

”JEG HAR IKKE SNAKKET SÅ MYE MED FOLK

FØR

- IKKE OM SÅNNE TING”

**OM HÅPSBYGGING I RELASJON MED DEN
SUICIDALE**

INNLEVERING:17 OKTOBER 2005

ANTALL ORD: 9747

INGVILD THERESE SAGEDAL
VIDEREUTDANNING I SELVMORDSFØREBYGGENDE ARBEID
KULL 2004/2005
SEKSJON FOR SELVMORDSFORSKNING OG - FØREBYGGING
UNIVERSITETET I OSLO

Treet

Sjå treet

Einsamt står det, nakent
I kaldt, gullbleikt mars-gry
Med skarp kant av skaresnø
kring foten

Dei andre tre her på slette
står samansigne i stivt bar
Og søv trygt i sun vinter
Men dette annleis enn dei

For dette aleine er nakent
Og ventar lauv
Knuppene ligg alt som dropar
tett etter kvar ein kvist
Varsamt og våkt, urørleg
står treetnog ber sin skatt
med veikt skin som av perler
kring seg frå rot til topp

Gå ikkje nærare
Stilt skal det vere her enno
Men snart, snart-
Derfor ligg dette mjuke skimmer
Vårt som ein lykkelig draum.
over det sovande liv.

Alt på vår
som ber knuppar
og veit si fullbyrding nær,
har dette skimmeret kring seg
av venting og togn og draum

Så rart å ha sett det treet.

Så godt å ha vore det treet
-og vere det, enno eun morgon

HALDIS MOREN VESAAS

1.0 INNLEDNING	6
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	6
1.2 OPPGAVENS STRUKTUR, AVGRENSNING OG DISPOSISJON	6
1.3 PROBLEMSTILLING	7
2.0 METODE	7
3.0 EN SITUASJONSBESKRIVELSE.....	10
4.0 LITTERATURSTUDIE	15
4.1 DEN SUICIDALE PASIENT	15
4.1.1 SELVMORDSPROSESSEN.....	15
4.1.2 ÅRSAKER OG FAKTORER SOM KAN UTLØSE SELVMORD	15
4.2 SCHIZOFRENI	16
4.2.1 SCHIZOFRENI OG SELVMORD	16
4.2.2 BEHANDLING AV SCHIZOFRENI	17
4.3 DET HUMANISTISKE MENNESKESYNET	17
4.4 SYKEPLEIE -PASIENT RELASJONEN.....	18
4.5 HÅP	19
4.5.1 HÅPLØSHET.....	20
4.5.2 HVORDAN KAN HÅPET STYRKES I MØTE MED PASIENTER?	21
4.5 LIVSKVALITET	21
4.6 DEN TERAPEUTISKE RELASJON.....	22
4.7 RELASJONENS BETYDNING FOR HÅP	23
4.8 Å VÆRE DER DEN ANDRE ER.....	25
4.8.1 MØTE MELLOM MENNESKER	25
4.8.2 SAMTALEN SOM VERKTØY	26
5.0 FAGLIGE REFLEKSJONER OVER PROBLEMSTILLINGEN	27
5.1 ” DET ER MANGE FJELL Å BESTIGE”	27
5.2” ”DET ER IKKE NOE Å LEVE FOR ”	28
5.3” DU FORSTÅR MEG GODT DU”	28
”5.4 JEG HAR IKKE SNAKKET SÅ MYE MED FOLK FØR”	29

5.5"DU ER KLOK DU"	31
5.6" JEG KAN IKKE GÅ FRA DEG"	32
5.7 JEG HADDE IKKE VIST DET FRAM HVIS IKKE DU VAR HER"	32
6.0 EPILOG.....	33

1.0 INNLEDNING

"Jeg ønsker å dø jeg". "Livet mitt er ikke noe verdt". Jeg skulle ønske du møtte meg i min smerte".. Jeg tror at vi alle som hjelpere i psykiatrien har hørt disse ordene. Eller kanskje noen som ligner. Men tar vi utsagnet på alvor? Hører vi etter det pasienten sier? Eller forter vi oss å glatte over. Kanskje vi tenker at det forsvinner hvis vi later som ingenting. Kanskje tror vi at det å snakke om selvmord bidrar til at flere tar livet sitt? Er vi kanskje redd vår egen død? Kanskje tør vi ikke å si at vi ikke er eksperter? Dette er noen spørsmål jeg håper å få belyst i oppgaven

1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA

Selvordstanker og selvmordshandlinger hos psykiatriske langtidspasienter er ikke et ukjent problem. Selvmord er også et samfunnsproblem som kan være med på å skape angst hos mange mennesker. Selvmord omhandler liv og død, enten vi møter det som privatperson eller som helsearbeider. Hvordan forholder vi oss til dette? Tør vi å møte det? Eller tenker vi at det likevel aldri kommer til å angå oss. Hva gjør vi hjelpere med dette? Hvordan møter vi pasientene? Hva kan vi som hjelpere gjøre?

God kommunikasjon er sentralt i all menneskelig samhandling. Ved hjelp av kommunikasjon, både verbal og nonverbal, skaper vi relasjon.

Men hvordan kan vi skape relasjon til den selvmordsnære? Kan relasjonen gi håp til den som ønsker å ta sitt eget liv? Det er disse spørsmålene jeg vil prøve å besvare i oppgaven.

1.2 OPPGAVENS STRUKTUR, AVGRENSNING OG DISPOSISJON

I oppgaven ønsker jeg å bruke et case fra praksis. Caset omhandler en selvmordsnær pasient, og min relasjon til denne pasienten. Pasienten er et menneske med en schizofrenidiagnose. Jeg ønsker å se på om relasjonen kan være selvmordsforebyggende, og hvordan man som helsearbeider kan være med å fremme

håp i relasjonen. Jeg vil i en egen del belyse ulike teorier. I den siste delen vil jeg sette caset opp mot teorien, og drøfte ulike måter man eventuelt kan løse problemet på. I drøftingen vil jeg bruke utsagn som overskrifter. De fleste av disse er pasientutsagn. Dette velger jeg å gjøre fordi det skaper nærhet til pasienten og relasjonen. I drøftingen vil jeg knytte beskrivelsen opp mot litteraturen(teori og forskning), og også trekke inn egne refleksjoner. Jeg vil avslutte med en epilog. Oppgaven er avgrenset i forhold til diagnose og kontekst. Diagnosegruppen er schizofreni (med alvorlig depresjon). Konteksten i oppgaven er hentet fra en langtidsavdeling. Oppgaven er også begrenset til å gjelde *en* pasient, og den prosessen pasienten har vært i. Jeg benevner pasienten som ”han”, da ”pasient” er et hankjønnord, og sykepleier som ”hun”. Jeg velger å bruke Travelbee som sykepleieteoretiker. Travelbee er amerikansk sykepleieteoretiker, og hun vektlegger ”menneske - til - menneske forholdet, som vil være viktig for denne oppgaven.

1.3 PROBLEMSTILLING

Hvordan kan relasjonen mellom sykepleier og pasient bringe håp i kontakt med den suicidale pasient?

.

2.0 METODE

Jeg vil benytte meg av kvalitativ metode. Den kvalitative metoden stammer fra det humanistiske menneskesynet. Innenfor samfunnsvitenskap skiller man hovedsakelig mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Den kvantitative forskningen arbeider i følge Olfsson og Sørensen (2003) med strukturerte og forhåndsformulerte problemstillinger. Problemstillingene utledes ofte fra en teori, og spesifiseres i form av hypoteser som kan verifiseres eller falsifiseres. Innsamlet informasjon skal være generaliserbar, valid og reliabel. Den kvantitative forsker skal være objektiv, nøytral og ha distanse til forsøkspersonene.

Den kvalitative metoden kjennetegnes i følge Olfsson og Sørensen (2003) av at forskeren er subjektiv, står ”innenfor”, og at han ofte har langvarig kontakt med

forsøkspersonen. Den kjennetegnes også av at forskningen er fleksibel, at resultatene bygger på et lite antall individer og et stort antall variabler, og at resultatene er dyptborende og gjelder i spesifikke miljøer, omstendigheter og tidspunkter. Den kvalitative forskningen stammer fra den humanistiske tradisjonen. Den arbeider med ustrukturerte problemstillinger der ulike ideer og tanker kan utdypes og en teori kan vokse fram. Informasjonen skal gå i dybden, og resultatene kan sees tilbake til spesielle miljøer og fenomener. Den kvalitative forsker vil i sin forskning forsøke å fange tolkning og betydning i observasjoner, tekster eller intervjuer

Jeg velger kvalitativ metode fordi jeg ønsker å gå i dybden, og belyse et fenomen ut fra et spesifikt miljø. Jeg ønsker å se på hvordan en relasjon kan være med å fremme håp for den suicidale pasient, og da være selvmordsforebyggende. Dette ville jeg ikke fått til på den samme måten ved å velge en kvantitativ metode. I denne metoden velger jeg å bruke en situasjonsbeskrivelse hentet fra praksis. Ved at jeg bruker meg selv i denne beskrivelsen, vil jeg kunne bruke egne faglige og personlige refleksjoner, og belyse problemstillingen på en dyp og nær måte. Det kan få frem viktige faktorer som kan bygge håp hos den suicidale pasient. Jeg tror den kvalitative metoden bringer meg nærmere pasienten, mens den kvantitative med rot i naturvitenskapen ville ført meg lenger vekk fra det jeg ønsker å belyse.

Jeg velger også en litteraturstudie for å finne fram til teori som kan belyse ulike sider av problemstillingen. Jeg vil da drøfte situasjonsbeskrivelsen i lys av denne.

Litteraturen velger jeg å belyse etter situasjonen, da det er situasjonen som danner utgangspunkt for dette prosjektet. I analysen vil jeg trekke frem fenomener, prosesser og begreper jeg har funnet.

Jeg har brukt ulike søkeord for å finne aktuell litteratur. Søkeordene jeg har brukt, har jeg hovedsakelig hentet fra min problemstilling. Disse søkeordene er ”schizofreni”, ”relation”, ”hope” og ”nursing”. Jeg har benyttet Bibsys, og har søkt både i Cinahl, SweMed, PubMed og Norart, og i tidsperioden 1995-2004. Det er ca 10 artikler som brukt i denne oppgaven.

Jeg velger å bruke situasjonsbeskrivelse som en del av min metode. Dette velger jeg

fordi det gir en nærhet til et tema som ofte er tabubelagt. Situasjonsbeskrivelsen ble skrevet en stille kveld hjemme i min egen leilighet. Jeg visste med ett hva jeg skulle skrive om. Det skulle omhandle håp og relasjon, og den skulle dreie seg om en pasient. Denne pasienten hadde lenge opptatt meg. Situasjonsbeskrivelsen ble etter langvarig refleksjon rundt en pasient som jeg hadde vært primærkontakt for i lang tid. Pasienten og jeg hadde delt noe som hadde vart over tid, og jeg ble sittende og tenke på at dette hadde vært en prosess. Ved å benytte meg av dette har jeg måttet vurdere dets etiske aspekter. For å beskytte pasientens integritet har jeg ikke med data som kan føre til gjenkjenning av pasienten. Situasjonen er fjernet fra tid og sted, og anonymisert mht kjønn og alder. Jeg har også søkt arbeidsgiver om tillatelse til å bruke en slik situasjonsbeskrivelse. Tillatelsen vil bli vedlagt oppgaven, men vil bli anonymisert mht sted, tid og person.

Denne metoden kan også kritiseres. Den kan kritiseres fordi antall informanter er lavt. Den kan også kritiseres fordi jeg bruker meg selv som redskap, og nøytraliteten kan da i stor grad omdiskuteres. Men denne oppgaven er ikke til for at den skal kunne generaliseres, noe case vanskelig kan. Den er skrevet fordi jeg ønsker å gå i dybden av en prosess og i dybden av en relasjon for å finne selvmordsforebyggende elementer.

3.0 EN SITUASJONSBESKRIVELSE

Du tar meg i hånden, og setter deg ned. Vi snakker sammen for første gang. Du har med deg en kontakt fra ditt tidligere bosted. Du har ombestemt deg, og vil flytte inn likevel.

”Det er så mye rus der jeg bor”

Du ser på oss en etter en. Så smiler du, og ler. Du forteller så at du har uføretrygd, og at du har et aktivitetstilbud som du deltar på i byen.

”Der kan jeg treffe vennene mine, og der kan jeg røyke”

Du ler igjen. Viser frem et smil som er preget av mange års lang røyking. Du har sko uten sokker.

”Jeg tror det finnes en Gud”

Vi avtaler innflyttingsdato. Du går. Tar meg i hånda og smiler på nytt.

Det er tid for innflytting. Du kommer i følge med kontakten din.

”Jeg var redd for å ikke finne fram jeg”.

Du ler, både høyt og lenge. Setter bagen din fra deg på rommet, og virker ikke spesielt interessert i å pakke ut.

”Hvor kan jeg røyke?”

Jeg viser deg. Du sier du vil ut for å treffe vennene dine. Du vil handle på veien hjem. Sier du skal spise der du er. Du vil ikke være med å gå på tur med meg.

Dagene går. Det virker som om du finner deg til rette. Du blir venner med de andre pasientene. Du røyker, og du er med på noen av aktivitetene hvis vi ”presser” deg. I behandlingstimene snakker du om Gud. Du snakker om at du søker etter noe. Du sier at du vil finne ro. Vi snakker om at det kan være viktig å være litt mer i aktivitet. Vi hjelper deg med å vaske klær. Du ler mot oss. Er alltid vennlig. Men på søken; etter ro.

Så en dag sier du det som om det var helt naturlig.

”Jeg prøvde å ta livet mitt jeg, for fire uker siden.”

Jeg regner. Det er to uker siden du kom hit. Du snakker om hvordan du gjorde det.

Hvordan du ønsker å slippe unna den stadige søken etter ro.

”Jeg trenger hvile”. ”Jeg tror at Gud kan hjelpe meg”.

Ingen har visst om dette tidligere.

Vi snakker stadig mer sammen. Du viser andre sider av deg selv. Sider som ikke alltid smiler

”Livet er ikke rettferdig. Jeg trodde aldri at jeg skulle holde ut smerten. Men medisinen har hjulpet meg”

Du forteller at du var så sterkt plaget av ulike forestillinger, at du ikke trodde at du skulle holde ut.

”Det kjentes som om hodet mitt skulle eksplodere”. Jeg kunne gå i gata å stoppe biler. Jeg fortalte at de måtte slutte å plage meg. Jeg visste ikke hvordan jeg skulle holde ut”

”Men nå er ikke eksplosjonen så sterk?” Jeg ser opp på han.

”Nei, men medisinen har hjulpet meg. Men det gjør fortsatt vondt”. ”Jeg får ikke ro inni meg”

”Hvordan kan vi hjelpe deg slik at du finner roen?”

”Det hjelper å snakke. Jeg har ikke snakket så mye med folk før. Ikke om sånne ting. Alle har liksom nok med sitt. Det er så mye lidelse. Jeg vet ikke”

Så ler du plutselig. Snakker om noe annet. Du nevner sporten på tv. Har du glemt smerten for en stund?

Jeg får deg med på tur. Sakte, men sikkert går det. I begynnelsen er du taus. Jeg lar deg vært taus en stund

Så sier jeg: ” Er du opptatt oppi ditt eget hode, eller får jeg lov å slippe til?”

Du ser på meg. Det alvorlige ansiktet ditt lyser opp i et smil.

”Ja, du kjenner meg nå”

”Får jeg lov å spørre hva du tenkte på”?

”På at verden går under. På alle menneskene jeg må hjelpe. Livet er urettferdig”

Vi går stille en stund. Så snakker d mer. Du snakker mye.

Jeg spør: ” Vil du snakke mer om dette nå, eller skal vi snakke om noe annet?”

”Kom, sier du. Du kjøper sjokolade. Så setter vi oss på en benk. Ser på noen som spiller fotball. Du snakker om alt, foruten din egen smerte.

Vi går tilbake.

”Hvordan klarer du å finne frem? Jeg skjønner ingenting jeg”

Jeg viser deg

”Jeg tror det er redselen din for å ikke finne frem som er den største. Du ser jo at du som regel finner veien”

Du ser bort på meg. Sier ikke noe. Vi går forbi et morsomt skilt. Du ler. Jeg ler.

Så er vi tilbake. Du takker for turen og går for å røyke.

Turene blir stadig lengre. Det virker som om du glemmer deg. I samtalene våre snakker du om livet og om døden. Du snakker om englene. En dag sier du:

”Jeg vet at jeg må dø, før eller siden”

Jeg ber deg si mer om dette. Kjenner på mørket i min egen mage.

”Det er ikke noe å leve for”

Du forteller hvorfor. Vi snakker om det som er mørkt. Så prøver vi å finne noe som er godt. Noe som kan gi mening. Du sier du ønsker deg en leilighet, og din egen lille familie. Du sier at du må dø, men at du ikke kan dø nå.

”Jeg må hjelpe de som står rundt meg. Derfor må jeg vente med å dø. Men jeg vet jeg må dø”

Vi snakker om fortiden og om fremtiden. Er det noe du ikke ønsker å snakke om, sier du nei. Noen ganger sier du ja. Jeg spør deg om dette. Sier at jeg tror du sier nei fordi du ikke ønsker en videre samtale. Du ler. Sier at jeg kjenner deg godt.

Jeg tenker at du egentlig ikke hører etter. At ordene ikke kommer ordentlig inn i deg. De sniker seg sakte forbi, selv om noen forblir.

Vi har samtaler flere ganger i uka. Noen ganger er de strukturerte, andre ganger mindre strukturerte. Du snakker om fortiden. Jeg begrenser deg når jeg føler at du har snakket nok. Jeg ser redselen og angsten som lyser i øynene dine. Jeg kjenner på egne følelser.

”Jeg kjenner at det gjør noe med meg når du sier dette. Det må ha vært en forferdelig smerte for deg”.

”Jeg visste ikke hvordan jeg skulle holde ut”. Du forstår meg godt du”.

”Men nå tror jeg at vi må fylle ut dette skjemaet sammen. Vi gjør det sammen slik at det kanskje ikke oppleves så voldsomt”

Jeg viser deg. Det virker som om du har lyst til å forstå. Kanskje forstår du noe også. Vi fyller ut skjemaet sammen

”Det er så godt når du er så strukturert”

Jeg spør deg om du har stemmer. Det virker som om du aldri har fått det spørsmålet før. Du forteller meg om stemmene.

”Først trodde jeg at de kom fra Gud. Nå tror jeg ikke det lenger. De forteller meg at jeg skal ta livet av meg”.

Vi snakker litt om hvordan det går an å overvinne stemmene.

”Du er klok du”.

Senere på kvelden, da vi sitter og ser på tv, legger du hodet på skakke. Jeg vet at når du gjør dette er det for å bli kvitt de verste stemmene.

Vi går turer. Prøver å få deg i aktivitet. Det kan virke som om du skjønner betydningen av aktivitet, men at du likevel ikke orker

”Jeg har ikke ork jeg”

Men når vi går, virker det som om du glemmer deg, og har nok ork. Vi kan gå å prate i 40 minutter. Jeg spør deg. Du sier at du glemmer deg. Jeg spør deg om det er greit at jeg henter deg ut. Du svarer at det er ok

”Skal vi gå litt lenger?” Du svarer nei. Jeg spør igjen. Du svarer ja. Så bekrefter du at du vil. Takker alltid for turen når vi kommer tilbake.

”Jeg vet at jeg før eller senere må dø”

Ordene kommer ofte, bare på litt ulike måter.

”Det er for mye urettferdighet i livet. Det er slitsomt å føle at man gjør så mye, uten å få like mye tilbake. Jeg vet at jeg må dø”

Vi snakker om smerten; smerten i livet og smerten mellom mennesker. Så prøver vi å finne håp. Du forteller om hva du har lyst til. Vi setter disse tingene ned på ukeplanen din.

Så en dag sier du: ” Venner hadde blitt så lei seg. Jeg orket ikke”. Du rekker meg tauet som du hadde planlagt å bruke.. Forteller at du ikke hadde vist det fram hvis ikke jeg hadde vært på jobb. Sier at du tidligere hadde forsøkt med tablett. Ønsker at jeg ikke skal si noe. Forteller at du hadde planene klare for natten.

Vi sitter sammen i stua og venter på legesamtalen. Jeg forklarer at jeg ikke kan gå fra deg. Legen forteller at du må legges inn. Du sier at det ikke er nødvendig. Like etter sier du at det er helt ok.

Så følger de deg

4.0 LITTERATURSTUDIE

4.1 DEN SUICIDALE PASIENT

4.1.1 SELVMORDSPROESSEN

I følge Retterstøl mfl(2002) beskriver dette begrepet selvmordsatferden som en utvikling fra selvmordstanker til selvmordsforsøk, for så å ende opp i fullbyrdet selvmord. Selvmordstankene er noe personen først har holdt for seg selv, for senere å fortelle til andre. I løpet av denne prosessen kan selvmordstilbøyeligheten være større eller mindre, og den kan utvikle seg i positiv eller negativ retning. Forut for selvmordshandlingene eller atferdsmønstrene har det ofte vært en lang utvikling.

Ringel(I: Vråle 2001) beskriver tre faser i utviklingen mot et selvmordsforsøk eller selvmord. Den første fasen er innsnevring og sosial isolasjon. I denne fasen er pasienten på vei ut av livet og inn i sin egen dødsprosess. Pasienten dveler ved det som er mørkt, smertefullt og håpløst, og ser færre valgmuligheter. Den andre fasen kalles aggresjonsfasen. I denne fasen vender pasienten sine uttrykk for aggresjon mot seg selv eller viktige andre. Energien hos pasienten går med til å planlegge selvmordet. Livskraftene kan gi etter for ønsket om å dø, og energien som frigjøres når dødevalget er tatt, kan gi en følelse av kontroll. Den siste fasen er flukt fra virkeligheten. I denne fasen preges livet av dagdrømmer og lengsler etter å bli sørget over. Selv om pasienten kan ha drømmer om å være elsket, kan planene dreie seg om selvmordshandlingen.

4.1.2 ÅRSAKER OG FAKTORER SOM KAN UTLØSE SELVMORD

Det er i følge Vråle (2001) viktig å kjenne til ulike årsakssammenhenger i forhold til selvmord for å kunne kartlegge faren, og for å møte pasienten på de forhold som kan ha forårsaket selvmordstrusselen. Avhengig av hvilket syn man har på mennesket, vil man kunne lete etter årsakssammenhengen i et samspill mellom samfunnsstrukturelle forhold, interpersonelle forhold og faktorer knyttet til intrapsykiske og biologiske faktorer. Dette sees i sammenheng med pasientens psykiske helse.

Vråle (2001) fremhever betydningen det enkelte mennesket har for å bli sett, forstått

og møtt som en særegen person. Dette vil kunne være identitetsbekreftende og selvmordsforebyggende. I følge Vråle (2001) er generelle risikosituasjoner for selvmord plutselige kriser og katastrofer som representerer voldsomme omveltninger i pasientens liv. Tidspunkter på avdelingen hvor den vanlige aktiviteten er endret, er det viktig å være oppmerksom på. Dette kan være helger, ferier og høytider. Mai og juni er høysesong for selvmord. Dette kan ha sammenheng med at avdelingens aktiviteter da er forandret, og at nære kontakter for pasienten har ferie. Andre situasjoner kan være permisjoner og tiden etter utskrivelse. I følge Bentsen (1999) er mange av de samme risikofaktorene tilstede ved selvmord hos schizofrene, som ved selvmord hos pasienter med andre diagnoser. Er man mann, sier Bentsen(1999) at faren for selvmord ved schizofreni øker. Det ser ut som yngre menn står i større fare for å ta sitt eget liv enn eldre. De som har liten sosial støtte, og de som lever fraskilt fra andre, lever mer risikofylt. Det ser også ut som tidligere selvmordsforsøk, og tidligere sykehusinnleggelser øker risikoen. Håpløshet, psykose og depresjon øker også risiko for selvmord. Malt mfl (2003) viser de samme risikofaktorene som Bentsen(1999)

4.2 SCHIZOFRENI

Kringlen(2001) sier at schizofreni er en alvorlig psykisk lidelse b.l.a fordi den ofte har et kronisk forløp. Schizofreni er en av psykosegruppene, og symptomene omfatter tankeforstyrrelser, vrangforestillinger, hallusinose, hvor hørselshallusinose er den mest hyppige, og følelsesmessige forandringer med sosial tilbaketrekning og redusert arbeidsevne. Schizofreni har sin årsak i en blanding av arvelige komponenter og miljøkomponenter. Schizofreni kan ikke oppstå uten at de arvelige komponentene er tilstede. De menneskene som er arvelig belastet, trenger av den grunn ikke å utvikle schizofreni. De som er arvelig belastet, og vokser opp i et miljø som er preget av lite støtte og omsorg, står i stor fare for å utvikle schizofreni. Noe av dette kan man finne i ”stress – sårbarhets - modellen”, som omhandler sammenhengen mellom arv og miljø for utvikling av psykiske lidelser (schizofreni)

4.2.1 SCHIZOFRENI OG SELVMORD

Williams (2001) sier at det er betydelig evidens for at psykisk lidelse har sammenheng med selvmord. Av de schizofrene pasientene tar ca 10 % sitt eget liv. I følge Malt mfl(2003) er selvmordsfrekvensen høy hos de schizofrene. Faren er størst i begynnelsesfasen av sykdommen. Dette er når identitetsfølelsen vakler og når pasienten føler at truende krefter utenfra overvelder han. I vår tid er selvmordsfaren hos schizofrene pasienter blitt større. Det er stadig flere som skrives ut. Disse har opplevd en bedring, og skal nå fungere utenfor sykehuset. De kan ikke leve opp til de forventningene de tidligere har satt til seg selv, og etter tilbakefall legges de ofte inn igjen. Dette gjør at de får kort tid på seg på sykehuset, og får ofte ikke den hjelpen de trenger. I følge Bentsen(1999) skjer ca 30 % av selvmordene hos de schizofrene mens pasienten er innlagt. Av disse skjer 2 av 3 mens pasienten er på permisjon. Metodene synes å skille seg lite fra de som blir benyttet av resten av befolkningen. I en studie gjort i Finland viste det seg at det var medisiner som var den mest brukte. I den samme studien viste det seg også at selvmord ikke skjer noe mer uventet og impulsivt enn hos pasienter med andre lidelser.

4.2.2 BEHANDLING AV SCHIZOFRENI

Det er i følge Malt mfl(2003) ulike behandlingsformer. Jeg tar utgangspunkt i to av de sentrale som er psykoterapi og miljøterapi. I den individuelle psykoterapien tar terapeuten ofte utgangspunkt i den dramatiske hendelsen selvmordsforsøket har vært. Det er viktig at terapien er personlig utformet. I miljøterapi er det viktig å utforme et miljø som tar vare både på aktivitet, jeg – støtte og omsorg. Etter et selvmordsforsøk er det ofte et varmt og omsorgsfullt miljø som tar vare på de positive ressursene pasienten trenger. Men schizofrene pasienter bør også få medikamentell behandling. Dette støttes av Malt mfl(2003), som sier at det er viktig med både antipsykotisk medikasjon, antidepressiv behandling og beroligende midler.

4.3 DET HUMANISTISKE MENNESKESYNET

Den kvalitative forskningsmetode har sin opprinnelse i den humanistiske psykologien. Denne ser, i følge Hammerlin og Larsen (1997), på mennesket som rasjonelt og fritt i sitt vesen. Determinismen utelukkes, og menneskets handlinger og tanker er målrettede. Mennesket står fritt til å forme sin egen personlighet, og å være velgende i

forhold til omverdenen. I følge Hammerlin og Larsen (1997) er personbegrepet et nøkkelbegrep i den humanistiske psykologien. Det finnes ikke absolutte sannheter, og mennesket bygger selv sine egne verdier.

4.4 SYKEPLEIE -PASIENT RELASJONEN

Travelbee(1999) definerer sykepleie som:

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene” (Travelbee, 1999, s29)

I følge Travelbee (1999) kan innhold i sykepleie defineres som sykepleiens teoretiske aspekt, d. v. s de fakta, begreper og prinsipper som utgjør kunnskapsbasen for sykepleie som praksis. Prosess kan defineres som erfaringsaspektet ved sykepleie eller det som skjer mellom sykepleieren og den syke. Innhold og prosess kan i virkeligheten ikke skilles fra hverandre, siden innholdet anvendes i prosessen. Prosessen vil også påvirke innholdet, fordi det er fra sykepleierens praksis at begreper og prinsipper utledes.

Travelbee (1999) sier at et menneske - til - menneske forhold er en eller flere opplevelser som deles av sykepleieren og mennesket som er sykt. De ulike fasene er: det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati, sympati og gjensidig forståelse og kontakt. Disse opplevelsene og erfaringene kjennetegnes hovedsakelig av at individets, familiens eller samfunnets sykepleiebehov blir ivaretatt. Disse behovene kan bare ivaretas av en sykepleier som besitter og anvender en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemer som er kombinert med evnen til å kunne bruke seg selv terapeutisk. Med terapeutisk bruk av seg selv, mener Travelbee(1999), sykepleierens bevisste bruk av sin egen personlighet og egne kunnskaper med sikte på å bevirke forandring hos den syke. Forandringen kan betraktes som terapeutisk når den lindrer vedkommendes plager.

4.5 HÅP

I følge Rustøen(2001) er håp en sentral faktor i alle menneskers liv, og dette vil være en utfordring for sykepleieren. Tilstedeværelsen av håp vil farge menneskets opplevelse av livet. Håp vil kunne føre til glede, som igjen kan gi kreativitet og åpenhet som gir energi og livskvalitet. Håpet er viktig for menneskets velbefinnende, ifølge Rustøen(2001). I håpet ligger både styrke og aktivitet. Håpet trengs hvis livet skal oppleves som godt, og det gjør at mennesket lettere mestrer vanskelig situasjoner. Travelbee (1999) hevder at håpet kan gi styrke til å mestre tap, tragedier, mangler, kjedsommelighet, ensomhet og lidelse. Håpet kan være en helt avgjørende faktor for å ikke gi opp, og mennesket kan få styrke til å løse problemer. Hun sier at håpet har noen karakteristika. Håpet er sterkt relatert til avhengighet av andre. Det er framtidsorientert, relatert til valg og ønsker, har nær sammenheng med tillit og utholdenhet, og det er relatert til mot

Travelbee(1999,s 46) definerer håp som ” et mentalt stadium karakterisert ved ønsket om å nå en slutt eller et mål, kombinert med noen grad av forventning om at det er oppnåelig” Hun sier at håp er knyttet til mål som man ønsker å nå, og som det er en viss forventning knyttet til at man kan nå. Hun karakteriserer det som en fornemmelse av det mulige, og sier at den selvmordstruede ofte mister fornemmelsen av det mulige.

Stotland(I: (Rustøen,2001) sier at ”håp har med forventning å gjøre, en forventning om å oppnå noe man ønsker seg. Håp er noe man ser fram til, som man ønsker og har tillit til.”

Rustøen ser på håpets dimensjoner i forhold til inndelingen til Dufault og Martocchio (I:Rustøen, 2001). Håpet inneholder dimensjonene; affektiv, kognitiv, handlingsdimensjonen, dimensjonen ”tid”, den kontekstuelle dimensjonen og dimensjonen ” tilknytning til andre”. Den affektive dimensjonen fokuserer på fornemmelser og følelser som deler av håpsprosessen. Den håpende personen vil ha

tillit til seg selv og til at det vil gå bra. Følelsene kan f eks være optimisme og det å se ”lys i enden av tunnelen”. Håp er knyttet til framtid, og vil derfor inneholde et usikkerhetsmoment. Dette vil også involvere et venteaspekt. Tilliten til resultatet vil være avhengig av de andre dimensjonene i håp.

Den kognitive dimensjonen vektlegger, i følge Rustøen(2001), hvordan den enkelte tenker, ønsker, forestiller seg, tror, husker, lærer, bedømmer og generaliserer i forhold til håp. Vurderingen av virkeligheten i forhold til håp er et vesentlig område. Dette er avhengig av hva man oppfatter, og hvordan man vurderer situasjonen man er i. Håpet kan vedvare til man f eks ser at det ikke lenger har muligheter i virkeligheten. Man kan da fortsette å lete etter bevis for fortsatt håp. Håpet kan endre seg imens, eller man kan fokusere på andre håp.

Handlingsdimensjonen retter fokus på den håpendes handlingsorientering. I følge Schneider (I: Rustøen, 2001) danner håpet et fundament for å mestre livsprosessen, og det er et utgangspunkt for hvordan vi handler, og også hvilke avgjørelser vi tar. Alt mennesket gjør, er på forskjellig måte basert på håp. Uten at håpet er der, vil det bli meningsløst å foreta seg noe som helst. Tidsdimensjonen retter søkelyset mot den håpendes erfaringer av tid, både når det gjelder fortid, nåtid og framtid. I sin natur er håpet, i følge Rustøen(2001), framtidsrettet, men både tidligere erfaringer og hvordan man har det i dag vil påvirke håp. Dimensjonen ” tilknytning til andre” fokuserer på betydningen av å være involvert i andre for å opprettholde håp. Sosial interaksjon, gjensidig avhengighet og nærhet til andre understrekes alle som viktige faktorer. Ofte blir betydningen av andre mennesker og et sosialt nettverk understreket for å opprettholde håp. Andre mennesker kan gi støtte og oppmuntring, og være villige til å lytte til en og ens trygghet. Den kontekstuelle dimensjonen fokuserer på livssituasjoner som omgir, påvirker og er en del av menneskets håp. Håp blir sett på som et fenomen som er påvirkelig av omgivelsene rundt mennesket.

4.5.1 HÅPLØSHET

Travelbee (1999) hevder at pasienten som opplever håpløshet ikke forsøker å løse problemene sine eller mestre vanskeligheter i livet. Dette fordi han ikke tror det er mulig å få til forandringer i livet. Pasienten klarer ikke å se valgmuligheter, og selv

når han blir gitt alternativer synes han det er håpløst å prøve. Han tror heller ikke at andre virkelig vil hjelpe han. Pasienten som opplever slik håpløshet vil, i følge Travelbee(1999), føle seg fanget i en felle. Dette kan føre til atferdsreaksjoner som pessimisme, apati, aggresjon eller det fortvilte ” ikke- bry seg ”- holdningen. Retterstøl mfl(2002) sier at håpløshet er en viktig mellomliggende variabel mellom depresjon og selvmordsimpulser.

4.5.2 HVORDAN KAN HÅPET STYRKES I MØTE MED PASIENTER?

Hensikten med sykepleie, se 5.3.1, kan innebære at sykepleier hjelper pasienter til å opprettholde håp og å unngå håpløshet. Det kreves da at sykepleieren har kunnskap om hva håp er, og hvilke faktorer som kan styrke eller svekke håpet. Siden håpet er et indre anliggende, må det letes fram av pasienten selv. I følge Rustøen (2001) kan mange forhold styrke håpet. Det kan være familie, venner og omgivelser. Sykepleier er en viktig del av pasientens omgivelser. Hun kan med sin væremåte formidle håp til pasienten ved at hun utstråler ekte håp. Hvis sykepleier er engasjert og medfølende, kan engasjementet smitte over på pasienten. Sykepleier kan også være med å oppmuntre pasienten til å bruke egne ressurser, og dermed øke pasientens evne til å ta vare på seg selv.

4.5 LIVSKVALITET

Siri Næss(1986) (I: Rustøen,2001, s17) definerer livskvalitet på følgende måte: ” en person har høy livskvalitet i den grad personen er aktiv, har samhørighet, har selvfølelse og har en grunnstemning av glede”

WHO (Verdens Helseorganisasjon) (I: Rustøen, 2001,s 20) definerer livskvalitet som ” enkeltmenneskers oppfatning av sin posisjon i livet innenfor den kultur og verdssystem de lever i, i forhold til sine mål og forventinger, hvordan de ønsker livet skal være og hva de er opptatt av”

Spilker(1996)(I: Rustøen,2001) definerer ulike nivåer av livskvalitet. Det første

nivået er det globale, overordnede nivået. Dette handler om ens totale opplevelse av sitt eget liv. Det neste nivået er livskvalitet på ulike domener i livet. Disse domenene kan være fysisk, psykologisk, økonomisk, åndelig og sosialt. Det nederste nivået handler om livskvaliteten man opplever innenfor hvert av domenene på nivå 2

Rustøen(2001) viser til ulike områder sykepleieren kan hjelpe pasienten med for å styrke livskvaliteten. Det ene området omhandler helse og fysisk fungering, og dette rommer aktivitetsnivå, fysiske symptomer, seksualitet, evnen til å ta vare på dem man har ansvar for og deltakelse i rekreasjonsaktiviteter. Det andre området er det psykologiske og åndelige. Dette rommer tilfredshet med livet, følelser, usikkerhet, stress, selvbilde, måloppnåelse, mening, religion, depresjon, mestring, entusiasme, og følelse av trygghet og kontroll over eget liv. Det sosio -økonomiske området omhandler arbeid, utdanning, økonomiske forhold, inntekt, bolig og naboskap, vennskap og sosial liv, sosial støtte og tilfredshet med by og nasjon. Familieområdet omfatter forholdet til ektefelle/ samboer, barn og familiens tilfredshet og lykke.

4.6 DEN TERAPEUTISKE RELASJON

Hartmann og Axelsen(1999) hevder at en terapeutisk relasjon kjennetegnes av trygghet, empati, akseptering, respekt for klientens subjektive opplevelse og emosjonelle tilstedeværelse. Terapeutens evne til å kunne lytte og til å forstå blir trukket fram som sentrale faktorer. Pasienten trenger støtte. En dyktig terapeut, er i følge Hartmann og Axelsen(1999), en som tar ansvar for og legger forholdene til rette for en god terapeutisk relasjon. Hartmann (1999) hevder at empati innebærer et følelsesmessig engasjement der det er nødvendig å være direkte, bekreftende og aktivt ivaretagende. Terapeuten klarer ikke alltid å være empatisk, men synliggjøring av dette kan være med å gjøre relasjonen terapeutisk. Axelsen(1999) vektlegger terapeutens anerkjennning og aksept av symptomene som forsøk på mestring. Terapeuten prøver ikke å forandre pasienten, men lener seg tilbake for å se, lytte og undre seg. Cleary mfl (1999) hevder at etablering og opprettholdelse av en terapeutisk allianse er viktig i arbeidet med suicidale pasienter. Dette handler om åpenhet,

ærlighet, diplomati, taktfullhet, empati og pålitelighet. De sier også at det å unngå konflikter og fremme håp er viktige faktorer. Viktigheten av å kjenne pasienten godt blir også trukket fram.

Axelsen og Hartmann(1999) hevder at overføring omhandler følelsesmessige reaksjoner som klart er preget av tidligere samhandlingserfaringer. Den følelsesmessige måten overføringsreaksjoner utspiller seg på i samspill mellom terapeut og pasient, kan gi muligheter for å forstå, og derved også endre pasientens dysfunksjonelle følelsesmessige, kognitive og interpersonlige reaksjonsmønstre

Motoverføring handler i følge Axelsen og Hartmann (1999) om terapeutens følelser overfor pasienten. Motoverføringsreaksjoner har rot i terapeutens personlige tilbøyeligheter og uløste problemer. Det kan også være en innfallsport til å forstå hvorfor pasienten får problemer i forhold til andre.

4.7 RELASJONENS BETYDNING FOR HÅP

Retterstøl mfl(2002) sier at hypotesen ” folk som snakker om selvmord, vil ikke begå selvmord”, er feil. Det er slik at de fleste som tar sitt eget liv, har gitt en form for varsel. Det som er mest fremtredende her, er pasientenes opplevelse av håpløshet og hjelpeløshet. Beck (1985) sier at når pasienter opplever håpløshet, ser de ofte på selvmord som den eneste veien ut av en utålelig situasjon. Hummelvoll(2004) fremhever viktigheten av at sykepleieren møter disse pasientene med alt annet enn likegyldighet. Pasientene må tas på alvor, og sykepleieren må være varm og interessert. Sykepleieren må sammen med pasienten se på andre måter å løse vanskelige situasjoner på. Han fremhever betydningen av at sykepleier bryr seg om han, og er oppriktig interessert i hvordan det går med han. Det er nødvendig å snakke åpent ut med pasienten om selvmordstankene. Sykepleier må stille direkte spørsmål for å kartlegge hvor alvorlige pasientens selvmordstanker er, og hvordan pasienten planlegger å gjennomføre selvmordet. Pasienten må få gi uttrykk for det som kjennes håpløst, uten at sykepleier støtter opp om håpløsheten. Lyspunkter må formidles til pasienten, selv om formuleringen “ det går nok bra, skal du se” må unngås. Sykepleier kan spørre om hvordan pasienten ser på muligheten for å få et liv som han opplever

mer meningsfylt, og hvordan tror han at han kan nå dit? Sykepleieren må få frem hvordan pasienten ser på seg selv. Ofte er spranget mellom aktuell kapasitet og de kravene pasienten setter til seg selv stort. Sykepleier må snakke med pasienten om balansen mellom kontroll og frihet. Dette er faktorer som må vurderes kontinuerlig i samtale. Pitula og Cardell (1996) fremhever betydningen av å gjenreise håpet for suicidale pasienter. Pasientene trenger å føle seg sett og verdsatt. Offerdal (1998) fremhever at mange som forsøker å ta sitt eget liv har en sterk skamfølelse og redsel for å bli avvist. Han sier at dette ofte er samfunnsbestemt. Heidenreich(2001) hevder at pasienter ønsker leger som er forståelsesfulle og som kan kommunisere på en god måte, men at dette ofte er mangelvare. Bruun Lorentsen (2003) fremhever de gode opplevelsene for at pasienter skal oppleve en følelse av håp. Hun trekker frem viktigheten av sykepleierens tilstedeværelse. Dette gjelder både fysisk og psykisk nærvær. Det er viktig at pasientene får en følelse av å ha kontroll, og det kan oppnås ved at sykepleierne hjelper pasientene med å nå mål, og fremhever også viktigheten av sykepleierens evne til å lytte, og å gi pasientene håp. Også Wiik (2001) sier at det er viktig å gi pasientene håp. Håpet kan være med å gi pasientene en opplevelse av mestring. Har man et håp, har man også tro på en fremtid, hevder hun. Det er også viktig å ha noen valgmuligheter. Den som har et håp, har også en tro på at han har ulike valgmuligheter. Har man dette, har man også en større følelse av å ha kontroll over livet sitt. Sykepleieren skal fremheve det realistiske håpet for pasienten, ikke skape et urealistisk. Det er viktig at sykepleieren fremmer et realistisk håp, ikke et svevende håp. Fraser som “ det går nok bra skal du se”, er ikke det samme som å formidle håp. McLaughlinn(1999) fant i sin studie at sykepleiere mente kommunikasjonsferdigheter var det viktigste i arbeidet med suicidale pasienter, og pasientene ønsket at sykepleierne skulle bruke mer tid med dem for å løse problemer. Talseth mfl (1998) hevder at suicidale pasienter trenger å bli bekreftet i relasjonen til sykepleieren. Dette må komme til syne ved at sykepleieren ser på pasienten som en person med ideer og interesser som må bli møtt med respekt. Hovedbudskapet til Møller og Husby (2003) er at god terapi hviler på evnen til å forstå pasientens opplevelser.

4.8 Å VÆRE DER DEN ANDRE ER

Falk(1999) sier at kunsten er å skape kontakt, og at kontakten skapes ved oppmerksomhet og autentisk nærvær. Han hevder at man knapt kan gi entydige riktige svar i samtale med medmennesker om deres tilstedeværelse, og at ekte samtaler skjer i kontaktøyeblikket. Krisehjelp er hjelp til vekst. Med dette mener han at man som hjelper må være til stede og stå til rådighet for den andre som det mennesket man selv er. Man må også følge den andre med oppmerksomhet, og med respekt dele med den andre det som skjer med en i møtet. Han hevder at det er viktig å ikke alltid være en rådgiver. Rådgivning er ikke alltid hjelp. Det er også viktig å trekke et skille mellom det å være personlig og det å være privat. Han hevder at de avgjørende ressursene for å overvinne krisen finnes hos pasienten selv, eller i området mellom pasienten og hjelperen. All hjelp er hjelp til selvhjelp. Er ikke hjelpen i dette henseende, er det overtramp. Det er bedre at hjelperen av og til ikke vet hva han skal si, og nettopp sier dette til pasienten, enn at han for enhver pris må si noe. Han sier at hjelperen må sette grenser for pasienten, slik at det blir et tydelig skille. Bare på den måten kan hjelperen være en god hjelper. Man er ikke en god hjelper hvis det blir for nært.

Falk(1999) sier at et menneske bare vokser hvis det føler seg grunnleggende godtatt som den det er. Den aksepterende kontakt, den kontakten som er uten maktbehov og er oppmerksom og ærlig, er drivhuset for menneskelig vekst. Veksten er indirekte endring, da hjelperen bare kan legge til rette for at personen skal utvikle seg. Han hevder at det er kontakten som gir trøst, og også det å oppleve at man får lov å føle som man gjør, uten at noen prøver å trøste det bort. Avvisning av pasientens følelser kan skape avstand. Det er viktig at hjelperen er ærlig i alle sine følelser, også i de følelsene som er vanskelige, som sinne eller frykt.

4.8.1 MØTE MELLOM MENNESKER

Hummelvoll (2004) hevder at det er viktig å være der når pasienten trenger å lette på trykket. Han sier at å være seg selv, ekte og nær, skaper grunnlag for betydningsfulle møter. Dette krever empati.

4.8.2 SAMTALEN SOM VERKTØY

Vråle(2001) hevder at det kan være viktig å snakke om både liv og død med selvmordstruede pasienter. På den ene siden kan det være livgivende og livreddende å fjerne oppmerksomheten fra døden. Kanskje har døden fått så mye oppmerksomhet i en periode at pasienten har mistet livet av syne. På den andre siden kan det være nødvendig å snakke om døden. Det destruktive og uuttalte kan få fritt spillerom hvis det ikke deles med en annen person. Har man som hjelper også laget kontrakter med den selvmordstruede, kan dette føre til at det er litt tryggere å snakke om selvmordstankene - og planene. Pasientens selvmordsproblem vil kunne forstås ut fra pasientens nåtid, fortid og fremtid, og sammenhengen mellom disse tidsdimensjonene. Derfor er det viktig å bruke tidsperspektivet i samtale med pasienten, fordi innsikt i egen situasjon kan føre til opplevelse av sammenheng og derved av mening.

”Verdiløs, verdifull og verdibevissthet” er begreper som står sentralt hos Vråle (2001). Mennesket kan oppleve å ikke føle seg verdt noe. Det trenger å ha et forhold til andre gjennom tillit, gjensidighet og omsorg, og det tenger å mestre instrumentelle ferdigheter i arbeid, skole og fritid. Det er innenfor disse områdene at mennesket kan bli mer bevisst seg selv som en verdifull person.. Et menneske som ikke har egne verdier kan oppleve å ha det svært smertefullt. Kanskje er en av de viktigste årsakene til selvmord at mange ikke har fått lære hvor viktige slike verdier er. Men sykepleier kan ikke gi pasienten egne verdier, de må pasienten selv finne. Dette krever, i følge Vråle(2001), en moden sykepleier. Sykepleieren må være reflektert, åpen og villig til dype samtaler.

I samtalen med den suicidale pasient er det viktig å snakke om hva som er håpløst og meningsløst. Wiesel (I: Vråle 2001, s97) sier at ” å utvikle vilje til å finne håp og mening er sannsynligvis en viktig helsefremmende evne”. For å klare dette må pasienten få kunnskap om hva vilje, håp og mening er. Pasienten trenger forståelse for egen situasjon. Sykepleier må erkjenne og akseptere at pasienten føler håpløshet og meningsløshet, men ikke godta selvødeleggende atferd. I dette arbeidet er det viktig at

sykepleier klarer balansegangen mellom å være handlende og nær, og å kunne ha avstand og tid til refleksjon.

Hummelvoll (2004) fremhever noen kjennetegn ved den gode samtalepartner. Han hevder at hjelpere som kommuniserer godt har en god selvforståelse, er våken for andres behov, har enkle og klare budskap, et budskap som er tilpasset, en fleksibel kommunikasjon, passende "timing" og er god til å validere.

5.0 FAGLIGE REFLEKSJONER OVER PROBLEMSTILLINGEN

5.1 "DET ER MANGE FJELL Å BESTIGE"

Dette sa pasientens tidlig i vår prosess sammen. Utsagnet fikk meg til å tenke på håp samtidig som det ga meg en følelse av håpløshet. Det er pasientens følelse av håpløshet jeg bærer. Jeg ønsker å hjelpe han å snu håpløshet til håp. Jeg ser levende for meg pasienten vandre disse fjellene utstyrt med altfor dårlige sko.

Flere teoretikere uttaler seg om dette. I følge Malt mfl(2003) er selvmordsfrekvensen høy hos de schizofrene, se 5.2.1. Rustøen(2001) sier at håp er en sentral faktor i alle menneskers liv, og at dette kan være en utfordring for sykepleieren. Retterstøl mfl(2002) sier at håpløshet er en mellomliggende variabel mellom schizofreni og selvmord. Travelbee(1999) sier at pasienter som opplever håpløshet mener at det ikke finnes noen valgmuligheter, og at de dermed kan føle seg fanget i en felle. Bruun Lorentzen fremhever de gode opplevelsene og sykepleierens evne til å lytte som viktige for pasientens håp. Wiik (2001) sier at håpet er viktig for å tro på framtiden, og for å få en opplevelse av å mestre. Pasienten er preget av en sykdomsperiode hvor han trodde han skulle bli fullstendig gal. Dette er noe som har satt sterkt preg på han. Han har vanskelig for å finne noe som er meningsfullt. Han mener at livet innebærer for mange fjell som må bestiges, og at han ikke vet hvordan han skal gjøre det. Dette er det Travelbee(1999) sier, som hun karakteriserer som håpløshet. Pasienten føler seg fanget i en felle som han ikke vet hvordan han skal komme seg ut av. Travelbee(1999) sier at hensikten med sykepleie er å hjelpe pasienten til å unngå håpløshet og å opprettholde håp. Sykepleier må vite hvilke faktorer som kan styrke og svekke håp. I vår relasjon la jeg vekt på de faktorene som kunne styrke håpet for pasienten. Jeg ga

han positive tilbakemeldinger, og jeg sørget for at jeg holdt det jeg lovte. Jeg fokuserte på faktorer som familie, jobb og leilighet, men forsøkte å ikke gjøre dette til uoverstigelige hindre. Pasienten så bare det mørke, og hadde ingen framtidsplaner. Sammen så vi på valgmulighetene.

5.2” ”DET ER IKKE NOE Å LEVE FOR ”

Da jeg hørte dette utsagnet tenkte jeg på et menneske som har gitt opp livet; som har mistet livskvaliteten. Jeg tenkte på hvilke enorme krav det satte til meg som sykepleier, og på hvor trist utsagnet var. Utsagnet var fra et menneske som ikke har håp for morgendagen. Hvordan kunne jeg hjelpe pasienten slik at han fikk noe å leve for? Kunne jeg hjelpe han med dette?

Livskvalitet handler, i følge Næss(1996), om i hvilken grad en person er aktiv, har samhörighet, har selvfølelse og en grunnstemning av glede. Pasienten min orker knapt å gå en tur. Han utfører bare det mest nødvendige av egenomsorg. Han føler at han har kjempet for hardt i livet. Selvmordstankene er der hyppig. Han føler sjelden glede. Rustøen(2001) sier at sykepleier kan styrke pasientens livskvalitet på ulike områder. Områdene er; helse og fysisk fungering, psykologisk og åndelig fungering, sosio - økonomisk evne og familieområdet. I mitt arbeid måtte jeg fokusere på det psykologiske og åndelige området. Jeg prøvde å gi han livskvalitet. Det tror jeg at jeg klarte til en viss grad ved at jeg først ble godt kjent med pasienten. Jeg lærte å kjenne det som var viktig for han. Slik møtte jeg pasienten der han var. Pitula og Cardell(1996) sier at pasienten trenger å føle at noen bryr seg om dem. Dette kan også være med på å hindre den sterke isolasjonen fra andre. Pasienten fikk oppleve en som tok han på alvor. Han fikk oppleve en som ikke sviktet, og en som var der pasienten var. Sammen prøvde vi å snakke om det som hadde vært vanskelig, det som var vanskelig, men også om det som var potensielt godt. For å bringe håp fram i relasjonen er det viktig å vise pasienten at du er en som han kan stole på. Det er også viktig å være der pasienten er

5.3” DU FORSTÅR MEG GODT DU”

Falk(1999) sier at kunsten er å skape kontakt, og at denne kontakten skapes ved

oppmerksomhet og autentisk nærvær. Ekte samtaler skjer i kontaktøyeblikket. Som hjelper må man være tilstede for den andre som det mennesket man er. Jeg tenker selv at det kan være viktig å av og til bare si ” nå vet jeg ikke hva jeg skal si, men jeg er her sammen med deg”. Jeg tror at dette er viktig for å kunne fremstille seg selv som menneske. På denne måten tror jeg pasienten får en større trygghet i samvær og kontakt, fordi du på denne måten ikke fremstår som noen ekspert eller som noe ”overmenneske”. Falk(1999) sier også at det er viktig å ikke alltid være den som skal gi råd. Jeg tror pasienten kan bli lei av en hjelper som alltid skal gi råd. Det kan være med på å ta fra pasienten noe av hans verdi som menneske, ved at man på en måte sier ” jeg vet alltid hva som er best for deg”. Hummelvoll (2004) sier at det er viktig å være der når pasienten trenger å lette på det som er inni ham. McLaughlinn(1999) fant i sin studie at pasientene ønsket at sykepleierne skulle bruke mer tid sammen med dem for å løse problemer. Dette støttes av Hummelvoll(2004) . Talseth mfl(1998) hevder at suicidale pasienter trenger å bli bekreftet i relasjonen til sykepleieren, og at dette må komme til syne ved at sykepleieren ser på pasienten som en person med ideer og interesser som må møtes med respekt. Jeg tror at jeg i mine møter og i min kontakt med pasienten var meg selv. Falk(1999) sier også at det er viktig å ikke komme for nær pasienten. Det er da viktig å trekke et klart skille mellom hva som er ”jeg” og hva som er ”du”. Jeg tror jeg hadde dette klart for meg helt fra starten. Jeg var tilstede der pasienten var. Jeg tror jeg var oppmerksom. I mine samtaler ga jeg pasienten mye tilbake av det jeg satt igjen med etter at han hadde sagt noe. Jeg fokuserte på det jeg trodde var viktig for pasienten der og da, men stoppet opp hvis jeg følte at det ble for smertefullt. For å bringe fram håp, og på denne måten kunne være med å forebygge selvmord, tror jeg det er viktig at hjelperen trer fram som en person. Det er viktig å være tilstede der pasienten er, og bekrefte han som en person som er verdifull

”5.4 JEG HAR IKKE SNAKKET SÅ MYE MED FOLK FØR”

Når jeg hører disse ordene blir jeg både glad og litt lei meg. Jeg tenker at pasienten på mange måter ikke har blitt tatt på alvor tidligere. Jeg ser for meg at det profesjonelle hjelpeapparatet har latt seg lure av det som er tilsynelatende velfungerende hos pasienten. Samtidig tenker jeg at han nå er heldig siden han møter en person som tar

han på alvor.

I følge Travelbee(1999) er sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleieren hjelper et individ, et samfunn eller en familie med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og å finne mening i disse erfaringene. Hun opererer med begrepet ”menneske- til menneske forhold”. Dette er en eller flere opplevelser som deles av sykepleier og mennesket som er sykt. Opplevelsene og erfaringene kjennetegnes av at individets sykepleiebehov blir ivaretatt. Behovene kan ivaretas av en sykepleier som har og anvender en disiplinert og intellektuell tilnæringsmåte til problemer som er kombinert med evnen til terapeutisk bruk av seg selv. Med terapeutisk bruk av seg selv mener Travelbee(1999) sykepleierens bruk av egen personlighet og egne kunnskaper med sikte på å bevirke forandring hos den syke. Hvorfor sier pasienten min til meg at han ikke har snakket så mye med folk før? Er det ingen som har sett han før? Er det først nå at det er et menneske som møter han der han er, og hjelper han med de behovene han har? Ved at jeg i samtaler med pasienten bruker jeg - budskap, anvender jeg min egen person i forholdet. Det er dette hun betegner som terapeutisk bruk av seg selv. Jeg bruker også alt det jeg har av kunnskaper for å nærme meg pasienten.

Vråle(2001) sier at det kan være viktig å snakke om både liv og død med den selvmordstruede pasient. Jeg prøver dette. Er det slik at andre som har møtt pasienten har unngått temaet? Vråle(2001) hevder at det kan være livgivende å fjerne oppmerksomheten fra døden, fordi pasienten ofte har brukt svært mye av tiden sin på nettopp dødstanker. Samtidig kan det være nødvendig å snakke om døden fordi det destruktive kan få fritt spillerom hvis det ikke snakkes om. Jeg tror jeg møter pasienten på begge disse områdene. Vi snakker om det vonde og vanskelige som har vært og om det vonde som er nå, og vi flytter også samtalen over på andre ting. Man skal snakke om. Jeg tror det er viktig å tenke nøye igjennom når i prosessen man fjerner oppmerksomheten fra døden, og hvilken vekselvirkning det er mellom temaene ”liv” og ”død”. Vi prøver å skape et realistisk håp for fremtiden. Pasienten sier også til meg ” du kjenner meg godt du”. Dette kan være et tegn på at pasienten føler at han har et nært forhold til meg, og at vi har utviklet det Travelbee(1999) kaller et menneske - til menneske forhold.

For å kunne bringe håp fram i relasjonen tror jeg det er viktig at du viser at du tør å stå i utfordringer over tid. Du må ønske å ha kontakt med han. Du må vise at du ikke er redd, og du må tørre å snakke om de vanskelige tingene. Bare på den måten tror jeg pasienten virkelig blir trygg på deg, og tør å gå nærmere både seg selv og deg.

5.5 "DU ER KLOK DU"

Da jeg først hørte disse ordene ble jeg ikke smigret. Jeg tenkte at pasienten ga meg noe han selv ønsket å være. Jeg tenkte også at vår relasjon hadde blitt så trygg at pasienten hørte på det jeg sa til han. Han stolte på at det jeg sa betydde noe. Axelsen og Hartmann(1999) skriver om begrepene overføring og motoverføring. Det finnes mange muligheter for overføring i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Noe av dette kan være med på å hjelpe pasienten videre på veien. Motoverføring handler om terapeutens følelser overfor pasienten. Jeg tror dette er to viktige begreper i psykiatrien og i relasjonen. Det er viktig at sykepleier kjenner til dette, slik at hun skjønner hva som skjer i rommet mellom henne og pasienten. På denne måten kan hun skille mellom hva som er pasientens følelser og hva som er hennes egne. Jeg brukte i min relasjon til pasienten å gi mine opplevelser tilbake til pasienten. Jeg så angsten hans, og kjente på mine egne følelser i forbindelse med dette. Dette sa jeg til pasienten: ” jeg kjenner at”. Han sa noe til meg, og jeg ga det tilbake til han med mine ord. Jeg var tidlig klar over skillet mellom personlig, privat og profesjonell, noe jeg tror er veldig viktig for å kunne hjelpe pasienten på en empatisk måte. Men dette skillet kan være vanskelig å finne, og derfor vil det kanskje være ekstra viktig med veiledning i arbeid med selvmordstuede pasienter. Hummelvoll(2004) sier at empati betyr å oppfatte den andres subjektiv verden med dens emosjonelle komponenter om meninger, som om man var den andre personen. Men det er viktig at man ikke taper ”som om” bestemmelsen, for da kan empatien bli identifikasjon. Empatien må ikke beholdes av sykepleier, men formidles til pasienten. Pasienten ga meg mye ros både for at jeg var klok og strukturert. Jeg tror det hjalp han å ha noen hos seg som kunne være en struktur for han når han selv ikke klarte det. Den fysiske strukturen hjalp han til å få en bedre psykisk struktur. Jeg tror også at han sa disse tingene fordi han selv ønsket å tilegne seg noen av mine metoder å jobbe på.

For at relasjonen skal gi håp tror jeg det er viktig å skape trygghet. Trygghet tror jeg

du kan skape ved å vise at du ikke går din vei, og at du tør å stå i de tøffe takene. Ved at du skaper trygghet kan pasienten få en rollemodell. Det kan være viktig fordi du i perioder må bære håpet for pasienten. Etter hvert lærer pasienten hvordan han selv kan bære håp.

5.6” JEG KAN IKKE GÅ FRA DEG”

Dette er mine ord til pasienten. Ved å bruke nettopp disse ordene tror jeg at jeg formidler trygghet. Pasienten er i en situasjon hvor han trenger at noen er der. Pasientens indre liv svever da mellom liv og død.. Ved at jeg sier disse ordene viser jeg at han er trygg hos meg. Dodds og Bowles(2001) sier at det er viktig å nærme seg pasienten på en individualistisk måte, og gå bort fra det formelle systemet. Jeg viser at jeg tar ansvar for han. Jeg går ikke fra han. På denne måten formidler jeg at jeg ønsker å være sammen med han, og ta del i det som er så vanskelig. Samtidig viser situasjonsbeskrivelsen at det i den stunden var stille deler av tiden. Jeg ønsker ikke å legge ekstra press på han. Han kan si noe hvis han ønsker. Jeg sitter der sammen med han. På en rolig måte forklarer jeg situasjonen. Jeg gir han rom for å snakke. Så hører vi på rolig musikk. Men han vet at han kan stole på at jeg ikke går. For at relasjonen skal kunne gi håp, tror jeg det er viktig at du viser at du tar ansvar.

5.7 JEG HADDE IKKE VIST DET FRAM HVIS IKKE DU VAR HER”

Da jeg hørte disse ordene ble jeg først redd. Jeg tenkte hvordan det kunne gått hvis jeg ikke hadde vært der. Jeg tenkte også tanken at dette bare var noe pasienten sa. Men etter hvert tok jeg det også som en tillitserklæring. Pasienten er trygg på meg, tenkte jeg. Han vet at jeg vil han godt. Samtidig tenkte jeg også at det var noe i pasienten som ikke ønsket å dø. Kanskje hadde vi sammen snudd noe av håpløsheten til håp? Hartmann og Axelsen (1999) hevder at en terapeutisk relasjon kjennetegnes av trygghet, empati, akseptering, respekt for pasientens subjektive opplevelse og emosjonelle tilstedeværelse. Terapeutens evne til å lytte blir trukket fram som sentrale faktorer. Cleary mfl (1999) sier at en terapeutisk relasjon handler om diplomati, åpenhet, ærlighet, taktfullhet, empati og pålitelighet.

Ved at pasienten sier disse ordene til meg, synes jeg han viser at den terapeutiske relasjonen er tilstede. Han viser meg hvordan den profesjonelle relasjonen med meg har gitt han håp. Falk(1999) sier at veksten må skje hos pasienten selv, eller i rommet mellom hjelperen og pasienten. Han ønsker ikke å avslutte livet. I vår jobb, ser jeg at alle disse faktorene har vært viktige. Jeg har gitt pasienten tid og tålmodighet. Jeg har vært der hvor han var. Var det noe han ikke ønsket å snakke om, lot vi det være. Da snakket vi om det når det var naturlig. Vi beveget oss både i temaet *døden* og i temaet *livet* (jf Vråle). Pasienten viser at han setter pris på sider ved meg som han trenger i den situasjonen han er i. Vi jobbet sammen i lang tid. Jeg var der hele tiden. Jeg hadde ikke alltid et svar. Da sa jeg ” dette vet jeg ikke hva jeg skal svare på, men jeg er her for å lytte til det du sier”. Etter at vi hadde beveget oss i dødens landskap, som pasienten selv også kalte det, avslutter vi med å se på noe som kunne være bra. Det var 2 skritt fram, og ett tilbake. Det var 3 skritt tilbake, så var det 1 fram. Så var det 3 skritt fram. Men jeg var der. Kanskje det er nettopp det siste som er det viktigste for å skape en relasjon som kan gi håp. Kanskje tilstedeværelse kan redde liv?

6.0 EPILOG

Du kommer tilbake etter 4 uker. Vi fortsetter å jobbe sammen. Vi snakker fremtid og fortid. Vi prøver å lage en vei. Du begynner å snakke om framtiden. Jeg begynner å ane at du håper

6 måneder senere

Du har begynt å jobbe. Du har fått deg leilighet. Familien din har du jevnlig kontakt med. Du sier at du har det mye bedre. Du har håp for framtiden, sier du.

”Kom, sier du. Kom, så drikker vi kaffe”

I ettertid tenker jeg mye på hva det var som gjorde det. Hvorfor åpnet han seg?

Hvorfor valgte han å ikke ta sitt liv? Hvorfor klarte han å holde på en jobb? Gjennom mine refleksjoner tror jeg har gitt noen svar på dette. Kanskje er det feil å kalle det svar. Jeg tror og jeg har hørt at det var min utholdenhet og min tilstedeværelse som ga pasienten håp.. Pasienten fant endelig en som så det andre ikke hadde sett, og som turte å stå i det. Kanskje er det så lett. Kanskje er det ikke så lett. Uansett ligger det mange utfordringer i dette for fremtiden. Det krever et enda større mot fra den enkelte helsearbeider. Det trengs en større trygghet og åpenhet rundt temaet ”selvmord”. Kanskje kan egen bevissthet rundt temaet redde flere liv.

BEKREFTELSE

JEG BEKREFTER AT SITUASJONSBESKRIVELSEN TIL INGVILD T
SAGEDAL, SKREVET TIL OPPGAVE I VIDEREUTDANNING I
SELMORDSFOREBYGGING 2004/2005, ER ANONYMISERT MHT PERSON,
TID OG STED

N.N
AVDELINGSLEDER

LITTERATURLISTE

- Axelsen, Eva Dalsgaard og Hartmann, Ellen. Veier til forandring - virksomme faktorer i psykoterapi. Oslo, Cappelen Akademisk Forlag AS, 1999
- Axelsen, Eva Dalsgaard. Klienten som ekspert på seg selv. I: Axelsen, Eva Dalsgaard og Hartmann, Ellen. Veier til forandring - virksomme faktorer i psykoterapi. Oslo, Cappelen Akademisk Forlag AS, 1999
- Beck, Aron T, Steer, Robert A, Kovacs, Maria og Garrison Betsy. Hopelessness and Eventual Suicide: A 10-Year Prospective Study of Patients Hospitalized With Suicidal Ideation. Am J Psychiatry, May 1985, 142:5
- Bentsen, Håvard. Selvmord ved schizofreni. Tidsskriftet Suicidologi nr 1, 1999, s 6, 8-9
- Cleary, M, Jordan R, Horsfall, J, Mazodier, P og Delaney, J. Suicidal patients and special observation. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 6, 1999.
- Dodd's, P og Bowles, N. Dismantling formal observation and refocusing nursing activity in acute inpatient psychiatry: a case study. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 8. Blackwell Science Ltd, 2001.
- Falk, Bent. Å være der *du* er - samtale med kriserammede. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, 1999.
- Hammerlin, Yngve og Larsen, Egil. Menneskesyn i teorier om mennesket. Oslo, Ad Notam Gyldendal, 1997.
- Hartmann, Ellen. Pasienten som veiviser i det terapeutiske terreng. I: Axelsen, Eva Dalsgaard og Hartmann, Ellen. Veier til forandring - virksomme faktorer i psykoterapi. Oslo, Cappelen Akademisk Forlag AS, 1999

Heidenreich, Kaja Serine. "Empati i lege – pasient – forholdet - teknikk eller etikk?". Tidsskriftet Norsk Lægeforening, 2001, nr 12; 121: 1507-11

Hummelvoll, Jan Kåre. Helt - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag, 2004

Kringlen, Einar. Psykiatri. Gyldendal Norsk Forlag. Oslo, 2001.

Lorentzen, Vibeke Bruun. "Hvordan kan sykepleieren styrke pasientens håp". Tidsskriftet sykepleien, 2003, nr 21

Malt, U.F, Retterstøl, N og Dahl, Alv A. Lærebok i psykiatri. Oslo, Gyldendal Norsk forlag AS, 2003

Møller, Paul og Husby, Ragnhild T. Det initiale prodrom ved schizofreni-
kjernedimensjoner av opplevelse og atferd. Tidsskriftet Norsk Lægeforening nr 17,
2003.

McLaughlin. An exploration of psychiatric nurses` and patients` opinions regarding
in-patient care for suicidal patients. Journal of Advanced Nursing, 0309-2402, May 1,
1999, Vol. 29, Issue 5

Offerdal, Asle." Redselen for å bli avvist" - en psykologs betraktninger. Løvetann,
1998, nr 2

Pitula, Carol Rogers og Cardell, Rebecca. "Suicidal Inpatients` Experience of
Constant Observation". Psychiatric services, June 1996, vol 47, no 6

Rettersøl, N, Ekeberg, Ø og Mehlum, L. Selvmord – et personlig og samfunnsmessig
problem. Oslo, Gyldendal Norsk forlag AS, 2002.

Rustøen, Tone. Håp og livskvalitet - en utfordring for sykepleieren? Oslo, Gyldendal

Norsk forlag, 2001.

Talseth, A-G, Lindseth, A, Jacobsen, L og Norberg, A. The meaning of suicidal psychiatric in-patients` experience of being cared for by mental health nurses. Journal og Advanced Nursing, 1999, 29(5).

Travelbee, Joyce. Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo, Universitetsforlaget, 1999

Vråle, Gry Bruland. Møte med det selvmordstruede mennesket. Oslo, Gyldendal Norsk forlag, 2001

Wiik, Ingunn. “ Håp øker mestring”. Tidsskriftet sykepleien, 2001, nr13

Williams, Mark. Suicide and attempted suicide. London, Penguin books, 2001.

SELVVALGT LITTERATUR

Andersen, Merete Morken. Tiden det tar. Oslo, Gyldendal Forlag, **333 sider**

Axelsen, Eva Dalsgaard og Hartmann, Ellen. Veier til forandring – virksomme faktorer i psykoterapi. Oslo, Cappelen Akademisk Forlag AS, 1999

Kap 3,9,10. **50 sider**

Bøe, Tore Dag og Thomassen, Arne. Mot en mer menneskelig psykiatri. Fra autoritet og kontroll til dialog og deltakelse. Oslo, Universitetsforlaget, 2000. **270 sider**

Cullberg, Johan. Psykoser. Et humanistisk og biologisk perspektiv. Oslo, Universitetsforlaget, 2001. **300 sider**

Falk, Bent. Å være der *du* er - samtale med kriserammede. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, 1999. **85 sider**

Henriksen, Jan- Olav og Vetlesen, Arne Johan. Nærhet og distanse. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag, 1997. Kap 1,2,3,6,7,8,13,17. **78 sider**

Hummelvoll, Jan Kåre. Helt - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag, 2004. Kap 2, 4, 7, 12, 14, 16, 17. **205 sider**

Kringlen, Einar. Psykiatri. Gyldendal Norsk Forlag. Oslo, 2001. Kap 9,10,15,11,26,29,27,30. **107 sider**

Rustøen, Tone. Håp og livskvalitet - en utfordring for sykepleieren? Oslo, Gyldendal Norsk forlag, 2001. **125 sider**

Travelbee, Joyce. Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo, Universitetsforlaget, 1999. **287 sider**

Vråle, Gry Bruland. Møte med det selvmordstruede mennesket. Oslo, Gyldendal Norsk forlag, 2001. **150 sider**

Ørstavik, Hanne. Presten. Oslo, Oktober Forlag, 2004. **233 sider**

TOTALT: 2053 SIDER