

Akuttsamtalar med unge som har skada seg sjølv

- Ei krise er ein sjanse til å gripa livet

Arne Olav L. Hageberg

Journalist og nettansvarleg i Psykologtidsskriftet

Helge Skodvin

Den verdskjende konsertpianisten Arthur Rubinstein var over 90 år før han fortalde om sjølvmondsforsøket sitt. Denne opplevinga i ungdomsåra gav han syn for at livet kanskje var verdt å leva, trass i alt.

Når mørket frister
Thomas Joiner
Kim Larsen
Nicholas Carr

Sidan gledde han hundretusenvis av menneske med kunsten sin. Men eit sjølvmondsforsøk måtte altså til for at Rubinstein skulle koma dit.

- Sjølvmondsforsøket er eit traume for pasienten. Dette må vi bearbeida. Å gjera det er ikkje risikovurdering, det er terapi

- Ei krise er ein sjanse til å gripa livet, konkluderer Nicholas Carr, som til dagleg arbeider med å vurdere risikoen for sjølvmond hos born og unge som kjem til behandling. Han gjev òg behandling som siktar mot å hjelpa unge vekk frå ein livssituasjon der sjølvmond og sjølvskading opplevest som adekvate meistringsstrategiar. Og som om ikkje dette var nok: Han forskar på kva følgjer eit sjølvmond har på behandlarane som hadde ansvar for den som tok sitt eige liv. Kvifor denne interessa for sjølvmond – som fenomen, symptom og handling?

Augneopnar

- Det var den kliniske erfaringa som leidde meg inn i nyfikenheita, svarar han.

I 1996 blei Nicholas Carr som første psykolog tilsett ved Haukeland sjukehus i Bergen for å jobba med konsultasjonar og vurdering av sjølvmondsfare hos pasientar ved medisinske avdelingar. Arbeidssituasjonen viste seg å bli svært travel, gjerne med opp til tre vurderingar av risiko for sjølvmond per dag.

- Det var ei umenneskeleg belastning over tid, seier han i dag, og fortel om eit stort behov for å ta tak i eigne reaksjonar og reflektera over pasientane etterpå. Men som einaste psykolog i eit travelt medisinsk miljø fekk han minimalt med kollegastøtte. Den måtte han henta eksternt. Midt i alt skulle likevel denne tøffe arbeidserfaringa visa seg å bli retningsgjevande for Nicholas Carr. For han såg sjukepleiarar som var slitne, men som likevel gjorde ein utmerkt jobb i møte med desse pasientane, og han såg legar som var skremmande uinteresserte i mennesket bak skadane.

– Det blei ein augneopnar for meg. Eg såg kor stor forskjell det var på korleis det medisinske personellet meistra det å møte pasientar som hadde sjølvskada seg eller gjort forsøk på å ta livet sitt.

Dette tente nysgjerrigheita hans for korleis behandlarar blir påverka av den nære kontakten med personar som forsøker å ta livet sitt eller på anna vis skadar seg sjølve. Resultat frå forskinga til Carr og kollegar publisert dei seinare åra tyder på at det å mista ein pasient kan påverka psykologen sin sensitivitet og opplevinga av meistring.

– Eg reduserte stillinga etter to år, fordi det var lurt, kommenterer han lakonisk.

Dels var belastinga i den nokså kaotiske jobben stor, men dels var dette også tida for igangsettinga av Statens helsetilsyn sin Handlingsplan mot sjølv-mord. Her fekk Nicholas Carr ei 50 prosent stilling. No kunne han jobba vidare med tankane og problemstillingane som hadde utkrystallisert seg i åra ved Haukeland.



– Sjølv-mordsforsøket er eit traume for pasienten. Dette må vi bearbeida. Å gjera det er ikkje risikovurdering, det er terapi

For mange unge

Den nasjonale handlingsplanen mot sjølv mord blei vedteken av Stortinget i 1994. Statens helsetilsyn forvalta dei vel 40 millionar kronene som blei sett av til arbeidet, og arbeidet gjekk føre seg fram til 1999. Den overordna målsettinga for handlingsplanen var at helsetenesta skulle bidra til å redusera talet på sjølv mord i Noreg. Nicholas Carr var ein av rundt 40 prosjektmedarbeidarar som jobba med forskning og prosjekt knytt opp mot handlingsplanen. Vitskapsmannen i han vegrar seg mot å påstå ein årsakssamheng mellom handlingsplanen og det faktum at talet på sjølv mord i Noreg blei redusert med 25 prosent frå 1988 til 1998, men han seier at alle involverte likar å tru at det er ein samheng.

Sidan den tid har tala flata ut, med ein liten oppgang dei siste åra. Men sjølv mordstala for unge er mykje meir urovekkande, seier Carr.

– Dei har ikkje vist den same nedgangen. Unge står med andre ord for ein større del av den totale mengda sjølv mord i dag enn dei gjorde før Handlingsplanen. Tek vi mørketal og overdosar med i teljinga, blir bildet nedslåande.

– Mi tolking er at vi her ser resultatet av mangelen på målretta tiltak for unge, seier Nicholas Carr, som i dag jobbar ved Klinikk psykisk helsevern for barn og unge i Helse Bergen. Sjølv ikkje dei aller nyaste retningslinjene frå 2008 for behandling og førebygging ved sjølv mordsfare seier noko særskilt om dei under 21 år. Betyr det at dei som lagar retningslinjene, tenker at dei same tiltaka er effektive også for unge? spør Carr.

– Vi skreiv i høyringsrunden at det måtte differensierast mellom unge og vaksne. Det er svært skuffande at vi ikkje tilpassar helsevesenet til verken kjønn eller alder. Skal ein jobba med sjølv mordstruga unge, finn ein ikkje det ein treng i dagens retningslinjer, understrekar psykologen.

Fleire risikofaktorar

Vurderingar av sjølv mordsrisiko hos unge skil seg frå ei vaksenvurdering i det at unge både har fleire nivå av risikofaktorar, og fleire faktorar på kvart nivå. I all risikovurdering er det alminneleg å kartlegga rus, psykiatri og graden av beskyttelse. Men blant unge er det typisk med fleire relevante faktorar på gruppenivå. Det kan vera mobbing, familiekontekst, eller hendingar og endringar i ungdomskulturen, til dømes ruskulturen. Har den unge vore i kontakt med høgreekstreme eller andre særmerkte ideologiske grupper? Sjølv mordet kan opplevast som ei løysing for mange unge sinte menn, fortel Nicholas Carr.

– Unge gjev eit meir samansett bilde, og intensjonane deira kan vera svært uklare. Det er hovudgrunnen til at vi ofte ikkje får fanga dei opp før det er for seint, seier Carr. Han siterer Atle Dyregrov, som hevdar at det å jobba med unge stiller heilt særskilte krav til terapeuten.

– Dette krev ein annan klinisk stil. Korleis skal ein i det heile få ein relasjon? Korleis skal ein ivareta den? Det er rett og slett andre krav til kommunikasjon.

Og dette er sagt om det generelle kliniske arbeidet. Tar ein steget over i det akuttkliniske, blir bildet ytterlegare komplisert av eit høgt stressnivå og knappheit på tid.

Akuttsamtalen i eit nøtteskal

Kan henda for å koma tidspresset og stresset i forkjøpet har Nicholas Carr utvikla ein enkel og effektiv struktur for akuttsamtalen, som han gjerne deler med våre lesarar (sjå eigen boks side 169). Den er bygd på ting han har lese, kombinert med eiga klinisk erfaring frå nokre hundre slike samtalar. Carr har opplevd at metoden hans ligg godt i handa, som han seier. Dessutan er han oppteken av å tilby eit tydeleg alternativ til det han kallar «MADRS -legane»: Dei kjem til akuttsamtalen for å få svar på alle

spørsmåla i *Montgomery and Åsberg depression rating scale*, og scorar pasienten over en viss poengsum, får han antidepressive medisinar.

– Forskrekkeleg, seier Carr, som opplever at samtalestrukturen han bruker, er meir enn nok også for unge og urøynde terapeutar. Den gir ein peikepinn om kor samtalen skal starta og slutta, men fridomen til å hoppa litt og samtala naturleg innanfor dei enkle rammene skapar også ro i samtalen.

Eit viktig tilleggsprinsipp for Nicholas Carr er at ein så sant det er mogleg, alltid skal vera to behandlarar til stades i akuttvurderinga. For det første gjev det rutine. Akuttsamtalar er heldigvis nokså sjeldne for dei fleste, men det betyr òg at det er vanskeleg å bli god, fordi ein manglar mengdetrening. Går ein to på kvart tilfelle, har ein med ein gong dubla erfaringa. Dessutan kan ein spørja den andre: «Fekk du med deg kroppsspråket? Var det noko eg gløymte å spørja om?»

For det andre er det ofte behov for at den eine av terapeutane står ute på gangen og snakkar med mor eller andre pårørande. I det heile er ofte journalarbeidet med unge i sjølvmondsfare svært omfattande. Det kan vera aktuelt å snakka med både legen, pasienten, pårørande, barnevernet, vener og folk i psykiatrisystemet.

Men den viktigaste grunnen til at ein bør vera to, er at det gjev mulegheit for å ta vare på sin eigen reaksjon – anten den kjem akutt i løpet av samtalen med pasienten, og ein treng avløyning, eller den kjem i etterkant.

Handverket og tida

Carr understrekar kor viktig sjølve det terapeutiske handverket er – det å vita *korleis* ein skal bruka samtalemodellen, *kva* ein skal velja ut og utforska, *korleis* ein forvaltar fleksibiliteten.

– Eg trur at vi i akutte samtalar blir påverka av tidspresset og ansvaret. Då treng vi ein enkel struktur for å halda oss på plass. Og vi treng tid. Minimum ein til to timar, meir to enn ein, seier han.

Forskning viser at det er ein samanheng mellom kor mykje tid behandlaren har til akuttsamtalen og opplevinga av belastning. Kjem ein ikkje ordentleg inn i noko, så kjem ein heller ikkje ordentleg ut av det.

– Ein må ta den tida. Då er ikkje alltid dagen lang nok, men det er viktig for ein sjølv at ein gjer seg ferdig med den akutte fasen. Og det er avgjerande for pasienten, seier han.

– Sjølvmondsforsøket er eit traume for pasienten. Dette må vi bearbeida. Å gjera det er ikkje risikovurdering, det er terapi. Den største utfordringa i akuttsamtalen er balansen mellom å gje og å ta – gje krisehjelp og ta ei risikovurdering. I den balansen pleier eg å vandra fram og tilbake. Det å ha ein streng struktur skapar fridom.

Å lata seg bli rørt er òg heilt nødvendig, seier Carr, også i akuttsamtalen, kanskje spesielt akkurat då, når ein møter pasientar som er i ein mobilisert tilstand. Dei har ein hukommelse klar som krystall. To år etterpå kan ungdomane fortelja kva slags klede han hadde på seg under akuttsamtalen.

– Mange terapeutar orkar ikkje å vera med når det er blod eller forgifting eller drama. Men det er nett då ein treng å vera til stades som terapeut, for å klara å kopla seg fri igjen etterpå, seier Carr, som opplever at klinisk erfaring med mindfulness har hjelpt han også i akuttsamtalen.

– Den største utfordringa i akuttsamtalen er balansen mellom å gje og å ta – gje krisehjelp og ta ei risikovurdering

Sjølvskadainga

Den som skadar seg sjølv, gjer det for å regulera intense psykisk smerter, eller for å påverka andre. Nicholas Carr understrekar at han alltid snakkar om kuttinga som ein del av meistringsstrategien – som overlevingsåttferd.

– Det verste med sjølvskadainga er at det verkar! Det har desse jentene erfart. Eg veit om ein terapeut som forsøkte det på seg sjølv fordi han ville kjenna korleis det var. Smart, men ikkje nødvendig å testa ut for fleire, seier Carr.

Det første han seier til pasientane, er at han ikkje skal ta frå dei sjølvskadainga.

– Kva har eg då gjort med risikoen? spør han.

Ein kan ikkje ta sjølvskadainga frå pasientane, men ein kan freista å hjelpa dei til å finna ein alternativ meistringsstrategi. Men då må ein spørja på ein heilt annan måte enn det som blir gjort av MADRS-legane. For desse spør aldri om dei gongane det gjekk bra: «Du seier at det er kjærasten din som alltid utløyser sjølvskadainga, men i går skjedde det ikkje, sjølv om de hadde krangla. Kva var det som gjorde at du lét vera?»

Nøkternt og sakleg

Han fortel om ei ung jente han møtte i ein akuttsamtale. Ho fortalde at ho var lei, lei av å vera på sjukehuset kvar gong ho skada seg, og frustrert over dei som jobba der. «De har så merkelege reaksjonar,» sa ho. «Anten får de panikk, kastar dykk over meg og held meg fast, eller så går de forbi.»

Carr følgde opp med å spørja korleis ho ville hatt det om ho fekk velja, og jenta svara at ho ville bli møtt som han møtte henne. «Ja, vi har god kontakt no,» sa Carr. «Men kan du beskriva det eg gjer?» «Du er nøktern, sakleg og verker vant til det, og så er du litt tørr, på ein måte.»

Nicholas Carr smilar litt sjølvironisk når han fortel om den siste kommentaren frå jenta. Men kjernen i det ho etterlyste, har han teke med seg, det med den nære, men nøkterne, grunnhaldninga. Det med å visa like stor interesse kvar gong, same kva som har skjedd. Det har blitt en leietråd for han.

– Ein må gjennomføra ei nøktern undersøking av krisa – heilt ope – og avgjera om det er liten eller stor risiko for gjentaking. Om ein treffer pasientar over tid, utviklar ein ofte ei førehandsmeining: «Ho har jo ei personlegdomsforstyrring, ho kjem ikkje til å ta livet sitt.» Men gjentekne forsøk gjev faktisk høgare risiko – dette kan vera akkurat denne gongen det går gale. Eg trur ungdomane likar ei open og nøktern haldning, konkluderer terapeuten.

Vrengesida



Det er slettes ikkje uvanleg at personar som går i terapi, held fram med å skada seg sjølve over mange år. Arbeider ein som terapeut i omgivnader der dugleik og suksess i klientarbeidet blir målt gjennom betring ein kan observera, og der det er venta at betringa skjer relativt raskt, kan det opplevast nedslåande å ikkje oppnå resultat sjølv med svært godt terapeutisk arbeid.

Dette kan leia ut i fagleg uvisse, særleg om pasienten blir dårlegare. Er ein utrygg, kan det føra til usikre vurderingar eller gå over i ei aggressiv haldning og autoritære intervensjonar overfor pasienten. Ifølgje Carr er vegen då kort til ein av dei fire terapeutiske fellene:

- Riddaren: Ein blir den som skal redde pasienten; ved å stoppa åtferda, få panikk, beskytta eller ta frå henne ansvar
- Den blinde: Ein opptreer likegyldig, ignorerer, viser mindre empati, ser ikkje budskapet, tar mindre ansvar
- Sjefen: Ein blir autoritær og inngår kontraktar det ikkje er grunnlag for, overtalar eller pressar pasienten
- Læraren: Ein blir den som skal læra pasienten å oppføra seg, vist gjennom ei moraliserande og nedlatande haldning

Slike motoverføringar av kjensler til pasienten oppstår som resultat av reaksjonar som ikkje blir arbeidde med. Nokre gongar vil det òg utvikla seg slike haldningar blant fleire tilsette i institusjonen overfor same pasient, åtvarar Carr.

Scooter

Vi kostar på oss eit sideblikk som gjev håp: Carr fortel om ein pasient han hadde i tre år. Ho var 15 første gong dei møttest, og ingen gav henne særleg gode odds.

Saman førte dei to logg. Jenta fekk ei arbeidsbok der ho teikna kroppen og noterte kvar ho hadde skada seg, tidspunktet og kva som var den utløysande faktoren. Denne viste ho Nicholas Carr i byrjinga av kvar time.

– Dette opna opp for at eg kunne spørja: «Har du ikkje skada deg på tre veker? Kvifor?» og visa like stor interesse for meistring som for patologi. Mange er ikkje klare over si eiga meistring, seier terapeuten.

Etter ei tid kom jenta tilbake og fortalde at ho var slutta med sjølvskadinga: «No drikk eg alkohol i staden.»

– Da prøver eg å halda maska, smilar Carr.

Men etter ei stund fekk ho kontroll med alkoholen og byrja å køyra scooter.

– Det viste seg at ho trong ei slags flyterfaring der ho måtte gløyma seg sjølv. For ungdomane hatar seg sjølve. Det er den farlegaste risikoen. Då blir ho sin eigen fiende, som Freud seier. Hatar du Sjølvet, er det fare på ferde. Då gjeld det å få tak i noko som gjer at dei gløymer seg og får stor nok avstand til å fokusera på nytt.

Mange bruker musikk, eller noko anna som krev merksemd frå sansane. Det gjeld å bli oppslukt av noko. Og det største kicket er sjølvsgatt det å bli forelska.

Og ho med scooteren?

– Ho har gjort ein kjempejobb. I dag har ho to ungar, har vore med meg og halde foredrag fleire gongar – og køyrer framleis.

STRUKTUREN I AKUTTSAMTALEN

Dei følgjande fire punkta viser ein anbefalt struktur for ein akuttsamtale. Dei gir samtalen eit naturleg forløp og sikrar at ein kjem innom det viktigaste. Set av opp til to timar til akuttsamtalen.

- **Aktuell episode:** Gå inn på grunnen til at pasienten er på sjukehuset. Vedkomande har overlevd og har nettopp vakna. Det er heilt naturleg, og anbefalt i akuttlitteraturen, at ein snakkar om siste aktuelle hending først. La pasienten få bearbeida siste døgnnet. Dette er det skumlaste og mest vanskelege punktet.
- **Førre episode:** Gå så inn på førre gong dei hadde tankar om å skada seg. Be dei skildra kva for sjølvordstankar dei hadde, og kva for handlingar dei gjennomførte. Når du har fått tak i kva som har endra seg: Få tak i meistringsmønster.
- **Første episode:** Gå tilbake til første gong pasienten fekk tankar om sjølvord. Kor kom tankane frå? Få oversikt over kor lenge prosessen fram mot siste hending har vart, og kva som har vore viktige hendingar.
- **Framtida:** Korleis ser det ut dei næraste 14 dagane med tanke på det som var utløysande for siste hending? Dersom du skulle leva vidare, kva skulle til for å gje livet meining? Om pasienten framleis planlegg sjølvord, kan pasienten sjå for seg neste episode? Utforsk episodar som kjem til å skje, eventuelt med rollespel der terapeuten er til dømes far eller mor som utløysande factor.

Når mørket frister

Se også fagartikkelen av Tormod Stangeland på side 138 og bokanmeldelsen på side 178
Har du reaksjoner eller tips om tema? Send til: redaksjonen@psykologforeningen.no