

Hvordan hjelpe den som vil dø til å ville leve?

Miljøterapeutisk tilnærming til pasienter med selvmordsadferd
innlagt i psykiatrisk akuttavdeling

Seksjon for selvmordsforskning og - forebygging,
Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo

Innlevering 15. oktober 2007

Heidi Hetland

Antall ord: 10 982

1. Innledning

Selv mord er et tema vi ofte forholder oss til i akuttpsykiatriske avdelinger. Vi som jobber i denne delen av behandlingsapparatet møter mennesker i akutte kriser hvor selvmordstanker ofte er en del av problemstillingen. Selvmordsadferd er ofte utløsende faktor for innleggelse i psykiatriske akuttavdelinger for mange pasienter. Tiden før, under og rett etter innleggelse i døgnavdeling innebærer en forhøyet risiko for selvmord. Hvordan kan vi som miljøterapeuter i en akuttpsykiatrisk avdeling hjelpe den som vil dø til å ville leve?

Jeg har gjennom videreutdanningen i selvmordsforebyggende arbeid fått kunnskaper som har endret min forståelse av mennesker som er selvmordstruet. Før jeg startet på studiet, tenkte jeg at de som virkelig ville ta sitt eget liv ikke kunne påvirkes i særlig grad. Jeg har fått kunnskap som har ført til at jeg ser at det nytter å jobbe med selvmordsforebyggende arbeid. Jeg ser at tanken på selvmord er en del av en prosess og at selvmordstanken ikke er konstant i styrke og form. Riktige intervensjoner kan påvirke selvmordsprosessen slik at man kan bidra til at selvmordstankene og selvmordsadferden avtar. Jeg har av den grunn blitt veldig opptatt at hvilke intervensjoner vi velger i møte med denne pasientgruppen. Jeg jobber som avdelingssykepleier på en akuttpsykiatrisk post og er leder for personalgruppen som omfattes av begrepet miljøterapeuter og som består av sykepleiere, hjelpepleiere og vernepleiere. Vi arbeider med en døgnkontinuerlig oppfølging av pasienter med selvmordsadferd gjennom praktiske og konkrete intervensjoner og oppbygging av terapeutisk allianse med pasienten. Vi er sammen med pasienten i avdelingen 24 timer i døgnet. Vi er mange og vi har ulikt ståsted og kompetanse. Målet med det miljøterapeutiske arbeidet er å bidra til å styrke mestring og redusere sårbarhet hos pasienten.

Utkast til Nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging i psykisk helsevern er ute til høring i disse dager. I dette dokumentet står det følgende formulering om vurdering av selvmordsfare: "Selvmordsfare forstås som risiko for at et menneske vil ta sitt eget liv i en gitt tidsperiode. Vurdering av selvmordsrisiko er både en vurdering av en person og en situasjon. En vurdering av selvmordsfare forutsetter kunnskap om de viktigste risikofaktorer, diagnostikk og kliniske intervju ferdigheter herunder relasjonskompetanse. Det forutsetter også at pasient og behandler forstår hverandre" (Sosial og helsedirektoratet, 2007 s.11). Her presiseres vurderingskompetanse hos den som vurderer selvmordsfare. Et av målene som defineres for de nasjonale retningslinjene, er å: "Bedre helsetjenesten for pasienter med selvmordsproblematikk ved å bidra til at det gis et standardisert og kvalitetssikret behandlingstilbud innen psykisk helsevern i hele landet" (Sosial og helsedirektoratet, 2007). Kvalitetssikring av behandlingstilbud er svært viktig i alle sammenhenger. Gode retningslinjer og prosedyrer skaper forutsigbarhet og trygghet. Nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging i psykisk helsevern vil være et viktig bidrag for å sikre kvaliteten i det selvmordsforebyggende arbeidet i psykiatriske akuttavdelinger. Miljøterapi er ikke omtalt spesifikt i disse retningslinjene.

Miljøterapi er en del av behandlingstilbudet til pasienter med selvmordsadferd som er innlagt i en psykiatrisk akuttavdeling. Jeg ser i mitt daglige arbeid at miljøpersonalet strever med å finne retningsgivende prinsipper for miljøterapeutisk arbeid i møte med disse pasientene. Det destruktive elementet i selvmordsadferden skaper ofte avmakt og usikkerhet hos miljøterapeuten. Jeg tror at definering og konkretisering av den miljøterapeutiske intervensjonen vil kunne bidra til å redusere usikkerheten og avmaktsfølelse hos miljøterapeuten i forhold til denne pasientgruppen.

Mitt mål med denne oppgaven er å redegjøre for hva miljøterapi er og å belyse ulike perspektiver og miljøterapeutiske utfordringer i møte med mennesker med selvmordsadferd. Jeg vil peke på faktorer jeg mener har betydning for et godt resultat av miljøterapeutiske intervensjoner. Et godt resultat i denne sammenheng er etter min mening at pasienten opplever å bli anerkjent, respektert og forstått og gjennom økt innsikt får hjelp til å ville leve.

Om å få empati – og å miste empati

Jeg må gå nå

sier legen

I det blikket møter klokken

vi må avslutte nå

sier sykepleieren

midt i samtalen

må skrive litt, hun går

parkometeret går ut

sier vennen min

han klemmer meg og går

du må bare ringe på

hvis det er noe

sier nattvakten og går

mens puten fuktes av tårer

alle må gå, alle går

til noe annet

noen

skal nå over alt

Men når ingen

2. Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	2
2. Innholdsfortegnelse	5
3. Presentasjon av metode	6
3.1 Teoretisk referanseramme - Kunnskapsøking og analyse.....	6
3.2 Avgrensning av oppgaven.....	7
3.3 Definisjon av sentrale begreper.....	7
4. Miljøterapi - en kort innføring	9
5. Miljøterapeutisk tilnærming	13
5.1 Det korrigerende perspektivet i miljøterapi	13
5.2 Det anerkjennende perspektivet i miljøterapi.....	16
5.3 Forståelse av selvmordshandlingen.....	17
5.4 Miljøterapeutiske intervensjoner.....	18
5.5 Miljøterapeutiske utfordringer ved selvmordsadferd.....	24
6. Oppsummering og konklusjon	26
7. Litteraturliste	27

3. Presentasjon av metode

3.1 Teoretisk referanseramme - Kunnskapsøking og analyse

Denne oppgaven er basert på litteraturstudier og refleksjon over egne erfaringer. Jeg søkte i bibliotekbasen Bibsys for å finne aktuell litteratur fra ulike forfattere jeg på forhånd viste hadde skrevet noen om miljøterapi og det relasjonelle forholdet mellom pasienter og sykepleiere. Aktuelle forfattere er Anne Grethe Talseth, Gry Bruland Vråle og May Vatne, Solfrid Vatne, Svein Haugsgjerd, Lars Thorgaard, Anders J Andersen og John Gunderson.

Psykiatriske sykepleiere er en stor yrkesgruppe som omfattes av betegnelsen miljøterapeut. Jeg har valgt ut noe litteratur som beskriver forholdet mellom psykiatriske sykepleiere og suicidale pasienter. (Talseth, Lindseth, Jacobsen & Nordberg, 1999, Duffy, 2003, Dodds & Bowles, 2001, Careleen & Bengtsson 2007, Vråle, 2000, Diakonhjemmet Høgskole, rapport 10/2004, Hewitt & Coeffey, 2005, Miller & Hubble, 1999).

Det er spesielle utfordringer knyttet til det å jobbe med pasienter med selvdestruktiv adferd. Jeg fant en artikkel som omhandlet dette (Rovik, 2005). Jeg søkte i databasene medline, psycInfo og cinahl. Søk på kombinasjonen milieu therapy/suicide og socioenvironmental therapy/suicide ga 0 treff i samtlige databaser. Jeg har søkt i tidsskriftet "Evidence Based Nursing" på samme søkeord. Jeg får ingen treff på kombinasjonene her heller. Jeg utvidet søket med søkeord som psychiatric nursing, suicidal patients, suicidal behavior, interpersonal psychiatric/mental health nursing, psychosocial intervention og seclusion

Innenfor tema miljøterapi har jeg valgt å ta utgangspunkt i Solfrid Vatnes tanker om korrigerende og anerkjennelse (Vatne 2006), John G. Gundersons teorier om miljøvariabler (Gunderson, 1978, Brathetland, Dahle, Henriksen, Hammelvold, Nijkamp, Smedvik, Stokka, Torgrimsen, Tytlandsvik, Vevatne, Østebø, Aanderaa, Haaland & Thorsen G.R.B., 2004), Haugsgjerd's bøker om psykoser og miljøterapi (Haugsgjerd, 1983a, Haugsgjerd, 1983b) og bøkene: "Håndbok for relasjonsbehandlere" (Hansen, Rønnow, Mestringsstrategi-gruppen i Herning & Thorgaard, 2007) og "Gode relasjonsbehandlere og god miljøterapi" (Thorgaard & Haga, 2007). Jeg mener at disse bøkene gir et nyansert bilde av miljøterapi som fag. Gundersons artikkel fra 1978: "Defining the therapeutic process in psychiatric milieus" (Gunderson, 1978) er fortsatt aktuell for forståelsen av miljøterapi. Mye annen litteratur om miljøterapi bygger på denne forklaringsmodellen. (Brathetland et al., 2004, Hansen et al., 2007). Bøkene "Empatiens bevarelse i relasjonsbehandlingen" (Thorgaard, 2007a) og "Dynamisk psykoseforståelse og dynamisk relasjonsbehandling" (Thorgaard, 2007c), tar utgangspunkt i det relasjonelle forholdet mellom pasient og hjelper og er viktig for min bakgrunnsforståelse av miljøterapi som begrep.

Jeg har fått tilgang til utkastet til nasjonale retningslinjer for selvmordsforebyggende arbeid i psykisk helsevern (Sosial og helsedirektoratet, 2007). Dette er foreløpig ikke et offentlig dokument, men jeg har fått tillatelse til å bruke utkastet som kilde i oppgaven.

Kunnskapsoppsummeringen fra nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten er sentrale kilder i denne oppgaven. (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006). Disse rapportene gir kunnskap om nasjonale føringer og forventninger til det selvmordsforebyggende arbeidet.

Innen suicidologisk litteratur har jeg gjort et utvalg av pensumbøker fra videreutdanningen og resultatet av søkene jeg gjennomførte (Mehlum, 2005, Herrestad & Mehlum, 2005, Hawton, 2005, Williams, 2001, Retterstøl, Ekeberg & Mehlum, 2002, Shneidman, 1993) Jeg har og valgt ut noe litteratur som har behandling som tema (Kåver & Nilsonne, 2005, Thorgaard, 2007c, Øverland, 2006, Borg & Topor, 2003, Schibbye, 2002, Miller, Hubble & Duncan, 1999). Jeg har valgt disse bøkene fordi de beskriver den praktiske tilnærmingen til pasientene. Jeg mener disse bøkene bidrar til å belyse begrepet miljøterapi og sette det inn i en større sammenheng. Bøkene "Veiledning i medisinsk spesialistutdanning" (Lycke, Handal & Lauås, 1994) og "Motiverende samtale endring på egne vilkår" (Barth & Nasholm, 2007), har jeg brukt for å se på metoder for å tilegne seg kunnskap og ferdigheter.

Det spesifikke med miljøtiltak knyttet til selvmordsadferd er stor grad av fokus på beskyttelse. Man beskytter pasienten mot sin egen destruktivitet som for eksempel ved skjerming og fotfølging. Jeg har gjort litteratur søk på søkeordet fotfølging på norsk og begrepet "constant observation" i databasene. Jeg fant en veldig aktuell studie i forhold til dette tema som er gjennomført av Gry Bruland Vråle og Nina Helen Mjøsund (Diakonhjemmet Høgskole, rapport 10/2004).

3.2 Avgrensning av oppgaven

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til å omhandle miljøterapeutiske tiltak i psykiatriske akuttavdelinger.

Jeg vil ikke gå inn på diskusjonen som omhandler håndteringen av konkrete selvmordshandlinger i avdelingen.

Jeg vil ikke belyse selvskading som eget tema.

Jeg er kjent med at diagnose kan ha betydning for valg av tiltak, men på grunn av oppgavens begrensning vil jeg ikke gå inn på det diagnostiske perspektiv ved selvmordsadferd.

3.3 Definisjon av sentrale begreper

Miljøterapi

Jeg forstår miljøterapi som et begrep som kan forklares på følgende måte: "Miljøet skapes av personalets holdninger, handlinger, ytringer, tanker og følelser, slik de viser seg i samspill med pasientene og oppleves av disse. Det skapes av bidrag fra både pasienter og personale innenfor fysisk, bygningsmessige og rommessige rammer hvor også bygningens beliggenhet og fysisk omgivelser er en virksom faktor. For pasienten - mennesker med psykisk sykdom - er miljøterapi å være, å handle i og utenfor postmiljøet over tid."

(Brathetland et al., 2004, s. 5). Behandlingen består i at kvalifiserte miljøterapeuter bevisst

utnytter de terapeutiske mulighetene som ligger i miljøaktiviteter. Dette gjøres for eksempel gjennom arbeid med praktiske gjøremål.

Selv mord

Det finnes mange definisjoner på selvmord med utgangspunkt i ulik forståelse av fenomenet. En vanlig definisjon på selvmord er "Selvmord er en bevisst og villet handling som individet foretar for å skade seg selv, og hvor skadene har ført til døden" (Retterstøl et al., 2002, s.12). Denne definisjonen tar ikke stilling til intensjonen med handlingen.

Definisjonen fastsatt av Verdens helseorganisasjon (WHO) er: "Selvmord er en handling med dødelig utgang som avdøde, med viten og forventning om et dødelig utfall, selv har foranstaltet og gjennomført med det mål å fremkalle de av den avdøde ønskede forandringer" (WHO, 1986). Denne definisjonen beskriver ønske om forandring som intensjon ved handlingen.

Begge definisjonene beskriver en villet handling med dødelig utfall. WHO's definisjon omfatter begrepet intensjon. Intensjonens betydning for selvmordshandlingen er et omdiskutert tema. På grunn av oppgavens begrensning vil jeg ikke gå nærmere inn på dette tema.

Selv mordsforsøk

Selv mordsforsøk kan defineres som "En bevisst og villet handling som individet har foretatt for å skade seg selv og som individet ikke kunne være helt sikker på å overleve, men hvor skaden ikke har ført til døden" (Retterstøl et al., 2002, s.13). Selv mordsforsøk omtales og som parasuicid.

Risikofaktorer

Forskning har vist at det er noen faktorer som henger sammen med gjennomført selvmord. Risikofaktorer kan være akutte hendelser eller faktorer som over tid påvirker selvmordsprosessen ved å bidra til økt hjelpløshet og redusert mestring. Eksempler på risikofaktorer kan være: Biologiske årsaksforhold, alvorlig psykisk lidelse, belastende livshendelser, påkjenninger som brudd i viktig relasjon, tidligere selvmordsforsøk, tap av selvaktelse, rus og utskrivning/avslutning av behandlingsrelasjon. Tilgang til metode kan og defineres som en risikofaktor. (Mehlum, 2005).

Selv mordsprosessen

"Dette begrepet beskriver selvmordsadferden som en utvikling fra selvmordstanker som vedkommende holdt for seg selv via tanker som ble meddelt til andre, til selvmordsforsøk og til fullbyrdet selvmord" (Retterstøl et al., 2002, s.16). Man kan forstå denne prosessen som et samspill mellom flere faktorer som personens sårbarhet, belastende livshendelser, nevrobiologiske forhold, opplevelse av hjelpløshet, tilgang på redningsfaktorer som for eksempel sosialt nettverk og sosial støtte, tilgang på metode, rus og evne til impuls kontroll. Prosessen pågår over tid.

Selvmondsadferd

”Selvmondsadferd/suicidal behavior omfatter både selvmord, selvmordsforsøk og selvmordstanker” (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2, 2006, s.11). Begrepet selvmondsadferd betegner alt fra dødsønsker, passive og aktive selvmordstanker, selvmordshandlinger av ulik alvorlighetsgrad og gjennomført selvmord. Pasienter kan være psykotiske og selvmondsadferden kan vær psykotisk betinget ved at pasienten har indre stemmer som sier han må skade seg selv eller dø.

Selvmondsnære personer

Selvmondsnære personer kan defineres som ”personer som har alvorlige selvmordstanker og hvor det bedømmes at selvmondsrisiko foreligger faller inn under dette begrepet. Likeledes personer som uten å ha selvmordstanker på grunn av omstendighetene ellers (psykisk sykdom, tap av nære kontakter, brudd på selvfølelse etc.) vurderes å befinne seg i risikogruppen for selvmord”(Retterstøl et al., 2002 s 16).

Fotfølging

Fotfølging er et miljøterapeutisk tiltak som omfatter grad av tilsyn man iverksetter når pasienter oppfattes som svært selvmordstruet. Tiltaket innebærer kontinuerlig observasjon av pasienten. Pasienten er ikke alene et øyeblikk. Det skal finnes prosedyrer for dette tiltaket i akuttpsykiatriske avdelinger. Fotfølging omdefineres til begrepet kontinuerlig observasjon i utkastet til nasjonale retningslinjer for selvmondsforebygging i psykisk helsevern (Sosial og helsedirektoratet, 2007).

4. Miljøterapi - en kort innføring

Miljøterapien har røtter helt tilbake til ”moral treatment” bevegelsen på 1900 tallet. Målet med behandlingsbevegelsen var å gjenopprette pasienters kontroll over eget liv. Tanken var å oppnå dette ved å behandle pasientene med respekt og verdighet. Mest kjent fra dette reformarbeidet er den engelske legen William Tuke og den franke legen Philippe Pinel. Reformen ”moral treatment” var moralsk behandling med fravær av tvang. Troen på det gode i mennesket blandet med behandling i form av oppdragelse etter moralske normer, skulle gi pasientene mer kontroll over eget liv. Miljøterapi på denne tiden var rett og slett ulike oppdragelsesformer kombinert med respekt og høflighet. Bruk av overtalelse, formaninger og trusler var utbredt. (Vatne, 2006).

Innføringen av det terapeutiske samfunn i psykiatriske institusjoner på midten av 50-tallet fikk stor betydning for utviklingen av miljøterapi som fag. Det var i denne perioden miljøterapeutiske metoder som gruppeterapi, arbeidsterapi og sosial trening ble anerkjent som viktige behandlingsintervensjoner Miljøterapien var et viktig selvstendig element i institusjonsbehandlingen på denne tiden.

Psykiater Svein Haugsgjerd var på 80-tallet toneangivende i arbeidet med å synliggjøre miljøterapeutisk virksomhet. (Haugsgjerd, 1983a, Haugsgjerd, 1983b). Haugsgjerd var opptatt av samspillet mellom psykoterapeutisk virksomhet og miljøterapeutisk virksomhet. Han forklarer miljøterapeutisk virksomhet på følgende måte: ”Det miljøterapeutiske arbeidet består egentlig ikke av handlinger, og langt mindre av teknikker eller rutiner. Det er tenkningen, måten å forholde seg på, prosessen, som er selve arbeidet. Handlingen er bare et resultat av det som til enhver tid skjer i tenkning og følelser. Ved å bruke riktig metode i tenkning omkring følelser, problemer, prosess, stoler vi på at resultatene blir gode, selv om vi ikke kan fastslå dem på forhånd” (Haugsgjerd, 1983a, s.78).

Den norske sykepleieren Anders J. Andersen definerer miljøterapi som: ”...en reflektert, aktiv, kreativ nyttiggjørelse av de til enhver tid tilgjengelige ressurser i en gitt situasjon. Hensikten er å tilrettelegge for utvikling, vekst og modning, og gi god og overførbare relasjonserfaringer, og derigjennom fremme og tydeliggjøre mer hensiktsmessige samhandlingsmønstre” (Andersen, 1997, s.12).

Sykepleier Solfrid Vatne representerer nyere tenkning rundt miljøterapeutisk virksomhet og er på samme måte som Haugsgjerd opptatt av mer enn den konkrete handlingen. Hun påpeker viktigheten av å forstå hvilke handlinger som er gode og hvorfor noen handlinger er bedre enn andre. Hun tematiserer det relasjonelle forhold mellom pasient og terapeut og henviser til nyere litteratur (Miller, Hubble & Duncan, 1999, Hewitt & Coffey, 2005), som påpeker at ”ikke-spesifikke kvaliteter ved relasjonen til pasienten er av større terapeutisk betydning enn spesifikke terapeutiske teknikker. Sentrale kvaliteter som er nevnt er å bli møtt av terapeuten med respekt, varme, tillit, ekthet og ikke-dømmende tilbakemeldinger. Spesielt er empatisk sensitivitet fra terapeuten holdt fram som en grunnleggende egenskap” (Vatne, 2006, s. 29). Både Haugsgjerd og Vatne tematiserer forståelse og kunnskap hos miljøterapeuten som en viktig del av miljøterapeutisk virksomhet.

Miljøterapi kjennetegnes av praktiske og konkrete handlinger man gjør sammen med pasienten som for eksempel å lage planer for dagens gjøremål. Miljøterapeuten utnytter de terapeutiske mulighetene som ligger i handlingen til å skape dialog og samhandling. Samarbeidet med pasienten rundt tiltaket er en del av målet med selve handlingen. Hovedfokuset i miljøterapeutisk virksomhet er å bidra til økt mestring hos pasienten. I Samspillet mellom pasient og miljøterapeut skapes miljøterapi.

Den engelske psykiateren John Gunderson er kjent for sitt arbeid med å beskrive miljøterapeutiske funksjoner og har vært en sentral bidragsyter i det miljøterapeutiske utviklingsarbeidet. Han utga en artikkel i 1978 med tittelen: ”Defining the Therapeutic Processes in Psychiatric Milieus” Denne artikkelen introduserer begrepet miljøterapeutiske variabler. Disse variablene er: beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring (Gundersen, 1987). Variablene brukes mye som utgangspunkt i annen litteratur om miljøterapi (Brathetland et al., 2004, Hansen et al., 2007). Miljøterapeutiske tiltak iverksettes basert på observasjon av pasienten og reguleres i forhold til pasientens funksjonsnivå. Hver variabel kan forklares som et miljøterapeutisk tilnæringsnivå.

Beskyttelse

Beskyttelse omhandler tiltak som har som mål å beskytte pasienten mot å skade seg eller skade andre. Målet med beskyttelse er å styrke pasientens opplevelse av kontroll.

Beskyttelsestiltak kan være skjerming, fysisk omsorg som mat og medisiner og aktiviteter som demper angst og uro. Beskyttelsestiltak omfatter tiltak som er med på å ivareta basale behov hos pasienter med lavt funksjonsnivå når pasienten ikke klarer dette selv. Pasienter som har behov for beskyttelsestiltak er ofte psykotiske, voldelige, selvdestruktive eller maniske. Beskyttelsestiltaket "kontinuerlig observasjon" iverksettes ovenfor pasienter som er sterkt suicidale. Man beskytter pasienten gjennom overvåking ved å forhindre gjennomføringen av et eventuelt selvmordsforsøk.

For mye beskyttelse over for lang tid kan bidra til opplevelse av isolasjon hos pasienten. Det er derfor viktig at man kontinuerlig evaluerer effekten av tiltak på dette nivået slik at man ikke overbeskytter pasienten. Ved å overbeskytte pasienten kan man risikere å undertrykke pasientens eget initiativ. På denne måten risikerer man å forsinke bedringsprosesser (Borg & Topor, 2003).

Støtte

Variabelen støtte omfatter handlinger eller ytringer som fører til at pasienten føler seg mer fornøyd og som øker selvfølelsen. Målet med støtte er at pasienten skal oppleve miljøet som trygt. Tiltakene skal bidra til å redusere angst slik at fortvilelsen hos pasienten avtar. Støtte handler om å finne riktig aktivitet og gi mye verbal oppmuntring før, gjennom og etter gjennomføringen av aktiviteten:

"Dette tror jeg du klarer, se så bra du får det til, hva synes du selv?"

Man kan støtte pasienten ved å oppmuntre pasienten til å delta på aktiviteter man vet han mestrer.

For mye støtte over for lang tid kan bidra til at pasienten opplever utilstrekkelighet og opplevelse av avhengighet. Det er derfor viktig å oppmuntre pasienten til uavhengighet gjennom å være tilgjengelig men ikke hele tiden være tilstede sammen med pasienten. Man må fokusere på pasientens mestring situasjonen:

"Jeg skjønner at du gjerne vil at jeg skal sitte sammen med deg når gjør dette, men jeg ser at du klarer dette veldig bra uten meg. Jeg kommer tilbake om 1 time så ser vi sammen på det du har fått til"

Struktur

Funksjonen som omfatter miljøvariabelen struktur er handlinger og ytringer som skaper forutsigbarhet i hverdagen. Det kan være å lage dagsplaner, ukeplaner, avtaler for samtaler ol. Aktiviteter med utgangspunkt i strukturvariabelen har som mål å redusere kaos og øke opplevelsen av mestring. Når man lager avtaler eller planer er en viktig del av arbeidet å gi

verbal tilbakemeldning til pasienten. Det å lage planen er bare halve arbeidet. Oppfølgingen før under og etter er viktig. Det ligger mye forhandling i denne variabelen:

”Jeg skjønner at du har mange ønsker og behov. Vi tror du blir bedre hvis du får litt mindre stimuli og vil forsøke å begrense aktivitetsnivået ditt. Vi skjønner at det kan være vanskelig for deg. Tror du vi kan bli enige om en plan som inneholder de 3 viktigste tingene du vil ha gjort?”

Strukturvariabelen har som mål å få pasientene til å knytte seg til omgivelsene og se seg selv i en sammenheng. Struktur kan skape trygghet, forutsigbarhet og hjelpe pasienten til å få kontroll over impulser. Man forsøker å hjelpe pasienter til å se konsekvenser og korrigere uheldige adferdsmønstre.

For mye struktur kan gi opplevelsen av lite fleksibilitet og lite individuell tilnærming. Grensesetting er en måte å ivareta struktur på. Lite fleksibel grensesetting kan gi seg utslag i rigid praksis hvor man ikke tar hensyn til at pasienter har ulike behov. Eksempel på en regel som kan gi rigid praksis: *For å skape ro og bidra til god søvnhygiene, får ikke pasienter se på TV etter 23.00*. Målsettingen med en slik regel er å skape ro og struktur. Det kan oppstå konflikt mellom pasient og miljøterapeut hvis miljøterapeuten skrur av tv apparatet midt i et program fordi klokken er blitt 23.00. En slik handling kan forstås som lite fleksibel og rigid.

Engasjement

Variabelen engasjement omfatter tiltak som samhandling og aktivitet med fokus på at pasienten skal knytte seg til/involvere seg i aktiviteter og sosiale sammenhenger utenfor avdelingen. Et av målene med denne variabelen er å motvirke passivitet hos pasienten. Man kan igangsette tiltak inne i avdelingene for å bidra til denne prosessen utenfor avdelingen. Gruppeaktiviteter er viktige tiltak i denne sammenheng. Gruppeaktiviteter bidrar til mulighet for samhandling med andre. Pasienter trenger ofte hjelp til å etablere eller reetablere nettverk. Å delta på aktiviteter i avdelingen som fremmer sosial trening kan bidra til økt mestring utenfor avdelingen. Tiltak innenfor denne variabelen har som mål å øke pasientens opplevelse av ansvar og forståelse for seg selv og andre. Pasienten oppfordres til å velge. Miljøterapeutens oppgave er å bidra til å peke på reelle valgmuligheter. For mye bruk av variabelen engasjement kan føre til at pasientene kan oppleve seg invadert og presset. Pasienten kan trekke seg tilbake i relasjonen hvis han opplever at han blir presset. Man kan unngå dette ved spørsmål som:

”Jeg forstår at det er vanskelig for deg å velge, du har mye å tenke på. Vil du vente litt med å bestemme deg?”

Gyldiggjøring

Variabelen gyldiggjøring omfatter handlinger og ytringer som bekrefter pasientens individualitet og egenart. Anerkjennelse og bekreftelse av pasienten er en del av denne prosessen.. Man bekrefter og anerkjenner pasientens opplevelse av lidelse. Dette har som mål å bidra til at pasientens bedre forstår seg selv og sin egen utilstrekkelighet. Man oppfordrer

pasienten til å utvide egen grenser. Man gir pasienten anledning til å gjøre feil og mislykkes. Målet med dette er å utvide pasientens toleranse for seg selv og andre.

Variabelen gyldiggjøring er ikke aktuell å bruke i møte med en svært psykotisk og oppløst pasient. En psykotisk pasient har redusert evne til å tolke ting som blir sagt og gjort. Ofte mistolker han og blir redd og aggressiv. Gyldiggjøring handler om tiltak som har som mål å øke innsikt og bidra til endring. I psykotisk tilstand er det vanskelig å være i slike prosesser. En svært oppløst pasient vil ofte trenge høy grad av beskyttelse og støtte i den psykotiske og oppløste fasen. Gyldiggjøring brukes som prinsipp når pasienten er i en bedre fase av sykdomsforløpet for eksempel i avslutningen av et institusjonsopphold hvor det er viktig å bidra til økt opplevelse av mestring hos pasienten.

Miljøvariablene kan brukes alene og flere variabler kan brukes samtidig. Dette styres av pasientens funksjonsnivå og tilbakemeldinger fra pasienten.

5. Miljøterapeutisk tilnærming

Miljøterapeutisk virksomhet er ikke bare en ren handling selv om den er handlingsorientert. (Haugsgjerd, 1983a). Utgangspunktet for handlingen formes av forståelse og menneskesyn. Videre i denne oppgaven vil jeg peke på viktige faktorer som påvirker den miljøterapeutiske handlingen.

Kortere liggetid i psykiatriske akuttavdelinger har ført til et økende fokus på diagnostisering og medisinerings. Observasjon og behandling av symptomer blir ofte eneste målsettingen med arbeidet. Sterkt fokus på symptomer bidrar etter min mening til fokus på avvik og avvikende adferd. Korrigering av adferd blir på denne måten fremtredende i miljøterapeutisk virksomhet.

5.1 Det korrigerende perspektivet i miljøterapi

Målsettingen med miljøterapeutisk korrigeringsarbeid er å bidra til positiv endring og økt mestringsopplevelse hos pasienten. Som nevnt har miljøterapien sterke røtter i den moralske behandlingsbevegelsen og det korrigerende perspektivet er fremtredende. Dette kan man se på psykiatriske akuttavdelinger ved at det er mye fokus på regler og grensesetting. Dette er problematisk fordi man gjennom korrigerende tilnærming faktisk i liten grad bidrar til positiv endring for pasienter. Undersøkelser viser at pasienter ofte opplever forsøk på korrigering som krenkende (Vatne, 2006, Borg & Topor, 2003).

Endring i pasientens adferd må skje på pasientens egne vilkår og den kommer gjennom innsikt og ny lærdom (Barth & Nasholm, 2007). De fleste av oss blir krenket hvis noen vi ikke har et forhold til eller allianse med forsøker å grensesette oss. Vi kommer i forsvarsposisjon og forsøker å beskytte oss selv mot ytterligere krenkelse. Dette kan føre til at vi blir lite endringsvillige.

Det korrigerende perspektiv handler om grensesetting, bruk av tvang og makt. Grensesetting vanskeliggjør arbeidet med allianse fordi selve grensesettingen ofte oppleves krenkende for den som blir grensesatt. Begrepet forbindes vanligvis med oppdragene virksomhet. Mange

utageringssituasjoner i en psykiatrisk akuttavdeling starter med forsøk på korrigerende og grensesetting og eskalerer slik at bruk av tvang blir et nødvendig resultat for å oppnå kontroll for hjelperne. Det kan være situasjoner som har startet ut som korrigerende i forhold til bagateller som for eksempel at pasienten ikke vil forholde seg til regler om måltider, leggetider og ro i avdelingen. Det som skjer i slike tilfeller er at man ikke får til en ivaretaende grensesetting. Pasienten opplever seg krenket, går forsvar og forsøker å beskytte seg selv mot videre krenkelser. Dette gir seg ofte utslag i at pasienten blir mer aggressiv i uttrykket. Dette kan forstås som at han kjemper om makten til å bestemme over seg selv. Grensesetting innebærer at man avgrensner, begrenser og innskrenker pasientens valgmuligheter og hans innflytelse og makt i situasjonen. Dette kan oppleves provoserende for pasienten. Grensesetting foregår gjennom restriksjoner og korrigeringer og man bruker ulike grader av tvang for å gjennomføre den.

Ved å korrigere pasientens adferd inntar miljøterapeuten ulike roller. Solfrid Vatne har noen interessante tanker om disse miljøterapeutiske rollene som jeg vil si litt om (Vatne, 2006). Disse rollene har ulike nivå av tvang og makt i seg. Overgangene mellom rollene er flytende og det kan være vanskelig å vite hvilken rolle man befinner seg i. Jeg vil illustrere rollene og overgangene mellom dem ved å bruke et (ikke uvanlig) eksempel:

En pasient kommer til akuttavdelingen. Han er psykotisk og forvirret. Han er ustelt og han har ikke skiftet klær på flere uker. Han lukter vondt og de andre pasientene sjeneres av lukten når de er i nærheten av han.

Omsorgsrollen

I omsorgsrollen overtar man kontrollen i situasjonen helt og fullt har som mål å ivareta grunnleggende behov for pasienten. Utøvelsen av tvang i dette tilfellet er knyttet til at pasienten ofte ikke har samme oppfatning av grunnleggende behov og ikke vil ha den omsorgen som tilbys. Omsorgsrollen i miljøterapeutisk sammenheng omfatter ofte bruk miljøvariabelen beskyttelse. Når pasienten ikke vil ha omsorgen som tilbys oppstår det en konflikt mellom pasienten og miljøterapeuten. Denne konflikten kan løses ved at miljøterapeuten trekker seg tilbake eller at pasienten blir utsatt for bruk av tvang. Hva som er riktig å gjøre vil være situasjonsavhengig. I det nevnte eksemplet vil miljøterapeuten forsøke å hjelpe pasienten til å ivareta personlig hygiene ved å foreslå at pasienten tar seg en dusj. Pasienten vil ikke. Miljøterapeuten forsøker motivering og overtalelser men pasienten blir sint og aggressiv. I dette tilfellet kan det være riktig å trekke seg tilbake og prøve senere. Alternativet er å øke bruken av tvang og gå over i neste rolle

Oppdragerrollen

Oppdragerrollen har disiplin som uttrykk:

”Alle pasienter i avdelingen dusjer hver dag”

Man forsøker å overbevise, motivere og realitetsorientere:

”Hør her. Nå skal du og jeg ta en tur på badet slik at du får dusjet, det blir sikkert godt for deg”

Man geleider pasienten inn ved å holde vedkommende lett i armen. Den direkte tvangen gir seg uttrykk i at man holder i armen. Den indirekte tvangen ved at man avleder, ignorerer, overser og distraherer. Bruk av avtaler er et redskap for den oppdragende virksomheten:

”Hvis du tar deg en dusj kan vi gå en tur ut etterpå. Da har vi en avtale da?”

Miljøterapeuten forsøker å få kontroll og skape struktur og forutsigbarhet ved inngå en avtale med pasienten. Avtaler kan forebygge konflikter men er ofte hjelperorienterte og støtter hjelperens mål og ønsker. Ved å introdusere avtalen stopper diskusjonen og miljøterapeuten forsøker å styre pasienten til en løsning ved å si *”da har vi en avtale da”*. Dette kan oppleves som bruk av makt og forårsaker ofte motreaksjoner fra pasienter. Motreaksjonene er ofte sinne og aggresjon. Dette kan igjen føre til økt grad av avvikende adferd og situasjonen eskalerer. Nivået av aggresjon øker og begge parter må bruke mer makt for å få kontroll. I dette tilfellet kan man fortsatt enten trekke seg tilbake eller øke graden av makt og gå over i neste rolle

Vokterrollen

Vokterrollen innebærer overvåking og bruk av direkte tvang. Den brukes ofte ovenfor pasienter man oppfatter som farlige, aggressive og/eller suicidale. Vokterrollen iversettes ofte når vi som hjelpere har behov for kontroll og ikke har klart å oppnå dette på andre måter. Denne rollen har lite fokus på dialog og den som utøver rollen opplever ofte egen redsel og frykt mens man utøver rollen. Det kan vær frykt for å miste kontroll og redsel for utfallet av dette. Man kan være redd for å bli skadet selv eller at pasienten skal skade seg selv eller andre. Det er en lite dynamisk rolle og korrigerer i svært liten grad uønsket adferd. I forhold til eksempelet med dusjing vil det i så fall innebære at man bærer pasienten inn i dusjen mot hans vilje.

Når pasienter er alvorlig selvmordstruet iverksetter vi tiltaket kontinuerlig observasjon. Dette kan gjøres mot pasientens vilje og omfatter bruk av vokterrollen. I utkastet til nasjonale retningslinjer defineres det noen målsetninger: ”Målene ved å utgi retningslinjene er å bidra til å redusere antall selvmord og alvorlige selvmordsforsøk blant pasienter i psykisk helsevern” (Sosial og helsedirektoratet, 2007, s.4). De overordnede føringene fra myndighetene er at vi som jobber på psykiatriske akuttavdelinger forventes å iversette tiltak for å forhindre at pasienter tar sitt eget liv. Tiltak i et korrigerende perspektiv er i mange tilfeller et nødvendig. Utfordringen er å gjennomføre tiltaket uten å krenke pasienten unødig.

”Du er innlagt her fordi du har forsøkt å ta ditt eget liv. Vi forstår at du må ha det forferdlig vondt. Vår oppgave er å redde liv. Derfor vil vi passe på deg og overvåke deg.. Dette betyr at du ikke er alene i noe øyeblikk - ikke engang på toalettet. Vi vil gjennomgå eiendelene dine og ta bort ting vi tror du kan skade deg med. Vi forstår at dette kan oppleves svært krenkende. Vi kan snakke om det hvis du vil. Vi kjenner deg ikke og du akkurat har gjort et alvorlig forsøk

på å ta livet ditt. Derfor gjør vi det på denne måten. Vi har kontroll nå. Hva tenker du om dette?”

På denne måten er man tydelig på at man tar kontroll og hvilken innflytelse pasienten har i situasjonen. Man må sikre seg at man åpner for at pasienten får si noe om opplevelsen av å bli utsatt for tiltaket.

5.2 Det anerkjennende perspektivet i miljøterapi

Begrep som allianse og anerkjennelse har de senere årene fått større fokus når man snakker om miljøterapi. Anerkjennelse består av komponentene forståelse, aksept, toleranse og bekreftelse.

Å bli anerkjent innebærer ofte en opplevelse av å bli sett og forstått. Det anerkjennende perspektivet i miljøterapeutisk virksomhet tar utgangspunkt i aksept og respekt for pasientens perspektiv. Det anerkjennende perspektivet har fokus på pasientens egen opplevelse og hovedmålet med tiltak er å bidra til innsikt og økt mestring. Korrigeringen er et redskap og ikke et mål i seg selv.

Hvordan kan miljøterapeuten gi en opplevelse av anerkjennelse? Jeg mener at evnen til å stille spørsmål er sentral. Når man ikke forstår, fortetter man å spørre. Man kan stille spørsmål som: *”Hva tror du? eller: ” hva tenker du om det?” eller: ”har jeg forstått deg riktig nå?”*

I tillegg til å ha respekt og interesse for pasientens perspektiv må man sikre at pasienten får reell innflytelse på tiltak som iverksettes. Hvordan sikres denne innflytelsen? Innen psykodynamisk teori snakker man ofte om de 5 grunnspørsmål. (Hansen et al., 2007). Spørsmålene bruker man for å sikre at man har fått tak i pasientens perspektiv:

”Hva er det som plager deg? Når begynte det? Var det noe som skjedde i livet ditt når det startet? Hvordan forstår du selv at dette henger sammen og hva tror du skal til for at du får det bedre?”

Disse spørsmålene kan hjelpe miljøterapeuten å holde fokuset på pasientens perspektiv.

Det anerkjennende perspektiv gjør noe med maktforholdet mellom pasient og miljøterapeut. Pasientens opplevelse og innflytelse blir viktig og reell. Det skjer en overføring av makt fra miljøterapeut til pasient. Denne maktoverføringen handler om flere forhold. Pasientens virkelighetsopplevelse blir det sentral og ikke terapeutens. Pasienten får være med å velge og å evaluere tiltak. Dette bidrar til større autonomi og økt mestring hos pasienten (Oddli & Kjøs, 2001). Det er krevende å jobbe i et slikt perspektiv. Man får mindre makt og kontroll som miljøterapeut. Situasjonen kan oppfattes mer uforutsigbar fordi man ikke alene bestemmer retningen. Dette kan føre til usikkerhet hos den som er hjelper. Det anerkjennende perspektivet krever fleksibilitet av miljøterapeuten.

Man kan jobbe med korrigerende i et anerkjennende perspektiv. Korrigeringen blir da et tiltak og ikke et mål for handling. Anerkjennelse utelukker ikke korrigerende. Det som skiller de to perspektivene er først og fremst hvem som er i fokus i relasjonen mellom miljøterapeuten og pasienten. Korrigeringsperspektivet handler ofte om hjelperens perspektiv. Det anerkjennende

perspektiv er pasientens perspektiv. Dette kan forklares ut i fra at pasienten sjelden formidler behov for korrigerende mens han derimot ofte formidler behov for anerkjennelse og aksept.

5.3 Forståelse av selvmordshandlingen

Gundersons miljøvariabler beskyttelse, støtte, struktur engasjement og gyldiggjøring er prinsipper for nivåtilnærming til pasienter (Gunderson, 1978, Hansen et al., 2007, Brathetland et al., 2004). Det korrigerende perspektivet og det anerkjennende perspektivet reflekterer holdningen til og forståelsen av pasienten. Jeg vil i dette kapittelet belyse hvordan ulike perspektiv gir ulikt fokus i valg av tiltak ovenfor pasienter med selvmordsadferd.

Selvmordsadferden er handlinger som pasienten gjør for å skade seg som kan føre til at han dør. Det kan være forsøk på å strangulere seg, skjære seg, samle tabletter til overdose og lignende handlinger. Pasienten kan ha tanker og planer om å ta sitt eget liv uten å gjøre konkrete handlinger. I akuttpsykiatrisk avdelinger er første prioritet å redde liv og å forhindre selvmordshandlinger gjennom å innføre beskyttende tiltak. Deretter er endring av selvmordsadferden hovedfokus i behandlingen. Målet med det miljøterapeutiske arbeidet er å bidra til at selvmordsadferden avtar. Dette arbeidet forutsetter forståelse og innsikt hos miljøterapeuten. Det er viktig å ha kunnskaper om risikofaktorer for selvmord og kunnskaper om å jobbe i relasjon med pasienter. Endring skjer gjennom læring og økt innsikt (Barth & Nesholm, 2007). Miljøterapeuten kan bidra til endring gjennom å bidra til økt innsikt for pasienten. Dette arbeidet krever at man forstår pasientens perspektiv og jobber ut i fra dette.

Det er ulike måter å forstå en selvmordshandling. Valg av forståelsesmodell er viktig for tilnærmingen til pasienten. Jeg vil kort nevne noen sentrale forståelsesmodeller:

Den kjente psykologiprofessoren Mark Williams beskriver selvmordshandlingen som "a cry of pain". Selvmordshandlingen oppfattes i forklaringsmodellen som et skrik i smerte og en respons på opplevelsen av lidelse. Denne opplevelsen består av flere komponenter. Pasienten opplever uutholdelig smerte, ser ingen utvei og tror tilstanden vil vare evig. (Williams, 2001). Pasienten har en opplevelse av å være fanget og i desperasjon forsøker han å unnsnippe ved å forsøke å ta sitt eget liv.

Det er viktig å ikke forveksle uttrykket "a cry of pain" med uttrykket "a cry for help". Forståelsen av selvmordshandlingen som et rop om hjelp forklarer selvmordsforsøket med at pasienten egentlig ikke ønsket å dø:

"Han ville ikke dø, han forsøker bare rope om hjelp"

Ved å definere selvmordshandlingen som et rop om hjelp, bagatelliseres alvorlighetsgraden i forsøket. Man bestemmer seg for en oppfatning av pasientens intensjon. Dette kan føre til at man ikke får tak i pasientens opplevelse av smerte og lidelse (Williams, 2001). Dette kan igjen føre til at man velger tiltak på feil grunnlag.

Selvmordsadferd kan oppfattes som et forsøk på problemløsning. Selvmordshandlingen er ikke nødvendigvis knyttet til ønske om å dø, men til et ønske om å unnsnippe noe. Pasienten ønsker en forandring men er preget av det man kaller kognitiv rigiditet som gir seg utslag i at

løsninger fremstår som ett av to ytterpunkter (Herrestad & Mehlum, 2005). Pasienten ser få eller ingen mulige problemløsninger. Selvmordshandlingen blir den eneste muligheten.

Edwin Schneidman beskriver selvmordshandlingen som en krisetilstand som er preget av udekkede behov. Dette fører til en sterk opplevelse uutholdelig smerte (Schneidman, 1993). De udekkede behovene er knyttet til opplevelsen av avvísning og manglende aksept og forståelse, tap av kontroll, truet selvilde, opplevd krenkelse, skam, nederlagsfølelse og opplevelsen av å være forlatt.

Selvmordshandlingen kan ha ulike motiv. Handlingen kan være preget av flere og sterkt motstridende følelser (Herrestad & Mehlum, 2005). Dette kan forstås som ambivalens:

”Ønsker jeg å leve eller vil jeg dø?”

Denne ambivalensen kan sees på som en ressurs i det miljøterapeutiske arbeidet. Jeg vil komme nærmere inn på dette senere i oppgaven under pkt. 5.4 s.18

5.4 Miljøterapeutiske intervensjoner

Inspirert av Georg Schjelderups tanker om hovedoppgaver i den pasientrettede virksomheten (Mehlum, 2005), vil jeg i dette kapittelet presentere noen sentrale miljøterapeutiske intervensjoner. Jeg tar utgangspunkt i forståelsen av at selvmordshandlingen kan være et forsøk på problemløsning, en respons på opplevd uutholdelig lidelse og en krisetilstand som preges av opplevelsen av udekkede behov.

Observasjon og tilsyn.

Vi må ha observasjonspolitik som samsvarer med myndighetenes krav og retningslinjer. Dette må nedfelles i prosedyrer og retningslinjer på den enkelte avdeling. Det må stilles krav til kompetanse, og det må lages og gjennomføres opplæringsplaner.

Det første tema som må vurderes når en pasient med selvmordsadferd blir innlagt i en akuttavdeling er graden av tilsyn og beskyttelse mot selvdestruktiv adferd. Beskyttelse i et rent korrigerende perspektiv er basert på hjelperens observasjon og vurdering av pasientens situasjon. Man vil søke å forhindre selvmordsadferd ved å overvåke pasienten kontinuerlig. Det korrigerende perspektivet har fokus på avvik. Man benytter seg av grensesetting ved å begrense og avgrense pasientens mulighet til å utøve selvmordsadferd. Pasienten blir overvåket. Dette er i mange tilfeller et nødvendig og livreddende tiltak.

Miljøterapeuten bruker i hovedsak variabelen beskyttelse i denne fasen. Den miljøterapeutiske intervensjonen som innebærer kontinuerlig observasjon kan være motsetningsfylt (Diakonhjemmet Høgskole, rapport 10/2004). I gjennomføringen av intervensjonen er dialogen svært sentralt. Man må ha fokus på aksept for pasientens ståsted. Miljøterapeuten må være opptatt av pasientens perspektiv samtidig som han må ivareta overvåkingen. Hovedfokus er å forhindre at pasienten tar sitt eget liv. Man må være tydelig og klar i kommunikasjonen og formidle egne motiver:

”Vi vil overvåke deg fordi vi tror du kan komme til å skade deg. Du har gjort et alvorlig forsøk på å ta livet ditt og vi vil gjøre det vi kan for å hindre deg i å gjøre et nytt forsøk. Vi forstår at dette kan oppleves invaderende og krenkende. Hva tenker du om dette?”

En stor utfordring i det miljøterapeutiske arbeidet i en avdeling er å ivareta kontinuitet i kontakten med pasientene. Det er ofte opp mot 20 personer på jobb i løpet av et døgn og en pasient som har kontinuerlig tilsyn vil måtte forholde seg til svært mange personer på en dag. Dette er viktig å tematisere sammen med pasienten:

”Vi er mange på jobb. Vi vet at det er problematisk å forholde seg til å ha så mange personer tett på seg i løpet av et døgn. Vi vil forsøke å organisere det slik at du ikke må forholde deg til oss alle. Du får en fast kontakt på hvert skift og så bytter flere på å se til deg. Vi vil prøve å gi deg så mye privatliv vi kan og være så diskrete i kontakten som mulig. Det er helt greit for oss at du ikke snakker med oss. Du trenger verken småprate eller prate om deg selv og din egen situasjon til oss alle. Det er viktig for oss at du får et tillitsforhold til noen personer i avdelingen som du kan jobbe sammen med under dette oppholdet. Hvordan høres dette ut for deg?”

Det spesielle med suicidale pasienter i forhold til andre pasienter i akuttpsykiatrisk sengeavdelinger er at utfallet ved å gjøre en feil vurdering og en feil intervensjon kan være fatal. Vi risikerer at pasienten tar sitt eget liv.

Det kan skje en polarisering i en personalgruppe når man jobber med mennesker med svært selvdestruktiv adferd (Rovik, 2005). Man kan bli mindre nyansert og polariseringen gir seg utslag i at det blir sterkt fokus på hva som er rett og galt. Dette kan føre til at man blir redd for å gjøre feil og redd for straff. Dette viser seg ofte i sterkt fokus på regler og rutiner. Man kan få en nedvurdering av den viktige fleksibiliteten som utgangspunkt i møte med pasienten.

Vi snakker ofte om å ha ”is i magen” når vi jobber med suicidale pasienter. ”Is i magen” handler om å tørre å overlate kontroll til pasienten. Dette kan gjøres ved at man har fokus på iverksetting av korrigerende tiltak som skjerming og kontinuerlig observasjon med bakgrunn i pasienters behov og ikke med bakgrunn i personalets behov for kontroll eller redsel for å gjøre feil. Ansvarsforholdet i forhold til tilsynsgrad og observasjon er regulert i lovverket. Tilsynsgrad skal initieres og seponeres av ansvarlig psykiater eller psykologspesialist. Dette skal dokumenteres i journal. (HOD,1999 § 1,4). Miljøterapeutens ansvarsoppgave er å gjennomføre tilsynet. Jeg mener at beslutninger om tilsynsgrad bør taes i fellskap i teamet rundt pasienten. På denne måten sikrer man at viktige observasjoner og refleksjoner rundt pasienten blir en del av beslutningsgrunnlaget.

Tiltak som har som mål å redusere opplevelsen av psykisk smerte

Miljøterapeuten må ha kunnskaper om at selvmordstanker ikke er konstante i styrke og form. Han må kjenne til risikofaktorer for selvmord. Forståelse av selvmordshandlingen vil gi muligheter for riktig intervensjon. Miljøterapeuten bruker i hovedsak miljøvariablene beskyttelse, støtte, struktur på dette tilnæringsnivået. Hovedmålet med miljøterapeutiske tiltak i denne sammenhengen er å redusere opplevelsen av psykisk smerte. Dette kan man

blant annet gjøre ved å hjelpe til å rydde og rangere problemer og å avdekke sammenhenger. Vi vet for eksempel at rus ofte er en utløsende faktor for en selvmordshandling (Hawton, 2005). Tematisering av alkohol og rusbruk kan være viktig ryddearbeid. Pasientene kan i mange tilfeller trenge hjelp til å avdekke hvilken rolle alkohol spiller i forhold til egen selvmordsadferd. Det at pasienten får hjelp til å se sammenhenger vil være et viktig bidrag til at pasienten kan øke egen innsikt. Å avdekke pasientens evne til problemløsning og mestring vil være viktige tiltak. Man kan tematisere det på følgende måte:

”Tror du alkohol kan ha betydning for at du forsøkte å ta ditt eget liv? Hva tenker du om ditt eget alkoholforbruk? Når hadde du sist en dag uten alkohol?”

Det er viktig at man ikke devaluerer pasienten i en slik sammenheng. Korrigering uten å sikre seg pasientens perspektiv kan oppleves devaluerende:

”Vi ser at du hadde 1.5 i promille når du ble innlagt etter selvmordsforsøket. Har du problemer med alkohol? Driker du mye når du synes ting er vanskelig”

Det viktige for pasienten i denne situasjonen er at han selv ser sammenhengen – ikke at vi ser det. I slike situasjoner mener jeg at man kan ha god hjelp av å bruk prinsippene i samtalemодellen ”motivational interviewing” (Barth & Nasholm, 2007). Denne modellen tar utgangspunkt i å motivere til endring på pasientens egne vilkår gjennom noen prinsipper for tilnærming i samtalen. Ved å hjelpe pasienten til selv å avdekke sammenhenger og forklaringer, blir det lettere for pasienten å akseptere problemet.

Ofte er pasientens situasjon preget av kaos og problemer på flere områder. Det er av stor betydning å holde fast i pasientens perspektiv når man skal hjelpe med å rydde i problemene:

”Er det slik at du opplever ting rundt deg som kaotisk? Ville det hjelpe om vi forsøkte å definere problemene litt tydeligere? Hvordan vil du selv beskrive din egen situasjon? Har du hatt det slik tidligere?”

Ved å spørre på denne måten toner man ned sin egen rolle og betydning og får pasienten til å definere sin egen situasjon. På denne måten kan man invitere pasienten til medvikning.

Økonomiske og administrative problemer kan oppleves uoverkommelige for pasienten. Det kan være at pasienten ikke har åpnet post og betalt regninger på mange måneder. Pasienten kan ha problemer med boligsituasjon, familieforhold ol. Det er ofte til stor lindring i å få hjelp til å rydde opp i slike forhold. Å få hjelp til å ta kontakt med arbeidsgiver, sosialkontor og familie kan i mange tilfeller være viktige miljøtiltak. Ved å gjøre slike ting sammen med pasienten viser man at det finnes alternative problemløsningsmetoder. Det perspektivet man har som utgangspunkt i slike prosesser vil være av betydning for pasientens opplevelse av krenkelse. Et korrigerende miljøterapeutisk perspektiv har et omsorgsfullt utgangspunkt, men kan ofte gi pasienten en opplevelse av å bli devaluert i korrigeringen fordi korrigeringshandlingen omfatter bruk av elementer som appell til fornuft, forsøk på å overbevise eller å overtale pasienten til å få samme perspektiv som hjelperen.

”Vi kan hjelpe deg å rydde i kaoset rundt deg. Da vil du kanskje føle deg litt bedre. Jeg tror det er viktig at vi starter med å få betalt de regningene du ikke har betalt på en stund”

Ved å uttrykke seg på denne måten markerer man som miljøterapeut egen rolle veldig tydelig. Man viser pasienten hva man tenker om den situasjonen han er i og introduserer seg selv som hjelper. Dette påvirker maktforholdet mellom pasient og miljøterapeut. Pasienten blir mottaker og ikke aktør. Rollen som mottaker kan være med på å forhindre at pasienten engasjerer seg i dialogen. Man kan forhindre at dette skjer ved å tone ned egen posisjon som hjelper og oppmuntre pasienten til å definere eget perspektiv:

”Hva tenker du selv om den situasjonen du er i?”

Ved å spørre på denne måten overføres noe av makten og handlekraften tilbake til pasienten (Oddli & Kjøs, 2001).

Pasienter som blir innlagt i psykiatrisk akuttavdeling etter et selvmordsforsøk kan synes det er vanskelig å ta kontakt med familien. Det er mye skamfølelse forbundet med selvmordshandlinger og pasientene kan være bekymret for ytterligere opplevelse av avvisning fra familie og venner. Dette kan oppleves svært vanskelig for pasienten. Miljøterapeutens kan bidra til å redusere stress i slike situasjoner ved å gi støtte og oppmuntring til å gjøre det som oppleves vanskelig for pasienten. Man kan være tilstede og introdusere mulige løsninger som vil kunne lette situasjonen for pasienten:

”Jeg skjønner at dette ikke er lett for deg. Jeg ser at du har mye å tenke på. Jeg ser og at du har fått til mye. Hvis du vil forsøke å ringe selv kan jeg sitte her ved siden av deg og så kan du bruke meg hvis du trenger støtte”

Et korrigerende utgangspunkt gjennom en oppdragende rolle kunne bidra til at pasienten kan oppleve bagatellisering av problemer. I et forsøk på å rydde og rangere kan man komme i skade for å appellere til fornuft og motivering gjennom å overbevise pasienten:

”Det er nok ikke så ille som du tror. De blir sikkert glad for at du ringer. Jeg tror det er viktig at du tar denne telefonen”

Intensjonen i dette tilfellet er god og man ønsker om å bidra til at pasienten føler seg bedre. For å redusere opplevelsen av stress og psykisk smerte er det viktig at man får tak i hva pasienten opplever som stressfaktor.

I et anerkjennende perspektiv vil pasientens opplevelse bli vektlagt med større tyngde:

”Kan vi sammen finne ut av om noen av problemene du opplever er viktigere enn andre og om noen av dem kan vente litt? Er det noe vi kan gjøre akkurat nå for å lette presset du opplever?”

Tiltak som har som mål å redusere lidelsestrykk

Når man skal bidra til å redusere lidelsestrykk må man være bevisst at pasienter med selvmordadferd ofte har opplevd mye krenkelse og er særlig sårbare for nye krenkelser.

Lidelsestrykket er ofte forbundet med opplevelsen av mange og udekkede behov (Herrestad & Mehlum, 2005). Miljøterapeuten kan hjelpe pasienten å avdekke hva dette handler om. Gjennom dette arbeidet kan man introdusere tiltak. Opplevelsen av udekkede behov handler ofte om behov for å bli forstått, akseptert og respektert. Det handler om at noen anerkjenner opplevelsen av lidelse. Miljøterapeuten bruker i hovedsak variablene beskyttelse, støtte og struktur. Det hjelper å bruke setninger som:

”Jeg skjønner at du må ha det forferdelig vondt og jeg forstår at det er viktig for deg at vi tar deg på alvor. Jeg vil gjerne vite mer om hvordan du opplever dette, vil du fortelle meg det?”

Å bli utsatt for kontinuerlig observasjon og skjermingstiltak kan oppleves krenkende for pasientene. (Vatne, 2006). Miljøterapeuten kan invitere til dialog rundt dette. Det er flere måter å gjøre dette på. I et korrigerende perspektiv vil man være opptatt av at å få pasienten til å forstå og akseptere vårt ståsted som hjelper:

”Vi gjør dette for å hjelpe deg, og vi mener det godt - vår oppgave er å redde liv”

Her forsøker man gjennom appell å få pasienten til å se ting på samme måte som en selv. Det har mest sannsynlig ingen lindrende effekt. Ved å vise respekt for pasientens subjektive opplevelse vil man unngå denne appellerende korrigeringen.

”Vi forstår at dette kan oppleves krenkende og vi beklager at vi påfører deg dette. Vil du fortelle mer om hvordan du opplever det?”

En samtale med dette utgangspunktet åpner for at pasienten kan formidle egen opplevelse av tiltaket. Man inviterer pasienten inn i dialog om effekten av tiltaket.

Tiltak som har som mål å motvirke hjelpeløshet og skape allianse med ønsket om å leve

Miljøterapeuten bidrar til å motvirke hjelpeløshet når han hjelper pasienten til å velge aktiviteter som fremmer pasientens mestring. Miljøterapeuten velger i hovedsak variablene støtte, engasjement og gyldiggjøring. Bruk av variabelen gyldiggjøring forutsetter et kognitivt funksjonsnivå hvor pasienten er i stand til å reflektere rundt situasjonen. Man velger aktiviteter man vet pasienten vil mestre. For å finne ut av hvilke aktiviteter dette er må man tematisere det med pasienten:

”Har du opplevd noe som dette tidligere? Var det noe som hjalp den gang? Hva tror du ville hjelpe?”

På dette nivået av tilnærmingen kan man for eksempel bruke de 5 grunnspørsmålene som jeg har nevnt i kap.5.2.

Det er viktig å bruke ambivalensen til pasienten som en ressurs. Ambivalensen kan tematiseres i samtale med pasienten:

”Kan du fortelle meg hva som har holdt deg fra å forsøke å ta livet ditt frem til nå?”

På denne måten hjelper man pasienten til å definere egne redningsfaktorer. Redningsfaktorer er faktorer som beskytter mot selvmord. Eksempler på redningsfaktorer er: livssyn, barn, familie og jobb.

Med et korrigerende perspektiv i en slik samtale kan man lett komme i skade for å bagatellisere pasientens problem når man skal bruke ambivalensen til pasienten:

”Det må jo være noe som har holdt deg fra å ta livet ditt til nå - siden du ikke har forsøkt før. Kanskje vi kan snakke litt om det?”

På denne måten påpeker man det man mener må være ambivalens hos pasienten. I den første tilnærmingen er man spørrende og åpen til om det faktisk finnes en ambivalens og overlater til pasienten å beskrive det. På denne måten blir det lettere for pasienten å se og akseptere at han faktisk er ambivalent.

Tiltak som har som mål å utvide perspektivet til pasienten

Å utvide pasientens perspektiv innebærer at man må introdusere nye tanker og mulige sammenhenger i samtale. Miljøterapeuten bruker i hovedsak variablene støtte, engasjement og gyldiggjøring. Pasienten tillates å uttrykke egen lidelse. Miljøterapeuten bekrefter pasientens egenart og gir rom for å tolerere og akseptere avvik. Det kan for eksempel være godt for pasienter som har selvmordsanker å høre andre som opplever det samme. Gruppeaktiviteter kan være en god måte å organisere slike tiltak på dette nivået. Det er begrensede gruppetilbud i en psykiatrisk akuttavdeling. Pasienter er innlagt kort tid og prosessfokuserne grupper er ikke gjennomførbare. Samtalene i gruppene har ofte et ”her og nå ” perspektiv. Man snakker om hvordan det er å være innlagt i avdelingen. På denne måten oppfordres pasientene til å si noe om hvordan de har det. Pasientene gir ofte tilbakemelding på at samtalene og gruppene med andre pasienter er viktig for dem. De forteller om opplevelse av støtte og fellesskap. Gjennom å velge tiltak som bidrar til at pasienten knytter seg til omverdenen, hjelper man pasienten med å orientere seg i livsbevarende retning.

Gjennom å utfordre pasienten kan man bidra til ny innsikt og forståelse:

”Jeg forstår at dette er vanskelig for deg, kan du tenke deg å prøve allikevel? Jeg vil være her hvis du trenger meg.”

I denne fasen er det viktig å introdusere tiltak som representerer en utfordring for pasienten. Dette kan være ting som han gruer seg til eller ikke tror han klarer. Det er viktig at miljøterapeuten klarer egen rolle og motivasjon for intervensjonen:

”Vi vet at du gruer deg til dette og at du helst ikke vil. Vi tror at dette kan føre til at du får det bedre. Derfor foreslår vi at du gjør dette. Vi forstår at dette er vanskelig for deg. Hva tenker du om det?”

På denne måten kan man støtte pasienten gjennom vanskelige situasjoner og bidra til økt mestring.

5.5 Miljøterapeutiske utfordringer ved selvmordsadferd

Ordet empati kommer fra gresk og betyr innlevelse. Den empatiske prosessen krever aktiv forestillingsevne eller innlevelsessevne og handler om å kunne sette seg inn i hvordan det er å være den andre (Thorgaard, 2007a). Hvis man evner å sette seg inn i den andres perspektiv berøres man og gjennom denne berøringen blir man involvert. Det er i denne prosessen man finner pasientens perspektiv og kan bidra med tiltak som øker mestring og reduserer sårbarhet hos pasienten.

Man kan i en slik prosess overinvolveres eller la seg overvelde. Vi omtaler ofte dette som at hjelpere blir uprofesjonelle. At man er overinvolvert eller overveldet, kjennetegnes ved at man ikke ser noe annet perspektiv enn pasientens. Man klarer ikke innta andre posisjoner som er mer reflekterende og mer objektive. Dette er et stort og viktig tema i forhold til det å jobbe med mennesker med selvmordsadferd, men på grunn av oppgavens begrensning vil jeg ikke gå nærmere inn på dette.

Miljøterapeutens empatiske kapasitet utfordres i møte med mennesker med sterkt selvdestruktiv adferd. Det er vanskelig å la seg involvere fordi man ikke forstår pasienten. Dette kan føre til at man som miljøterapeut føler avmakt i situasjonen (Rovik, 2005). Miljøterapeuten trekker seg tilbake i relasjonen og forsøker å skape avstand. Dette er en måte å beskytte seg selv på som hjelper. Denne avstanden kan oppleves som avvisning for pasienten. Pasienter med svært selvdestruktiv adferd er svært sårbare for avvisning. Når pasienter opplever seg avvist kan man møte motreaksjoner hos pasienten som økt selvdestruktiv adferd, sinne og devaluering av personalet. Utfordringen for miljøterapeuten ligger i å klare å bære pasientens avmakt som ligger i den selvdestruktive handlingen (Thorgaard, 2007a). Å hjelpe og bære handler om å vise respekt og forståelse og kunne ta imot og anerkjenne pasientens opplevelse.

Det er vanskelig å fullt ut forstå pasientens perspektiv. Forståelse gir tilgang på følelsen av mening og sammenheng for miljøterapeuten og den danner grunnlaget for konstruktiv intervensjon.

Uforutsigbar adferd skaper usikkerhet hos miljøterapeuten. Man kan bli rådvill når man som hjelper ikke forstår pasienten eller situasjonen. Dette kan gi opplevelse av å ikke ha kontroll som igjen kan føre til at miljøterapeutgruppen demoraliseres og mister troen på egne og andres ferdigheter. Avmaktsfølelse kan forårsake demoraliseringen i personalgruppen gjennom opplevelsen av å ikke klare å hjelpe. Man kan motarbeide demoralisering ved å forsøke å finne noen felles mål for behandlingen av pasienten. Dette kan man gjøre ved å stille spørsmål som: *Hva kan vi hjelpe pasienten med? Hva ønsker vi å få til i behandlingen av denne pasienten? Hva er hovedutfordringen? Hva er pasientens perspektiv i dette?*

Splitting er et begrep som ofte tematiseres i personalgrupper som jobber med pasienter med selvmordsadferd. Begrepet kan forstås på følgende måte: "Begrepet splitting brukes spesielt for å beskrive situasjoner hvor personalet i psykiatriske behandlingssammenhenger står steilt mot hverandre i sitt syn på pasientens behandlingsbehov. Fenomenet årsaksforklares med de ubevisste projektive identifiseringsprosesser, der forskjellige medlemmer av personalgruppen mottar forskjellige aspekter av pasientens indre verden og reagerer komplementært i forhold

til disse” (Rovik, 2005, s.21). Det betyr at personalet forstår og handler ut fra det de tar imot fra pasienten. Vi tar imot ulike ting og det fører til at man får en polarisering i miljøterapeutgruppen med fokus på hvem som har rett og hvem som tar feil. Splittelsen fører til manglende felles forståelse av tilnærming til den enkelte pasient. Dette kan bidra til økt usikkerhet og utrygghet i miljøterapeutgruppen. ”Splittelse i personalgruppen kan føre til kollaps av miljøterapien som terapeutisk virkemiddel” (Rovik, 2005, s.22). Denne kollapsen skjer ved at fokuset på pasientens behov flyttes til fokus på hva som er rett og galt:

Det blir viktig at jeg har rett – og at noen andre tar feil.

Miljøterapeutisk tilnærming i denne konteksten er vanskelig og skaper dårlig klima for alliansearbeid mellom miljøterapeuter og pasienter. Det kan føre til at pasienter fraskriver seg ansvar for egen adferd og forsøker å lure personalgruppen (Rovik, 2005).

Det er mange utfordringer knyttet til den miljøterapeutiske rollen i forhold til pasienter med selvmordsadferd. Det er risikofylte arbeidsbetingelser i form av uforutsigbar adferd hos pasienten. Det er personlige utfordringer i form av at man som miljøterapeut klarer å holde ut vanskelige relasjoner, ha is i magen og tåle avvisning og devaluering. Det er utfordringer som berører evnen til å holde ut vanskelige følelser og ikke demoraliseres i denne prosessen. Miljøpersonalet står stadig i den sterke konflikten mellom å skulle anerkjenne pasientens perspektiv og arbeide med å korrigere den uønskede adferden. Dette spenningsfeltet gir helt spesielle relasjonelle utfordringer som krever trygghet, god vurderingskompetanse og relasjonell kompetanse hos miljøterapeuten.

Et viktig tema i denne sammenheng er miljøterapeutens evne til terapeutisk holdning og grad av vurderingskompetanse. Terapeutisk holdning innebærer at man er direkte og personlig utspørrende uten å være innvaderende, at man evner å representere en balanse mellom nøkternhet og realisme, at man har evne til å være følelsesnøytral uten å være avvisende og at man har fokus på avgrensning og muligheter uten å være avvisende.

Vurderingskompetansen er knyttet opp til teoretisk kompetanse, klinisk erfaring og evne til refleksjon. Det å kunne betrakte og evaluere seg selv er knyttet til spesifikke menneskelige egenskaper (Schibbye, 2002). Disse egenskapene påvirker vår evne til å se valgmuligheter, være i stand til å ta valg og kunne evaluere konsekvensene av de valgene vi tar. Evne til selvrefleksivitet påvirker handlekraft og har sammenheng med evne til problemløsende tenkning.

Prosedyrer og retningslinjer er overbyggende og generelle. Den enkeltes kunnskaper og ferdigheter brukes i utøvelsen av arbeidet. Det å kjenne til prosedyrer og retningslinjer gir ikke automatisk vurderingskompetanse. Vurderingskompetanse må læres. Man må øve seg for å bli en god kliniker. I denne prosessen er det viktig at man får veiledning (Lycke et al., 1994).

6. Oppsummering og konklusjon

Miljøterapi er en terapeutisk tilnæringsmetode som består av flere elementer. Miljøvariablene beskyttelse, støtte struktur, engasjement og gyldiggjøring indikerer et tilnæringsnivå og er knyttet opp mot pasientens funksjonsnivå og tilbakemelding. Miljøterapeutisk tilnærming har to motsetningsfylte perspektiv. Perspektivene forklares som det korrigerende perspektivet med fokus på behov for korrigerende av adferd og det anerkjennende perspektivet med fokus på anerkjennelse av pasientens ståsted. Det ene perspektivet utelukker ikke det andre og de kan brukes samtidig.

Kunnskaper om selvmordsprosessen og risikofaktorer for selvmord er grunnleggende for den miljøterapeutiske tilnærmingen. Forståelse av pasientens perspektiv og forståelse av selvmordshandlingen danner grunnlaget for miljøterapeutens intervensjon.

De miljøterapeutiske tiltakene ovenfor pasienter med selvmordsadferd har fokus på å avdekke sammenhenger og bidra til økt innsikt som igjen bidrar til økt mestring hos pasienten.

De miljøterapeutiske utfordringene knyttet til å jobbe med selvmordstruede personer, har sammenheng med at miljøterapeutens empatiske kapasitet utfordres i møte med svært selvdestruktiv adferd. Selvmordsadferd er vanskelig å forstå. Det er vanskelig å bære pasientens avmakt. Dette skaper reaksjoner i miljøterapeuten og i personalgruppen og man utfordres i forhold til å skape felles forståelse og motarbeide splitting.

Miljøterapeutens kompetanse og ferdigheter har flere aspekt. Aspektene omhandler intellektuell kapasitet i form av kunnskap og modenhet og relasjonell kompetanse i form av evne til selvrefleksjon.

Utfordringen i det miljøterapeutiske arbeidet er i hovedsak knyttet til to spørsmål. Det ene spørsmålet er hvordan man hjelper den som vil dø til å ville leve. Det andre spørsmålet er hvordan man som hjelper klarer å håndtere møtet med den selvdestruktive adferden.

Pasienter med selvmordsadferd er svært sårbare for krenkelser. Det er derfor viktig av miljøterapeuten i tilnærmingen søker endring av selvmordsadferden gjennom først å anerkjenne pasientens perspektiv. Anerkjennende tilnærming kan bidra til å redusere lidelsestrykk og øke opplevelsen av mestring hos pasienten.

Jeg har i denne oppgaven redegjort for de sammensatte problemstillingene rundt miljøterapeutisk tilnærming til pasienter med selvmordsadferd. Jeg ønsker med dette å bidra til økt kompetanse og innsikt i forhold til miljøterapeutens møte med det selvmordstruede mennesket i akuttpsykiatrisk avdeling. Gjennom å peke på noen sammenhenger håper jeg å bidra til at miljøterapeuten får noen gode redskaper han kan bruke i den miljøterapeutiske intervensjonen. Ved å bli tryggere i møte med pasienter med selvmordsadferd, kan det være lettere å vite hva man som miljøterapeut kan bidra med for å hjelpe den som vil dø til å ville leve.

7. Litteraturliste

- Andersen, A. J. (1997). *Uten fasit: perspektiver på miljøterapi*. Oslo: Cappelen Akademisk
- Barth, T. & Nasholm, C. (2007). *Motiverende samtale- endring på egne vilkår*. Bergen: Fagbokforlaget
- Borg, M. & Topor, A. (2003). *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget
- Brathetland, O., Dahle, A.S., Henriksen, A.T., Hammelvold, U.E., Nijkamp, S., Smedvik, K., Stokka, M., Torgrimsen, C., Tytlandsvik, M., Vevatne, K., Østebø, G., Aanderaa, M.M. Haaland, T. & Thorsen G.R.B. (2004). *Miljøterapi en modell for tenkning holdning og handling i en psykiatrisk institusjon*. Stavanger: Psykiatrisk opplysningsfond
- Carlen, P. & Bengtsson, A. (2007). Suicidal patients as experienced by psychiatric nurses in inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing* 16, 257-265 (9 sider).
- Dodds, P. & Bowles, N. (2001). Commentary, dismantling formal observation and refocusing nursing activity in acute inpatient psychiatry: a case study. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, (8(2), 183-188 (8 sider).
- Duffy, D. (2003). Exploring suicide risk and the therapeutic relationships: A case study approach *NTRResearch* 8, (3), 185-199 (14 sider).
- Gunderson, J.G. (1978). Defining the therapeutic process in psychiatric milieus, *Psychiatry*, 41, 327-335 (8 sider).
- Hansen, J.E., Rønnow, E., Mestringsstrategi-gruppen i Herning. & Thorgaard, L. (2007). *Håndbog for relasjonsbehandlere*. Stavanger: Hertevig forlag
- Haugsgjerd, S. (1983a). *Psykoterapi OG miljøterapi ved psykoser, 1*, Oslo: Gyldendal
- Haugsgjerd, S.(1983b). *Psykoterapi og miljøterapi ved psykoser, 2*, Oslo: Gyldendal
- Hawton, K. (Red). (2005). *Prevention and treatment of suicidal behaviour. From science to practice* New York: Oxford university Press Inc.
- Hawton, K. & van Heeringen, K. (2002). *The international handbook of suicide and attempted suicide*, New York: John Wiley & sons' ltd.
- Helse og omsorgsdepartementet (HOD), (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*, Oslo: Helse og omsorgsdepartementet
- Herrestad, H. & Mehlum, L. (Red.). (2005). *Uutholdelige liv*. Oslo: Gyldendal

- Hewitt, J. & Coeffey, M. (2005). Therapeutic working relationships with people with Schizophrenia: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 52(5), 561-570.
- Kåver, A. & Nilsonne, Å. (2005). *Dialektisk adferdsterapi ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse*. Oslo: Gyldendal
- Lycke, K.H., Handal, G. & Lauås P. (1994). *Veiledning i medisinsk spesialistutdanning*. Oslo: Gyldendal
- Mehlum, L.(Red).(2005). *Tilbake til Livet*. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Miller S.D., Hubble, M.A. & Duncan, B.L. (1999). *The heart and soul of change: what works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association
- Nasjonalt Kunnskapscenter for helsetjenesten.(2006). *Forebygging av selvmord, del 1: Psykoterapi, medikamentelle intervensjoner og elektrokonvulsiv terapi*. (Rapport Nr 24). Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten
- Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten (2006). *Forebygging av selvmord, del 2*, (Rapport nr 24). Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten
- Oddli, H.W. & Kjøs, P. (2001). Ubehaget ved makt. *Focus*, 29, 285-291 (6 sider)
- Retterstøl, N., Ekeberg, Ø. & Mehlum, L. (2002). *Selvmord – Et personlig og samfunnsmessig problem*. Oslo: Gyldendal
- Rovik, A.M. (2005). Selvskading og miljøterapi. Miljøterapeutiske utfordringer ved selvskadende adferd. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 7(2), 15-27 (12 sider)
- Rydningen, N.N. & Pettersen, K., (2006). "Cry of pain" - En psykologisk modell for forståelse av selvmordsadferd. . *Impuls*, 1(60), 39-43 (4 sider)
- Schibbye, A.L., (2002). *En dialektisk relasjonsforståelse i psykoterapi med individ, par og familie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Shneidman, E. (1993). *Suicide as psychache. A clinical approach to self-destructive behaviour*. Northvale: Jason Aronson.
- Sosial og helsedirektoratet (2007). *Utkast til nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging i psykisk helsevern*. (Rapport til høring 2007). Oslo: Sosial og helsedirektoratet.
- Talseth, A.G., Linseth, A., Jacobsen, L. & Norberg, A. (1999). The meaning of suicidal psychiatric in-patients` experiences of being cared for by mental health nurses. *Journal of advanced Nursing* 29(5), 1034-1041 (7 sider).
- Thorgaard, L. (2007a). *Empatiens bevarelse i relasjonsbehandlingen*. Stavanger: Hertevig forlag

Thorgaard, L (2007b). *Individuell mestring og mestring i relasjon*. Stavanger: Hertevig forlag

Thorgaard, L. (2007c). *Dynamisk psykoseforståelse og dynamisk relasjonsbehandling*. Stavanger: Hertevig forlag

Thorgaard, L. & Haga E., (2007). *Gode relasjonsbehandlere og god miljøterapi*. Stavanger: Hertevig forlag

Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal

Vråle, G.B. (2000). *Møte med det selvmordstruede mennesket*. Oslo: Gyldendal, akademisk

Vråle, G.B. & Mjøsund, N.H. (2004). *Fotfølging av selvmordstruede pasienter i akutt psykiatriske avdelinger* (Forskningsrapport nr. 10). Oslo: Diakonhjemmet høgskole rapport 10/2004

Williams, M. (2001). *Suicide and attempted suicide*. London: Penguin

World health organization (WHO), 1986 Working group on preventive practices in suicide and attempted suicide. Summary report. (ICP/RSF 017 6526 V).

Øverland, S.(2006). *Selvskading en praktisk tilnærming*. Bergen: Fagbokforlaget

Vedlegg 1

Selvvalgt pensumlitteratur

Videreutdanning i selvmordsforebyggende arbeid

Seksjon for selvmordsforskning og – forebygging UIO 2006-2007

Kandidat nr. 6

Barth, T. & Nasholm C. (2007). *Motiverende samtale- endring på egne vilkår*. Bergen: Fagbokforlaget. (165 sider).

Beskow, J. & Johnsen, A.M. (2007). Nytt sett att forstå suicidalitet. *Suicidologi*, 12 (2), 20-23 (3 sider).

Borg, M. & Topor, A., (2003). *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget. (124 sider).

Brathetland, O., Dahle, A.S., Henriksen, A.T., Hammelvold, U.E., Nijkamp, S., Smedvik, K., Stokka, M., Torgrimsen, C., Tytlandsvik, M., Vevatne, K., Østebø, G., Aanderaa, M.M., Haaland, T & Thorsen, G.R.B. (2004). *Miljøterapi en modell for tenkning holdning og handling i en psykiatrisk institusjon*. Stavanger: Psykiatrisk opplysningsfond. (58 sider).

Carlen, P. & Bengtsson, A. (2007). Suicidal patients as experienced by psychiatric nurses in inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing* 16, 257-265 (9 sider).

Dodds, P. & Bowles, N. (2001). Commentary, dismantling formal observation and refocusing nursing activity in acute inpatient psychiatry: a case study. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, (8(2), 183-188 (8 sider).

Duffy, D. (2003). Exploring suicide risk and the therapeutic relationship: A case study approach *NTRResearch* 8, (3), 185-199 (14 sider).

Gunderson J.G. (1978). Defining the therapeutic process in psychiatric milieus, *Psychiatry*, 41, 327-335 (8 sider).

Hansen, J.E., Rønnow, E., Mestringsstrategi-gruppen i Herning & Thorgaard, L (2007). *Håndbog for relasjonsbehandlere*. Stavanger: Hertevig forlag. (77 sider).

Haugsgjerd, S. (1983a). *Psykoterapi og miljøterapi ved psykoser, 1*, Oslo: Gyldendal. (134 sider).

Haugsgjerd, S. (1983b). *Psykoterapi og miljøterapi ved psykoser, 2*, Oslo: Gyldendal. (103 sider)

- Kåver, A. & Nilsonne, Å.(2005). *Dialektisk adferdsterapi ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse*. Oslo: Gyldendal.(207 sider).
- Lycke, K.H., Handal, G. & Lauås, P. (1994). *Veiledning i medisinsk spesialistutdanning*. Oslo: Gyldendal. (129 sider).
- Mann, J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnequist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wassermann, D., Yip, P., Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies a systematic review. *Jama*, 294 (16) 2064-2074 (10 sider).
- Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten.(2006). *Forebygging av selvmord, del 1: Psykoterapi, medikamentelle intervensjoner og elektrokonvulsiv terapi*. (Rapport Nr 24), Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (133 sider).
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006). *Forebygging av selvmord, del 2*, (Rapport nr 24.), Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (49 sider).
- Oddli, H.W. & Kjøs, P (2001). Ubehaget ved makt. *Focus*, 29, 285-291 (6 sider).
- Rovik, A.M. (2005). Selvskading og miljøterapi. Miljøterapeutiske utfordringer ved selvskadende adferd. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 7(2), 15-27 (12 sider).
- Rydningen, N.N. & Pettersen, K., (2006). "Cry of pain" - En psykologisk modell for forståelse av selvmordsadferd. *Impuls*, 1(60), 39-43 (4 sider).
- Sosial og helsedirektoratet (2007). *Utkast til nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging i psykisk helsevern*. (Rapport til høring 2007). Oslo: Sosial og helsedirektoratet. (21 sider).
- Talseth, A.G., Linseth, A., Jacobsen, L. & Norberg, A. (1999).The meaning of suicidal psychiatric in-patients` experiences of being cared for by mental health nurses. *Journal of advanced Nursing* 29(5), 1034-1041 (7 sider).
- Thorgaard, L. (2007a). *Empatiens bevarelse i relasjonsbehandlingen*. Stavanger: Hertevig forlag. (273 sider).
- Thorgaard, L. (2007b). *Individuell mestring og mestring i relasjon*. Stavanger: Hertevig forlag. (243 sider).
- Thorgaard, L. (2007c). *Dynamisk psykoseforståelse og dynamisk relasjonsbehandling*. Stavanger: Hertevig forlag. (391 sider).
- Thorgaard L. & Haga E., (2007) *Gode relasjonsbehandlere og god miljøterapi*. Stavanger: Hertevig forlag. (183 sider).
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal. (210 sider).

Vråle, G.B., Mjøsund, N.H. (2004). *Fotfølging av selvmordstruede pasienter i akutt psykiatriske avdelinger* (Forskningsrapport nr. 10). Oslo: Diakonhjemmet høgskole rapport 10/2004. (63 sider).

Øverland, S. (2006). *Selvskading en praktisk tilnærming*. Bergen: Fagbokforlaget. (249 sider).