigtet forbedres og bliver mere realistisk.

Hvad angår egoisme kan den unge have svært ved at tænke fornuftigt og logisk om egne oplevelser og erfaringer. Dette leder hen til, at der er begrænsninger ved den logiske tænkning og den sociale bedømmelse. Dette kan give sig udslag i, at den unge tror, at ingen nogen sinde har haft samme oplevelser og følelser som dem – at ingen andre har været så afviste eller så misforståede som dem (Hwang, 1999).

5.1.2 Den socio-emotionelle udvikling hos unge

Den sociale og følelsesmæssige udvikling fører hen mod uafhængighed og modenhed. Der er stor søgen efter identitet og selvbestemmelse. Den grundlæggende opfattelse er, at teenageren

opfatter sig selv mere moden end de voksne. Dette betyder, at selv mindre konflikter kan få store konsekvenser og skabe alvorlige spændinger. Mange piger får vanskeligheder, der ikke tidligere har været synlige. De har sværere ved at håndtere negative følelser med dårlig selvfølelse og mindre depressioner til følge. Problemer vendes indad, skyldfølelse og hjælpeløshed gør at pigerne har svært ved selv at løse deres problemer. Identitetsdannelsen sker dels via samspil med andre jævnaldrende, voksne og andre personer som den unge "spejler" sig i. Via andres reaktioner formes selvfølelsen, selvrespekten og selvtilliden. Nærhed som bygger på venskab, fællesskab og omsorg er meget væsentlig for teenagere. Venskab er vigtig ud fra en psykologisk betragtning. Der er behov for gensidige følelser, åbenhed og fortrolighed, en person som kan rumme den unges følelser. Afhængigheden af kammeratskabsgruppen vokser i takt med at den unge gør sig mere uafhængig af forældrene (ibid).

5.2 Analyse - udviklingspsykologien

Som det fremgår af empirien kan man overordnet sige, at der dæmpes en indre stressfølelse, når pigerne skærer sig. De har nu evne til at løse og analysere praktiske og tænkte problemer. Fantasi og fornuft kan kombineres. Fantasien om at skære sig og på den anden side fornuften og handlingen i at pleje sårene kombineres. Fra udviklingspsykologien ved vi, at alvorlige spændinger kan komme af mindre konflikter. Samtidig vendes konflikterne/problemerne indad, så skyldfølelse og hjælpeløshed gør det svært for pigerne at løse problemer. Herved kan pigerne blive sårbare. Dette refererer til, at det er kendt ud fra udviklingspsykologien, at pigerne kan have svært ved at tænke fornuftigt og logisk om egne oplevelser og erfaringer. Dette kan give sig udslag i at pigen, der skærer sig tror, at hun er alene om sine oplevelser og følelser. Hun føler sig derved afvist og misforstået. Som det også fremgår af empirien, kan dagligdags konflikter altså sætte en proces i gang.

Fra udviklingspsykologien fremgår det, at mange piger får vanskeligheder, de ikke har haft tidligere, får sværere ved at håndtere negative følelser. Følgen bliver dårlig selvfølelse, selvhad, selvkritik og depressioner. Netop disse følelser kan være kendetegnende for en pige som skærer sig selv.

Fra empirien ved vi, at samfundet stiller stigende krav til de unge om ansvar og selvstændighed sideløbende med, at identiteten skal dannes. Ligeledes at familie og venskaber

er værdier, der har stor betydning. Ud fra den udviklingspsykologiske teori dannes identiteten i samspil med andre, hvor nærhed og venskab er meget vigtig. Specielt er der behov for åbenhed og fortrolighed, én som kan rumme ens følelser. Mange af de sårbare unge mangler fortrolige samtalepartnere og føler sig ensomme og forladte.

5.3 Kari Martinsen

Kari Martinsen er af den opfattelse, at vi møder det andet menneske med tillid. *Tillid* er en fundamental og grundlæggende værdi, som normalt vil finde sted ved det første møde med et andet menneske. At vise tillid er at turde møde ”den anden” i samtalen, og dette kræver mod. Samtalen er et vovestykke (Martinsen, 2006).

I mødet med ”den anden” er der egentlig kun to muligheder; enten at tage vare på den andens tillid eller at ødelægge tillidsforholdet, hvorved det udarter sig til mistillid. Tillid er en livsytring, som er ”født” etisk. Fordringen er at tage vare på den andens tillidserklærings, som sker i selve mødet. Da tillid er noget fundamentalt, kan og skal det ikke begrundes. At vise tillid overfor et andet menneske, er på en måde at udlevere noget af sig selv, for at blive imødekommet. I selve mødet og samtalen udleverer man sig selv. Livsytringerne, herunder tillidsbegrebet, kan ikke forklares, men vore handlinger kan forklares og begrundes og det sker ud fra erfaring, forståelse, indsigt og klogskab.

Martinsen refererer til Søren Kierkegaard, som har sagt følgende om, hvordan vi bør forholde os til et menneske, der har brug for vores hjælp:

”At man, når det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest må passe på at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst”

Videre siger Kierkegaard:

”For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, må jeg forstå mere end han – men dog vel først og fremmest forstå det, han forstår. Når jeg ikke gør det, så hjælper min Mere-Forståen ham slet ikke.” (Martinsen, 2006)

Ifølge Kari Martinsen kan man i en ”*almensamtale*” sagtens tale sammen uden at samtale og dette er sprogets musik, hvor man finder hinandens tone til *fagsamtalen*. Almensamtalen er dermed indledningen til fagsamtalen og som Kierkegaard mener, er hemmeligheden bag al hjælpekunst.

I selve mødet er der to ligeværdige parter med hver deres livserfaring, men med en *fælles* sag. Dette kalder Kari Martinsen en *tre-leddet relation*, som består af mig, den anden og sagen/problemet. Her samtaler de involverede parter om samme sag.

Ligeledes findes en *to-leddet relation*, hvor de to involverede parter lever i hver deres verden, hvilket medfører, at den anden objektiveres. Objektivering af den anden er også en objektivering af en selv. Dette er en trussel mod samtalen, hvis hjælperen ikke bryder sig om den andens sag og kun forholder sig til andens fortælling som fakta. (ibid, s. 28)

I den fortrolige samtale handler det om at være nærværende uden at være anmassende. I den *indirekte meddelelse* påduttet den anden ikke noget. Der vægtes, at den andens mening får rum til at komme frem og at samtalen løftes ind i et fælles livsspørgsmål, man engagerer sig i. Helt konkret kan den fælles sag bæres frem i vendinger som ”lad os antage...”, ”forestil dig....” eller ”prøv at tænke dig...”. Herved får den anden mulighed for at sige sin egen mening og føre samtalen hen mod noget genkendeligt og fælles. (ibid, s 34-38)

5.4 Analyse - Kari Martinsen

I analysen benævnes Kari Martinsen som Martinsen og de involverede personer i mødet omtales som sundhedsplejerske og pigen.

Gennem empirien har vi erfaret, at piger der skærer sig selv, har svært ved at rumme deres følelser, og de nærmeste omkring dem, har svært ved at hjælpe og møde dem.

Om mødet, skriver Martinsen, at i ethvert møde, mødes de involverede parter med gensidig tillid. Når sundhedsplejersken møder pigen, er det en afgørende faktor, at hun tager vare på den tillidserklæring, pigen viser hende. Hvis dette ikke sker, udarter tilliden sig til mistillid og ødelægger tillidsforholdet.

At vise tillid er at turde møde ”den anden”. Dette gælder både for pigen og sundhedsplejersken, at begge vover sig frem for at blive imødekommet i samtalen. Pigen har sin helt egen historie, som på samme tid er både singulær og typisk. Cutting er hendes måde at

overleve på. Sundhedsplejersken har forskellige handlemuligheder, betinget af hendes erfaring, forståelse, indsigt og klogskab.

Som indledning til en fagsamtale, kan sundhedsplejersken anvende almensamtalen, hvor hun og pigen snakker om almindelige og hverdagsagtige ting. Herved kan de finde hinandens tone.

Hvis sundhedsplejersken ikke bryder sig om det, hun hører i samtalen, og følelsesmæssig ikke kan involvere sig, får vi en 2-leddet relation. Herved objektiveres både pigen og sundhedsplejersken, og dette er trussel mod samtalen.

Kierkegaard mener, at man skal møde den anden (pigen) lige nøjagtig dér, hvor hun er på det pågældende tidspunkt og begynde der. Dette er hemmeligheden i al hjælpekunst.

Pigen og sundhedsplejersken udleverer begge noget af sig selv for at blive imødekommet.

Enhver samtale kræver mod til at samtale og ikke bare tale sammen. I en tre-leddet relation samtaler pigen og sundhedsplejersken om samme sag. Sundhedsplejersken må være nærværende uden at være anmassende, hvilket vil være ødelæggende for tillidsforholdet.

Kierkegaard siger, for at kunne hjælpe en anden, må man forstå mere end den anden, dog skal man først forstå det han forstår. Sundhedsplejersken kan i mødet med pigen anvende indirekte meddelelse og bruge vendinger som ”lad os antage...”, ”forestil dig...” eller ”prøv at tænke dig...”. Herved får pigen mulighed for at sige sin egen mening og føre samtalen hen til noget genkendeligt og fælles. Sagt med andre ord startes en refleksion.

5.5 Antonovsky

Til analyse af menneskers mestringsevne bruger Antonovsky sit begreb *Sence of Coherence*, som på dansk er oversat til oplevelse af sammenhæng. Vi vil i det følgende bruge forkortelsen OAS.(Antonovsky, 2000, s. 34). Begrebet har han udviklet efter undersøgelser af KZ-overlever og andre, der har klaret utrolige ting. Han mener, at disse overlever ser en særlig mening med tingene, Det påvises, at evnen til at overleve, afhænger af OAS. Det vil sige, den måde, den enkelte oplever sit liv og verden på. Antonovsky opdeler OAS i tre komponenter: *Begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed*.

Begribelighed: Overordnet handler det om, hvordan man opfatter sine omgivelser og forstår dem. At de stimuli, man møder, er forudsigelige og således ikke kommer som en overraskelse. De kan passes ind i sammenhængen og kan forklares. Man oplever en indre sammenhæng, og virkeligheden opleves overskuelig og forståelig.

Håndterbarhed: Man har fornemmelsen af handlekraft, da man i reglen råder over de ressourcer, der er brug for, for at klare de krav, der stilles. Ressourcer kan både være egne, ægtefælle, ven, kollega, Gud osv. Dette begreb er afhængig af belastningsbalance (Ibid. s. 108).

Meningsfuldhed: Det er den værdimæssige dimension. Overordnet betragter man livet, som en investering værd. Man beslutter sig for at finde mening i det, der måtte være svært. Det motiverende element er vores mulighed for medbestemmelse.

Forudsigelighed, belastningsbalance og delagtighed påvirkes gennem læreprocesser hele livet og er dermed bestemmende for et menneskes OAS. Antonovsky lægger vægt på, at styrken af OAS bevæger sig på et kontinuum mellem høj og lav, og er afhængig af kombinationen af de tre elementer (Ibid. s. 38). OAS opbygges hos børn gennem den måde, de har oplevet at blive mødt på, og deres respons fra omsorgspersonerne. Antonovsky mener, at det er i starten af voksenlivet, at OAS kan styrkes. Som voksen er OAS stabil (Ibid. s. 123-143).

Kriser, konflikter og spændinger er en del af livet. Han betegner disse fænomener som stressorer, der defineres som følger: "Krav, der ikke er nogen umiddelbar eller adaptiv respons på" (ibid, s. 46). Budskabet til hjernen er: "Du har et problem", hvorefter der opstår en spænding, der kan udløses såvel af noget positivt som noget negativt.

Kendetegnene for en person med stærk OAS er, at vedkommende har tillid til, at der er ressourcer til rådighed til at håndtere situationen. Personen definerer problemet og vælger en egnet mestringsstrategi. Det, som lige nu virker forvirrende, bliver begribeligt, og derved vokser personen med opgaven. Vedkommende vil i højere grad være bevidst om sine følelser og være i stand til at beskrive dem (Ibid. S. 165).

Den OAS svage person ser kun det byrdefulde aspekt i en stressfaktor. Følelserne bliver diffuse og lammende, kaos bliver uundgåelig, og personen opgiver således på forhånd ethvert forsøg på at gøre stressfaktoren forståelig. Følelser som forvirring, forladthed, fortvivlelse, skam, raseri og angst vil dominere. Man vil være tilbøjelig til at skyde skylden på eksterne årsager.

Det afgørende spørgsmål er ikke hvilke mestringsstrategier man anvender, men hvor mange man har med i sin bagage, og hvor fleksibelt strategierne kan anvendes (Ibid. S 157).

5.6 Analyse - Antonovsky

I det følgende afsnit vil vi sætte fokus på pigernes mestringssevne. Antonovsky skriver, at det at mestre en stressfaktor, er afhængig af ens oplevelse af sammenhæng. Sundhedsplejerskens opgave, ifølge Antonovsky, bliver nu at afdække pigens OAS. Med det formål at medvirke til at formidle viden til pigen, give hende handlekompetence og lyst til at engagere sig i sit problem.

Håndterbarhed handler, ifølge Antonovsky, om fornemmelse af handlekraft og tilstrækkelige ressourcer. De personer, der gemmer sig bag statistikkerne for cutting, har det til fælles, at de tvivler på, om de har ressourcer til at klare de krav, som livet stiller dem. En stor del har været udsat for omsorgssvigt. Mange har ingen erfaring med, at de nærmeste omkring dem, er i stand til at hjælpe dem med at rumme de svære følelser, og de har behov for støtte. Det indre psykiske uvejr får pigen til at skære sig. Spændingen kan udløses fx ved synet af blodet, der løber ned af armen, og dette giver pigen en midlertidig og kortvarig følelse af håndterbarhed. Antonovsky siger, at stressfaktoren mindskes, når man selv har fornemmelse af handlekraft og har tilstrækkelige ressourcer til at klare de krav, man bliver stillet overfor. Men han taler også om at en passende belastningsbalance er afgørende for om mestringsstrategien hæver eller sænker OAS. Mange piger beskriver, at de umiddelbart opnår en følelse af lettelse, der dog hurtigt bliver efterfulgt af en følelse af skam og uduelighed. På den måde fortsætter den selvdestruktive cirkel.

Udviklingspsykologisk forekommer der en usikkerhed i ungdomsårene. De unge efterspørger begribelighed og stiller sig spørgsmålet "Hvem er jeg?". Sideløbende brydes traditioner og mange familier er løst organiseret. Pigerne er i både fysisk og psykisk udvikling. Samtidig er

der uskrevne forventninger om, at de skal præstere noget og ligne en succes. Antonovsky taler om, at begribelighed handler om, at virkeligheden opleves overskuelig og forståelig. Dette står i skarp kontrast til de sårbare pigers virkelighed, hvor mange beskriver et følelsesmæssigt kaos. Evnen til at neutralisere og differentiere følelser er stort set fraværende hos disse piger.

Meningsfuldheden er, ifølge Antonovsky, måske den vigtigste af de tre elementer, hvor man betragter livet som en investering værd. Piger med svag OAS giver kun sjældent udtryk for, at noget har særlig betydning for dem. Piger, der skærer sig selv er ofte voldsomt selvkritiske, har et enormt selvhad og føler behov for at straffe sig selv. Selvhadet ligger latent og kan udløses af pigens kritiske blik på sig selv, hvis hun begår en fejl, eller hvis hun føler sig svigtet eller forladt.

Mange af de piger, der skærer sig, har svært ved at mærke sig selv og sidder med en følelse af at forsvinde. Når pigens skærer sig, forsøger hun at opnå en følelse af meningsfuldhed.

Smerten gør, at hun føler sig i live.

Undersøgelser viser, at familien og venskaber er de værdier, som pigerne tillægger størst meningsfuldhed i visionen om det gode liv, men de har svært ved at få øje på nogen, der kan hjælpe dem. Pigerne efterspørger fortrolige samtalepartnere, der kan hjælpe og støtte dem til at mestre de vanskeligheder, de står med i dagligdagen. Deres medbestemmelse kan, ifølge Antonovsky, være et motiverende element i forhold til at opleve meningsfuldhed.

6 Sammenfatning

Udfra analysens fund tegner der sig foreløbigt et billede af, at piger der skærer sig selv, har et lavt OAS. Endvidere er sundhedsplejerskens møde med pigerne og samtalens udvikling afgørende for det videre forløb. Samtidig er det vigtigt, at sundhedsplejersken er opmærksom på at møde pigerne lige nøjagtig dér hvor de er.

Vi vil i det følgende diskutere teorierne op mod hinanden for at kunne udarbejde den endelige konklusion.

7 Diskussion

Problemformuleringen går på, **hvordan kan sundhedsplejersken møde og støtte de 13-16 årige piger, der skærer sig selv, så de bedre kan mestre sårbarheden?** Teorien er udviklingspsykologi for de 13-16 årige piger, der fortæller om den normale psykologiske udvikling. Efterfølgende har vi brugt Kari Martinsens teori om tillid, mod og samtalen og slutteligt Antonovskys teori om oplevelsen af sammenhæng. I forhold til vores empiri om cutting har teorien belyst vores viden om problemets kompleksitet og givet os handlemuligheder i mødet med piger, der bruger cutting, som en måde at overleve på.

I forhold til den normale psykologiske udvikling har vi reflekteret over, at der er mange piger der har udviklings- og identitets problemer. Dette gør dem sårbare, men samtidig er det en del af den naturlige udvikling. Grænsen mellem det naturlige og det unaturlige er hårfin. Ved at inddrage Antonovskys mestringsbegreber, kan det diskuteres, om ikke det er naturligt at have en lavere OAS i den omstillingsproces, som de 13-16 årige piger gennemlever i puberteten? Bevidstheden om at cutting findes og i så udbredt grad gør, at vi uundgåeligt vil møde pigerne i vores praksis – hvis vi tør møde dem, spørge til den unges følelser og høre svaret? Hvis sundhedsplejersken ikke bryder sig om, det hun hører i samtalen og ikke følelsesmæssigt kan involvere sig, kan hun så møde pigen, der skærer sig? Hvis der i mødet findes en objektivtivering sted, kan pigens situation så forværres?

Når Kari Martinsen taler om tre-leddet relation, er sagen det fælles tredje. Her tænker vi, at sagen er pigen og ikke såret. Omformuleret til empirien om cutting kan man sige: ”Det er ikke kniven, der er pigens fjende”. Det er pigens indre smerte, der er sagens kerne. Tør den voksne ikke høre svaret, lades den unge i stikken – endnu mere ensom end før. Det bekræfter pigerne i, at ingen i hele verden er i stand til at hjælpe dem. Følelsen af ubegribelighed, uhåndterbarhed og manglende meningsfuldhed fastholder pigerne i sårbarheden.

Jævnfør Kari Martinsen så har hver enkelt pige sin egen historie, der på sin måde er singulær og typisk. Udviklingsteorien bekræfter at pigerne er individuelle, men de gennemgår en generel udvikling, hvor de spejler sig i både jævnaldrende og voksne. Dette fordrer, ifølge Kierkegaard, at al hjælpekunst består i at sundhedsplejersken møder pigen lige nøjagtig dér, hvor hun er på det pågældende tidspunkt og starter dér.

I mødet med pigen kan vi indlede samtalen med smalltalk. Vi mener, at hvis vi investerer tid i pigen, signalerer vi, at hun har værdi. Dette skaber tillid og fortrolighed og kan åbne muligheden for, at pigen tør give udtryk for tanker eller handlinger om at skade sig selv. Tillid er grundlæggende ifølge Kari Martinsen. Omvendt kan man stille spørgsmålstejn ved, om pigerne møder sundhedsplejersken med tillid? Gennem vores analyse har vi erfaret, at mange piger, der skader sig selv, har mødt svigt, så tilliden er blevet brudt. Det er i overensstemmelse med Antonovskys teori om udvikling af lav OAS.

Samtalen er et vovestykke for både pigen og sundhedsplejersken. En god samtale kan ikke bestilles. Ser vi på udviklingspsykologien, har den unge behov for fortrolige voksne, som kan rumme den unges følelser. Her kan sundhedsplejersken bruge den indirekte meddelelse som redskab til at starte en refleksion eller en bevidstgørelse hos pigen, så hun kan sætte ord på sin sårbarhed.

Ifølge Antonovsky er det muligt for sundhedsplejersken at styrke pigens OAS, da den først som er stabil som voksen. Alle 3 komponenter i OAS – begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed er i spil i forhold til den unge piges naturlige udvikling. Vi mener, at sundhedsplejersken kan anvende Antonovskys teori i sundhedssamtalen, hvor hun afdækker pigernes oplevelse af sammenhæng. Denne viden kan blive sundhedsplejersken udgangspunkt, når hun fra udviklingspsykologien ved, at mange piger får vanskeligheder og sværere ved at håndtere negative følelser. Følelser og vanskeligheder, de ikke tidligere har været bekendte med. De får svært ved at tænke fornuftigt og logisk. Her kan hun hjælpe med at skabe begribelighed, ved at få pigen til at fortælle om sin virkelighed. Vi mener, at sundhedsplejersken kan stille spørgsmål, som skaber en tilpas forstyrrelse, introducere en forskel eller idé med henblik på at give pigen handlekompetence og lyst til at engagere sig i sit problem.

Håndterbarheden støttes ved at sundhedsplejersken tager udgangspunkt i de ressourcer, som pigen i forvejen har, så hun kan føle, der er noget, hun magter. Det at føle, der er noget hun magter, kan igen give meningsfuldhed og dermed livet som noget, der er værd at investere i. Herved kan sundhedsplejersken desuden finde frem til, om det drejer sig om naturlig psykologisk udvikling eller mere komplekse problemstillinger. Efter at have læst Antonovsky,

er vi bevidste om, at en grundlæggende svag OAS er svær at ændre, men ved at arbejde sundhedsfremmende, kan den styrkes.

Det er tankevækkende, at piger der skærer sig, virkelig forsøger at mestre sårbarheden, men de vælger en uhensigtsmæssigt mestringsstrategi. Dette fastholder dem i den selvdestruktive adfærd.

8 Konklusion

For at søge svar på vores problemformulering **Hvordan kan sundhedsplejersken møde og støtte de 13-16 årige piger, der skærer sig selv, så de bedre kan mestre sårbarheden?** har vi gennem vores analyse fundet frem til følgende.

Vi har fået viden og indsigt i de 13-16 årige pigers normale psykologiske udvikling. Dette betyder, at vi i mødet er bevidste om, hvor sårbare de egentligt er, velvidende at den unge selv ikke umiddelbart giver udtryk for dette, men i stedet forsøger de at udstråle en succes.

Vi kan konkludere, at mødet med en pige, der skader sig kræver viden, mod og tillid. I selve mødet er det vigtigt, at sundhedsplejersken er nærværende uden at være anmassende og kan indlede samtalen med almindelige og hverdagsagtige ting. Herved finder sundhedsplejersken og pigens hinandens tone i fagsamtalen.

I mødet mødes to eksperter, der skal finde fælles sag. Hvis mødet skal lykkes, kræves det, at både pigens og sundhedsplejerskens skal være åbne og udvise hinanden tillid. De har begge mulighed for at vælge og fravælge samtalen. Samtalen er et vovestykke og sundhedsplejersken skal forholde sig til pigens fortælling, for at kunne give hende handlekompetence til at mestre sårbarheden.

Via analysen kan vi konkludere, at piger der skærer sig selv, har udviklet en lav OAS. I samtalen skal vi møde pigens, hvor hun er i sit følelsesmæssige kaos og støtte hende i at skabe orden og dermed begribelighed. For at styrke OAS skal pigens hjælpes til at finde indre og ydre ressourcer i form af netværk. Dette medfører en fornemmelse af handlekraft og dermed styrkelse af håndterbarheden. I mødet kan vi via den indirekte meddelelse, påbegynde en refleksion hos den unge pige, der gerne skal føre frem til en indre motivation til at se meningsfuldheden i deres liv. Ud fra den udviklingspsykologiske teori dannes identiteten i samspil med andre, hvor nærhed og venskab er meget vigtig. Specielt er der behov for

åbenhed og fortrolighed, én som kan rumme ens følelser. Mange af de sårbare unge mangler fortrolige samtalepartnere og føler sig ensomme eller forladte.

9 Perspektivering

Med udgangspunkt i vores konklusion vil vi nu relatere opgavens fund til sundhedsplejerskens praksis. Vi vil skitsere samfunds-, gruppe- og individniveau, og har valgt at gå i dybden med individniveau. Vi vil på individniveau forholde os til, hvordan sundhedsplejersken kan handle, når hun skal møde og støtte en pige som skærer sig, så hun kan mestre sårbarheden.

9.1 Samfundsniveau

Vi har i gruppen diskuteret, hvad det er for et samfund, som udvikler så mange selvskadende piger. Det billede, der ofte fremhæves i medierne om vores postmoderne samfund, er samfundsforandringen og opvækstvilkårene. I dag findes næsten ikke reel fattigdom, men risikoperspektivet i dag har skiftet karakter. Mange sociologer (Per Schultz Jørgensen s.403-419) taler om risikoen for at miste tilknytningen til betydningsfulde nære kontakter. Det er resultatet af den frihed, det giver, at verden står åben. Den enkelte skal i højere grad, end tidligere skabe sin egen sammenhæng og identitet. Den normale psykologiske udvikling får vanskeligere vilkår. Når det personlige identitetsarbejde er et grundvilkår, så er det særdeles vigtigt at fastholde et godt socialt netværk, da de personlige bånd bliver altafgørende, for en stabil sammenhængende personlighed og dermed en stærk OAS. (ibid 404) Når netværket ikke fungerer, medfører det en betydelig udsathed og sårbarhed som vi fra konklusionen har fundet ud af pigerne har. Svækkelse af den indre sammenhæng i familien/familiebånd som loyalitet, forpligtethed og følelsesmæssigt nærhed, kan få alvorlige konsekvenser for den sociale arv. Vi tænker på, hvilke konsekvenser det får, når en pige som skærer sig, selv bliver mor. Sundhedsplejersken har en forebyggende og sundhedsfremmende opgave her. Både når hun møder hende i skolen, og som mor og på hvordan den tidlige indsats skal iværksættes.

Ud fra en sundhedsplejerskes perspektiv starter sundhedsfremme allerede med den tidlige indsats i graviditeten. Det afgørende er, at forældrene opbygger en basal tillid og kontakt til

barnet. Et godt opbygget selvværd hos barnet, giver en god oplevelse af sammenhæng og bidrager til at kunne mestre livets udfordringer. Kontakten skal bevares igennem hele opvæksten, og selvom teenageren tilsyneladende lever sit eget liv, har de forsat et stort behov for at opleve meningsfuld kontakt med deres forældre.

Dette leder hen til et samfundsmæssigt perspektiv, hvor politikerne i deres regeringsgrundlag i 2007, fremsatte lovforslag om tidlig indsats. Målet med indsatsen er at styrke de personlige ressourcer hos børn og unge, der er udsatte eller i risiko for at blive udsatte, samt deres forældre. Bag denne indsats er der afsat økonomiske midler til at undersøge hjælpen til de mest udsatte og identificere de mest egnede metoder til at afhjælpe deres behov. Vi ser det, som en nødvendighed at sundhedsplejerskernes forebyggende arbejde på skoler og i småbørnsfamilier opprioriteres. Vi kunne forestille os en vægtning af flere sundhedssamtaler på skolen til de sårbare unge. Ligeledes midler til at bevidstgøre forældre om nødvendigheden af god kontakt til børnene gennem hele opvæksten.

Vi ved fra indledningen, at der er mange myter om selvskade. Disse myter forvirrer og medfører at de unge kan misforstås. Dermed er der risiko for, at de ikke bliver mødt på det rette grundlag. Vi kan som sundhedsplejersker med vores faglige viden, være mere åbne og oplysende omkring selvskadende adfærd.

9.2 Gruppeniveau

Sundhedsplejerskegruppen må diskutere sig frem til, hvilken sundhedspleje de ønsker at udføre, og kan få ressourcer til. Sundhedsplejersken må gøre sig overvejelser, om deres normalitetsbegreb og viden er tilstrækkelig i *mødet* med pigen som skærer sig selv. Ved hjælp af diskussionerne kan sundhedsplejersken blive fagligt funderet med et personligt præg, og ikke omvendt.

Imens vi har arbejdet med denne emneopgave, er der åbnet en ny hjemmeside www.selvskade.dk.

Selvskade.dk, som flere steder henviser til sundhedsplejersken, som en person hvor man kan få hjælp. Det fortæller os, at der er et højaktuelt behov for, at sundhedsplejersken er faglig ajourført og parat til at møde pigerne.

Vi kan i sundhedssamtalen med 7.- 9. klasse bevidst komme ind på emnet, og derved afdække om de unge har erfaring med fænomenet. Hvis vi udviser en åbenhed og rummelighed overfor de unge, forestiller vi os, at de bedre kan og tør sætte ord på de svære følelser.

Vi er blevet oplyst om, at mange skolelærere er vidende om deres elevers tanker om at skade sig selv. Det vil derfor være nærliggende at diskutere fænomenet cutting med lærerne. Samarbejdet kan med fordel udbygges, da de har stort kendskab til hvilke piger, der er sårbare.

Vi vil vise, at vi kender til fænomenet og tør tale om det. Vi forestiller os, at vi som sundhedsplejerske på skolen tager initiativ til at deltage ved et lærermøde. Her kunne vi tage emnet cutting op og være vidensformidler og konsulent for lærerne. Samtidig kan vi medvirke til, at skolerne arbejder på at skabe et miljø, hvor eleverne føler sig trygge, accepterede, samtidig med at de mærker opbakning. På de danske skoler kunne sundhedsplejersken med sit fokus på det sundhedsfremmende arbejde, med fordel virke som igangsætter og katalysator i sådanne processer.

Vi kan se en fordel i, at sundhedsplejerske-området bliver opdelt i småbørns og skolebørnsordninger set i forhold til netop piger der skærer sig. Det vil være optimalt, at sundhedsplejersken har sit daglige arbejde på skolen, da problemet er meget komplekst. Når skolearbejdet vægtes selvstændig, kan kvaliteten i mødet med pigen optimeres, ved at sundhedsplejersken får erfaring, forståelse, indsigt og klogskab. Dette ville være medvirkende til, at sundhedsplejerskens opgaver på skolen bliver mere synlige. Der vil være flere ressourcer frigivet, både til den individuelle samtale og til gruppe samtaler.

I forhold til at skabe refleksion hos pigerne, kan vi se en god mulighed i at samle sårbare piger i en gruppe. Formålet kunne være, at hjælpe pigerne til større forståelse af egne og andres følelsesmæssige udsving. Alternativt kan sundhedsplejersken stille sig åben overfor bestående projekter. Center for Selvmordsforskning kører i øjeblikket et forskningsbaseret forebyggelsesprojekt ”Travellers”, hvis grundtema er rettet mod, at de unge (under 18 år) skal lære at håndtere negative livs hændelser og fortsætte livet med troen på, at de kan mestre udfordringer og vanskeligheder. Rejsemetaforen - livet er en rejse – er neutral og giver associationer til oplevelse, erfaringer, nye udfordringer og visioner. I alt 8 gange mødes 6-10 unge á 60-90 minutters varighed. (www.selvmordsforskning.dk). Møderne forgår i skoletiden og ledes af to uddannede travellers-vejledere.

9.3 Individniveau

Vi tror på, at fremtidens sundhedsplejerske kan være den, som påtager sig rollen som fortrolig samtalepartner. Den enkelte sundhedsplejerske må være sine egne holdninger bevidst.

Som sundhedsplejersker er vi etisk forpligtet til at være faglig ajourførte. Vi skal have viden om fænomenet cutting og være faglig klædt på til at møde pigen, der skærer sig. Vi ved, at den enkelte behandlers skøn ofte forstyrres af stærke følelsesmæssige reaktioner overfor de selvskadende unge, og at faste procedurer for behandling giver de bedste resultater. Vi skal have kendskab til forskellige metoder og være kritiske i brugen heraf.

Ved valg af metoder tages afsæt i bestemt teori, relevant sundheds viden og den konkrete situation. Iflg. Antonovsky er meningsfuldhed det vigtigste element for at opleve sammenhæng, også netop som det motiverende element. En relevant metode for at kunne støtte de unge piger, kunne derfor være den motiverende samtale, eller ”Du bestemmer” metoden, hvor sundhedsplejersken stiller sig til rådighed som samtalepartner og fungerer som katalysator for vurderinger og beslutninger.

I vores litteratursøgning om fænomenet cutting, er vi imidlertid også stødt på en metode, der netop er tænkt som en vejledning eller arbejdsbog for professionelle, pårørende og mennesker med selvskadende adfærd. Forfatteren Mike Smith er englænder, psykiatrisk sygeplejerske, bachelor of Science, Master of Arts og har en Ph.D. i sammenhæng mellem traumer og psykoser. Mike Smiths bog ”Fra offer til sejrherre” er en arbejdsmetode, som vi finder inspirerende i mødet med pigen, der har skåret sig. Vi har valgt Mike Smiths metode ud som et eksempel på, hvordan vi kan støtte pigen og få uddybet hvordan vi kan handle.

Arbejdsmetoden bygger på teorien om begrebet ”recovery”, der dækker over den opfattelse, at det er muligt at komme sig efter en psykisk sygdom. I vores virke som sundhedsplejersker, tænker vi, at vi kan bruge principperne i en snak med den pige, der sidder overfor os i en sundhedssamtale. Overordnet handler det om, at få pigen til at tage ejerskab for eget liv og proces, men med støtte fra sidelinjen.

Principperne er følgende:

1. Identificer den selvskadende adfærd. Bed pigen skrive sin livshistorie. Herefter hendes mål, ønsker og uddybende forklaring på den selvskadende adfærd: Hvornår, hvordan, hvorfor, hvor ofte? Pigen bliver blandt andet bedt om at tegne sine synlige og usynlige skader på kroppen.

2. Undersøg den selvskadende adfærd. Der spørges til følelser før, under og efter den selvskadende adfærd. Samtidig spørges til omgivelseres reaktioner og eventuelle ressourcepersoner.
3. Forstå den selvskadende adfærd. Formidl viden om psykologiske forklaringer på cutting. Forsøg at sætte pigens livshistorie og egen opfattelse af situationen i sammenhæng. Dette har til formål, at få pigens til at komme til afklaring i forhold om hun ønsker at komme videre – og i så fald hvordan.
4. Lær at acceptere og leve med selvskadende adfærd. Dette handler om, at udvikle strategier for, hvordan pigens kan få kontrol over sin situation.

Som supplement til ovenstående foreslår Bo Møhl (2006) at instruere pigens i teknikker, hun kan bruge til at distrahere sig selv eller til at udholde ubehagelige følelser – et slags krisekort. For eksempel spille computer, høre musik, male, tegne, ringe til en ven, løbe en tur. Dette må være ud fra pigens egne forslag, hvad der kunne være godt for hende. Det er vigtigt at krisekortet bliver opdateret og evalueret hver gang, det bliver brugt. I den svære proces at ændre mestringsstrategi, kan det være nødvendigt at introducere noget, der minder om cutting, for eksempel elastikker om håndleddet, som kan aktiveres, når hun har behov for at mærke sig selv.

Vi har tidligere nævnt, at der ligger en opgave i at finde motivationen hos disse piger. Her er vi blevet bekendt med endnu en metode: KAIZEN, et japansk ledelsesprincip, der er introduceret i USA af Robert Maurer, ph.D og professor (Maurer, 2004). Overordnet handler det om :

- At stille små spørgsmål
- At tænke småt
- At tage små skridt
- At løse små problemer

Teorien bygger på antagelsen, at alle forandringer både positive og negative er skræmmende for os mennesker og fremkalder angst. Når dette sker, vækker vi den del af hjernen (amygdala), der styrer vores kamp/flugt reaktion. Kroppen gøres klar til handling, når man er i

overhængende fare. Samtidig nedtones den rationelle og kreative tænkning. Dette er et godt redskab, hvis du møder en løve på savannen. Men samme reaktion udløses hver gang vi afviger fra vore normale rutiner. Evnen til at træffe fornuftige beslutninger blokeres, kreativiteten undertrykkes, og vi bliver handlingslammede. Via ”små skridt” lister vi os forbi angsten og undgår at vække amygdala.

Denne teori ser vi som en nyttig viden, når vi møder disse piger, der står overfor at skulle vælge nye mestringsstrategier. Vi er også bevidste om, at vi måske reelt kun kan gå små skridt og at det tager tid. En forandring skal ske ret hurtig i pigens situation. Ellers skal vi være bevidste om, at egen læge eller pædagogisk-psykologisk rådgivning skal involveres efter aftale med pigen og hendes familie. Dette jævnfør *Forebyggende sundhedsydelser til børn og unge: Anbefalinger, 2007*.

Sundhedsplejersken er ansvarlig for mødet med pigen, der skærer sig. Det er vigtigt, at sundhedsplejersken har mulighed for at hente faglig og personlig støtte. Det kunne være en mentorordning sammen med en erfaren sundhedsplejerske. Vi foreslår møder, der kunne være skemalagt til opfølgning og tvivlspørgsmål. Et møde med en pige, der skærer sig kan følelsesmæssigt være svær for en sundhedsplejerske, og her kunne en mentorordning være god sparring og inspiration. Supervision skal også prioriteres højt, da det er vigtig for faglig udvikling og for at forebygge udbrændthed.

10 Referenceliste

Antonovsky, Aaron (2000) Helbredets mysterium. København. Hans Reitzel.

Balch, Henrik (2006) Selvskadende adfærd er selvbevarende adfærd, Sygeplejersken Online, nr.20. Internetdokument. <http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/default.asp?intArticleID=14372&menu=195009>

Bradsted, Ninette Zacho (2007) Stadig flere unge skader sig. I Ugeskrift for læger. 169(7):622. Internetdokument. http://www.ugeskriftet.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/UGESKRIFT_FOR_LAEGER/TIDLIGERE_NUMRE/2007/UFL_EKCMA_2007_7/UFL_EKCMA_2007_7_51627

Dansk Sygeplejeråds Kongres (2004) Sygeplejeetiske retningslinjer. Internetdokument. http://www.dsr.dk/msite/text.asp?id=45&TextID=4650#_ftn1

Hansen, Eva Kjer(2007) Tale ved Socialpolitisk Årsmøde 2007. Internetdokument. http://www.social.dk/Modernisering/2007_socialpolitisk_aarsmoede/index.aspx?id=749339a0-a517-4536-87c8-31c661bd2504

Hwang, Philip og Nilsson, Bjørn ((1999) Udviklingens psykologi: fra spædbarn til voksen (1. udg.) København. Gad.

Jørgensen, Per Schultz (1999) Barnet i risikofamilien. I Dencik, Lars og Jørgensen, Per Schultz (red) Børn og familier i det postmoderne samfund. (1.udg.). København. Hans Reitzel.

Jørsum, Morten (2006) Selvskade blandt unge piger. FaktaLink, Online; Mediefabrikken/Dagbladet Information 16 februar 2006. s 1-14. Internetdokument. <http://www.faktalink.dk/publish.php?linknavn=skad>

Lyng, Anna og Linde Majbritt (2007) Når det skærer i hjertet (1. udg.) Ballerup. Ungdomskultur.

Martinsen, Kari (2006) Samtalen, skønnet og evidensen. (1. udg.). København. Gad.

Massachusetts Department of Education: 2003 Youth Risk Behaviour Survey Results. 2004. Internetdokument. www.doe.mass.edu/cnp/hprograms/yrbs/03/results.pdf

Massachusetts Department of Education: 2005 Youth Risk Behaviour Survey Results. 2006. Internetdokument. www.doe.mass.edu/cnp/hprograms/yrbs/05/default.html

Maurer, Robert (2004) KAIZEN – et lille skridt kan ændre dit liv(1. udg.) Valby. Borgen.

Møhl, Bo (2006) At skære smerten bort (1. udg.) København. PsykiatriFonden.

Pedersen, Kim Møller (2007) Cutting - Om unge og selvskadende adfærd . Odense. Ungdoms Tema.

Socialministeriet (2005) Hvad må du sige. København, Socialministeriet. Internetdokument. <http://www.social.dk/global/udgivelser/Publikationsdatabase/SM/SM05/unge.html>

Smith, Mike (2005) Selvskadende adfærd – fra offer til sejrherre (1. udg.) Søborg. Psykovoision.

Sundhedsstyrelsen (2007) forebyggende sundhedsydelse til børn og unge – anbefalinger. København. Sundhedsstyrelsen.

Søndergaard, Per Straarup (2007) Når livet gør ondt – om selvskadende adfærd blandt unge. Vejle. Krogh.

Zøllner, L. (2002) Unges (mis)trivsel.(1.udg.). Odense. Center for Selvmordsforskning.

Zøllner, Lilian (2007) Når unge skader sig selv. (1. udg.) København. Komiteen for Sundhedsoplysning.

Sekundær referenceliste

Hart, Susan (2006) Hjerne, samhørighed, personlighed: Introduktion til neuroaffektiv udvikling (1. udg.) København. Hans Reitzel.

Kaspersen, Lars Bo (2007) Anthony Giddens. I Andersen, Heine og Kaspersen, Lars Bo (red) Klassisk og moderne samfundsteori. (4. udg.) København. Hans Reitzel.

Knudsen, Ann E.(2007) Seje drenge og superseje piger (1. udg.) København. Schønberg.

Nordahl, Bertill og Zlotnik, Gideon (2004) De stakkels piger – Om livet i overhalingsbanen (1. udg.) København. Nielsens.

Zøllner, Lilian (2002) Definitioner på selvmordsadfærd og selvskade. Faktaserien nr. 1. Odense. Center for selvmordforskning.

Zøllner, Lilian (2006) Centrale begreber indenfor selvskadende adfærd (1.udg.) Faktaserien nr. 21. Odense. Center for selvmordforskning.

11 Bilagsliste

11.1 Hjemmesider, chatrooms og telefonrådgivning

Livslinien, telefon 70 201 201, www.livslinen.dk. Livslinien er en telefonrådgivning for bl.a. unge med selvmordstanker. Åbent hver dag kl. 11-23.

Børns vilkår, telefon 35 55 55 55, www.bornsvilkår.dk. Børn og unge kan ringe til børnetelefonen mandag-fredag kl. 12-21 og fredag kl. 12-19.

Børns Vilkårs forældretelefon, telefon 35 55 55 57, www.bornsvilkaar.dk. Forældre kan ringe mandag til fredag kl. 12-21 og fredag kl. 12-19.

Rådgivning Unge & sorg, telefon 70 209 903, www.ungeogsorg.dk. Unge mellem 16-28 år (og forældre og kærester) kan ringe og få råd i forbindelse med alvorlig fysisk sygdom, selvmord eller ulykke, mandag-torsdag kl. 17-21.

Depressionslinien, telefon 33 12 47 74. Tilbud, hvor man kan tale med en rådgiver fra Depressionsforeningen om depression. Tilbuddet gælder alle.

TVÆRS-telefonrådgivning, telefon 33 32 66 22. Unge kan ringe til TVÆRS hver søndag aften kl. 19-21.30.

Girltalk, www.girltalk.dk. Henvender sig til piger mellem 12-24 år. Mulighed for chat og rådgivning

Faktalink, www.faktalink.dk. Et elektronisk tidsskrift med grundig introduktion til forskellige emner eks. Selvskadende adfærd.

Netdoktor, www.netdoktor.dk. Om alkohol, misbrug og stoffer. Direkte rettet mod unge.

Sikkerchat. www.sikkerchat.dk. Råd og information til både børn, unge og forældre.

Ung-bladet, www.ung-bladet.dk. Mange debatter om forskellige ungdomsproblemer.

Ventilen, www.ventilen.dk. Mødested for ensomme unge.

www.selvskade.dk

www.spiseforstyrrelser.dk

www.vaelglivet.dk