



# Fordypningsoppgave

**VPH724 Psykisk helsearbeid**

**Personsentrert tilnærming i møte med suicidalitet**

Silje Rødset Runde

Totalt antall sider inkludert forsiden: 17

Molde, 16.04.2018



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Solrun Brenk Rønning

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 16.04.2018

**Antall ord: 7628**

## Sammendrag

Denne oppgåva fokuserer på personsentrert tilnærming i møte med personar som har suicidale tankar. Oppgåva startar med å legge fokus på suicid som eit alvorleg problem, og korleis terapeutar og andre ansatte i psykiatrien kan møte personar som har desse tankane. Problemstillinga vert så presentert; korleis kan ein møte personar som har suicidale tankar ved hjelp av personsentrert tilnærming. Vidare følgjer avgrensing, og litteratursøk. I teorikapittelet følgjer først eit avsnitt om vitenskapsteori, ettersom eg synast dette var relevant for oppgåva. Her sett eg fokus på humanistisk psykologi, hermeneutikken og fenomenologien. Så forsøker eg å greie ut om personsentrert tilnærming, med dei viktigaste punkta og utdraga av dette perspektivet. Psykoterapeutiske tilnærmingar ved suicidalitet følgjer deretter, og her har eg lagt fram to artiklar, ein av Dieserud og ein av Larsen, som refererer vidare til ein forskingsartikkel av Jobs. Desse diskuterer korleis møte pasientar med suicidale tankar på best måte. Så avsluttar eg teorikapittelet med å greie ut om depresjon og sjølv mord, definisjon og konkrete tal.

Etter dette følgjer narrativet som beskriv eit møte med Sigbjørn. Vidare drøftar eg dette møtet opp mot den personsentrerte tilnærminga. Det blir delt inn i fire overskrifter: Korleis forstå Sigbjørn sitt ønske om å dø, korleis frigi Sigbjørns vekstpotensiale, bevissthet om val, og til slutt: korleis hjelpe Sigbjørn til sjølvrealisering? Her drøftar eg korleis eg møtte han, kva eg kunne gjort annleis og korleis situasjonen då kunne sett ut. Så kjem eg med ei avslutning og konklusjon til slutt, med forslag til meir forskning, før eg avsluttar med litteraturliste.

## Innhold

<b>1.0 Introduksjon</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for val av tema .....	1
1.2 Presentasjon av problemstilling .....	1
1.3 Avgrensing .....	2
1.4 Utreiing av utført litteratursøk .....	2
<b>2.0 Teori</b> .....	<b>3</b>
2.1 Vitenskapsteori .....	3
2.2 Personsentrert tilnærming .....	4
2.3 Psykoterapeutiske tilnærmingar ved suicidalitet .....	6
2.4 Depresjon og sjølv mord .....	7
<b>3.0 Narrativ</b> .....	<b>8</b>
<b>4.0 Drøfting</b> .....	<b>9</b>

Litteraturliste

# 1.0 Introduksjon

## 1.1 Bakgrunn for val av tema

Rundt 600 personar tek årleg livet sitt i Noreg (Folkehelseinstituttet, 2017). Dei fleste har fleire pårørande som vert berørt og som sit igjen med mange spørsmål. Vi som jobbar i psykisk helsevern møter fleire som har tankar om å ta livet sitt, og med så mange dødsfall i året viser det at vi ikkje når tak i alle og får gitt dei den hjelpa dei har behov for. Vi har gode hjelpemiddel og råd for korleis ein kan møte personar som har slike tankar på best måte. Men likevel hadde det vore greitt med ein fasit der ein var sikra eit godt utfall. Ettersom vi veit at personar som har suicidale tankar er forskjellige og har ulike bakgrunn, erfaringar og livshistorier så kan vi ikkje alltid følgje ein mal. Så korleis kan vi møte personar som har tankar om at dei vil ende livet, utan å vere i akutt fase, på best mogleg måte? Dette vart eg veldig interessert i då eg var i praksis, ettersom ein av dei eg fulgte opp hadde slike tankar som var svært påtrengjande, og ønskte å ta livet sitt snarast mogleg. Fleire andre eg møter i jobben min har også desse tankane, og sjølvmodskartlegging er ein stor del av jobben min. Dei fleste eg møter som har desse tankane har meir eller mindre gitt opp, og har kanskje resignert heilt. Dei har kanskje vanskar for å sjå håp, og vanskar for å skjønne korleis ting kan bli betre. I forbindelse med vidareutdanninga var eg i praksis på eit ambulanseteam, og møtte fleire med denne problemstillinga. Denne oppgåva vil handle om korleis ein kan bruke personsentrert tilnærming i møte med personar som har suicidale tankar, og dette vert gjort ved å belyse eit narrativ frå praksisperioden. Personsentrert tilnærming legg vekt på endringsressursen som alle personar innehar, og som kan hjelpe oss til å få det betre ved samtalar og bevisstgjeringsøvingar på vår evne til å ta gode val (Haugsgjerd 2010) Ved å møte pasienten med ekthet og empati kan ein frigjere vekstpotensiale som pasienten har. Ein legg vekt på mennesket si eiga evne til rasjonalitet og innsikt, og dette vart eg meir nysgjerrig på. Dette kjem eg nærare inn på i teoridelen.

## 1.2 Presentasjon av problemstilling

Korleis møte ein person med suicidale tankar ved hjelp av personsentrert tilnærming.

### 1.3 Avgrensing

På grunn av oppgåva sitt omfang blir det ikkje fokusert på pasientar med akutt sjølvmondsfare, men pasientar som har ønskje om å døy utan konkrete planar om sjølvmond. Pasienten i narrativet i denne oppgåva bur heime, men får ambulant oppfølging. Han har vore innlagt på akuttavdelinga etter eit sjølvmondsforsøk før, og dette vert problematisert.

### 1.4 Utgreiing av utført litteratursøk

Ved søk på Oria skreiv eg ”suicidalitet”, og fekk då 83 treff. Eit par av dei første artiklane eg fann var ”Hva er virksomme psykoterapeutiske faktorer ved suicidalitet?” av Gudrun Dieserud (2001), og ”bare gå å heng deg, din jævla dritt! – Motoverføring og suicidalitet, av Kim Larsen (2011). Eg valgte å bruke begge. Den første, av Dieserud (2001), er ein fagartikkel, men ho har brukt fleire henvisningar til forskning som er gjort, og eg vel difor å bruke denne. Ein forskingsartikkel ho har brukt er av Jobes (2000), «Collaborating to prevent suicide: a clinical – research perspective, og denne har eg tatt i bruk i oppgåva. Eg valte å bruke Kim Larsen (2011) sin forskingsartikkel fordi den var relevant i forhold til noko av det eg diskuterer, ikkje så mykje på grunn av at overføring og motoverføring er relevant i forhold til personsentrert tilnærming. Eg forsøkte også å finne forskning som gjekk på personsentrert tilnærming, men synast at dette vart vanskeleg. Eg brukte først orda «client centered» men fekk då over 73 000 treff. Eg la til «Rogers» og var då nede i rundt 7000 treff. Eg fann likevel ikkje noko eg ønskte å bruke i denne oppgåva ettersom eg ikkje fann det relevant i høve til problemstillinga. Eg ønskte å få tak i ei bok av Carl Rogers slik at eg fekk finne teorien om personsentrert tilnærming i ei bok. Biblioteket hadde derimot ingen inne, og det vart då til at eg brukte teorien vi fekk i undervisning om personsentrert tilnærming av Stål Bjørkly (2016) på skulen, samt det som er skrive i «perspektiver på psykisk lidelse» av Haugsgjerd (2010).



## 2.0 Teori

For å svare på denne problemstillinga vil det først bli belyst følgjande teori; vitenskapsteori for å greie ut om fenomenologien og hermeneutikken, ettersom begrepet «livsverden» er relevant for delar av oppgåva. Vidare vert det greia ut om personsentrert tilnærming for å få med viktige begrep som ein kan ta med seg i møte med personar som har tankar om å avslutte livet. Forskinga som vert lagt til grunn for noko av diskusjonen vil bli belyst, likesom sjølv mord og depresjon.

### 2.1 Vitenskapsteori

Humanistisk psykologi har sine røtter i hermeneutisk filosofi, der hermeneutikaren søker etter forståing, som er grunnlaget for mennesket si erkjenning (Thornquist 2015). Personsentrert tilnærming har sitt utspring frå fenomenologien, som også heng saman med hermeneutikken. Eit menneske har meiningar, verdiar og vilje. Terapeuten kan aktivt deltakande saman med pasienten få fram kunnskap om korleis livet er for pasienten, og skape ny forståing. Det forutset at terapeuten stiller spørsmål og bruker seg sjølv som meiningsåpnande middel. Den eksistensialistiske forståinga av fridom inneber ein grunnleggjande fridom til å tolke og forstå verda på mange forskjellige måtar. Alle menneske står fritt til å fortolke verda og kan gje ulike opplevingar forskjellig meining. Pasientens ansvar og frihet til å velge fritt står sentralt i det terapeutiske arbeidet. Ein kan sjå på mennesket som å vere aktivt skapande av si verd ved å strukturere alle opplevingar til eit meningsfullt heile. Humanistisk psykologi framheld at alle menneske har ei viss form for sjølvstende i forhold til sine omgjevnadar. All forståing er basert på ulike fysiske uttrykk, som ord, mimikk, handskrift eller stemmebruk, t.d. Det inneber at for å foreta ei fortolking av eit menneske må ein ha ei forståing av heilheiten av uttrykka til personane, gjennom den kulturelle bakgrunnen, livshistorie og verdssystemet (ibid). Det er den enkelte sin eigenart og individualitet som karakteriserar han eller henne som eit menneske, og Carl Rogers vidareførte denne interessa for selvet.

Innanfor fenomenologien brukar ein også begrepet «livsverden». Dette er den verda vi lev i til dagleg, og som vi har umiddelbar truskap til og erfaring med. Den enkelte si livsverd kan ikkje utviskast, men gjerast til gjenstand for undersøking eller analyse (Thornquist

2015). Dette er vår virkelighetsforståing, der meining og betydning i ei viss forstand er gitt i vårt umiddelbare forhold til verda.

## **2.2 Personsentrert tilnærming**

Rogers peika på nokre sentrale punkt som var viktige for opplevinga av selvet. Og eg vil prøve å greie ut nokre av dei viktigaste punkta frå dette perspektivet.

### **Ubetinga positiv forståing eller anerkjenning.**

Terapeuten skal bidra til håp og optimisme, og forsøke å komme nær den andre. Ein legg vekt på at terapeuten skal vere varm og aksepterende, og ha tru på at mennesket har sjølvinnstekt. Det er ingen grense for kva ein kan snakke om, og ein skal ikkje vere redd for å snakke om uforståelige tema eller tema ein ikkje er einig i. Ein kan fokusere på at terapeuten bør tilstrebe aksept for den andre, så ein bør ikkje moralisere. Terapeuten skal ta imot det ein ikkje «toler» eller synast er ubehageleg å snakke om, og ein kan bruke seg sjølv og sine opplevingar og kjensler. (Haugsgjerd et. al. 2010).

### **Empati**

For å klare å møte pasienten der han er, her og no, bør ein fokusere på Empati. Terapeuten kan vise at han eller ho er nysgjerrig på pasienten sine opplevingar, og ønskjer å komme nær den andre. Ein bør spørje og undre seg framfor å konstatere fakta, og prøve å forstå den andre si indre referanseramme. I følgje Haugsgjerd m. fl. (2010) vil empati seie å oppleve den andre si fortvilning og smerte, men samtidig stå utanfor intensiteten og styrken i kjenslene. Her er terapirelasjonen både mål og middel. At pasienten opplever oss som empatiske fordrar ein god relasjon, som kan ta tid å bygge opp.

### **Ekthet og kongruens**

Samtidig er det viktig å vise ekthet; som terapeut skal ein kunne dele om seg sjølv, men ikkje ta over "terapien". Denne åpenheita må tilpassast slik at det ikkje blir ei belastning for pasienten. Ein kan vere ekte også på det som er ubehageleg. Ein kan snakke om kjensler og korleis noko vert opplevd også for terapeuten. Det er viktig at terapeuten bruker seg sjølv for å hjelpe den andre. Det felles møtepunktet for begge parter er kjensler og opplevingar (Rogers, 2003). Dette kan vere greitt å hugse på i terapirelasjonar der

pasienten har opplevd noko som vi ikkje ein gong har vore i nærleiken av. Då kan vi møtast på kjensla som denne opplevinga gav, og ikkje opplevinga i seg sjølv.

Kongruens er den ønska konsekvensen av ekthet. Det bør vere likeverd i forholdet. Alt skal balanserast slik at det blir likeverd i relasjonen. Dette skal ikkje vere til belastning for den andre, pasienten. Ein bør leite i seg sjølv for å komme nærmare den andre.

(Haugsgjerd et. al. 2010) Då bør ein vere **bevisst på kjensler**; altså eigne kjensler. Dette er også eit viktig punkt i personsentrert tilnærming. Det er viktig at terapeuten er ferdig bearbeida med det ein deler med pasienten. (ved deling av egne livserfaringer med pasienten.) (Haugsgjerd et. al. 2010) Terapeuten bekrefter og gir tilbake det pasienten seier på ein klarare måte med eit bevisst bilde av kjensler.

### **Sjølvaktualisering**

Eit viktig punkt som ein kan vie merksemd i dette perspektivet er sjølvaktualisering; Alle har ein mulighet til å realisere seg sjølv og terapeuten bør ha trua på at alle mennesker har mulighet til vekst og betre si innsikt. Dette kan skje gjennom å bli møtt på rette måten i terapien slik at den andre veks. Terapeuten bør ha trua på at pasientane kan gjere eigne valg. Sjølvaktualisering forutsett denne evnen. Mennesker har eit ibuande behov for å utvikle seg, ta i bruk sine ressursar og potensial, å bli eit heilt menneske. Sjølvaktualisering kan bli sett på som ein streben etter verdiar og ideal som representerar eit godt menneske. Gjennom å bli møtt på ein vekstfremmande måte, hindrar dette også stagnasjon. Veksten kan komme når pasienten er klar for det, gjennom å bli møtt på riktig måte. (Haugsgjerd et. al. 2010)

### **Angst som endringsressurs.**

Ein kan også hugse på at ein ser på angst som endringsressurs; Angst er eit varselssignal, ikkje ein diagnose i denne sammenhengen. Pasienten sit sjølv med løysingane og pasienten må ha vilje og evne til å gjere valg. Utan valg kjem stagnasjon og angst. Angst er ein endringsressurs, og ikkje ein sjukdom i dette terapiperspektivet, men ein ressurs til endring og vekst. Om denne veksten har stoppa opp, tenkjer ein i dette perspektivet at dei tre grunnhaldningane; empati, ubetinga positiv forståing og kongruens kan setje i gang veksten igjen hos mennesket. Det vil seie at om du blir møtt og forstått nok, vil du finne din eigen vei til å gjere val.

### **Vekstpotensialet**

Dette er krafta i terapien og frigjerast ved terapeutisk kongruens, innleving, omsorg og ubetinga positiv forståing av den andre. I personsentrert tilnærming tenkjer ein at mennesket produserer eigne meiningar, og det vil ha vekstpotensiale til å gjere gode val om det blir sett og møtt nok i sitt miljø. (Haugsgjerd et. al. 2010)

### **2.3 Psykoterapeutiske tilnærmingar ved suicidalitet**

Dieserud (2001) presentarar forskning som er gjort verda over. For å komme fram til kunnskap om verksame psykoterapeutiske tilnærmingar til suicidalitet. Det blei vist til ein forskningsartikkel av Jobes (2000) der pasientar som var suicidale og motsette seg oppfølging, vart med jevne mellomrom tilsendt brev av helsepersonell i løpet av ein 5 – årsperiode etter innlegginga. Der vart dei minna på ein omtenssam måte om mulighet til kontakt med behandlar om dei ønska det. Etter at dette prosjektet var over steig sjølvmondsraten igjen, og det kunne virke som om sjølve kontaktilbodet kan ha verka førebyggjande medan det varte. Artikkelen argumenterer vidare for at suicidalhandlinga er eit uttrykk for meir enn sjukdom, snarare eit forsøk på problemløysing for eit menneske som opplever ein uthaldeleg psykisk smerte ved det å leve. Ut i frå mykje forskningsevidens som ein har for at mange som har hatt sjølvmondsforsøk er prega av ulike nivå av problemløysingssvikt, er det nærliggande å tenke at kognitiv terapi er riktig førstevalg. Likevel er det mykje som tyder på at dei fleste terapeuter i aukande grad bruker begrep frå fleire teorier i sitt arbeid (Dieserud 2001). Konklusjonen i artikkelen er at suicidologien har ikkje klart å finne ein reliabel, empirisk basert måte å klassifisere suicidale personer i homogene subgrupper på. Utgangspunktet for ein god terapeutisk allianse ligg difor vel så mykje i terapeuten si evne til å forstå meiningsinnhaldet i eit sjølvmondsforsøk hos akkurat dette individet, som i evna til å stille ei korrekt psykiatrisk diagnose.

I forskingsartikkelen til Kim Larsen ( 2011) diskuterer han overføring og motoverføring i samanheng med suicidale pasientar. Han beskriv korleis ein såg på «fenomenet» suicidalitet før i tida, og beskriv korleis det på -70 talet vart skrive av forskarar at sjølvmondsforsøket blir ein alvorleg appell til omgjevnadane om at dei må ofre pasienten meir merksemd og innrette seg meir etter hans / hennar behov. Han skriv også om korleis motoverføringsreaksjoner kan virke på suicidale pasienter. Mellom anna problematiserer han korleis ein motoverføringsreaksjon lett kan føre til grenseoverskridelsar ved at terapeuten «for å redde liv» ser seg nødt til å gjere seg sjølv meir tilgjengeleg for

pasienten. Dette kan lett resultere i ein eskalerande sirkel av større og større unntak som kan ende i grenseoverskridelsar. Det bør eksistere uformelle fora for å ta ut og bearbeide motoverføringar, som avreagerande samtalar på vaktrommet eller uformelle samtalar med kollegaer. Bearbeiding kan også skje ved humor. I følge denne forskingsartikkelen er det tre nøklar til profesjonalitet i møte med suicidale pasientar: ærleg åpenhet overfor å kjenne på eigne motoverføringsreaksjoner uansett kor «mørke» eller «politisk ukorrekt» dei er, ei djup fagleg forståing av pasienten si psykopatologi, samt ei realistisk oppfatning av kva ein kan oppnå i psykoterapi og kor lang tid det kan ta. (Larsen, 2011). Dette er ikkje ulikt det som blir beskrive om ekthet og kongruens i personsentrert tilnærming. I tillegg kan ein krytte det til bevissthet om eigne kjensler, som ein set fokus på i personsentrert tilnærming.

## 2.4 Depresjon og sjølv mord

Depresjon er ein stemningslidelse som vart kjenneteikna av forandringar i grunnstemningen (humøret) (Malt, 2014). Tristhet, nedtrykthet, redusert initiativ, vanskar med å ta avgjerelsar, konsentrasjonsproblemer, redusert hukommelse og merksemd, og redusert interesse for aktivitetar er også eksempel på symptom depressive pasientar kan kjenne på. Kanskje opplever nokon at livet har mista både mål og meining (ibid). Begrepet suicidal inneber at ein person er i overhengande fare for å ta livet sitt, dvs har tankar, planar om det og evt. førebur seg til dette. Mellom 500 og 600 personar dør årleg i sjølv mord i Norge (folkehelseinstituttet 2017). Dette er dobbelt så mange som trafikkdødsfall, og det utan mørketal (ulykker, drukning osv.) Kvar av desse har nære etterlatte, så svært mange vert indirekte råka kvart år. 5-6000 sjølv mordsforsøk treng sjukehusbehandling kvart år (ibid), og så mange som 260000 i befolkninga har sjølv mordstankar (Nesland 2017). Det er ei av dei vanlegaste dødsårsakane hjå unge, og sjølv mord er meir vanleg blant menn enn kvinner. Det er overhyppighet i sjølv mord hjå dei som har hatt negative erfaringar i barndom og oppvekst, og dei som har gjort sjølv mordsforsøk tidlegare er i risikosonen. Likeså med dei som har sjølv mordstankar lenge, og som har brot i relasjonar. Som helsepersonell må vi forhalde oss til lova, om å bevare liv, men vi skal også respektere pasienten slik at hans eller hennar integritet vert ivaretatt. Ungdom som skadar seg, og ikkje får eigna hjelp, har auka risiko for seinare sjølv mord (ibid). Nesland nevner også «det presuicidale syndromet», som vert kjenneteikna av innsnevra og sosial isolasjon, resignasjon og passivitet. Her inngår også flukt frå verkelegheita, kor ein vert meir og meir opptatt av fantasiar og dagdraumar, ikkje

minst om død og sjølv mord. Ho legg også vekt på at i møte med den suicidale bør ein ha fokus på her og no, ikkje love meir enn ein kan halde, ha fokus på å anerkjenne pasienten sine problem og bekymringar, samt å validere.

### 3.0 Narrativ

Sigbjørn er 19 år, leiger ei leilegheit i ein kjellar, er ungkar og deprimert. Han har eit einaste mål i livet, og det er å klare å ta livet av seg. Han er ikkje aktiv suicidal og er difor ikkje innlagt no, men bur heime hos seg sjølv. Dette var informasjonen eg hadde før eg møtte han. Eg møter han heime i leiligheta si i min første dag i praksis. Etter å ha helst på han og fått servert kaffe spør eg han om han synast det er greitt at eg spør han fortelje litt om problema sine så eg kan bli betre kjent med han. Det seier han er greitt.

- Kva er det som er vanskeleg for tida, synast du? Eg forstår det slik at du har eit ønske om å døy.

- Ja, eg har vore deprimert ei stund. Heilt sidan sambuaren min gjorde det slutt med meg og reiste tilbake til Romania. Ho valte å ta med seg ein del pengar også. Så eg kjenner meg svært svikta og fortvilt.

- Er ho i Romania no? Spør eg.

- Ja, sjølv om vi til og med hadde gifteplanar. Viser seg med andre ord at ho har lurt meg.

- Kva gjorde dette samlivsbrotet med deg? Spør eg vidare.

- Vel, eg byrja å samle opp tablettar. Tok rett og slett ei overdose. Vart innlagt på akuttpsykiatrisk avdeling. Og derifrå begynte ballen å rulle. Eg fekk ECT – behandling, vart etter kvart sendt heim, og no har ambulant team oppfølging.

Dette med at han har forsøkt å gjennomføre eit sjølv mord før gjorde at eg vart meir nysgjerrig på sjølv mordsønsket hans no. For om han har tatt det steget å svelge for mange tablettar før, så kan han godt gjere det igjen, og eg vart litt bekymra for om han fekk god nok oppfølging men ambulant besøk berre ein time kvar veke.

- Kva har endra seg sidan den gong? Har du det same ønske om å døy enda? Spurte eg.

- Ja.

Eg kjente eg vart stressa og usikker på om han snakka sant. For om han virkelig hadde lyst til å døy så kunne han jo finne på å gjere det rett etter at vi hadde gått. Det var ein ubehageleg kjensle.

- Har du samla opp tablettar no?

- Ja. Eg har begynt å samle opp litium-tablettar. Eg har ikkje nok til å ta livet av meg enda.
- Kunne eg fått med meg desse tilbake til kontoret? Spurte eg, meir bekymra no.
- Nei. Dei vil eg ha til eg er klar for å svelge alle saman på ein gong. Eg har som sagt ikkje samla opp nok enda.

Veiledaren min braut oss av og ho spurte Sigbjørn om andre ting, som kvar familien hans var no, kva han hadde funne på i helga. Ingen av svara hans var særleg berolegande, familien var vekke på ferie, og i helga hadde han vore på fest og drukke. Han hadde tydelege risp i overarma si som han hadde gjort medan han var full.

- Så eg beklagar om her er litt rotete. Eg veit her luktar litt «open grav», sa han med ein liten latter. Eg la merke til det etter kvart, at han ofte snakka med «dødsreferansar», som «Joda, turen til Nordkapp var fin, den. Mange flotte stadar ein kunne hoppe utfor og ta livet sitt», og «no har eg funne ut kva som skal stå på gravstøtta mi».

Vi snakka også ein del om bekymringar. Eg fortalte han at eg også kunne vere bekymra av og til, og dette reagerte han på med stor forbauselse.

Vi spurte han sjølvsagt kvar gong, om han hadde planar om å ta livet sitt no. Han lovte alltid at han skulle vente til vi kom tilbake neste gong, han ønskte å vise oss båten sin til dømes, eller han ville vise oss ei leilighet han hadde budd i før. Difor vurderte vi han også til ikkje aktiv suicidal, sjølv om han gjorde oss, i alle fall meg, svært uroleg med all denne «døds-praten». Det gjorde noko med meg. Eg hadde vanskar for å legge frå meg Sigbjørn då eg kom tilbake til kontoret. Eg visste jo at han har få vener, og dei få som han har var over 70 år gamle. Og det var jo dette som var bestemt, jamnleg oppfølging av ambulant team, og han skulle fortsette med medisintdeling frå heimesjukepleien. Eg tok likevel ein telefon til dei for å minne dei på at dei burde sjå at han svelgte ned tablettane kvar gong. Hadde det ikkje vore for at han hadde eit dårleg forhold til foreldra kunne eg tatt ein telefon til dei, men Sigbjørn gjorde klart for oss at han ikkje ønskte at foreldra skulle involverast.

## 4.0 Drøfting

Problemstillinga i denne oppgåva er «korleis møte pasientar med suicidale tankar ved hjelp av personsentrert tilnærming». Ved hjelp av narrativet blir det belyst korleis eg gjorde dette i praksis, kva eg moglevis gjorde feil, og eg kjem med hypoteser på korleis situasjonen kunne blitt om eg hadde møtt pasienten på ein annan måte. Då eg starta

praksisperioden min så hadde eg om eit av måla å mine å fokusere litt ekstra på personsentrert tilnærming. Eg var difor litt fokusert på dette perspektivet i møtet med Sigbjørn. Eg hadde eit ønske å lære meir om han og bakgrunnshistoria hans, og prøve å forstå kvifor han hadde ein plan om å klare å ta livet sitt.

### Korleis forstå Sigbjørn sitt ønske om å døy?

I hermeneutikken, der ein søker etter forståing, som igjen kan hjelpe pasienten med å erkjenne kva som er vanskeleg, søker ein etter å prøve å forstå. Eg ønskte vidare å vere aktivt deltakande og saman med pasienten skape ny forståing, ettersom at eg tok utgangspunkt i at menneske har meiningar, verdiar og vilje, slik som det vert nevnt i hermeneutikken. Ettersom ambulanseteam hadde møtt pasienten ei stund før eg kom inn i bildet, skjønnte eg at eg spurte dei same spørsmåla som han hadde fått fleire gongar før. Likevel var det viktig for meg å skjønne korleis han oppfatta verda, og vite meir om hans livsverd og hans indre referanseramme slik som ein skal fokusere på i personsentrert tilnærming. På oppfordring frå meg fortalte han meg om dei få vener han har, som er over 70 år gamle pensjonistar. I tillegg kunne han fortelje om festane han var på kvar helg, der han alltid drakk mykje alkohol. Eg tenkte jo at dette ikkje var positivt, at han kun hadde vener som var eldre. Han hadde vener som skulle døy om nokre år og ingen vener på eigen alder. Eg tenkte at eg kanskje burde la han ta opp tråden sjølv, og fortelje meg om venane sine om han hadde lyst til det sjølv, utan at eg sette i gang praten om omgangskrets, men det gjorde han ikkje. Eg tenkte umiddelbart at dette var nok fordi han ikkje såg på det som eit problem. Ein annan måte å sjå på det kan vere at han var redd for at eg skulle problematisere det at han hadde få vener på eigen alder, fordi han var flau eller synast det var vanskeleg å innrømme. Dette kunne eg få vite meir om viss eg spurte han spørsmål rundt omgangskretsen hans, men eg valgte å ikkje gjere det. Likevel opplevde eg at eg fekk satt meg litt inn i hans livsverden. Han fortalte at han hadde fått kontakt med ei ny dame frå Romania som han ønskte å starte eit forhold med, og lurte på kva eg tenkte om det. Eg svarte umiddelbart at han burde halde seg unna med tanke på kor gale det gjekk sist. Han vart oppgitt og skifta straks tema. Eg tok meg sjølv i at det var kanskje ikkje den beste måten å svare han på. Eit betre alternativ kunne vore:

- Det kan eg ikkje svare på, for eg kjenner henne ikkje. Kva tenkjer du?

Då ville eg gitt spørsmålet tilbake til han, så kunne vi reflektere litt saman. Og kanskje hadde han då gitt meg eit nytt bilete av korleis han faktisk har det. Om han er så einsam, at han vurderer å gå inn i eit nytt forhold til ei som er venninna til ho som akkurat har reist



avgarde med pengane hans, då er han kanskje veldig einsam? Eg burde spurt meir om det. For det seier litt om kor sterkt han ønskjer folk rundt seg, og kanskje seier det også litt om hans eigen verdi? Her hadde det vore mange interessante tema vi kunne snakka om, om eg berre hadde svart han på ein litt anna måte. Hensikta mi var jo å forstå han, og etter å ha tenkt meg om, skjønnte eg at han nok var meir fortvilt og einsam enn eg først var klar over. Eg kunne spurt om desse kompisane: «Så flott at du har kompisar sjølv om dei er eldre enn deg. Kva med dei du gjekk på skule saman med? Ser du noko til dei?» Det ville nok vore betre enn «Kvifor har du ingen kompisar på eigen alder?» Kanskje kunne han då fortalt meg kvifor han ikkje har kontakt med dei lenger. Så kunne eg også spurt meir om dette med rus. «Eg skjønner du har vore på fest i helga og at det vart mykje alkohol. Korleis føler du deg når du drikk? Kva forandrar seg inni deg om du drikk? Kjenner du noko forskjell på sjølvtilitt, sjølvkjensle?» For at dette ikkje skal virke alt for konfronterande kunne eg jo brukt meg sjølv, og sagt: «Eg kjenner meg ofte meir modig om eg har alkohol i kroppen». Kanskje kunne eg på denne måten forstått litt meir om korleis Sigbjørn har det, og han ville ikkje kjent seg annleis.

### Korleis frigi Sigbjørns vekstpotensiale?

Det var viktig å forstå han fordi eg var opptatt av at han skulle oppleve at eg ønskte å lytte til han og kome nær han som person. Eg ønskte å vise interesse for han og historia hans, at han skulle kjenne seg møtt, for å frigjere vekstpotensiale hans. I personsentrert tilnærming er det viktig å ha fokus på at mennesket har eigne meiningar og mest truleg sitt med løysinga sjølv, om ein berre blir møtt nok i sitt miljø (Haugsgjerd 2010). Mykje av samtalane vi hadde saman gjekk på opplevingar han hadde hatt i oppveksten, men om det blei for mykje prat så vart han uinteressert og passiv. Vi avslutta då, og eg fekk som regel eit smil og lovnad om at han ikkje skulle gjere noko ut av suicidalplanane til neste gong vi møttast. Eg ønskte at han skulle få styre i kva retning samtalane skulle gå, så lenge han ville snakke om fortida så lytta eg og stilte spørsmål. Dette fordi eg ville ha pasienten sine ønskjer i fokus, vere varm og aksepterande, og ha tru på at mennesket har sjølvinnsikt. Dette er i tråd med den personsentrerte tilnærminga, som eg ønskte å ha fokus på i praksisperioden. Sigbjørn sa veldig ofte at han ønskte å dø. I følgje Nesland (2017) si forelesning så er det ei myte at dei som snakkar mykje om å ta sjølv-mord ikkje er i faresona. Så eg ønskte å ta han alvorleg og vise at eg vart bekymra. For det vart eg, og eg ønskte å vere ekte. Eg fortalte han at eg kjente på uro. Eg prøvde å møte han på kjenslene han kjente på, som var bitterhet frå opplevingane i barndommen, og håplause for framtida.

Eg fortalte han at eg også kunne vere bekymra for framtida av og til, og dette gav han umiddelbar respons på. «Kan du og bli bekymra?» spurte han tilbake. Han fekk meg til å fortelje litt om kva eg kunne bekymre meg for, og dette interesserte han. Her følte eg at vi var meir «jamn», at ikkje eg var terapeuten og han pasienten, men at vi møttast med kjensler som var lik og som begge kunne kjenne seg igjen i. Det var meir likeverd i forholdet då vi hadde denne praten, og det kjentes riktig. I følgje Haugsgjerd kan ein leite i seg sjølv for å komme nærare den andre, utan at det ein deler skal vere til belastning for pasienten (Haugsgjerd 2010). Vi møttast ikkje på opplevinga, men på følelsen, og dette gav Sigbjørn god respons på. Han viste tydeleg at det var godt at nokon kunne kjenne seg igjen i følelsen han kjente på. Han sa sjølv at han hadde mangla nokon som kunne gje han forståing og empati, og han takka meg for at eg klarte å vere så empatisk. Her kjente eg at eg fekk bidra med noko som var veldig positivt. Likevel var det av og til utfordrande å vere ekte. Det er eit viktig fokus i den personsentrerte tilnærminga at ein må tilstrebe å vere ekte overfor pasienten, men etter vekesvis med prat om døden og bekymringar eg av og til tok med meg heim, kunne eg kjenne på litt irritasjon. Eg hadde lyst til å seie «her prøvar vi å hjelpe deg...» eller «vi gjer alt vi kan...». Eg tenkte at eg hadde lyst å hive alle løysingane i fanget hans, men kanskje var det fordi eg begynte sjølv å bli utolmodig? Eg sa ved eit tilfelle at han kanskje hadde hatt godt av å prøve seg i jobb, eller andre løysingar som eg såg for meg kunne vere bra for han, men han svarte som regel berre med: «Nei, eg trur at det eg treng er å bli innlagt på lukka post. Viss ikkje klarar eg til slutt å ta livet mitt». Samtidig kunne han forsikre oss om at han ville vente litt til. Det var vanskeleg å forstå kva han eigentleg trengte. Det kan jo vere at han prøvde å kommunisere at han verkeleg ønskte å dø, og med tanke på det tidlegare sjølvdriftsforsøket var dette rimeleg å anta. Men på ei anna side kan det jo vere at han prøvde å kommunisere noko heilt anna. Var han einsam? Hadde han vanskelege tankar om episodar frå barndommen? Hadde han dårleg sjølvkjensle? Var han motlaus for framtida? Kunne det vere at han berre trengte å bli sett og hørt? Om eg kunne vist han meir tolmodighet, sagt oftare: «fortel meir om det», «kva meiner du med det», «kvifor tenkjer du det er det riktige», i staden for å kome med løysingar som eg sjølv meinte ville vere bra, så kunne han kanskje kjent seg møtt og forstått. Det er, i følgje personsentrert tilnærming, det ein treng for å frigjere vekstpotensialet. Kanskje kunne han då sagt at ikkje ønskte å gå på jobb, fordi han synast det var vanskeleg. Eg kunne spurt: «kva meiner du med det? Kva er vanskeleg?» I tankane mine hadde eg nok tenkt at han synast det var vanskeleg å utføre oppgåvene, men så hadde han svart noko heilt anna, som: «Eg synast det er vanskeleg å sjå folk i augene». Dette

seier noko om sjølvkjensla hans, og der kunne vi fått ein svært fin prat om korleis vi ser på oss sjølv, men korleis dette ikkje treng å vere det same som korleis andre ser på oss. Og kva ligg bak den dårlege sjølvkjensla? Kvar kjem den frå? Eit interessant tema som vi kunne gått nærare inn på om eg hadde stilt dei riktige spørsmåla. Her kunne han kanskje også komt inn på oppveksten, forholdet til foreldra og familie, som eg ønskte at han skulle snakke om slik at eg kunne forstå kvifor han ikkje ønska kontakt med dei.

### Bevissthet om val.

Det vart mykje «sjølvmondsprat» om han skulle få bestemme tema. Vi snakka ikkje om stort anna i byrjinga. For meg, som ikkje har snakka med så mange personar med sjølvmondsstankar før, vart det overveldande i starten. Sigbjørn greia ut om ulike måtar han ønskte å ta livet sitt på, kvifor han ønskte å døy, og «forsikra» meg om at ein dag skulle han klare det.

Eg kjente at dette sette i gang mange kjensler i meg som vart vanskelege å leggje frå seg då besøket var over. Kom vi til å møte han i live ved neste besøk? Kva gjorde vi feil, var der ressursar vi hadde oversett og var vi det beste tilbodet for Sigbjørn akkurat no?

Kanskje burde han få meir oppfølging, leggest inn på ein lukka post slik han sjølv også ønskte? Det var ikkje betryggande at pasienten har hatt eit sjølvmondsforsøk tidlegare. I følgje Nesland (2017) er dette ein risikofaktor som ein må ta alvorleg. Samtidig fekk eg høyre frå fleire kollegaer at eg ikkje burde virke alt for bekymra ovenfor pasienten, ettersom dette kunne trigge han til å legge enda meir fokus på sjølvmond i samtalan med han. Dei meinte ikkje at eg skulle ignorere sjølvmondsønsket hans, men prøve å ikkje gjere det «stort» og altoverskyggande. Dette støttar forskinga til Larsen (2011) opp om, der sjølvmondsforsøk blir ein alvorleg appell til omgjevnadane om at dei må ofre pasienten meir merksemd og innrette seg meir etter hans eller hennar behov. Han skriv:

*«Det er viktig å støtte apellsiden, siden den er uttrykk for motivasjonen om et videre liv. I noen tilfeller kan appellen være helt dominerende, eksempelvis når det i realiteten foreligger ubetydelig selvmordsrisiko. Man må derfor ikke belønne appellen på en slik måte at trusler om selvmord kan bli en måte å oppnå fordeler på.» (Larsen, 2001)*

Eg tenkte difor at nøkkelen vart å ta sjølvmondsønsket på alvor, men prøve også å snakke om framtida og korleis han kunne finne grunn til å leve framover. Ein betre måte å møte ønsket om innleggjing på lukka post på, kunne kanskje vore:

- Eg høyrer at du ønsker å leggjast inn. No har legen bestemt at det ikkje er eit alternativ, men at du kan få ambulansoppfølging. Vi ønskjer å møte deg og prøve å hjelpe deg. Kva tenkjer du om det? Ønskjer du oppfølging frå oss?

Då ville eg gje han valget om vi skulle komme eller ikkje. I personsentrert tilnærming legg ein vekt på at utan val, kjem stagnasjon og angst. At han kjenner at han har ansvaret for livet sitt sjølv, at han sjølv kan ta sjølvstendige val, ville nok vere godt for han, slik det er for alle andre. I stedet så sa eg berre at innleggjing ikkje var aktuelt, ferdig med det. Kanskje ikkje den beste måten å møte han på. Det hadde også vore interessant å finne ut av kvifor han meinte at innleggjing ville vere det beste. Kva var bra på lukka post? Om eg hadde spurt han dette spørsmålet, så kunne han gitt meg eit signal på kva han opplevde å få på lukka post, som han ikkje hadde heime. Var det personale rundt seg heile tida, som han kunne prate med, som var positivt på lukka post? Var det tryggleiken med personale som «passa på» at han ikkje skulle ta livet sitt? Var det kjensla av at sjukepleiarar og legar hadde omsorg for han? Her var det fleire interessante tema som eg kunne, og burde, tatt tak i. Eg tok meg sjølv i å lede samtalen for mykje. Eg fann ut at eg burde gje han mulighet til å fortelje meir fritt det han tenkte på, og prøve å tenke at han sit med løysinga sjølv. Eg spurte kva han tenkte ville vere den beste løysinga sjølv, og kva han ønskte. Han sa nokre gongar at det beste hadde vore om han kunne bli lagt inn på psykiatrisk mottak, med lukka dører og mykje personale. Eg tenkte difor at han nok bak alle ord om døden også ønska å leve, ettersom det er svært vanskeleg å ta livet sitt på ei slik lukka avdeling. Dette kunne eg jo spurt han om.

- Eg høyrer du seier at du vil dø. Likevel ønskjer du hjelp, og du ønskjer å vere innlagt på ein lukka post med mange hjelpearar rundt deg. Eg tenkjer at dette er eit signal om å ville leve. Kva seier du om det?

Kanskje kunne dette hjelpe han å reflektere? Eller kanskje vil det sette i gang tankar hos han om korleis vi som hjelpearar tenkjer? Det hadde vore interessant å finne ut av kva han ønska å komme seg unna. Kva vil han vekk i frå? Kva fins heime som han slepp å ha på lukka post? Det hadde vore fine spørsmål som eg kunne stilt, der eg moglegvis ville forstått ønsket om innleggjing betre. Ved eit seinare besøk sa eg derimot at eg var bekymra og ønskte å hjelpe han med å få meir oppfølging. Eg sa at eg tenkte det kanskje hadde vore ein ide å snakka med foreldra hans, for å høyre om dei kunne bidra med noko. Kanskje kunne dei ta han med ut på tur, hjelpe han med dei økonomiske utfordringane han hadde. Eg skjønnte straks at eg hadde trakka i salaten.

Han forsto ikkje i det heile tatt korleis foreldra kunne hjelpe. Foreldra var jo dei han ønskte å komme seg unna.

- Har ikkje eg sagt fleire gonger at mor mi ikkje klarar å hjelpe meg? Ho gjer jo alt berre verre. Eg ønskjer ikkje å ha dei involvert.

Eg måtte jo innrømme at han hadde fortalt nokre gonger at dei hadde problem med samarbeidet. Eg måtte innrømme at eg snakka litt før eg tenkte. Eg hadde nok berre fått ein tanke om at foreldra som bodde like ved han kunne stikke innom av og til. Eg valgte dermed å komme med ei lettvindt løysing for meg, som ikkje var lettvindt for han i det heile tatt. Han vart litt irritert. Her kunne eg heller fokusert på at han kunne komme fram til eit tiltak som han sjølv ønskte, om han klarte det, og ikkje vere så ivrig på å presentere løysingane for han. Alternativt kunne eg sagt:

- Eg høyrer du har eit dårleg forhold til mor og far. Kan du fortelje meir om det? Det kunne hjelpt meg i å forstå korleis han har det, og det kunne gjort at han kjente seg møtt og forstått om eg ikkje berre «aksepterte» at han hadde eit dårleg forhold til mor og far.

### Korleis kan vi hjelpe Sigbjørn til sjølvrealisering?

For kven var eg som skulle komme med løysinga? I den personsentrerte tilnærminga er det lagt opp til at pasienten sit med svaret sjølv. Alle har ein mulighet til å realisere seg sjølv og terapeuten bør ha trua på at alle menneske har mulighet til vekst og betre si innsikt (Haugsgjerd 2010) Veksten kan komme når pasienten er klar for det (ibid).

I fagartikkelen til Dieserud (2001) belyser ho korleis Jobes (2000) kom fram til at det er viktig med jamnleg oppfølging til personar med suicidale tankar. Og det var jo nettopp det han fekk no. Så kanskje var det beskyttande nok at vi møtte opp og lot han få prate? På ei anna side kunne det virke avvisande at vi ikkje tok ønsket hans om å døy alvorleg nok. Dieserud (2001) skriv at det viktigaste er terapeuten si evne til å forstå meiningsinnhaldet i det pasienten fortel, og at dette er viktigare enn å stille ei korrekt diagnose. Å forstå meiningsinnhaldet til Sigbjørn sitt ønske om å døy var akkurat det eg nok ikkje gjorde godt nok. Eg burde prøvd å forstå kva som låg bak orda om å ville døy. Sigbjørn var frustrert for at vi ikkje tok ønsket hans om innlegging på lukka post alvorleg, men forskinga til Jobes (2000) støtta opp om det valget som var tatt. Han visste jo at eg var bekymra for han og ikkje likte at han hadde så klare sjølv mordstankar, for dette hadde eg sagt til han fleire gonger. Likevel kan det vere at han prøvde å kommunisere noko heilt anna. Var han utrygg og einsam? Eg gjorde ein for dårleg jobb med å utforske kva som låg bak ønsket om

innlegging, og eg trur han kunne følt seg meir møtt og forstått om eg stilte undrande spørsmål. Eit uttrykk for å ønske å døy, kan bli forstått på så mange måtar, og det kan ligge mange grunnar bak som også pasienten kan ha vanskar med å sjå sjølv. Då kunne eg spurt meir om kva som låg bak. Kanskje kunne eg stilt spørsmålet «kva skal du i helga?». Om han svarte at han skulle på fest og drikke mykje alkohol, kunne eg spurt meir om kva effekt alkoholen hadde på han, kvifor han valgte å drikke mykje. Eller spurt meir om omgangskrets, einsemd, familierelasjoner, framtidssønker. Dersom han ønska å snakke om desse temaene så kunne vi fått ein god og meiningsfull samtale. Kanskje var det ingen grunn til å bekymre seg for at han hadde kompisar som var over 70 år, for kanskje var desse kompisane veldig viktig for han. Mine haldningar og det som eg tenkjer er «normalt» burde komt mindre til uttrykk, og eg burde latt han forklare meir korleis han opplever livet og kva han meiner er problematisk sjølv. Eg trur det kunne gitt meg mykje verdifull informasjon, og ikkje minst; at Sigbjørn sjølv kunne følt at eg prøvde å forstå han og at han sjølv kunne forstå sitt eige ønske om å ikkje ville leve. Dette kunne kanskje hjelpt han til sjølvrealisering, han sjølv kunne sett kva som låg bak dette ønsket hans om å ville døy, og at kanskje han sjølv kunne snakke seg fram til ei betre forståing, og nye tankar om livet og framtida? I staden var eg nok for opptatt av å ta sjølvmondsønket heilt konkret, og fokusere berre på det, ikkje alt som låg bak ønsket. Eg trur ikkje det er feil å gjere det, basert på forelesninga til Nesland (2017), men ein fin balanse med å stille nye spørsmål og finne ut kva som låg bak ønsket, hadde vore fint.

Eg visste også at vi har eit lovverk å forhalde oss til. I helsepersonellova står det om farsvarlegheit:

*Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglege kvalifikasjonar, og skal innhente bistand eller henwise pasienter vidare der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.* (Helsepersonellova paragraf 4).

Difor var eg kanskje litt for stressa på at eg sjølv skulle komme med løysinga. Eg fortalte veiledaren min i bilen etter ein samtale med pasienten at eg var fortvila, fordi eg ikkje visste korleis eg kunne hjelpe han. Veiledaren min synast det var bra at eg nevnte det til henne, og vi tok det opp til vidare diskusjon saman med resten av teamet, lege og psykolog. Etter desse pratane vart eg meir sikker på at ambulant oppfølging var det riktige for han, og eg kjente at eg ikkje satt med heile ansvaret sjølv. Eg burde nok ha konferert med dei på eit tidlegare tidspunkt. Kanskje kunne eg spurt Sigbjørn det same spørsmålet? «Opplever du at vi møter deg riktig?» «Kva kan vi gjere annleis?» Dette kunne eg gjort

jamnleg, for å vise Sigbjørn at vi ønskte å møte han og forstå han, men at berre han kunne gje oss svaret på om vi faktisk møtte han riktig og viste empati slik som han trengte.

## 5.0 Konklusjon og avslutning

I denne oppgåva er det blitt problematisert å møte ein pasient med suicidale tankar ved hjelp av personsentrert tilnærming. Det er blitt vist, gjennom å bruke eit narrativ frå praksis, korleis eg valgte å gjere det, samt kva som kunne vert gjort betre. Eg lærte mykje om kor lett det er å hive løysingar i fanget på pasienten som han ikkje ønskjer sjølv, og kor lett det er å gjere alliansen til pasienten dårlegare ved å ikkje vere bevisst nok på at pasienten kan sitte med løysinga sjølv. I staden for å problematisere ønsket om å døy i ein kvar samtale, går det an å sjå på omstendighetane rundt pasienten, spørje meir om desse, opne opp for at pasienten kan snakke seg fram til ei betre løysing sjølv ved at eg stiller dei riktige spørsmåla. Eg kunne prøvd å finne ut kva som låg bak dette ønsket, og kva det var med dette livet som gjorde at han ikkje ønska å leve. Kva ligg bak sjølvmondsønsket? Dette er nok viktig å undersøkje saman med pasienten. Også det å undersøkje nærare ønsket om å leggast inn på lukka post, sidan dette ikkje stemte overens med det ønsket han også fremma ofte; at han ville døy. Å utforske dette betre, ved å stille dei riktige spørsmåla, kunne eg gjort. Noko av det viktigaste eg sat igjen med var at eg ikkje skulle komme med påstandar og konkludere, men heller spørje på nytt for å forstå. Det var ikkje alltid at den oppfatninga eg satt med stemte, og då var det svært viktig at eg fekk oppklart det. Eg såg at det viktigaste var ikkje å prøve å overtale personen til å ville leve, men å la han få oppleve å bli møtt, sett og forstått, slik at eg på den måten kunne frigjere vekstpotensiale hans og hjelpe han til sjølvrealisering. Eg skulle gjerne ønske det var meir forskning på personsentrert tilnærming i møte med personar som har suicidale tankar. Forsking på suicidalitet fann eg mykje av, men ikkje korleis personsentrert tilnærming kan ha innverknad. Også meir forskning på personsentrert tilnærming generelt i møte med personar som har alvorlege problem generelt. Det var lite å finne om personsentrert tilnærming i møte med personar som har det så vanskeleg, og det hadde difor vore ønskeleg med meir forskning på dette området.

## Litteraturliste

Dieserud, G., 2001, *Hva er virksomme psykoterapeutiske faktorer ved suicidalitet?*, suicidologi, årg. 6 nr. 2.

Folkehelseinstituttet.no

Haugsgjerd, Jensen, Karlsson og Løkke, 2010: «*Perspektiver på psykisk lidelse*» kap 6, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

Jobes, DA, 2000, *Collaborating to prevent suicide: a clinical – research perspective*.

Larsen, K., 2011, “*Bare gå å heng deg, din jævla dritt!*” *Motoverføring og suicidalitet*, suicidologi årg. 16, nr. 1.

Malt, U. F, Andreassen, O. A., Melle, I., Årslund, D., 2014: “*Lærebok I psykiatri*” kap. 16, 3. Utgave, Oslo, Gyldendal akademisk forlag.

Nesland, I., *Så mørkt som mørkt kan bli* – Forelesningsnotat, 10. Mai 2017, Høgskulen i Molde.

Rogers, Carl R. , 2003, *Client – centered Therapy*, littlebrown, .

Thornquist, E., 2015, *vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*, Bergen, Fagbokforlaget.