

Når sikreste behandling ikke er beste behandling

Tormod Stangeland

Når sikreste behandling ikke er beste behandling

I terapi med selvmordsnære ungdommer er det lett å forveksle pasientens og terapeutens behov. Det hjelper ikke kronisk suicidale pasienter at andre tar kontrollen; det hjelper at de selv lærer å takle sine kriser uten suicidalatferd.

ILLUSTRASJON: JILL MOURSUND



Ved skinnegangen sto en fortvilt tenåringsjente som truet med å hoppe foran toget. På respektfull avstand planla min kollega og jeg hvordan vi skulle møte henne. Jenta hadde stormet ut fra timen

ved poliklinikken for å ta livet sitt, og mitt ambulante akutteam var tilkalt for å løse situasjonen. Vi kjente jenta fra før, vi hadde jobbet med å motivere henne for terapi og lære henne å takle kriser. Denne dagen trodde vi heller hun var på flukt fra en vanskelig situasjon, enn på vei til å ta livet sitt. Samtidig var vi nødt til å forholde oss til kriteriene for selvmordsvurdering. Hun skåret høyt for selvmordsfare, på bakgrunn av psykiske vansker, rus og historie på suicidalatferd, vanskelige familieforhold, tapsopplevelser og impulsivitet. Når hun nå kom med konkrete trusler om å hoppe, måtte vi ta det på alvor. Etter mye forhandling fikk vi overtalt henne til å komme bort fra togsykkene. Moren turde ikke ta henne med hjem, og en lang dag endte med at den slitne jenta ble akuttinnlagt på ungdomsinstitusjon.

Ambulante akutteam tilknyttet sykehusavdeling har bedre rammer enn poliklinikker for både å håndtere og behandle kronisk suicidale pasienter og å ivareta trygging så vel som sikring

Et halvt år senere var jenta fortsatt innlagt. På institusjonen tiltok selvskading og suicidalatferd. Permisjoner hjem utløste konflikter med familien og endte med at hun måtte hentes tilbake til institusjonen. Hun trivdes ikke og utagerte mot institusjonens strenge rammer. Det førte til holdesituasjoner og tett overvåking, som igjen gjorde henne mer fortvilet. Alle rundt henne var enige om at institusjonsrammene forsterket impulsiv selvskadingsatferd, og at hun ikke hadde godt av å være der. Samtidig mislyktes hvert forsøk på å skrive henne ut, hun viste skremmende selvmordsatferd så snart rammene ble løst rundt henne. Jenta og hjelpeapparatet virket like maktesløse i å hindre at et ungdomsliv ble ødelagt.

Min kollega og jeg snakker ofte om hva vi kunne ha gjort annerledes den dagen ved skinnegangen.

Vurdering av selvmordsrisiko

Jeg ønsker med denne artikkelen å differensiere behandlingsideologien for selvmordstruet ungdom. Jeg vil trekke frem nyanser i den empiriske kunnskapen om gruppens selvmordsatferd, og foreslår to begrepspar som kan være nyttige for å forstå disse nyansene og velge egnede akuttintervensjoner: *sikkerhet – trygghet, og håndtering av atferd – behandling av problemer*. Begrepene brukes til å synliggjøre dilemmaer i ambulant akuttbehandling som alternativ til hospitalisering av ungdommer. Når det er usikkert om pasienten vil klare seg uten hjelp, bør terapeuten granske sine egne

emosjonelle reaksjoner og kjenne til sitt personlige bidrag til vurderingen av å ta over ansvaret for sikkerheten.

Terapeuter er opptatt av pasientenes fysiske sikkerhet, derfor har de fleste poliklinikker prosedyrer for hjelp til selvmordstruede pasienter. Når terapeuten blir bekymret for en ungdom, er det vanlig å involvere ungdommens foreldre i behandlingen og opplyse om ungdommens selvmordstanker. En tilstreber gjerne økt foreldrekontroll over ungdommens liv, med tilsyn og innetider. Terapeuten setter opp hyppige terapitimer der selvmordstanker blir tematisert og vurdert. Hvis det er vanskelig å få kontroll over situasjonen rundt en suicidal ungdom, vurderes akuttinnleggelse i døgnavdeling.

For pasienter med akutte lidelser kan sikkerhetstiltak være riktig og nødvendig. Men blir frykten for selvmordsfare dominerende i behandlingen, kan den avspore det terapeutiske arbeidet. Sikkerhetstiltak kan gjøre det vanskelig å behandle problemene til ungdommer med vedvarende emosjonelle vansker. Formålet med terapisaftalene dreies lett fra pasientens emosjonelle opplevelse til at terapeuten vurderer pasientens handlinger. Ungdommer vegrer seg gjerne for å blottstille sin ikke-mestring, og frykt for konsekvenser eller opplevd mas fra andre kan forsterke dette. I denne situasjonen viser selvmordsstatistikk for ungdom viktige nyanser vi bør være klar over når vi vurderer tiltak.

To pasientgrupper forveksles – til skade for begge grupper

Klinikken jeg hører til, er landets største akuttinstitusjon for ungdom. Den har vært i drift i tretten år og har årlig omkring 100 behandlingsepisoder der selvmordsfare er del av henvisningsgrunnen (Sintef Helse, 2005). Etter institusjonens kjennskap til disse sakene har *ingen* ungdommer tatt sitt eget liv mens de var under behandling ved klinikken eller like etter utskrivning. Samtidig kan Statistisk sentralbyrå opplyse at i de to fylkene som klinikkens opptaksområde er del av, har 20 ungdommer tatt sitt eget liv de siste femten årene (Statistisk sentralbyrå, personlig kommunikasjon, 08.03.2011). Dette gjør det relevant å stille to spørsmål til organiseringen av akutt psykisk helsevern for ungdom:

- Fanger det selvmordsforebyggende helsevesenet opp reelt selvmordsnære ungdommer?

– Er det riktig å fokusere behandlingen på å avverge selvmord for alle pasienter som mottar hjelp på grunn av selvmordsatferd?

Busch, Fawcett og Jacobs (2003) gjennomførte en interessant undersøkelse av pasientjournaler i USA. De gjennomgikk dokumentasjon og suicidalvurderinger av pasienter som hadde gjennomført selvmord på behandlingsinstitusjon eller like etter å ha blitt skrevet ut. På spørsmål om selvmordstanker og selvmordsplaner ved siste kontakt før de døde, svarte hele 78 % benektende. Gruppen som gjennomførte selvmord, signaliserte altså sjelden behov for hjelp til å avverge selvmordet. Hjemlig statistikk kan tyde på at samme fenomen finnes i Norge. Sosial- og helsedirektoratet (2008) anslår at det forekommer omtrent 500 selvmord årlig i Norge, og at av disse mottok mindre enn 20 % hjelp fra psykisk helsevern på den tiden da selvmordet skjedde. Dette til tross for at en vurderer at 80–90 % ville ha kvalifisert for en diagnose fra psykisk helsevern (Mehlum et al., 2006). En flernasjonalt oversikt viser at 66 % av gruppen som gjennomfører selvmord, ikke har hatt kontakt med psykisk helsevern det siste året før de tok livet sitt (Luoma, Martin & Pearson, 2002).

Selvmordsstudier (Mehlum et al., 2006; Paris, 2007; Busch et al., 2003) viser at gruppen som dør i selvmord, kjennetegnes av å være flest menn, de er voksne, de bruker mer dødelige metoder, de lykkes ofte på første forsøk. De benekter suicidalitet. Ungdommene som legges inn på døgninstitusjon på grunn av suicidalitet, kjennetegnes av å være flest tenåringsjenter, de bruker mindre dødelige selvmordsmetoder, de har per definisjon ikke lyktes i selvmordsforsøk. De blir ofte innlagt fordi de formidler sine selvmordsplaner til andre.

Dette tyder på at en grovt sett kan skille mellom to ulike ungdomspopulasjoner innenfor suicidalfeltet: Én gruppe der mange tar sitt eget liv, men få mottar behandling fra akutt psykisk helsevern. En annen gruppe der mange mottar behandling av akutt psykisk helsevern, men få tar sitt eget liv. For å forstå dette er det nyttig å skille mellom akutt og kronisk selvmordsfare. Døgninstitusjoner innenfor akutt psykisk helsevern er primært til for å dempe akutt selvmordsfare som reaksjon på kortvarig depresjon, realitetsbrist eller dramatiske livshendelser, ved hjelp av kortvarig sikring. Overlever pasienten krisen, ventes selvmordsfaren å avta raskt. Samtidig behandler ungdomsinstitusjonene en stor gruppe pasienter som over lengre tid har økt selvmordsrisiko, der overlevelse gjennom en kortvarig innleggelsesperiode ikke gir grunn til å forvente at selvmordsatferden vil avta. Symptombildene til de to gruppene ligner. Jenta på skinnegangen som

ble beskrevet innledningsvis, slo ut på alle mål på akutt selvmordsfare og ble innlagt på institusjon. Hun ville fått helt annerledes hjelp dersom vi hadde fokusert mindre på akutte symptomer og mer på hvordan hun taklet emosjonelt vanskelige situasjoner.

Sosial- og helsedirektoratets retningslinjer (2008) fraråder innleggelse av pasienter med kronisk høy suicidalfare. Forskning antyder at innleggelse kan ha skadelige virkninger på gruppen (Paris, 2004). Denne tilstanden kjennetegnes av fantasier om selvmord som mestringsmetode i stressende situasjoner. Begrepet *kronisk suicidalitet* er til dels problematisk, da det lett gir inntrykk av at tilstanden er livsvarig og uforanderlig. Slik svekkes håp om bedring, og en kan overse nyanser av endring innenfor det suicidale symptomuttrykket. Kronisk suicidalitet kan avta gjennom personlig modning eller endres gjennom terapi. Det er en vedvarende, men ikke permanent tilstand.

Joel Paris (2007) ser personlighetsforstyrrelse og emosjonell ustabilitet som nødvendige begreper for å forstå kronisk suicidalitet. Diagnosen ustabil personlighetsforstyrrelse er forbeholdt voksne, da ustabilitet er utbredt i ungdomstiden, men emosjonelt ustabile trekk er likevel nyttige symptomer å observere i akuttpopulasjonen. Kari Dyregrov (2008) påpeker faren ved å overfokusere på den høye forekomsten av psykiske lidelser hos selvmordstruede pasienter. Tilhørighet i diagnosegruppe belyser ikke årsakene til at enkeltpersoner velger å ta sitt liv. Emosjonelle forhold som håpløshet og ydmykelse, fastlåsthet og desperasjon, gjerne i kombinasjon med livsbelastninger, er vel så vesentlige prediktorer for selvmordsfare, hevder hun. Begrepet *relasjonsskadd* kan være et nyttig alternativ, som tilsvarer tilknytningsforstyrrelser fra tidlige barneår (Smith, 2006). Begrepet flytter fokus fra pasientenes symptomer til deres personlighetsfungering, der symptomer er meningsbærende uttrykk for ungdommens relasjoner og innlærte forventningsmønstre. Pasientgruppens symptombilde gjør at de lett fanges opp ved vurdering av selvmordsfare og behandles på samme måte som akutt suicidale pasienter.

Den empiriske blindvei i risikovurdering

Vurdering av selvmordsrisiko baserer seg i stor grad på statistiske fellestrekk ved grupper. Metoden fanger opp mange falske positive, pasienter som ikke ville gjennomført selvmord selv om de ikke ble behandlet av akutt psykisk helsevern. Tenåringer har lav selvmordsrate og skiller seg på en rekke punkter fra voksenbefolkningen i sin selvmordsatferd. Det gjør det nødvendig å undersøke om metoder utviklet for voksne egner seg for dem.

Kim Larsen (2010a) viser hvordan sammenligningsgrunnlag og utvalg gjør empirisk kunnskap om selvmord problematisk for individuelle risikovurderinger. I etterkant av en persons selvmord kan en ofte finne klare varseltegn på at selvmord var forestående. Men disse trekkene kjennetegner også store befolkningsgrupper som ikke tar livet sitt. Kim Larsen påpeker at risikofaktorene er *lite sensitive*, i at de ikke finnes hos alle som gjennomfører selvmord, og *lite spesifikke*, i at de også finnes hos mange som ikke gjennomfører selvmord. I forkant av selvmord er empirien til liten hjelp for å identifisere enkeltpasientene som gjennomfører selvmord. Dette gjelder i enda større grad ungdommer, fordi selvmord er så sjelden blant ungdom. Norge har over 300 000 ungdommer fra 13 til 17 år. Årlig tar mellom 10 og 20 mindreårige livet sitt, de aller fleste av dem tenåringer (Statistisk sentralbyrå, 2011). Når mange risikofaktorer er til stede, kan analysen vise drastisk økt risiko for at en gitt ungdom vil dø om kort tid. Likevel måles sannsynligheten for umiddelbart forestående selvmord i promille. Selvmord er sjeldent, men risikofaktorene er utbredt i store deler av befolkningen. Metodevansker og definisjonsspørsmål hindrer nøyaktige tall, men tendensen er klar:

Mellom 40 og 60 % av den amerikanske ungdomsbefolkningen oppgir å ha hatt selvmordstanker (Larsen, 2010b), og 5 % av befolkningen hevder å ha gjort selvmordsforsøk (Paris, 2007). Mehlum et al. (2006) anslår at i Norge er sykehusinnleggelse utløst av selvmordsatferd 10–20 ganger hyppigere enn selvmord. Paris (2007) anslår ved sammenligning av ulike studier at 3–7 % av de som har gjort selvmordsforsøk, ender med å gjennomføre selvmord i løpet av de neste 10–20 årene. Tilsvarende i en gruppe norske pasienter som ble behandlet for overdose, døde 7 % ved selvmord i løpet av 20 år (Bjørnaas, 2011). Rusmisbruk og impulsivitet er både nær assosiert med gjennomført selvmord, og det er vanlig i befolkningen. Det samme gjelder psykiske lidelser og relasjonsbrudd. Menneskelig lidelse er simpelthen for utbredt til å tjene som forvarsel for selvmord.

Med livet på spill kan det forsvares å behandle mange falske positive, så lenge de ekte positive også får hjelpen de behøver for å overleve. For at dette skal være et gyldig argument for sykehusinnleggelse av selvmordstruede pasienter, må en vite:

- 1) at hjelpen til den reelt livstruede pasienten faktisk avverger selvmord, og
- 2) at de falske positive ikke tar skade av behandlingen.

Det finnes ikke forskning som viser at hospitalisering avverger selvmord, konkluderte en norsk gruppe som gjennomgikk feltet (Mehlum et al., 2007). Det er dermed ikke empirisk grunnlag for å hevde 1). For å se at 2) heller ikke er gyldig for ungdommer med emosjonelt ustabile trekk og selvmordstanker som mestringsstil, er det nødvendig å studere hvordan døgninnleggelse påvirker disse ungdommene. I det følgende lanseres to begrepspar som kan vise hvordan akuttintervensjoner påvirker ungdommer i krise ulikt.

Sikkerhet og trygghet

Akuttinstitusjoner er utformet for å fremme pasientenes *sikkerhet* ved å sørge for at de ikke kommer fysisk til skade så lenge de er innlagt. Strenge rutiner for overvåkning og kontroll kan være nødvendig. *Trygghet* handler om mer enn å skjerme barnet fra fare. Et trygt barn vet at det er noen som passer på det og som vil dets beste. Foreldrene vil ivareta dets behov, elske det og gjøre hva de tror er best for barnet. Trygge ungdommer vet at de har en plass hos andre der de hører til, at andre gir dem vennligsinnet oppmerksomhet og vil hjelpe dem når de trenger det. Temaet er velkjent fra tilknytningspsykologien (Ainsworth, 1972; Stern, 2004).

Ungdom kan bli innlagt på døgnavdeling for å etablere fysisk sikkerhet, men oppleve døgnavdelingen som svært utrygg. Ungdommer som har problemer med tillit til andre, tror ikke uten videre at psykisk helsevern kan eller vil hjelpe dem. Noen opplever overvåkning og kontrolltap som farlig, og reagerer med å forsvare seg mot institusjonens overmakt. Andre er avhengige av kjente omgivelser og omsorgspersoner for å føle seg trygge. For disse ungdommene kan utryggheten ved en innleggelse gjøre vanskene større, selv om de er fysisk sikre. Uroen som skapes av utrygghet, kan ha vært med på å utløse suicidalatferden i første omgang. Slik skapes en ond sirkel der utrygghet fører til økt behov for sikkerhet, som i sin tur øker utryggheten.

Andre ungdommer opplever situasjonen motsatt. For dem er gjerne sikkerhetselementet ved døgnavdelingen underordnet tryggheten den byr på. Ungdommer som savner oppmerksomhet fra omsorgspersoner med faste rammer, kan oppleve akuttinstitusjonens overvåkning og tydelige kontroll som trygg og vennligsinnet. De kan kjenne det godt at noen passer på dem. Overføringsverdien er liten fra god fungering inne på en trygg døgnpost til en utrygg hjemmesituasjon, så ungdommen kan komme til å vegre seg mot å skrives ut og gå tilbake til ensomhet og utrygghet. For dem kan trusselen

om utskriving utløse avvsningsangst og suicidalatferd. I verste fall fører dette til en annen ond sirkel som best kan forstås ut fra pasientens trykghetssøking.

Sosial- og helsedirektoratets retningslinjer (2008) fraråder innleggelse av pasienter med kronisk høy suicidalfare. Forskning antyder at innleggelse kan ha skadelige virkninger på gruppen

Forskjellen i pasientenes opplevelser viser behovet for å skille mellom trygging og sikring i akuttsituasjoner, og for å ha øye for hvilken funksjon hjelpetiltaket fyller for ungdommen. Utrygge tiltak kan øke behovet for sikkerhet, mens sikkerhetsbehovet dempes av trygge tiltak. Det kan være nyttig å stille spørsmålet «*Hva skal endres med innleggelsen?*» når en vurderer et slikt tiltak. Hvis hensikten er kortvarig sikring av en ungdom med relasjonsskader og selvmordstanker som mestringsstrategi, er døgninnleggelse trolig ikke noen god løsning.

Håndtering av atferd og behandling av problemer

Jeg har tidligere (Stangeland, 2009) argumentert for forskjellen mellom *håndtering* av suicidal atferd og *behandling* av problemet som ligger til grunn. Med *håndtering* mener jeg å påvirke atferd, gjerne i retning av behandlerens ønske om hvordan pasienten skal opptre. Fokus blir gjerne *hva* pasienten gjør, og hvordan vi kan dempe utagering. Med *behandling* av lidelsen mener jeg å ta utgangspunkt i pasientens perspektiv for å danne felles forståelse av hva som skaper problemene, og hvordan de kan endres. Fokus blir på *hvorfor* pasienten utagerer, hva det er ved deres fungering som gjør at de reagerer så kraftig.

Akutt psykisk helsevern må alltid forholde seg til håndtering av pasientatferd som truer sikkerheten. Som Mehlum og Jensen (2006) påpeker, har selvmordsforsøk utført av emosjonelt ustabile pasienter like høy dødelighet som hos andre pasienter, og selvmordsraten er betraktelig høyere enn for normalpopulasjonen. Det er farlig for behandlere å gå lei av gjentatte risikovurderinger og hyppige suicidalutsagn. Men for på sikt å hjelpe pasienten må håndteringen gi rom for behandling av problemene som ligger til grunn, heller enn å komme i veien for slikt arbeid. Når terapeuten kjenner behov for å handle, er det nødvendig at en også studerer sin egen motivasjon for å gripe inn og håndtere pasientens atferd. Terapeuter som er seg bevisst sine motoverføringer, kjenner faren ved å la sin egen angst påvirke terapien. Fokus i terapien dreies lett fra pasientens behov for hjelp til terapeutenes behov for å vite at han har handlet riktig.

Terapeuter kan fange opp pasientenes fortvilelse og stå sammen med dem, uten å la seg overvelde av problemene, som beskrevet av Winnicotts (1964) *holding environment*. Slik kan pasientene selv lære å tåle påkjenningene, gjennom *korrigerende emosjonell erfaring* (Alexander, 1961). For å få til dette kommer terapeuter i kontakt med pasientenes smerte, og må sette seg inn i pasientenes opplevelse. Når terapeuten selv er emosjonelt involvert, kan det være vanskelig å beholde tilstrekkelig oversikt til å gjøre gode vurderinger. *Motoverføringer* er terapeutens affektive reaksjoner på ubevisst kommunikasjon fra pasienten (Gullestad og Killingmo, 2005). Som fagmann vet jeg kanskje at faren er liten for at pasienten min skal dø. Men motoverføringene mine speiler pasientens skrekk, og de vekker mine egne behov for å innfri pasientens ønske om trygg omsorg og å skjerme dem fra det vonde. I egen praksis har jeg enkelte ganger måttet be kolleger bistå i sikkerhetsvurderingen av pasienter jeg har kommet ekstra tett innpå, når jeg ikke lenger kunne føle meg trygg på vurderingene mine. Skal terapeuter klare å forholde seg til pasientenes smerte, trenger de kolleger som bevarer gangsynet i sikkerhetsvurderingen. Det blir nødvendig å ha et sterkt fagmiljø til støtte i vanskelige vurderinger, og like nødvendig å studere egne motoverføringer. Jenta på skinnegangen skremte oss kanskje mer enn hun ante, eller kanskje ble vi irritert over at hun ikke samarbeidet. Våre reaksjoner som akutterapeuter kan godt ha vært en del av utfallet den dagen.

Noen ungdommer forteller villig om selvmordsatferd, men nøler med å undersøke følelsene som motiverer atferden. Andre viser stor motstand mot å ta opp temaet selvmordsatferd. Terapeutisk holdning er derfor avgjørende i møtet med en ungdom som bryter sin vane og forteller om tanker om døden hun lenge har holdt skjult. Sett at terapeuten blir uroet av dette og intervensjoner for å sikre situasjonen og unngå selvmord. Foreldrene må informeres, kanskje blir det spørsmål om sykehusinnleggelse. For ungdommen kan det være hennes verste frykt som inntreffer. Et ubetenksomt øyeblikk viser ungdommen sitt sanne jeg, og terapeuten reagerer med å bekrefte hennes mistanker: Kreftene inni henne er for farlige til å snakkes om eller undersøkes rolig. Får andre vite hva hun tenker, kommer de til å ta over kontrollen.

Hvis terapeuten derimot ikke reagerer umiddelbart på selvmordsuttalelser, kan han eller hun i stedet undersøke hvordan det kjennes for ungdommen å fortelle om private tanker, for at det skal være en god opplevelse å lette på fasaden. Selvmordstanker utgjør ikke bare sikkerhetsrisiko, de er sterke uttrykk for ensomhet og maktesløshet. Trygges pasienten ved at terapeuten oppfatter og validerer affekten hun kommuniserer, kan det bli unødvendig med sikkerhetstiltak. Slik kan pasienten få kjenne at hun skal beholde kontrollen, men at det etter hvert kan være mulig å dele sine skjulte sider

med viktige andre, uten å bli overveldet av skam. Terapien blir en øvelse i å fortelle og undersøke sammen med en trygg annen, som godtar og anerkjenner uten å overstyre. Terapiformene dialektisk atferdsterapi (Linehan, 1993) og mentaliseringsbasert terapi (Fonagy et al., 2002) er spesialisert for arbeid med pasienter med lav toleranse for egne følelser og selvskadende utagering.

For selvmordstruede pasienter kan sikkerhetsfokus skape en selvforsterkende og svært destruktiv sirkel der terapeuten tar ansvar for pasientens overlevelse. Sentralt i relasjonsskader ligger usikkerhet på egen verdi for andre, med motstridende lengsel etter, og utrygghet på, at viktige andre vil hjelpe. Hver gang terapeuten griper inn i en akutsituasjon og tar over styringen, kan det signalisere til pasienten at «dette klarer du ikke selv». Det blir mer naturlig for pasienten å lene seg tilbake og la de andre være aktørene. Pasienten umyndiggjøres og blir avhengig av profesjonelle for å takle sine egne reaksjoner, behandling erstattes av håndtering. Slik kommer terapien på villspor og tjener til å befeste personlighetstrekket den var ment å avhjelpe.

Ambulant akutt alternativ

Ambulante akutteam tilknyttet døgninstitusjon medfører en annerledes tilnærming til kronisk selvmordstruede ungdommer, med utgangspunkt i ungdommens hjemmemiljø. Jeg har tidligere (Stangeland, 2009) beskrevet en mulig arbeidsmåte og argumentert for at slike team har bedre egnede rammer enn poliklinikkene til å drive terapi for relasjonsskadede ungdommer. Som del av akuttkjeden kan de godt ivareta *sikkerhet*, med raske vurderinger av behov for øyeblikkelig hjelp, og de kan ha myndighet til innleggelse ved egen institusjon. Når klinikerne vet det er enkelt å treffe nødvendige sikkerhetstiltak, står de også mer fritt til å fokusere på *trygging* av ungdom og omsorgsgivere. Døgntilgjengelighet ved institusjonen gjør det mulig å *håndtere* utagerende atferd og selvmordsfare. Akutteam kan sørge for rammer til å gjennomføre behandling ved poliklinikk, eller stå for *behandlingen* selv når det ikke er realistisk å gjennomføre på poliklinikken. Mengdetrening i vurdering av selvmordsrisiko og kompetent fagmiljø gjør klinikerne bevisst på sine motoverføringer og gir støtte i å drive terapi med mye avvisning og motstand mot endring.

En fare med akuttm modellen er at kortvarig kontakt med akutterapeuten kan påføre relasjonelle brudd med pasienter som nettopp er dårlig egnet til å takle slike brudd. Jeg har derfor argumentert (Stangeland, 2009) for at akutte team som driver behandling av relasjonsskadede ungdommer, også bør ha anledning til å følge opp over lengre tid. Dette gjelder tilfeller der stadige kriser skaper fokus på

atferdshåndtering og sikkerhet på bekostning av behandling, eller der det er urealistisk at pasienten skal følge poliklinisk behandling på grunn av sterk ustabilitet eller motstand. Følgende to temaer påpeker vesentlige forskjeller på døgnbasert og ambulant akuttarbeid med ungdom, i lys av begrepene som ble innført tidligere.

Selvmondsforsøk som splittende eller samlende erfaring for familien

Dieserud et al. (2010) viser til relasjonskonflikter og dysfunksjonell familiestruktur som viktigste årsaker til selvmordsforsøk i en stor gruppe norsk ungdom. De konkluderer med at familieorientert intervensjon virker riktig for mesteparten av tilfellene de har studert. Relasjonsskadede ungdommer som utfører selvmordsforsøk, kjennetegnes ofte av fastlåste relasjoner, der hemmelighold, avvising og forventning om ikke å bli forstått er vanlig. Selvmordsforsøk kan oppleves som fremmedgjørende og uforståelige i en slik familiedynamikk, og gi en følelse av maktesløshet. Her blir det viktig å studere hvordan hjelpeapparatets inngripen preger familiens reaksjoner.

Tradisjonell sykehustilnærming med fokus på sikkerhet og hjelp utenfor hjemmet kan skape et bilde av ungdommens selvmordshandling som utslag av alvorlig sykdom som foreldrene selv ikke kan forholde seg til. Foreldrene har lite sikkerhet å by på sammenlignet med institusjonens sikkerhetssystem. Mange foreldre blir skremt fra å kunne ivareta barnet sitt, og de ønsker at profesjonelle overtar ansvaret og helbreder ungdommen. Institusjonsinnleggelse fjerner ungdommen fra hans eller hennes naturlige miljø og de fastlåste relasjonene som kan ha medvirket til krisen. Overføringsverdien av oppholdet er dermed begrenset. Ungdommens problemer blir gjerne fokus, da det er ungdommen som er tilgjengelig på avdelingen, ikke konteksten problemene utviklet seg i. Familiemedlemmene kan bli emosjonelt enda fjernere fra hverandre etter opplevelsen, i stedet for å bli samlet av sin felles krise. Det kan være dette som hendte med jenta på skinnegangen, som fungerte stadig dårligere på døgninstitusjon.

Dersom behandlingen heller fokuserer på ungdommens manglende opplevelse av trygghet og tilhørighet, kan tiden like etter det oppskakende selvmordsforsøket være konstruktiv for å bryte ned etablerte kommunikasjonsbarrierer i familien og fremheve nære relasjoner. Terapiformen Tilknytningsbasert familierapi (ABFT) fokuserer, med hell, på nettopp dette (Israel, Diamond & Siqueland, 2011). For familier med relasjonsskadeproblematikk må det mye mer til enn én gripende gjenforening for å snu livslange mønstre, men en god erfaring preger forståelsen av det som har

hendt, og setter retning for videre familiedynamikk. Ambulant akuttintervensjon med fokus på trygging i tillegg til sikkerhetsvurdering er virksomt ved å se ungdommen i sitt rette miljø og kan virke samlende heller enn splittende for familien.

Tåle usikkerhet

Ambulante terapeuter tar ansvar for rammene for pasienter som selv ikke kan ta ansvaret og følge poliklinisk terapi. Terapeutene kommer på hjemmebesøk og sørger for at kontakten opprettholdes med pasienter som gjerne uteblir og har høyt frafall fra terapi. Ofte er det foreldre eller andre som mener ungdommen har et problem og behøver hjelp. Ungdommene er ikke alltid enige i at de kan hjelpes eller at andre ønsker å hjelpe. Det gir ambulante terapeuter et særlig ansvar for hvordan de reagerer på pasientenes historier, ettersom det kan være ytre press heller enn pasientens ønske som får samtalen i gang. Når initiativet ikke kommer fra ungdommen, kan sikkerhetsorientert atferdshåndtering oppleves som desto større kontrolltap for ungdommen. Risikoen øker for at ungdommen låser seg og ikke vil vise terapeuten tillit eller blottstille sine skambelagte temaer, og de langsiktige konsekvensene for behandlingen kan bli alvorlige. Dette må være elementer av vurderingen av tiltak, foruten refleksjon rundt klinikerens egen frykt for å miste pasienten i selvmord.

En må være forberedt på at selvmord vil forekomme i gruppen av kronisk suicidale pasienter, uten at det betyr at behandleren har gjort feil. Dempes fokus på fysisk sikkerhet og hindring av selvmordsatferd, øker risikoen på kort sikt for selvmord. Pasientenes tilstand og kontroll er vanskelig å vurdere, det er alltid fare for ulykker. Poliklinikerens perspektiv er utfallet for enkeltpasienten de er bekymret for. Hva om det er akkurat deres ungdom som er den statistisk usannsynlige og dør i selvmord? Akutteamets perspektiv er utfallet for hele pasientgruppen. En gjør hva en kan for å roe kriser og unngå ulykker, men vi vet at i den store gruppen vil det før eller senere inntreffe selvmord. Akutteamet kan ved selvmord støtte seg til at de har avverget hundrevis av lignende kriser. Selvmord er en tragedie for dem det rammer. Men dagens sikkerhetsfokus påvirker behandlingen av en hel pasientgruppe. Vi risikerer å øke ungdommenes funksjonssvikt og gjøre dem mindre i stand til å takle sine egne vansker på lengre sikt.

Det hjelper ikke kronisk suicidale pasienter at andre tar kontrollen, det hjelper at de selv lærer å takle krisene sine uten suicidalatferd

I terapi trenes ungdommer til å tåle usikkerhet og emosjonelle belastninger uten å reagere panisk med å flykte fra situasjonen. De samme kvaliteter kreves av behandleren. Derfor er det krevende å være terapeut for denne pasientgruppen. Skal man drive terapi med selvmordsnære ungdommer, må man tåle usikkerheten på om de vil overleve. Man må granske sitt eget behov for å være livredder, for det er lett å forveksle egen selvfølelse som handlekraftig terapeut med pasientens behov. Det hjelper ikke kronisk suicidale pasienter at andre tar kontrollen, det hjelper at de selv lærer å takle krisene sine uten suicidalatferd.

Konklusjon

Jeg har argumentert for at ambulante akutteam tilknyttet sykehusavdeling har bedre rammer enn poliklinikker for både å håndtere og behandle kronisk suicidale pasienter og å ivareta trygging så vel som sikring. Spesialiserte team kan behandle en stor andel av ungdommene som i dag legges inn på døgninstitusjon. Slike team har rammefaktorer som tilgjengelighet og tilgang til rask innleggelse ved behov. De har også erfaring i å vurdere pasientenes problematikk, uten å bli låst i sikkerhetsorientering. Arbeidet utløser følelsesreaksjoner i terapeutene, det er viktig at refleksjon omkring egne behov inngår i vurderingen av tiltak. Relasjonsbrudd er uheldig for en pasientgruppe som er særdeles dårlig egnet til å takle det. Derfor kan det være en fordel om spesialiserte team har behandlingsansvar over tid for ungdommer som ikke nyttiggjør seg behandling innenfor polikliniske rammer.

Referanser

- Ainsworth, M. D. S. (1972). Attachment and dependency: A comparison. I J. L. Gewirtz (red.), *Attachment and dependency*. Washington: Winston and Sons.
- Alexander, F. (1961). *The Scope of Psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Bjørnaas, M. A. (2011). Langtidsprognose etter selvpåførte forgiftninger. *Suicidologi*, 15(3), 3–5.
- Busch, K. A., Fawcett J. & Jacobs D. G. (2003). Clinical correlates of inpatient suicide. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 14–19.
- Dieserud, G., Gerhardsen R. M., Van den Weghe, H. & Corbett, K. (2010). Adolescent suicide attempts in Bærum, Norway, 1984–2006. *Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 31, 255–264.

- Dyregrov, K. (2008). En farlig diskurs ved forståelse av selvmord. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45, 2–3.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. og Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Gullestad, S. E. & Killingmo, B. (2005). *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Israel, P., Diamond, G. & Siqueland, J. (2011). What can attachment based family therapy offer suicidal youth? *Suicidologi*, 15(1), 13–18.
- Larsen, K. (2010a). Selvmordsforebygging: Balansegang mellom realisme og optimisme. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47, 906–907.
- Larsen, K. (2010b). *Antiterapeutiske effekter ved selvmordsforebyggende tiltak*. Oslo: Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region Øst.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Luoma, J. B., Martin, C. E. & Pearson, J. L. (2002). Contact with Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. *American Journal of Psychiatry*, 159, 909–916.
- Mehlum, L. & Jensen, A. I. (2006). Suicidal atferd ved ustabil personlighetsforstyrrelse. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 22, 2946–2949.
- Mehlum, L., Dieserud, G., Ekeberg Ø., Grøholt, B., Mellesdal, L., Walby F. et al. (2006). *Forebygging av selvmord, del 1: Psykoterapi, medikamentelle intervensjoner og elektrokonvulsiv terapi*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 24.
- Mehlum, L., Dieserud, G., Ekeberg, Ø., Grøholt, B., Mellesdal, L., Walby, F. et al. (2007). *Forebygging av selvmord, del 2*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 4.
- Paris, J. (2004). Is Hospitalization Useful for Suicidal Patients with Borderline Personality Disorder? *Journal of Personality Disorders*, 18, 240–247.
- Paris, J. (2007). *Half in Love with Death*. USA: Routledge.
- Sintef Helse (2005). En beskrivelse av fem akuttenheter for ungdom i psykisk helsevern for barn og unge i 2003. Rapport nr. STF78 A055010:
- Smith, L. (2006). Hvordan skille mellom ADHD og konsekvensene av tidlige relasjonsskader? *Norges Barnevern*, 83, 3–8.

- Sosial- og helsedirektoratet (2008). IS-1511: Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Oslo: Forfatteren.
- Stangeland (2009). Relasjonelle dilemmaer i akutt ambulant arbeid. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 965–969.
- Statistisk sentralbyrå (2011) Tabell 03497: Dødsfall blant barn 1–17 år, etter kjønn og underliggende dødsårsak. http://statbank.ssb.no/statistikbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&...
- Stern, D.N. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York: W. W. Norton & Company.
- Winnicott, D. W. (1964). *The Child, the Family, and the Outside World*. London: Penguin Books.