

# ***I kva lei er betringas vei?***



Universitetet  
i Stavanger

**Helsevitskapleg fakultet**

**Master i Relasjonsbehandling med tema:**

Helsefremjande intervensjon og suicidalitetsproblematikk.

- ei kvalitativ studie om terapeutar si erfaring om å vekke håp om betringssprossar ved langvarig og tilbakevendande suicidalitet

**E-MREMAS Masteroppgave (30 studiepoeng)**

**Student**

Reidunn Mellestrand

**Rettleiar**

Inge Joa, 1ste amanuensis, Universitetet i Stavanger, Det helsefaglege fakultet

**18. august 2021**

**UNIVERSITETET I STAVANGER**

**MASTERSTUDIUM I RELASJONSBEHANDLING**

**E-MREMAS MASTEROPPGAVE**

---

**SEMESTER:**

**vår 2021**

---

**FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Reidunn Mellemstrand**

**VEILEDER: Inge Joa**

---

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Norsk tittel: «I kva lei er betringas vei?»**

**- ei kvalitativ studie om terapeutar si erfaring om å fremje håp om betringsprosessar ved langvarig og tilbakevendande suicidalitet**

**Engelsk tittel: What road leads to recovery?**

---

**EMNEORD/STIKKORD: Helsefremjande intervensjon, langvarig og tilbakevendande suicidalitet, ungdom, recovery, empowerment, salutogenese.**

---

**ANTALL SIDER: 47**

**STAVANGER 18. august 2021**

## Forord

Eit spennande studie i regi UIS og Stavanger universitetssjukehus nærmar seg slutten. Takk til arbeidsgjevar for høve til å delta, for inspirerande føredragshaldarar, forelesningar og fantastisk fin tilrettelegging mellom arbeid og studiar. Takk til medstudentar for alle fine møter, faglege diskusjonar og bokskattar ein fekk delt i løpet av denne tida.

Forhåpentlegvis er det slik at noko av det ein fekk er blitt forvalta slik at ein i samarbeid med kollegaer er blitt betre rusta til å skape gode menneskemøter i kvardagsliv og arbeidskvardag.

Til sist står det att å rette ei spesiell takk til:

- ✚ Informantar for dykkar rike delingar av fag, kunnskap, menneskeleg blikk på sjukdom og smerteuttrykk. -De er gode kollegaer det er fint å arbeide saman med!
- ✚ Rettleiar Inge Joa for kunnskapsdeling og formidling, praktisk hjelp, kyndige råd og tilvisingar undervegs. Ikkje minst; takk for dei imponerende, raske tilbakemeldingane du kjem med.
- ✚ Kollegaer og ungdommar. Takksam er ordet som dukkar opp når eg tenkjer på alt som er delt i løpet av disse åra. Måtte det ha blitt tatt i mot og forvalta på godt vis.
- ✚ Biblioteka, for at de finst. Og bibliotekarane, for all velvilje og hjelp, takk for alt de har bidratt med å finne til meg opp gjennom åra.
- ✚ Familien, vener, naboar og viktige andre. For toleranse og rausheit ved mitt fråvær, glede over deltaking og nærvær. Heldig er eg som har eit heilt arsenal av forskjellige mennesker kring meg som så raust delar av sine mangesidige kjelder i gode så vel som strabasiøse tider. De er eineståande, alle.

## Summary

Many young people who come to psychiatric treatment have suicidal behaviour. Suicidal behaviour can be interpreted as a personal crisis related to individual and coincident risk factors. It can also be understood as self-efficacy behaviour because of maladaptive patterns of action rooted in genetic vulnerability or childhood traumas.

The basis for this thesis is the hypothesis that long-term and recurrent suicidal behaviour to a greater extent is an expression of symptoms, understood as an expression of pain and mental suffering, rather than a desire to end one's life. Known influencing factors for suicidal behaviour are resignation and lack of confidence that it is possible to achieve a better life. Hopelessness and a lack of expectation that it can get better is a known triggering factor for suicide.

In this thesis I look at therapists' experience with health-promoting and suicide-prevention work with young people. The thesis aims to examine experiences from therapy and the main factors that lead to young people experiencing increased confidence and hope for recovery and improvement in key areas of life. The main criteria for this thesis are long-term work with young people with recurrent suicidal problems. The thesis has a qualitative and exploring design and has its theoretical basis in phenomenological tradition.

To explain the issue, the theory of suicide, salutogenesis, empowerment and recovery have been used. Research refers to trauma-based care approach and cognitive therapy as effective therapeutic methodological tools in connection with adolescents with suicidal behaviour. Measures that have proven effective are emotion regulation and the ability to mentalize. Based on above, I have chosen to explore the following research questions:

*How do therapists experience that trauma-based care and cognitive approach can help promote hope for recovery in adolescents with long-term and recurrent suicidal behaviour?*

## Samandrag

Mange ungdommar som kjem til psykiatrisk behandling har sjølvmondsåtferd. Ein kan forstå sjølvmondsåtferd som ei personleg krise knytt til enkeltstående og samanfallande risikofaktorar. Det kan òg forståast som meistringsåtferd som følgje av maladaptive handlingsmønster forankra i genetisk sårbarheit eller barndomstraumer.

Til grunn for problemstillinga mi ligg hypotesen om at langvarig og tilbakevendande sjølvmondsåtferd i større grad er eit symptomuttrykk, forstått som eit meistringsuttrykk for livssmerte og psykisk liding enn eit ønske om å avslutte livet. Kjente innverkande faktorar for sjølvmondsåtferd er resignasjon og manglande tiltru til at det er mogleg å oppnå ein betre livstilstand. Håpløysse og mangel på forventning om at det kan bli betre er ein kjent utløyssande faktor for sjølvmond.

I denne oppgåva ser eg på terapeutar si erfaring med helsefremjande og sjølvmondsførebyggjande arbeid med ungdom. Studie har til hensikt å undersøkje erfaringar frå terapi og dei årsaksfaktorar som fører til at ungdommen opplever auka tiltru og håp om tilfriskning og betring på sentrale livsområde. Inkluderingskriterie for studia er langvarig arbeid med ungdom med tilbakevendande suicidalitetsproblematikk. Studie har et kvalitativt og deskriptivt design og har si teoretiske forankring i fenomenologisk tolkingstradisjon.

For å belyse problemstilling blir det nytta teori om sjølvmond, salutogenese, empowerment og recovery. Forsking visar til traumebasert omsorgstilnærming og kognitiv terapi som effektfulle terapeutiske metodiske verkemiddel i samband med ungdom med sjølvmondsåtferd. Tiltak som har vist seg effektive er emosjonsregulering og evne til mentalisering. Eg har med dette som utgangspunkt valt utforske følgjande forskings spørsmål:

*Korleis erfarer terapeutar at traumebasert omsorg og kognitiv tilnærming kan fremje håp om tilfriskning hjå ungdom med langvarig og tilbakevendande suicidalitetsproblematikk?*

*Når mennesket med sin tankes genialitet høster  
bitre frukter som gir seg utslag i  
depresjon og livsangst, er det ikke sjelen  
som er syk, men det er beskyttelsen  
– avvergemekanismene– som har sviktet.*

*Disse avvergingsmekanismene er  
isolasjon, forankring,  
distraksjon og sublimasjon.*

*Peter Wessel Zapffe, 1941*

*To be fully successful as arguments, arguments must be such as to change the heart.  
Martha C. Nussbaum, 1990*

# Innhald

Forord.....	III
Summary .....	IV
Samandrag.....	V
1.0 Introduksjon .....	1
1.1.1. Barn med ekstra utfordringar.....	1
1.1.2. Traumebasert omsorg og kognitiv terapi.....	2
1.1.3. Håp .....	3
1.2. Kva er suicidologi?.....	4
1.2.1. Sjølvmondsførebygging.....	4
1.2.2. Sjølvmond.....	4
1.2.3. Sjølvmondsforsøk/sjølvskade.....	4
1.2.4. Sjølvmondsrisikovurdering .....	5
1.2.5. Førekomst.....	5
1.3. Tidlegare forskning.....	6
1.4. Studiets hensikt eller formål .....	7
1.5. Eige ståstad.....	7
1.6. Om prosjekt.....	7
2.0 Teoretisk perspektiv .....	8
2.1. Salutogenese .....	8
2.2. Empowerment.....	10
2.3. Recovery.....	11
2.4. Psykologisk modell for forståing av sjølvmond og sjølvmondsåtferd .....	12
3.0. Forskingsdesign og metode.....	12
3.1. Design og metodeforankring.....	13
3.2. Inklusjonskriteriar.....	14
3.3. Rekruttering.....	15
3.4. Utval .....	15
3.4. Innsamling av data.....	15
3.5. Gjennomføringa av intervju .....	16
3.6. Transkribering av intervju .....	17
3.7. Analyseprosessen .....	17
3.8. Eiga forforståing. ....	19
3.8.1. Forskingsetiske vurderingar .....	19
3.8.2. Validitet .....	21

4.0. Presentasjon av funn .....	21
4.1. Merksamt nærvær .....	21
4.1.1. Personsentrert omsorg og intervensjon .....	21
4.1.2. Personleg aspekt ved alliansebygginga .....	23
4.2. Å få til endring .....	24
4.2.1. Eigenkraftmobilisering .....	24
4.2.2. Undersøkje saman med ungdom .....	25
4.2.3. Konkrete samarbeidsprosjekt .....	26
4.2.4. Å kople på viktige andre .....	26
4.3. Respons .....	27
4.3.1. Terapi .....	27
4.3.2. Terapeuten .....	28
4.3.3. Struktur og forutsigbarheit i terapi .....	28
4.3.4. Tiltru til ungdommen som kompetent aktør .....	29
4.3.5. Kompliserande faktorar for betringsprosessar .....	30
5.0. Tolking av funn .....	30
5.1. Empatisk nærvær, personsentrert intervensjon og autoritativ vaksenstil .....	30
5.1.1. Oppsummering .....	32
5.2. Endring via samarbeid .....	32
5.2.1. Oppsummering .....	35
5.3. Respons: Balansen mellom det refleksive og stringente i behandlingsintervensjon .....	35
5.3.1. Oppsummering .....	37
5.4. Validitet i studie .....	38
6.0. Avsluttande kommentar .....	38
6.1. Implikasjonar og vidare forskning .....	39
Bibliografi .....	41
Vedlegg 1 Informasjonsskriv om prosjekt .....	46
Vedlegg 2 Samtykkjeskjema for deltaking i prosjekt .....	48
Vedlegg 3 Formelle opplysningar om informant .....	49
Vedlegg 4 Semistrukturert intervjuguide, tematisk framstilt .....	50
Vedlegg 5 Prosjektforankring i klinikkleiing .....	51
Vedlegg 6 Skjema for oppretting av sentralt lagringsområde for forskingsprosjekt eller kvalitetsregister .....	52
Vedlegg 7 Utfyllande kommentar og dokumentasjon i samband med forlenga prosjektperiode .....	53



## 1.0 Introduksjon

Ungdomstida er ei tid med store fysiske og psykologiske endringar. Sentrale stikkord er sjølvstende, lausriving og identifikasjon. Emosjonar på avvegar høyrer ungdomstida til. Ungdomstida kan vere ei utfordrande tid for mange tenåringer. Personlegdomen er i utvikling, oppleving og erfaringar kan bli forsterka grunna hormonelle endringar (Tetzchner, 2012). At den kan vere ekstra komplisert for ungdom med ekstra utfordringar knytt til psykisk helse og auka sårbarheit, er ein erfart realitet av ungdommen sjølv. Forskingsrapporten «Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner» avdekkar at barn i offentleg omsorg, barnevernstiltak avdekkar så mange som 76% av barna har betydelege psykiske vanskar (Kayed et al., 2015)

Barneombodet kom i januar 2020 med rapporten «De tror vi er shitkids» om barn som bur i barneverninstitusjonar. Barn som bur i tiltak under offentleg omsorg har ein fellesnemnar; dei blir ivaretatt av profesjonelle hjelparar, og årsakene til dette at det er slik er like mange og ulike som kvart eit barn. Rapporten viser til fleire funn: mangel på tidleg innsats skaper problem, «barns beste» styrer ikkje val av institusjon og det må tenkjast nytt om dei mest komplekse og alvorlege sakene.

Barn utviklar ulike meistringsstrategiar for å handtere livsmessige utfordringar (Sutton, 2007). For nokre barn kjem dette til uttrykk som sjølvskadande åtferd, og / eller som sjølvmondsåtferd, noko som ofte blir forstått som eit resultat av eit underliggjande helseproblem. Åtferda kan være del av symptom bildet ved for eksempel angst, depresjon, traume, autismspekterforstyringar og andre psykisk lidinga

### 1.1.1. Barn med ekstra utfordringar

Sjølvmondstankar eller sjølvmondsforsøk er ofte årsak til innlegging i psykisk helsevern (Mellesdal, Mehlum, Wentzel-Larsen, Kroken, & Arild Jørgensen, 2010) Det dreier seg nesten alltid om eit samspel mellom fleire indre og ytre faktorar, mellom psyke og kontekstuelle forhold. Forhold av betydning er familieforhold, sosiale forhold, personlegdom, biologi, psykisk lidning, livshendingar, smitte og genetik (Mehlum & Sjøbu, 1999). Ei allmenn oppfatning er at suicidalitetsproblematikk har samanheng med psykisk lidning (Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003). Behandla grunnlidning vil truleg influere og gi effekt på opplevinga av den helsemessige tilstand, ved si medverking på livskvalitet, som igjen kan ha betydning for den einskilde sine tankar om framtida.

I litteraturen blir det lagt vekt på at det særleg er barndomserfaringar innanfor familiekonteksten som fysiske og seksuelle overgrep, omsorgssvikt, tap og separasjon, den affektive kvaliteten på tilknytingsbanda og individuelle risikofaktorar som er forbundet med utvikling av sjølvskading og sjølvmondsåtferd hjå den einskilde.

Ved samansette tilstandar der barnet er disponert for fleire alvorlege risikofaktorar samstundes, ser ein at sjølvmondsproblematikk kan bli til eit åtferdsuttrykk som varer ved over tid. I større grad handlar det om meistring av underliggjande traume, enn ønskje om å avslutte livet (Stangeland, 2012). Litteratur gjer greie for korleis barnsdomserfaringar har betydning på forhold som er forbundne med maladaptiv utvikling har samheng med traume, omsorgssvikt, tap og separasjon, samt affektiv kvalitet og tilknytning mellom barn og viktige andre i løpet av barndom og oppvekst (Everett & Gallop, 2000). Åtferda kan vere uttrykk for kontroll/reaksjon av situasjon, det kan vere kjensleregulering eller det kan konkretisere kjensle. Det kan vere flykt frå ubehag, hjelp til å stoppe tankekøyr, sjølvstimulering, eigenomsorg, og straff, hemn, audmjuking, merksemd, kommunikasjon (Skårderud, 2006). Dei mange ulike uttrykka ei meistringsåtferd kan få indikerer at ein ikkje kjenner innhaldet eller meininga bak tilstanden før ein er kjent med det einskilde menneske, utover det at det handlar om å regulere kjensler og smerte knytt til dei forskjellige kjenslene som kjem til uttrykk (Gratz, 2003; McAllister, 2003). Det er vanskeleg å omtale sjølvskading utan å omtale sjølv mord. Det heng ofte saman. Både sjølvmondsåtferd og sjølvskade har som kjent auka risiko for sjølv mord.

Retterstøl (1995) skriv at Karl Manninger i 1938 beskrev sjølv påført kroppsskade som eit lokalt sjølv mord, han forklarte dei som handlingar for å overleve, ikkje for å ta sitt eige liv. Åtferda representerer ofte eit forsøk på å vise seg som kompetent i forhold til livsmeistring, men representerer i større grad ein dysfunksjonell kompetanse. I kortsiktige perspektiv kan det virke lindrande, mens i eit lengre perspektiv er det knytt til både somatiske psykologiske og sosiale negative affekter (Skårderud, 2008). Å vurdere alle suicidaluttrykk som akutt fare kan vere til direkte skade for den som vurderinga omhandlar. Om ein ser langvarig og tilbakevendande suicidalitetsproblematikk som meistringsåtferd for å takle stress, og kallar det meistringssuicidalitet bør ein ikkje følgje anbefalt prosedyre som vektlegg sikring, men derimot gi rom for behandling som handlar om å gjere livet meir leveleg for ungdommen (Stangeland, 2016). Også ungdom med sjølvskadingsproblematikk kan oppleve akutte sjølvmondskriser. Intervensjon vi veit har betydning for førebygging av sjølv mord er en god terapeutisk allianse, å skape håp for framtida, ein planlagt overgang ved utskrivning og god oppfølging, involvering av familie og nettverk i behandlinga. Intervensjon vert her forstått som å gripe inn for å førebyggje, eller reparere, skade, og handlar om dei tiltak som vert iverksette både for å førebyggje, og for å kompensere og lære meir hensiktsmessige strategiar enn dei eksisterande ungdommen gjer bruk av.

### 1.1.2. Traumebasert omsorg og kognitiv terapi

Når evne til mentalisering blir svekka, kjem dei primitive /før- mentaliserande måte å agere på fram. Det kan resultere i impulsiv aktiv handling, framfor reflektert rasjonell handling. Auka evne til mentalisering vil hjelpe personar å hamne unødig i impulsiv handling, altså i pre-mentaliserande

stadie. Når mentaliseringsevna blir svekka, trengs traumeperspektivet for å møte den einskilde der den kjenslemessige er. Utan å jobbe med begge nivå samstundes vil ein truleg ikkje lukkast med å stabilisere personen tilstrekkeleg til at mentaliseringsnivået kan bli til sitt beste då grunnlaget ikkje er til stades. Grunnpilarar i Traumebasert omsorg er tryggleik, relasjon og affektregulering. Kognitiv terapi tek sikte på å avhjelpe disorganisering ved hjelp av mentalisering (Bateman & Fonagy, 2006). Mentalisering er å kunne skilje mellom ytre og indre sanning (Target & Fonagy, 1996). Etablering av eit trygt tilknytingsmønster (Bowlby, 1969) i tidlege barneår er sjølve grunnlaget for ei sunn og robust utvikling. Når tilknytning vert forstyrra kan det få konsekvensar for evnene til å forstå seg sjølv og andre, og til å knytte mellommenneskelege band. Det fører til auka aktivering i form av stress, ubehag og vanskar med regulering av kjensler.

Risikovurderingar fangar opp mange falske positive symptom. Om vedkomande trygges ved at terapeuten oppfattar og validerer affekten ho/han kommuniserer, kan det bli unødvendig med sikringstiltak. Slik kan ungdommen få kjenne at ho/han beheld kontrollen, men at det og etter kvart kan være mogleg å dele personlege skjulte sider med viktige andre, utan å bli overvelda av skam av den grunn. Terapi blir ei øving i å fortelje og undersøke sammen med ein trygg vaksen, som godtek og anerkjenner utan å overstyre. Terapiformene dialektisk åtferdsterapi (M. M. Linehan & Heard, 1993) og mentaliseringsbasert terapi (Fonagy et al., 2002) er spesialisert for arbeid med mennesker med låg toleranse for egne kjensle og sjølvskadande utagering.

Traumebevisst omsorg og mentaliseringsbasert terapi legg stor vekt på reguleringssvikt. Evne til å føle eit sjølv, «sense of self» (Stern, 2004) er grunnlaget for å oppfatte og å forstå den andre. Strategi for å handtere kjensler. Mangel på affektregulering reduserer mentaliseringsevna. Handlinga blir oppfatta som eit resultat av mangel på integrasjon og mentaliseringssvikt (Bateman, Fonagy, Skårderud, & Karterud, 2007; Rydén & Wallroth, 2011).

Desto meir kompleks problematikk kring eit barn, desto fleire involverte instansar som i samarbeid og samhandling skal bidra til at barnet blir ivaretatt. Stortingsmeldinga Morgondagens omsorg (St. melding 29, 2012-2013) tar opp samarbeidsforhold mellom ulike forvaltningsnivå, tenester i mellom og mellom profesjonsutøvarar og den sakene omhandlar. Samarbeid og samhandling på tvers av teneste-systema skal saman bidra til kvalitet og god nok omsorg (Jobes, 2000; E. Shneidman, 1985).

### 1.1.3. Håp

I lys av disse betraktningar er det nærliggjande å tenke på håp. Håpet som står i kontrast, og som motsats til håpløyse og meningsløyse. I suicidologisk forskning finn ein sjeldan materiale som omfattar omgrepet håp. Det blir brukt fleire andre omgrep som kan sjåast på som føresetnad for, eller konsekvens av håp. Eksempla har samanheng med tre kategoriar som omhandlar meistring,

personlegdomstrekk og mål/verdiar. Omgrep (Herrestad, 2009) som verkar på meistring er: Motstandsressursar, hardførheit, oppleving av mening, evne til problemløysing, framtidstru og framtidsoptimisme. Omgrep som har samanheng med personlegdomstrekk er optimisme, ekstroversjon / introversjon, sjølvkjensle. Til sist, det som omhandlar verdiar og livsmål: Positive livsmål og livskvalitet, samt årsaker som gjer det meningsfylt å leve .

Om å forkaste håpet seier Monsen (1992, s. 40): «Den som forkastar håpet, forkastar samstundes den heilskap den har ein plass i og er ein del av, som slett ikkje styres eller kan kontrollerast. Samstundes skjer ei forkasting av livet som ubendig moglegheit, livet som kraft og som vilje, dei drep til sist det levande i seg sjølv. Eit menneske som er utan håp ser døden som ein frigjerande tanke. Døden er og blir den inkarnerte tilstand av håpløysse».

## 1.2. Kva er suicidologi?

### 1.2.1. Sjølvmordsførebygging

I Noreg har sjølvmordsførebygging vore på den politiske agenda sidan 1993 då «Nasjonalt program for forebygging av selvmord» blei utgitt. Seinare har arbeidet blitt vidareført med «Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern», (Helsedirektoratet, 2008) og «Handlingsplan for førebygging av sjølv-mord og sjølvskading, 2014-2017» (Helsedirektoratet, 2014). I oktober 2020 blei «Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025» (Helse og omsorgsdepartementet, 2020) framlagt. Eit samla storting er samde om nasjonal satsing på ulike nivå som skal bidra til å redusere forekomst av sjølv-mord. Til tross for tverrfagleg intervensjon er sjølv-mordsraten i Noreg relativt stabil dei siste tjue år. Intensjonar med arbeidet står fortsett ved lag: å redusere talet på mennesker som dør som følge av sjølv-mord.

### 1.2.2. Sjølv-mord

Ulike teoretiske tilnærmingar gjer at det er ulike definisjonsmessige oppfatningar av kva sjølv-mord er. I følge Bertolote and Wasserman (2009) omfattar ulike definisjonar to forhold. Disse er et presist utfall (død) og ein intensjon om utfall (død). I eit psykologisk perspektiv har den amerikanske suicidologen Shneidman forklart sjølv-mord til å omhandle det kulturelle perspektiv samstundes som han visar til at fenomenet må oppfattast og årsaksforklarast multifaktorielt. Han definerer sjølv-mord slik: «Currently in the Western world, suicide is a conscious act of self-induced annihilation, best understood as a multidimensional malaise in a needful individual who defines an issue for which the suicide is perceived as the best solution» (E. Shneidman, 1985, s. 203).

### 1.2.3. Sjølv-mordsforsøk/sjølvskade

Sjølvskading kan ende med død. Dersom intensjonen ikkje er død, men anna motiv tilrår amerikanske forskarar å bruke omgrepet «sjølv-påført, ikkje-intensjonal død».

Villa eigenskade blir brukt om sjølvmondsforsøk og/eller sjølvskade i ICD-10 (Statens helsetilsyn, 1998). Dette omhandlar alle former, frå alvorlege sjølvmondsforsøk til kutt, skader der motivet er ein midlertidig flytting av indre psykisk smerte, til ytre smerte. Det blir òg i tillegg brukt «sjølvskading med ein viss grad av intensjonalitet»(om sjølvmondsforsøk) ved tilfelle der det rår usikkerheit kring intensjon ved handlinga. I klinisk samanheng er det hensiktsmessig å skilje disse to forholda knytt til intensjonalitet frå einannan. Vurderinga er den same, med oppfølging og behandling vil vere ulik basert på grad av intensjonalitet.

#### 1.2.4. Sjølvmondsrisikovurdering

Kjente veldokumenterte og risikofaktorar for sjølvmond er ikkje nok til å predikere sjølvmond. Det er ei oppfatning at om lag 90 % av sjølvmonda som vert utført har samanheng med psykisk lidning (Henriksson et al., 1993; Marttunen, Aro, & Lönnqvist, 1993). Vurderinga baserer seg på opphoping av risikofaktorar. Tidlegare sjølvmondsforsøk og rusmisbruk har og vist å ha innverknad. Depresjon saman med åtferdsforstyringar og misbruk er risikofylt. Andre faktorar av betydning er sjølvmond i nær familie/omgangs krets, samt tilgang på våpen/dødsobjekt. Risikovurdering skal òg omfatte aktuell psykososial situasjon, tap og krenking aukar risiko. Risikofaktorane er like for begge kjønn, dei like eins for sjølvmondsforsøk og sjølvmond (Mehlum & Sjøbu, 1999). Ungdom som skader seg med mål om å oppnå en reduksjon av psykisk smerte er oftare preget av ustabile personlegdomstrekk og traumatiske hendingar i bakgrunnen. Både sjølvmondsåtfærd og sjølvskading utan suicidal intensjon kan smitte i miljøet (Shaffer & Pfeffer, 2001)

#### 1.2.5. Førekomst

Ein angjev førekomst av sjølvmond i ratar, med det meiner ein talet på sjølvmond pr 100 000 mennesker. Talet på sjølvmond pr. år har vore relativt stabile dei siste ti åra. Førekomst pr år er omlag 12 sjølvmond per 100 000 (Qin, 2018) innbyggjarar. Til samanlikning med globale sjølvmondsratar var talet der 11,4 i 2012. Omlag 650 mennesker døyrt kvart år av sjølvmond i Norge, mens det vert rekna å førekomme mellom 3500-7500 sjølvmondsforsøk årleg (Helsedirektoratet, 2014). Som innleggjande årsak til døgnopphald i psykisk helsevern utgjorde sjølvmondsåtfærd 54% av dei totale innleggingane (Mellesdal et al., 2010). Av akuttinnleggingane i døgnavdeling i psykisk helsevern var 62% som følgje av sjølvmondsåtfærd (Mellesdal et al., 2010). Det er eit komplekst felt som er studert og iververnert kring med mange ulike tilnærmingar, frå systemiske tiltak til tiltak på individnivå. Mange som sjølvskadar og gjer sjølvmondsforsøk har ofte opphoping av risikofaktorar, forstått som omfattande psyko-sosiale utfordringar i livet sitt. Mange har omfattande kontakt med hjelpeapparatet. Sjølvmondsforsøk er ein sentral prediktor for seinare sjølvmond. Funn visar at 5-10% døyrt på eit seinare tidspunkt som følgje av sjølvmond, dei fleste innan eit år etter utført

sjølvmondsforsøk (Beck, Brown, Steer, Dahlsgaard, & Grisham, 1999; Dieserud, 2000; Hawton & Van Heeringen, 2000).

### 1.3. Tidlegare forskning

Tørmoen (2017) med kollegaer har undersøkt samanheng mellom sjølvskading og sjølvmondsforsøk hjå ungdom. Avhandlinga visar at implementering av DBT-A som metode hadde effekt på ungdommen si oppleving av negative symptom. Det blei etter innføring av DBT rapportert om mindre sjølvskading og reduksjon av sjølvmondstankar. Undersøkinga viste at ungdom i DBT behandling blei vurdert å ha mindre depressive symptom samanlikna med ungdom som fekk samtaleorientert behandling .

Andre undersøkingar med resultat som peikar i denne retning er gjort av både Fonagy (Bateman & Fonagy, 2006, 2013) og Linehan (M. Linehan, 1993; M. M. Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991). Forsking viser at dialektisk åtferdsterapi og mentaliseringsbasert terapi har effekt for mennesker med langvarig og tilbakevendande suicidalitet. Tilbakevendande og langvarig suicidalitetsproblematikk knytes til personar med tilknytingsforstyrningar, borderline personlighetsforstyrrelse og post-traumatisk stresslidning (Statens helsetilsyn, 1998).

Ei kvalitativ studie undersøkte førebygging av sjølvmond hjå 9 pasientar med psykotisk depresjon i døgnavdeling, med den hensikt å finne svar på korleis pasientane erfarte sjølvmondsførebyggjande tiltak og behandling. Dernest undersøkte dei korleis intervensjon påverka den einskilde sine sjølvmondstankar, planar og forsøk. Tillit er avgjerande for å fremje motivasjon for behandling. For å oppnå tillit blei det påpeika at å ha tid nok til samtale, er avgjerande for tillit til behandlingsprosessen (Fredriksen et al., 2020). Undersøkinga viser korleis den einskilde oppfatta og erfarte inngripande og beskyttande tiltak som medførte hinder for utføring av sjølvmondsforsøk, medisinsk behandling for lindring og symptomreduksjon, å vere bak låste dører/bli hindra fråtatt personleg ansvar, autonomi og fridom, samt til sist: å ta i mot rettleiing og behandling for å redefinera livssmerte og kaos. Undersøkinga visar at tilfriskninga har stor betydning for korleis sikringstiltaka blei oppfatta.

Eit systematisk review, av 20 kvalitative studiar, om sjølvmondsrelaterte innleggingar i psykiatrisk døgnavdeling viser at behandlingsutfall heng saman med pasienten si oppleving av å kjenne seg trygg og ivaretatt under innlegging. Tre spesielt viktige komponentar er: tilknytning, vern og kontroll. At disse tre behova blir innfridd skapar grunnlag for tilfriskning. Å kjenne seg trygg og ivaretatt i møte med helsepersonell er avgjerande for tilfriskning. Udekte behov i forhold til erfaring med tryggleik, som omhandlar tilknytning, vern og kontroll gjorde at pasientane kjente seg utrygge og sjølvmondsåtferda auka (Berg, 2020).

Også artikkelen til Hjelmeland med kollegaer (Hagen, Knizek, & Hjelmeland, 2018) støtter opp under Berg sine funn om at tilknytning er av stor betydning for å oppnå tilfriskning. Mangel på tilknytning, tryggleik understøtter kjensler av tapt sjølvverd, å vere mislukka, ha skamkjensle og oppfatta seg sjølv som ei byrde for familie og andre. Å bli anerkjent, bekrefta som likeverdig og verdifull kunne bidra til å redusere kjensle av håpløyse og suicidalitet. Undersøkinga viser at den sjølvordstruga gjennom tilknytning og relasjon kan få tillit og tryggleik til å dele problem og sjølvordstankar. Pasienterfaringar som her blir nemnt viser til ein suicidalitet som er dynamisk. Den kjem og går. Den har samanheng med, og vert påverka av interaksjon med andre (Hagen et al., 2018).

Rathus and Miller (2002) har undersøkt behandling med dialektisk åtferds terapi (DBT) mot standard behandling, også omtala som «treatment as usual», TAU. Resultatet er målt i kategoriane: innlegging i døgnavdeling, sjølvordsforsøk, fullføring av terapisesjonar. Resultatet visar nedgang av sjølvordstankar, nedgang i negative symptom som impulsivitet, emosjonell dysregulering, interpersonlege problem. Studie viste og nedgang i interpersonleg sårbarheit, depresjon, angst og tvangsprega åtferd.

#### 1.4. Studiets hensikt eller formål

Eg vil sjå på hjelpeåtferd, og undrar korleis terapeutisk intervensjon i form av traumbasert omsorg (TBO), og kognitiv tilnærming kan fremme håp om tilfriskning hjå ungdom med sjølvordstankar og åtferd. Den kontekstuelle bakgrunn er henta frå sjølvordsføre-byggjande arbeid i sjukehusavdeling, samt poliklinisk tilbod i ein norsk sjølvordskontekst gjeldande ungdom mellom 13-18 år.

#### 1.5. Eige ståstad

Underteiknande er tilsett som miljøterapeut i ei døgnavdeling for ungdommar og har gjennom åras løp møtt mange ungdommar som med jamne mellomrom kjem til sengepost etter sjølvordsforsøk, som følge av økt symptomtrykk/psykisk sjukdom eller med artikulerte sjølvordspanar med høg intensjon.

#### 1.6. Om prosjekt

Prosjektets tema er helsefremjande intervensjon og suicidalitetsproblematikk. Tittelen er «*I kva lei er bebringas vei*»?

- ei kvalitativ studie om terapeutar si erfaring om å vekke håp om bebringingsprosessar ved langvarig og tilbakevendande suicidalitet.

Ved samansette vanskar kan ordinær tilnærming virke oppretthaldande på sjølvordsåtferda. I slike tilfelle seier Stangeland (2012) med fleire, at det for enkelte mennesker kan vere direkte skadeleg å bli møtt med livbergande sikringstiltak i lukka sengepost. Om utfordringa er «ikkje å ville døy», men derimot; «korleis å få hjelp til å leve» treng ungdommen meistringserfaringar, øving, prøving og

feiling for å bryte tillærte mønstre som på sikt kan medføre betre livsmeistring. For å få til dette treng ungdommen ein terapeutisk intervensjon som byr på reiskap for å lukkast, og kanskje mest av alt; ein relasjon som byr på nye erfaringar godt forankra i støtte, omsorg og mot. Mot nok til å stå på sidelinja i det ungdommen går ut, og innhentar erfaring som kan virke vekstframkallande for den einskilde. Og mot nok til å famne ungdommen når dei ikkje lukkast i prøvingane deira.

Problemstilling er som følgjer: Korleis erfarer terapeutar at traumebevisst omsorg og kognitiv tilnærming kan bidra til å fremje håp om tilfriskning hjå ungdom med langvarig og tilbakevendande suicidalitetsproblematikk?

## 2.0 Teoretisk perspektiv

Overordna mål i helsetenesta er å fremje ei god folkehelse. Frå Hippokrates 400 f. kr. kjem formuleringar om at levevanar, klima, luftkvalitet, næring og vatn står i relasjon med harmoni mellom kroppslege forhold, omgjevnadar og livsstil (Simmons, 1989). Ideen, som samsvarar med eit holistisk syn på helse, var gjeldande fram til 1700 talet. Til omlag midten av det 20. hundreåret rådde eit helsesyn som sette likskapsteikn mellom helse og fråvær av sjukdom og lyte. I 1947 reviderte WHO definisjonen av helse frå «fråvær av smerte og lidning» til å bli ein «tilstand av velvære, ikkje berre fråvær av sjukdom og lyte»(Callahan, 1973; WHO, 1998). Ei livshaldning kjem til syne som rørsle frå sjukdomsorientering mot ressursorientering og salutogenese. Dimensjonane fysisk, psykisk og sosial velvære peikar mot helse og helsefremjande arbeid.

Helse som velvære er knytt til livskvalitet, og den subjektive oppleving av kva som gjer livet godt (Mæland & Mæland, 2021). Hjort (1994) skildrar helse som å fungere og meistre den samanhengen ein deltek i, med utfordringar som til ei kvar tid rår. Handtering av sjukdom og lidning blir av betydning, ikkje berre som oppleving av helse, men og som opplevd livskvalitet. Spørsmålet av betydning i denne framstillinga er korleis den einskilde på tross av sine utfordringar kan rustast til takla det samansette og mangfaldige livet byr på, ved tilgang til eiga meistring og kompetanse som gir tilgang til auka livskvalitet og velvære.

### 2.1. Salutogenese

Som eit oppgjer mot det patogenetiske syn og rådande årsaksforklaring til sjukdom utvikla Antonovsky (1979, 1996) teorien om salutogenese. Teorien om salutogenese vektlegg det friske aspekt, faktorar som bidreg til å ha og oppretthalde god helse. Retningsgivande innan teorien er oppfatninga av at det gir større helsegevinst å investere i helsefremjing framfor å halde på dominerande årsaksforklaring til sjukdom. Salutogenese er ei tilnærming som særleg tar sikte på å anerkjenne mennesker sine ressursar i eit heilskapleg perspektiv. Sentralt er individuelle evner, moglegheiter, relasjonar, verdiar og prioriteringar. Det salutogene perspektiv forstår helse som ei



livshaldning til korleis den einskilde taklar stress og uventa forhold. Antonovsky kalla denne haldninga «sense of coherence» (SOC) som oversett blir til «*oppleving av samanheng*» (OAS). Sentralt i det salutogene perspektiv er indre kjensler, sosiale relasjonar, psykisk stabil tilstand og involvering i meningsfulle aktivitetar for å oppnå individuell helsefremjing. I denne framstillinga er hovudfokuset retta mot helsefremjande prosessar som tar utgangspunkt i å auke meistring for å oppnå større velvære. Større velvære avheng i følge Antonovsky av at individuelle tilhøve er meningsfulle, forståelege og handterbare. Disse tre elementa ligg til grunn for opplevd samanheng (OAS). OAS kan i følge Antonovsky definerast som: «Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i» (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 41). Tellnes (2007) beskriv dette som individuell kapasitet til å utføre helsefremjande handlingar. Dimensjonane begripelegheit, handterbarheit og mening står i gjensidig relasjon med einannan. Sterk oppleving av samanheng har betydning for håp og tru om at realisering lar seg gjennomføre og representerer ein retningsgivande måte å tenkje, føle og handle på som gir samanheng i livet. Antonovsky hevdar at den som har høg grad av OAS har auka evne til å meistre stressfaktorar og kriser (Antonovsky, 1979). Stress vert forstått som potensielt helsefremjande, som eit driv til vekst og utvikling (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Omgrepet OAS har klare parallellar til empowerment som eg seinare gjer greie for.

Salutogenese er basert på konstruktivistisk tilnærming. Livshistorie og livssituasjon, vektlegging av mesitringsopplevingar i eigen livssituasjon fremmar ein konstruktiv narrativ identitet. Behandlingstilnærminga er å utforske og bevisstgjere det som iverksett individuelle betringsprosessar. Ved å bli bevisst eigne meistringsressursar, det som gjer livsmeistring, tek ein i bruk i den individuelle endringskapasiteten.

Stress oppstår i følge Lazarus and Folkman (1984) som resultat av forhold som krev tilpassing. Forandring er sentralt. Når forandring skjer for fort blir det komplekst å handtere endringar eller innfri krav i takt med krav. I dette mellomrommet oppstår behov for meistring. Stress kan forståast som ei forandring som medfører at meininga blir forstyrra. Mens meistring kan forståast som det som blir gjort for å handtere denne meiningsforstyrringa. Det er ikkje motsetningsforhold mellom stress og meistring (Tveiten, 2020). Meistring handlar blant om motstandskraft til å handtere stress og utfordringar, og kan dermed knytast til helse (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Meistring er òg tilgang til ressursar, kunnskap, dugleik, utstyr og evne til å ta i bruk ressursar i belastande situasjonar (Antonovsky & Sjøbu, 2012; Ekeland & Heggen, 2007; Tveiten, 2020).

## 2.2. Empowerment

Empowerment-omgrepet kan knytast tilbake til Ottawa- charteret som blei distribuert i etterkant av ein konferanse arrangert av WHO (1986) kor verdens helsesituasjon blei drøfta. WHO la vekt på tre prinsipp i det vidare helsefremjande arbeidet; omfordeling av makt, medverknad og anerkjenning av brukarane si erfaringskompetanse. Dei tre prinsippa er grunnlaget for empowerment-tenking på individnivå og legg vekt på den einskilde sitt ansvar for eiga helse, anerkjenning for erfaringskompetanse og medverkande aktør for ivaretaking av eiga helse.

Føresetnad for kontroll over eige liv og livsvilkår har samanheng med sjølvforståing og medvit om eiga situasjon, indre og ytre høve til påverknad. Det er personleg utvikling av kompetanse, og deltaking i å definera behov, problem og avgjersle som omhandlar eige liv (Stevenson & Burke, 1991). Deltaking er sentralt i litteratur som omhandlar helsefremjande arbeid. Kontroll over eige liv, autonomi, blir rekna som avgjerande for eit godt liv (Andrews, 1999, 2003).

Empowerment er eit vanskeleg omgrep å definera, det finst ikkje konsensus for korleis å forstå omgrepet. Ordet er stadig hyppigare å finne i medisinsk litteratur. Myndiggjering er mykje brukt omgrep for empowerment. Andre nytta omgrep er deltaking, pasientkraft, eigenkraftmobilisering eller å ha handlingsrom i eige liv. Mobilisering blir brukt (Tveiten & Boge, 2014) og styrking er foreslått (Gulbrandsen, 2000).

Undersøkingar (Gibson, 1991) har vist at omgrepet vert betrakta både som resultat og prosess. Resultat visar til kvalitet eller eigenskap, mens prosess blir sett på som ei sosial hending som skal bidra til å identifisera, fremme og styrkje den einskilde til å mobilisere ressursar for å få kontroll over faktorar som bidreg til og påverkar eiga helse. Gibson (1991)hevda empowerment fordrar at helsepersonell endrar rolle. Medvit kring eiga rolle, refleksjon over samhandlingprosessar er av betydning for å ivareta empowerment-tenkinga (Tveiten, 2020).

Empowerment blir beskrive å fungere på fleire nivå, individ, gruppe og samfunn. Individ vert utsett for påverknad innanfor dei rådande strukturar som er gjeldande i den einskilde sitt liv, strukturar kan legge til rette for medverknad i større eller mindre grad. Slik kan prosessen framstå som fremjande og hemmande for utvikling av empowerment. Spreitzer (1995) har med bakgrunn i statiske analysar funne fram til fire områder som reflekterer individuell oppfatning å vere empowered. Dette er; meining, kompetanse, sjølvbestemming og påverknadskraft. Overført til betringprosessar kan dette oppfattast til at pasientar blir styrka når iverksette tiltak som får betydning for større grad av opplevd helse og meistring, kompetanse til å utføre nødvendige handlingar og medbestemming og innverknad på eiga behandling. Individuell styrking resulterer i moglegheit for å ta avgjersle og ha kontroll i eige liv, (Israel, Checkoway, Schulz, & Zimmerman, 1994), når sjølvkontroll og meistringstiltru er til stades (Wallerstein, 1999). Med dette kan ein sjå at empowerment-filosofi

samsvarar med Antonovsky sin filosofi om «Oppleving av samanheng» (OAS) (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

### 2.3. Recovery

Recovery kan òg kallast tilfriskningsprosessar eller betringprosessar. Betringprosessar handlar om å sjå psykisk lidning i samanheng med modning, utvikling og livsprosessar. Psykisk lidning er òg tilstandar som endrar seg over tid, sjukdom kan ha aktive og mindre aktive fasar. I motsetning til tidlegare rådande syn kor alvorleg psykisk lidning sett på som livsvarig, utan betringspotensiale, er ein i dag kome fram til meir nyanserte og ikkje statiske betraktning av tilstandar som før blei sett som umogleg å kurere (Borg & Topor, 2014). Recoverytenking står i kontrast til patogenese med sitt utgangspunkt i håp og tru om at mennesker med psykiske helseutfordringar kan oppleve betring (Ochocka, Nelson, & Janzen, 2005). Håp er sentralt aspekt ved recoveryorientert verksemd (Heller, 2015). Å fremje håp blir sett på som den kjenslemessige essens og drivkraft av recoveryprosessar. Det er derfor avgjerande at den einskilde blir møtt med framtidstru og optimisme. Håp kan vere knytt til forventning om reduksjon av symptom, betre fysiske tilhøve eller emosjonell støtte (Onken, Craig, Ridgway, Ralph, & Cook, 2007). Det kan òg omhandle eit generelt håp; om framtida, om personlege mål eller å ha støttande miljø som bidreg til personleg tiltru aukar. Å ikkje ha håp har truleg innverknad for om recovery kan materialisere seg. Det blir peika mot at hjelparen si tiltru til betringprosessar er betydeleg faktor for danning av håp hjå brukar. Utsegn om vedvarande og kroniske tilstandar, auka fokus på avgrensing sjukdommen kan ha, kan verke negativt på betringprosessen. Eksempel på dette er omgrepet «kronisk suicidal» som gir føringar mot at det er ein livslang og uforanderleg tilstand som rår (Cleary & Dowling, 2009). Det har vist seg å ikkje nødvendigvis vere heile sanninga (Hammer, Heggdal, & Ludvigsen, 2020; M. M. Linehan et al., 2006). For at brukarar skal bevare håp og tiltru er fagpersonar si oppfatning av behandlingstiltru av betydning. Fokus på å hindre tilbakefall, og vedlikehald av funksjonsnivå bidreg ikkje til å fremje håp og dermed heller ikkje recoveryorienterte (Jacobson & Curtis, 2000).

Recovery blir forstått som individuell og sosial prosess, i tillegg kan det forståast som utfall, å bli frisk av sjukdom. Forstått som prosess omhandlar dette grads-variasjonar innanfor den psykiske lidinga, mens recovery som resultat handlar om å bli frisk frå psykisk lidning. Recovery omhandlar både indre og ytre gjeldande forhold, det handlar om meir enn betring av sjukdom. Konsekvensar som følgje av psykisk lidning, stigma, arbeidsløyse og meir vert innlemma (Stuart, Tansey, & Quayle, 2017). Deegan (1988) innlemmar sjølvkjensle, meningsdanning, å vere aktiv og ha ansvar i eiga prosess tas inn i recoveryprosessen. Recoveryprosess blir ofte forstått som livsvarig, beståande av mange ulike delprosessar som inngår i ein heilskap (Davidson, O'Connell, Tondora, Lawless, & Evans, 2005). Recoveryprosess handlar om å «stå i prosess over tid», ikkje gi etter for sjukdomsuttrykk, men finne

fram til det som førar til betring på dei mange livets områdar. Degaan (1988) og Davidson (Davidson et al., 2005) beskriv det som å finne att sjølvkjensle og mening. Å vere aktiv og ta ansvar i eigen prosess er delelement i ein personleg recoveryprosess. Ei individuell tilnærming til betringsprosessar, her forstått som recovery, er aldri tilstrekkeleg hevdar Borg (2009). Betringsprosessar må sjåast i lys av sosiale og kontekstuelle tilhøve.

#### 2.4. Psykologisk modell for forståing av sjølv-mord og sjølv-mordsåtferd

E. Shneidman (1985) sin teori om «psycache» ser sjølv-mord som utfall av subjektiv og individuell oppleving av psykisk smerte. To faktorar, psykisk smerte og ikkje dekkja psykologiske behov, er mogleg å identifisera hjå den sjølv-mordstruga, i følge Shneidman. Han trekk skilje mellom liding med ulike utfall; stor liding førar ikkje til sjølv-mord, derimot finst ingen sjølv-mord utan psykisk smerte. Psykisk smerte er knytt til psykologiske behov og trongen til å tilfredsstillе individuelle behov. Individuelle behov kan vere knytt til fysiske, psykiske og sosiale behov, sjølvoppfatning og behovet for vekst og sjølvrealisering. Behova står i relasjon til tilknytning, autonomi, motstand, samanheng, hjelp og meistring (E. S. Shneidman, 1990). Det handlar om korleis å hjelpe den sjølv-mordstruga, med forståing av årsak til psykologisk smerte. Shneidman, 2001 tek avstand frå rein biomedisinske tilnærming, med grunngjeving av at suicidologien er multifaktoriell, løysninga er dermed knytt til individuelle behov. Teorien har 10 karakteristikkar fordelt på seks ulike aspekt (situasjon, konasjon/drivkraft, affekt, kognisjon, relasjon og gjentaking). Karakteristikkane beskriv dei mange bakanforliggjande årsaker til suicidalitet. Dei 10 faktorane beskriv aspekt som uuthaldeleg smerte, hjelpeløyse, håpløyse, og korleis det vert opplevd, å ikkje vite av andre, alternativ for å kome unna dette forutan om sjølv-mord. I følge Shneidman kan sjølv-mord forståast som utfall av livskrise meir enn irrasjonelt utfall av sinnsliding.

I psykodynamisk tradisjon er ein opptatt av å finne fram til dei underliggjande årsaker til hending og gjennomarbeida disse. Det handlar om å bli bevisst nokre av dei ubevisste mønstra som rår (Mehlum & Sjøbu, 1999). I sjølv-mordslæra snakkar ein om dei tre A-ane, som ein gjerne finn element av både ved utførte sjølv-mord og ved sjølv-mordforsøk. Dei tre A-ane visar til aspekt av aggresjon, appell og ambivalens (Retterstøl, 1995, s. 168-170).

### 3.0. Forskingsdesign og metode

I denne delen gjer eg greie for og grunngir korleis eg har gått fram for å belysa problemstillinga i det gjennomførte studie. Beskriving av val som er gjort innan design og metode har som mål å gi eit bilete av gjennomføringa. Eg skal gjere greie for og beskrive korleis eg har ivaretatt sentrale element som; truverde, pålitelegheit, bekreftbarheit, overførbarheit ved forskingsprosessen. Eg gjer òg greie for etiske implikasjonar som er gjeldande ved undersøkinga.

I denne studien har eg sett korleis terapeutar har erfart at bruk av traumbasert omsorg og kognitiv tilnærming kan bidra til å vekke håp om tilfriskning hjå ungdom med langvarig og tilbakevendande suicidalitetsproblematikk. For å få svar på problemstillinga har eg valt ei kvalitativ metode til å belyse problemstillinga. Kjenneteikn ved kvalitativ metode er å gjennom refleksjon og tolking prøve å forstå menneskeleg erfaring (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009), eller å forstå erfaringar frå informantane si side (Kvale & Brinkmann, 2011). Eit rådande syn ved fenomenologi er å setje til sides eiga forforståing og i størst mogleg grad undersøkje føresetnadsfritt. Undersøkinga handlar om sjølve fenomenet slik det trer fram med sine ulike perspektiv og beskrivingar. Målet er å finna fram til det særleg ved fenomenet, essensen, det som er konstant på tvers av moglege variasjonar (Thomassen, 2006).

Tilnærming i kvalitativ metode er prosessorientert og retter merksemda mot kva som skjer i samhandling, og korleis dette oppstår. Mening, interaksjon og fortolking er sentrale omgrep i denne tolkingstradisjon (Thagaard, 2018).

### 3.1. Design og metodeforankring

Studien har et kvalitativt og deskriptivt design og har sin teoretiske forankring i fenomenologisk tolkingstradisjon. Fenomenologi refererer til ei filosofisk tradisjon med utspring i Edmund Husserl (1859-1938) si filosofi og metode. Omgrepet fenomenologi kjem av greske, «phainomenon» som tydar «det som synar seg», mens logos tydar lære (Thomassen, 2006). Metoden kan forståast som ei form for refleksiv erkjenning av essens, og omhandlar korleis forskjellige fenomen tilkjenner seg for den einskilde via erfaringsverda. Husserl kalla denne individuelle erfaringsverda «livsverd».

Tradisjonen er vidareutvikla i fleire retningar med utgangspunkt i Husserls lære, og søker å rette merksemd mot denne verda slik den konkret vert opplevd og erfart i eit subjektivt perspektiv. I følgje Husserl er menneskeleg erfaring kjenneteikna ved ei direkte oppleving av ein heilskap bestående av meningsdannande fenomen. Eit fenomen forståast slik som det vert oppfatta av den einskilde (Thomassen, 2006). Heidegger, Sartre og Merleau-Ponty førte inn nye moment; menneske sitt forhold til kropp, og å leve i ei historisk samanheng (Kvale et al., 2009). Kvale (2009, s. 45) skriv at fenomenologisk metode i følgje Merleau-Ponty er å «beskrive det gitte så presist og fullstendig som mogleg, beskrive snarare enn å forklare og analysere. Det er ei erfaringsorientert tradisjon. Det handlar om den einskilde si oppleving av eigen «veren» i verda, perspektiv ein tek ved å undersøkje ei sak, samt korleis fenomenet vert forstått både individuelt og som samanfatta til ei større eining ved å innlemme fleire informantar til eit rådande syn (Thornquist, 2012). Erfaringar kan òg medelast slik at opplevingar, verdiar og samhandlingsfokus trer fram. I fenomenologisk forskning av praksisfelt studerer ein fenomen frå eit innanfrå og eit nedanfrå perspektiv. Innanfrå-perspektiv er korleis den einskilde erfarer, i dette tilfelle behandling av langvarig og tilbakevendande suicidalitet, dei mange

sider ved intervensjonen, og kva slag opplevingar, refleksjonar og erfaringar vert løfta fram. Perspektivet den einskilde tek kan romme både eiga oppleving og ungdommens oppleving. Eit nedanfrå perspektiv som tar utgangspunkt i fenomenologiske beskrivingar ser på essens ved saka ein studerer, eksisterande praksis slik den vert utøvd (Thomassen, 2006). Tradisjonelt krev fenomenologisk metode at forskar legg vekk eigne forventningar og forståingshorisont ved undersøkinga, og søker etter sentrale oppfatningar, strukturar eller meningsdimensjonar ved essensen av fenomen (Thomassen, 2006). Den dynamiske tradisjon tek utgangspunkt i at endring skjer undervegs, uvisst når og korleis. Via ord og handling påverkar, og påverkast, mennesker av kvarandre.

Det kvalitative intervjuet gir ramme til å undersøkje erfaringar, forventning, tankar, motiv og haldningar. Ein kan etterspørje mening, betydning og nyansar av hendingar og åtferd. Ein kan leite etter levande kunnskap i si opphavelige ramme, i den kontekst som er (Malterud, 2017).

Å få tilgang til den einskilde si erfaringsverd blei ein viktig del av forskingsprosessen min. Det gir tilgang til både individuelle erfaringar, samt eit utvida erfaringsmateriale i form av det informantgruppa som heilskap representerer.

Ein skal vere varsam med å trekkje generelle konklusjonar utifrå det bilete som tilkjenne gir seg gjennom kvalitative intervju. Informantgrunlaget er avgrensa, og gir difor ikkje høve til å vise til slutning verken i eine eller andre retning. Likevel vil informantane sine forteljingar representere deira oppfatning, syn og vurdering av det som var av betydning for betringsprosessen i den einskilde si situasjon. Å kjenne att andre sine beskrivingar, vurderingar og prosesser fortel at det er noko universelt gjeldande i den einskilde si forteljing. At andre kan kjenne att fragment av prosessane som her er beskrive kan ein tenkje handlar om det allmenmenneskelege som inntreff i kritiske situasjonar og livsfasar (Ruyter, Førde, & Solbakk, 2014).

### 3.2. Inklusjonskriteriar

For å få eit rikt informasjonsmateriale var det ønskeleg å få informantar frå ulike settingar med forskjellig kompetanse. Eg ønskja både miljøterapeutar frå døgnavsnitt og individualterapeutar frå poliklinikk og ambulant teneste. Fortrinnsvis ei blanding av terapeutar, med og utan vurderingskompetanse. Det gir moglegheit for å sjå på likskap og skilnad mellom dei ulike aktørar som arbeidar med suicidalitetsproblematikk innan Psykisk Helsevern. Informantane har ulik ståstad, og forskjellige roller i forhold til den sjølvordstruga.

Det er samarbeid internt mellom dei ulike instansane. Individualterapeutar som gjer akuttvurdering deltek fast ein dag/veke i møter med sengepost for generell informasjonsutveksling. Terapeutar i poliklinikk og sengepost kan drøfte pasientar seg i mellom. Etter innlegging i sengepost er oppfølging

vidare i poliklinikk kjent som «time i handa» avtala. Slik sikrar ein at personar som har vore innlagt i sengepost, med tett og kontinuerleg oppfølging over tid, ikkje blir overlatne til seg sjølve ved utskrivning.

### 3.3. Rekruttering

Rekruttering av informantar skjedde ved at prosjektet blei presentert for næraste leiar, som gav tilslutning til prosjekt og deretter ga tilråding med omsyn til aktuelle informantar. Postleiar presenterte prosjektet for dei aktuelle informantane. Eg tok først kontakt med den einkilde etter at dei hadde sagt seg villige til å delta i prosjektet. I dei tilfella det var anledning til å fylle ut samtykkjeskjema i forkant blei det gjort. I dei andre tilfella starta intervjuet med utfylling av samtykkjeskjema

Prosjektet blei framlagt for klinikkdirektør, november 2020, og er forankra i klinikkleiing.

### 3.4. Utval

Seks terapeutar takka ja til å delta i undersøkinga. Av disse er fem kvinner og ein mann. To jobbar i ambulant verksemd, og gjer akuttvurderingar like etter bekymringsmelding om sjølvmondsrisiko føreligg, eller etter at sjølvmondsforsøk er utført. To jobbar i døgnavsnitt for ungdom, og følgjer opp den sjølvmondstruga i den fasen kor å beskytte og sikre bli sett som naudsynt fordi intensjonalitet og sjølvmondsrisiko er vurdert til høg. To arbeidar i poliklinisk verksemd og følgjer opp ungdommen med timeavtalar med ulik frekvens. Fire av informantane har vurderingskompetanse av suicidalitet. Aldersspennet mellom informantane er vel 20 år. Den yngste er i slutten av 30-åra, den eldste rundt 60 år. Alle har erfaring frå arbeid med suicidalitetsproblematikk i Psykisk helsevern i ti år eller meir.

### 3.4. Innsamling av data

Avtalar om tidspunkt for intervju blei laga utifrå informanten sitt forslag om tidspunkt. Møtestad var eit eigna møterom eller kontor på informant sin arbeidsstad. Informantar fekk høve til innsyn i semistrukturert intervjuguide i forkant av intervju. Moment frå intervjuguiden blei framlagt i munnleg informasjon om prosjekt. Etter at informant var gjort kjent med tema og grunnlag for intervju blei det ikkje ytterlegare etterspurt innsyn i intervjuguide.

Innsamlinga av data skjedde ved hjelp av lydopptakarutstyr. For å ikkje forstyrre intervjuprosessen blei det ikkje notert under intervju. Forutsetningar for problemstillinga var i forkant klarert til å skulle omhandle ungdommar som er råka av tilbakevendande og langvarig suicidalitetsproblematikk. Ramen for intervjuet blei oppfatta som klar. Eg erfarte at informantane i forkant hadde tenkt over ulike prosessar dei har vore i, og derav valt seg ut ei terapiforteljing henta frå den praktiske arbeidskvardag. I nokre tilfelle omhandla forteljinga hendingar som er tilbakelagde og avslutta. Andre derimot, er av relativt ny dato. Nokre informantar nemnte at det var saker som hadde gjort sterkt

inntrykk, «sett seg under huden», som ein omtala det. Forteljingane omhandla saker som blei beskrivne til å innehalde stor kompleksitet. Alle forteljingane omhandla tverrfaglege samarbeidsprosessar med aktørar frå ulike forvaltningsnivå.

I forkant av intervju las eg meg opp på litteratur av betydning for forståing og behandling av langvarig suicidalitet. Problemformuleringa om terapeutisk intervensjon ved bruk av traumbasert tilnærming og kognitiv terapi kom til etter litteraturstudiar som konkluderte med dette som beste praksis. I mi førespurnad om deltaking var det ikkje eit krav at informant skulle nytte metodane spesifikt.

I intervjuet var eg oppteken av utfall av terapiintervensjon, i tillegg til å sjå kva den einskilde fortalde om verksame moment undervegs i arbeidsprosessar. Til intervjuet hadde eg med meg ei liste bestående av aktuelle moment som verker inn og har betydning for betringprosessar.

### 3.5. Gjennomføringa av intervju

Informantane delte raust av både kunnskap, erfaring og teori knytt mot terapiforteljingane dei presenterte. Å ikkje notere undervegs var eit strategisk val for å vere til merksamst stades i informantane si forteljing. På grunn av at eg ikkje noterte mista eg tråden ved eit par høve, og kom dermed ikkje tilbake til moment som eg ønska å utdjupe. I ettertid kom eg til at eg skulle ikkje tatt generell avgjerse om å ikkje å notere undervegs, men gjort nytte av dette ved enkelte tilhøve kor det ville vore fornuftig for å gå tilbake og undersøkje nærare.

Spørsmålsstillinga kan bestemme innhald i svar. Ledande spørsmål kan vere nødvendig del av mange spørjeundersøkingar. Avhengig av emne og formål. Ledande spørsmål kan stillast av forskar for å utdjupe, eller fange informasjon som ikkje vert uttala, blir tilbakehalde (Kvale et al., 2009). Eg såg at eg undervegs strategisk brukte ledande spørsmål for å få belyst det som eg var interessert i å få utdjupe.

Ved fenomenologiske intervju skal forskar halde tilbake eiga forståingshorisont for å få fatt i informantane sine erfaringar. Eg merka meg og at eiga forståingshorisont hadde betydning for intervjuet, at tema blei omtalt med ei underforstått felles oppfatning av fag, forståing av omgrep mm Undervegs tenkte eg ein del på korleis eg kunne få informant til å uttale det fagleg implisitte, det som er kjent for den erfarne klinikar. Eg tenkte meg inn i situasjonar kor eg som forskar ikkje hadde denne informasjonen, og ville med dette utgangspunktet undersøkje faget. Eg såg korleis førehandskunnskap, å arbeide innanfor fagfeltet, gjer at saker blir snakka om med ei implisitt forståing av sak, som kan forkludre informasjonsgrunnlaget eller ikkje gjere informasjonsgrunnlaget like fyldig som dersom ein utanforståande undersøkte same fenomen. Eg måtte difor i enkelte intervju dvelje ved nokre undersøkjande og utdjupande spørsmål, for å få tak i den einskilde sitt budskap og forståing.



På slutten av kvart intervjuet blei det lagt inn tid til avsluttande kommentar for eventuelt spørsmål og kommentar. Det blei takka for at den einskilde delte av erfaringane sine, og for at den han/ho i ein travel arbeidskvardag tok seg tid til å delta i forskingsprosjektet mitt. Alle uttrykte at dei håpa at den informasjonen dei hadde bidratt med kunne vere til nytte i det vidare arbeidet.

### 3.6. Transkribering av intervju

Transkribering er å transformere, å skifte frå ei form (munnleg) til ei anna (skriftleg) form. Det skal bidra til klargjere og strukturere intervju, til eigna materiale for bruk i analyse. Intervjua blei transkribert til nynorsk i sin heilskap. Dette bidreg til anonymisering av informantar (Kvale et al., 2009). Intervjua blei transkribert ordrett i sin heilskap, pausar og latter blei lagt inn. I følge Malterud kan prosess mellom munnleg form og skriftspråk medføre ei dreining av meningsinnhald om gjengjeving blir gjort ordrett. Fortolking av ikkje-utfylte setningar blei difor markert i tekst med parentes.

Transkripsjon blei med eit unntak utført direkte etter intervju. Målet var å gjere ferdig eit intervju samt transkribering av dette i forkant av neste intervju. Eg skreiv prosesslogg undervegs for å fange opp eigne tankar og refleksjonar som oppstod undervegs. I loggen blei det gjort små oppsummeringar av korleis eg oppfatta at intervjuet forløp, samt ei oppsummering av korleis eg tenkte at informanten oppfatta intervjuet. I den grad informant avslutningsvis sa noko om intervjusituasjonen blei dette tatt med i loggen.

### 3.7. Analyseprosessen

For analyse av innsamla data brukte eg metoden systematisk tekstkondensering. Metoden er ein 4-steps prosess som går frå rådata til rekontekstualisering av innsamla datamateriale. Metoden blir omtala som å gi grunnlag for ei pragmatisk, tverrgående og tematisk analyse av kvalitative data. Den er utvikla for at nybegynnarar skal gjennomføre analyseprosessen på ein systematisk og overkomeleg måte.

Dei fire stega er 1. heilskapsinntrykk og samanfatning av meningsinnhald 2. koding, kategorisering og omgrep av datamateriale 3. Konsendering av meningsinnhald som tydar å systematisk hente ut meining ved å identifisere og kode dei meningsberande einingane som er til stades i materialet, og 4. rekonseptualisering, kor ein validerer funn opp mot samanheng dei er henta ut frå ved å rekontekstualisere eigne resultat mot empirisk materiale.

#### Steg 1 Heilskapsinntrykk

I denne delen las eg gjennom det totale innsamla transkriberte materiale fleire gonger og danna meg ei oppfatning av sentrale tema som kom fram hjå informantane. Eg noterte meg stikkord frå kvart

einskilt intervju, og laga overordna tema kategoriar. Stikkorda frå intervju tok eg med til neste steg i prosessen.

#### Steg 2 Koding, kategorisering og omgrep

I denne delen tok eg utgangspunkt i dei ulike stikkorda eg hadde notert ned. Eg såg på omgrep som utspelte seg i dei ulike intervju, og byrja å danne førebelse kategoriar innanfor dei ulike tema som hadde vist seg. På ny gjennomgjekk eg kvart einskild intervju på leit etter meiningsberande einingar og systematiserte dei innanfor tema som var kome fram. Prosessen var omfattande arbeid som bar preg av veksingar mellom tekst, tema og den teori som studien bygger på. Prosessen var dynamisk og utforskande med omsyn til kategoriar, og kva for einingar som kunne plasserast på dei ulike kategoriane. Kategoriane var ikkje fastsette på dette tidspunktet, og blei arbeidd med samstundes. Eg arbeidde først på PC-en, men skifta til å skrive ut meiningsberande einingar som blei forsøkt plassert under gjeldande kategoriar og tema. Prosessen innehaltdt stadige flyttingar og justeringar, og blei opplevd tidvis som eit skritt fram og tre tilbake. Det tok tid å få kategoriar og kodegrupper på plass. Val måtte gjerast i det det viste seg at fleire koder kunne plasserast under fleire kategoriar. Nokre kategoriar som eg arbeida med først viste seg å kunne sjåast som ulike sider av ei kodegruppe, og blei difor slått saman. Andre innehaltdt for få meiningsberande einingar, og blei difor lagt til i ein annan kategori.

#### Steg 3 Å laga kondensat av tekst

Etter kvart hadde dei meiningsberande einingane funne sin kategori og fått sin kode blei tekstane gjennomgått på ny for å systematisk hente ut mening, såkalla abstrahert meiningsinnhald. I denne fasen veksla mitt arbeid mellom 3-5 kategoriar, som på eit seinare tidspunkt blei gjort til 3 kategoriar, med ulike subkategoriar.

Kondensat er eit fortetta kunstig sitat for kvar kodegruppe. Kondensatet skal innehalde alle ytringar frå gruppa, og vere så tekstnær som mogleg med uttrykk frå informantar (Malterud, 2017).

Meiningsberande einingar skal fortelje noko nytt og viktig om emnet og tilnærming. Kondensat blir formidla ved å nytte kunstig sitat. Eg har nytta 1. person eintal, eller informant på vegne av ein informant, 3.person fleirtal dei, eller informantane på vegne av fleire.

#### Steg 4 samanfatning av kondensat

Presentasjon av kunstig sitat, kondensat i ein analytisk tekst, som ein *syntese*. Syntese betyr samanfatning eller forbindelse av eining til ein heilskap.

### 3.8. Eiga forforståing.

Val av tema kom til på bakgrunn av erfaringar frå både jobb, det private liv, og ei interesse for eksistensielle spørsmål og problemstillingar. Korleis å «leve det gode liv» har opptatt meg over tid. Samstundes har ein erfart at grunnlaget, mennesker sine grunnvilkår, er kontekstavhengig og påverka av både individuelle føresetnadar og rådande sosiale forhold. Å kunne forhalda seg til liv og død er av betydning for oss alle, og av særst stor betydning når ein arbeidar med mennesker. Å reflektera og snakke sant om både liv og død tenkjer eg og er viktig i eit allmenmenneskeleg perspektiv, det møtar oss alle før eller seinare, i ei eller anna form, og det tvingar seg fram at ein må forhalda seg til det på eine eller andre viset.

Sjølvmordsåtferd, tankar og handling er ein del av destruktive prosessar som ofte utløysar skam, kjensle av redsle, uro og avmakt. Dei rammar òg dei som står nær den ramma. Stigma er kjent hemmande rørsle som verkar inn på den einskilde si oppleving av aksept og forståing for tilstandar som har leia fram til sjølvdestruerande åtferd. Å bidra til å sjå psykisk helse i samanheng med livserfaring i samspel med indre faktorar og det sosiale miljø ser eg som viktig antistigmatiserande og haldningsskapande arbeid.

Å gjere studie innan eiga verksemd kan i følge Thagaard (2018) medføre utfordringar fordi forskar og informant deler mange like erfaringar. Det felles erfaringsgrunnlaget kan medføre vanskar med å stille spørsmål som synes sjølvsegte innanfor kulturen ein forskar på. Eg blei allereie i første intervju merksam på denne utfordringa, tok deretter eit utanfrå perspektiv, og valte difor å stille oppfølgingsspørsmål kring saker som synes sjølvsegte, i eit innanfrå perspektiv, som ikkje nødvendigvis er like opplagt sett med tilskodarperspektiv.

Atmosfæren under intervju var roleg og avslappa, gav rom for både latter og alvor. Mi erfaring frå intervju er at informantane i stor grad var opptekne av å formidle både positive og negative element som verkar i den einskilde si betringsprosess, fleire tok fram element som omhandla utfordringar knytt til behandling og egne erfaringar. Dei synes å leggje fram eit syn som balanserte mellom gode og mindre gode erfaringar. Det kan forståast som ei ekte og oppriktig haldning til å dele og gjere kjent dei mange sider som er gjeldande ved intervensjon, og i følge Thagaard (2018) ikkje berre det forskaren er interessert i å høyre.

#### 3.8.1. Forskingsetiske vurderingar

Informantane blei gjort kjent med studie sitt innhald og formål, og blei invitert til å delta. All informasjon blei behandla konfidensielt, lydbandfiler blei lagra på sikker nettstad, og destruert august 2021. Alt skriftleg materiale er anonymisert. Det er vektlagt at informasjon formidla under intervju ikkje kan tilbakesporast til informant. Studie er basert på informert samtykkje, kor informant

står fritt til å delta, eventuelt å trekkje seg på eit seinare tidspunkt om dei måtte ønskje. Det føreligg skriftleg orientert samtykkje frå alle informantar. Til grunn for all databehandling er ei gjensidig eining om at teieplikt, autonomi og integritet vil bli respektfullt ivaretatt etter gjeldande lov-, og regelverk.

Godkjenning hjå personvernombodet, desember 2020. Datamateriale blei oppbevart i kvalitetsregister, på intern forskningsserver på Stavanger Universitetssjukehus, ID 2089. I tillegg lagra eg informasjon på ein privat PC utan nett-tilgang, brukt kunn til dette formål. PC-en blei, saman med notat og alt anna skriftleg materiale, oppbevart i låsbart skap når den/det ikkje var i bruk. Informantane blei munnleg og skriftleg orientert om studie. Skriftleg samtykkje blei signert og oppbevart inntil forskingsperiden er omme.

Informantane arbeidar i same klinikk som underteiknande. Det betyr at vi kjenner einannan i større eller mindre grad. I forkant var eg usikker på om det ville vere noko som kunne ha betydning for om eg fekk rekruttert informantar. Det kan vere ønskeleg kanskje å ha noko avstand til dei ein skal intervju. Å intervju individualterapeutar inneber ein avstand fordi ein jobbar med same problemstillingane, men på ulik stad i organisasjonen, og med ulik innfallsvinkel. Oppgåvene ein har er ulike og åtskilt, sjølv om dei grip inn i kvarandre. Rollene er ulike, ansvaret likeså. Det skapar ein naturleg avstand til informanten slik eg ser det. Miljøterapeutane som takka ja til å delta i studie jobbar på same nivå som meg i klinikk. For å skape noko distanse til informantane valte eg førespurnad til informantar tilhøyrande ei anna avdeling. Om dette var eit grep som hadde betydning i situasjonen, tvilar eg noko på. På tross av at ein jobbar ved ulike avsnitt, er samarbeid på tvers gjeldande som bistand og hjelp i det daglege. I tillegg blir to avsnitt samanslått til ei samla eining ved høgtid,- og ferieavvikling.

At ein ønskjer å ta utgangspunkt i ei behandlingsforteljing kan bety at ein kjenner att personen dette omhandlar. Alle som arbeidar er underlagt same teieplikt. Ein har ei plikt til å ivareta at ikkje sensitiv informasjon lekk, og kjem på avveg. Å ivareta både informant og pasient har vore viktig del av informasjonshandsaminga. Alle skal kjenne seg trygge på at informasjonen som kjem fram i skriftleg form ikkje kan sporast tilbake til opphavet sitt. Det har og vore viktig for meg at informasjonen kjem fram er i stand til å spegle eit arbeid som tidvis er krevjande for alle som er i det. Somme saker inneheld utfordringar som er vanskelege å vere i, både for pasient og hjelpar. Målet er at dette skal belysast på ein måte som er nyansert, og som inneheld nøytrale utsegn som speglar kompleksitet som har innverknad for alle deltakande parter.

Eg har valt å tone ned aspektet ved bruk av tvang då dette er eit omfattande og dels vanskeleg emne å behandle innanfor denne ramen eg har tilgjengeleg

### 3.8.2. Validitet

Validitet omhandlar gyldigheit ved tolking av data (Malterud, 2017). Thagaard (2013) etterspør validiteten ved å sjå om dei tolkingar som kjem fram er gyldige i forhold den verkelegheita ein har studert? Handlar om korleis ein kjem fram til disse resultata, og korleis ein tolkar dei (Thagaard, 2018). Det er viktig med kritisk gjennomgang av korleis ein kjem fram til det ein baserer tolkingane på. Eg har sett til andre studiar som har relevans til eige forskningstema, for å sjå på samsvar, likskap og skilnad mellom dei og egne funn.

Utfordringar i forskingsprosessen var å identifisere meiningseiningar som høyrer saman, og dei som ikkje høyrer saman. Malterud (2017) seier at forskar må ha klart for seg at forskingsfelt og kontekst kunnskapen er henta frå vil setje spor på den kunnskap/informasjon ein får. Spørsmålet som reiser seg er om resultat er overførbare til liknande samanhengar? Eit anna spørsmål er; kva ville ein funne om ein gjorde undersøkinga ein gong til med andre informantar? Malterud seier ein må vere obs på at forskarar har ulike fokus, og dermed ser ulike nyansar i svar som blir gitt. Repeterbarheit er difor sjeldan eit kriterium i den kvalitative forskingsprosessen (Malterud, 2017).

## 4.0. Presentasjon av funn

Det samla materialet frå intervjua blei først gjennomgått fleire gonger, med ei naiv lesing, for å finne fram til tema som går på tvers av intervjua. I mitt materiale har tre tema gjort seg gjeldande. Dette er merksamt nærvær, å få til endring og respons på intervensjon. Merksamt nærvær inneheld subkategoriane: personsentrert omsorg og intervensjon, samt personleg aspekt ved alliansebygging. Å få til endring har subkategoriane: eigenkraftmobilisering, undersøkje saman med ungdom, konkrete samarbeidsprosjekt og kople på viktige andre. Respons på intervensjon har subkategoriane: terapi, terapeuten, struktur og forutsigbarheit, tiltru til ungdommen og kompliserande faktorar for betringsprosessar.

### 4.1. Merksamt nærvær

#### 4.1.1. Personsentrert omsorg og intervensjon

Informantane legg vekt på å møte den einskilde med utgangspunkt i individuelle føresetnadar og behov. Det blir lagt vekt på merksamt nærvær i møta, å vere respektfull i møte med den andre si liding. Og å undersøkje kva som ligg til grunn for tilstanden ungdommen opplever og er i. Å vere til stades her og no saman med ungdommen blir vektlagt. Tone seg inn i ungdommen si forståing av problem og utfordringar. Utforske emosjonane som er til stades, for deretter å kople på kjensler og behov. Informantane beskriv terapeut som ein katalysator som bidreg med støtte, bekrefte og rettleie den einskilde i rådande prosess. *«Eg må få fatt i det ungdommen opplever som eit problem. Gjer eg ikkje det kan eg ikkje vere til hjelp».*

Fleire informantar seier at mange ungdommar som opplever sjølvordstankar og har sjølvordsåtferd ikkje veit kva som er årsaka til at livet vert opplevd som vanskeleg og uhaldbart. Informantane beskriv undersøkjande prosessar som kan gå over tid for å finne fram til ei forståing kring samansette utfordringar. Mange ungdommar har problem med tillit til vaksne. At ungdommen får tillit til terapeut blir vektlagt som viktig komponent for at felles arbeidsprosessar skal kunne finne stad. At terapeut framstår som kompetent, har erfaring med problematikk, møtt mange med tilsvarande problematikk blir av fleire framlagt som grunnlag for at mange ungdommar opplever tiltru til at betringsprosessar kan inntreffe.

*«Han blei trigga ved tanken på å skulle forhalda seg til eigen livshistorie, skalv som eit ospelauv i stolen. Eg la fort vekk alle ordinære oppstartsprosedurar, screeningar etc., spurte om vi kunne snakke om noko som var kjekt. Timen blei til dels raskt avslutta, vi fekk satt opp avtalar framover. Oppstarten var prega av mange avlysingar av timar, alltid med forklaringar og uttrykt ønskje om å kome».*

Empatisk forståing for ungdommen sine utfordringar vektlagt som sentralt for at ungdommen skal kjenne seg møtt og forstått. Å tole å vere til stades med ungdommen gjennom vonde kjensler blir framheva som av betydning for at ungdommen skal oppleve seg tolt. Fleire informantar nemnar at balansen mellom å vere i vonde kjensler saman med ungdom, og tidspunkt for å utfordre kan vere ein balansekunst å finne fram til. Stabilisering og nedtoning av stress er viktig for at ungdommen skal kjenne seg trygg og ivaretatt, seier ein informant. Å hjelpe ungdommen til å regulere kjensler, samstundes med å forsterke meistring blir av alle beskrive som nødvendig for å kunne arbeide med utfordringane som er rådande. Ein informant seier: *«Eg såg det fort, dette er berre kjensler, og sa til ungdommen; dette skal vi klare å få deg gjennom».*

Å anerkjenne at kvar einskild ungdom står i sin personlege prosess blir sett som viktig utgangspunkt for at endringar kan inntreffe. Å finne fram til det personlege uttrykket til den einskilde blir framlagt av fleire informantar. Å stille spørsmål for å finne dette, undersøkje skikkeleg. Eit spørsmål kan følgjast av ti nye, seier ein informant, og legg til at det er viktig å undersøkje slik at ein får fatt i kva ungdommen meiner og kjenner. Bakanforliggjande årsaker til suicidalitetsproblematikk gjer at ungdommen ofte har behov for gjennomarbeide kjensler og tankar over tid. Informantane legg vekt på å ikkje haste fram. Samstundes blir det lagt vekt på eit framtidsperspektiv der terapeut nyttar fagleg og systemisk kompetanse for å faktisk hjelpe ungdommen med den pågåande situasjon. At terapeut visar tilgjengelege ressursar og evnar å gripe fatt i hendingar og situasjonar har betydning for at ungdommen skal kjenne seg forstått og tatt på alvor. Når problemløysing finst utanfor ungdommens kapasitet og handteringsområde er det viktig at andre grip inn og bidreg til nødvendig endring, seier informantane.

Å validere ungdommens oppleving visar til forståing av problem slik det blir oppfatta for den einskilde, samstundes med normalisering av ungdommens erfaringar blir brukt for å alminneleggjere ungdommens kjensler og oppleving av situasjon. Å formidle til ungdommen at reaksjonane som speglar seg er følgje av erfaringar som for alle vil vere belastande og krevjande er med på å normalisere den einskilde sine opplevingar.

Alle informantar tar fram ungdommens deltaking i arbeidsprosess. Det blir lagt vekt på at ungdommen er agent i eige liv, at all handling skjer i samarbeid med ungdom. Fleire informantar legg vekt på at ungdommen skal ha styringsrett i eige liv, at inga handling skjer utan at saka er kjent for, og drøfta med ungdommen.

Fleire gjer greie for at å handle mot ungdommen sin vilje har betydning for tillitsforhold, om så skjer er det viktig at ungdommen får uttale seg om og delta i planlegging så langt det kan la seg gjere. Innlegging i døgnavsnitt mot ungdommens vilje kan somme tider vere nødvendig når ein ikkje lukkast å kome til forståing for at frivillig innlegging kan vere nødvendig.

*«Han blei innlagt i døgnbehandling på grunn av sjølvmondsforsøk. Det var høg fare og stor intensjonalitet. I lang tid ville han ikkje ha kontakt med nokon, avviste alle. Var berre på rom, og det tok lang tid før einkvan nådde inn til ungdommen».*

Fleire informantar nemnar kompetanse til å stå stødig når ungdom opplever og uttrykkjer ambivalens med omsyn til framtidstru og livsmeistring. Å bere håp når pasienten ikkje har håp blir framlagt som nødvendig for at ungdommen skal få tiltru til betringsprosessar.

Å stå stødig i avvisingsprosessar, der ungdommen den eine dagen ønskjer hjelp og støtte, mens andre tider avvisar og ikkje verken vil ha med å gjere eller har tiltru til terapeut må vi tole, seier informantar i døgnavsnitt. Ein annan informant seier: *«Eg trur det er viktig at ungdommen får lov til å avvise, og vite at dei blir ønskt velkommen når dei er klar, eller har behov for det».*

Ein informant beskriv eit endrande augneblikk som hadde betydning for det vidare arbeidet: *«Ungdommen avviste. Tydeleg formidla med kraft og skjellsord bad ungdommen terapeut om å forlate rommet. Terapeuten blei ståande litt før han sa: eg trur eg blir her no for eg trur du treng meg når du har det så vanskeleg».* Situasjonen blir av informant beskrive som eit vendepunkt. Orda som blei formidla gjorde at ungdommen fekk tiltru til terapeuten, og virka inn i ungdommens vidare betringsprosess.

#### 4.1.2. Personleg aspekt ved alliansebygginga

Allianse er kjent verksamt verkemiddel i terapi. Å få ungdommen til å kome til behandling er nødvendig om ein skal kunne hjelpe ungdommen med utfordringane som rår. Det handlar om tryggleiken den einskilde får til terapeut, og tiltru til at betring kan inntreffe, seier fleire informantar.

For at ungdommen skal oppleve det trygt til å dele smertefulle livshendingar legg informantane vekt på å vise seg som personar. Å kunne dele personlege oppfatningar og preferansar blir tillagt verdi for å jamne ut forholdet mellom profesjonell og å vere i behov av hjelp.

Ein informant seier: «*Eg kan jobbe lenge med ein pasient før eg går i gang med noko, fordi eg veit at eg stiller dårleg om eg berre støttar meg til teknikkar og andre ting eg har lært meg. Det er mennesket først. Då vil den du møter kjenne at han er viktig. Det er kanskje det som gir den einskilde vekst. Du vil sjå det beste i vedkomande, finne fram til det han er og potensiale han har i seg, først då vil vedkomande opne opp og sleppe deg inn. Mi erfaring er at dersom du ikkje har gjort ein tilstrekkeleg innsats i å få til relasjon, blir det vanskeleg å få til noko som er av betydning for vedkomande*».

Ein annan informant seier: «*Eg må ha tillit til at ungdommen kan mestre, må stole på ungdommen. Det er eit gjensidig tillitsforhold likeins som at ungdommen må kunne stole på den vaksne. Eg stupar ikkje inn i problematikken, må bli kjent med ungdommen. Eg set meg ned, viser interesse og byr på meg sjølv. Eg visar meg fram som person, at eg ikkje kjem med svaret, for det har eg ikkje. Mange trur me har svaret, men det har me ikkje*». Fleire informantar formidlar at det er viktig at ungdommen oppfattar at dei ser vanskane, og løftar fram personlege erfaringar med å ha vore til hjelp for andre ungdommar med tilsvarande problematikk.

Ein tredje seier; «*Eg føler meg fram på kor ungdommen er. Kjenner veldig raskt ei stemning i eit rom, og kan tone meg inn på denne stemninga, korleis det er der. Eg bestemmer korleis eg legg tonefallet mitt, tilpassar eiga åtferd til ungdommen si åtferd. Prøver å vere meg sjølv, tydeleg, trygg og forutsigbar*». Fleire nemnar at terapeutar som framstår distansert kan bli oppfatta som kunstig og teknisk, noko som kan redusere sjansen for at pasienten skal kjenne seg trygg og ivaretatt.

To informantar seier at når relasjonen er på plass er grunnlaget for betringssprossar til stades. Det har betydning for å våge å utforske nye område, samt å gjennomarbeide vonde erfaringar og kjensler. Informantane gjer reie for tida den einskilde treng til å ta fatt på endringsarbeid er individuell, modning kan ha betydning.

Ein informant seier at det er ulikt kor vidt den einskilde er klar for å gå inn djuptgåande terapiprossar.

## 4.2. Å få til endring

### 4.2.1. Eigenkraftmobilisering

Forutsetninga for å få til bevegelse i fastlåste tankar har samanheng med om ungdom opplever støtte og forståing, og at utfordringar samsvarar med opplevd kompetanse. Forutsetningar er tryggleik til å



dele utfordringar og vanskar, opplevd indre og ytre kontroll, støtte og motivasjon til å gjenreise tiltru til eiga meistring.

Ein informant seier: *«Ungdommen må vere med på møter. Treng ikkje seie noko, men delta fordi det er han det handlar om. Det er veldig bra når han tar ansvar i eigen prosess. Han kjem ikkje vidare om han ikkje gjer dette. Det er veldig bra at det er slik».*

Ein annan seier det slik: *«Eg går alltid direkte til ungdommen med beskjeder og liknande så må ungdommen bringe det vidare til omsorgspersonar. Det er bevisst, fordi eg ser at ungdommen har godt av å ta ansvar for eige liv. Han er snart vaksen og får erfaring ved øve på dette. Har få ressurspersonar å spele på, desto viktigare at han tar ansvar sjølv».*

#### 4.2.2. Undersøkje saman med ungdom

Fleire informantar har erfart at ungdommane ofte ikkje har ei forklaring på vanskar, og at dette er eit utgangspunkt å starte med hjelpe den einskilde til å forstå, handtere og finne mening i det som er opplevd som belastning. Å få til ei forandring som kan bidra til betring av livssituasjon for ungdommen blir beskrive som sentralt for at håp til betringsprosessar kan inntreffe. Informantane legg vekt på at dersom betringsprosessar skal inntreffe må ein arbeide både med den indre personlege prosess og ytre mål samstundes. Endring omhandlar både indre og ytre faktorar som medverkande årsaker til utfordringar.

*«Vanskar etablert over tid tar det tid å snu. Ein må jobbe langsiktig, men ein ting om gongen»*, seier informant.

Alle informantar legg vekt på å bidra til å styrke den einskilde sin kompetanse til å mestre problem ved å oppdage, reflektere og ta i bruk hensiktsmessige strategiar som gir utteljing som er av betydning. Støtte, bekrefte, hjelpe til å finne fram til løysningar, tiltru og hjelp til meistring ved å aktivere den einskilde sine ressursar er eit ledd informantane har erfart skal til for å få til forandring. Ungdommen kan ha låst seg i ei oppfatning, og kan ha manglande tiltru til at løysning på utfordringar finnes. Nokre ungdommar har ikkje erfaringar med at problem kan løysast, og har dermed mangelfulle erfaring med at det finst løysningar også for han, seier ein informant. Å undersøkje utfordringar med ein kompetent annan kan bidra til å få ny erkjening. Ungdommen kan få hjelp til å sjå alternative strategiar som ikkje tidlegare har vore synleg. Å spegle situasjonar og vanskar mangesidig kan bidra til å gi ungdommen innsikt i valalternativ, og medføre innsikt i ulike tilnærmingar som gir forskjellig resultat kjem fram på ulikt vis av fleire informantar. Å bidra til at ungdommen får innsikt i eiga medverknad (ved å foreta val) blir vektlagt av alle informantar. Fleire informantar nemner rolla som katalysator, og moglegheit for at rolla gir rikt høve til å arbeide både med intrapsyriske vanskar og relasjonelle utfordringar ungdommen opplever med nære andre.

#### 4.2.3. Konkrete samarbeidsprosjekt

Fleire informantar beskriv korleis ein søker å alliere seg med ungdommen om eit felles prosjekt som kan bidra til meistring for ungdommen. Det handlar både om aktivering av ungdommens deltaking, og om å få ungdommens samtykkje til eige bidrag. Det handlar om å få til aktivitet, å aktivere ungdommen til deltaking i eiga betringsprosess. Om samarbeidsprosjekt som omhandla arbeid med traume seier ein informant: *«Eg jobbar mykje med toleransevindaug, Modum Bad sitt traume-opplegg og narrativ terapi, «livets elv..». Ungdommen hadde mange symptom og store utfordringar med funksjon i kvardagen. Det handla om å stabilisere, at ungdommen skulle forstå symptom og handtere dette ved bruk av strategiar for å trygge og roe seg sjølv. Vi jobba inn meistringsstrategiar, han gjorde nytte av fleire.»*

Ein annan seier: *«Me gjorde ein ryddeprosess i traume; Kva er du utsett for, og kva er det som plagar mest? Brukte funn som utgangspunkt i det vidare arbeidet».*

Andre informantar fortel om konkrete samarbeidsprosjekt som å utforske ungdommen interessefelt, få ungdommen i gang med meningsfulle aktivitetar som ungdommen finn glede ved å gjere. *«At han er opptatt av eigne prosjekt og gjeremål, eks. shopping, fising, fotball, strikking, foto, ja, eit eller anna av betydning for vedkomande oppfattar eg som eit godt teikn»*, seier fleire informantar.

#### 4.2.4. Å kople på viktige andre

Fleire informantar har erfart at ungdommen har blitt gradvis isolert frå eit fellesskap, og framstår åleine med sine utfordringar. Fleire beskriv ungdom som har falt ut frå sitt sosiale miljø. Dei har; innskrenka sosial kontakt, slutta på skule, redusert kontakt med vener, familie og andre. Fleire informantar tar opp ungdommen si redsle for å bli avvist som hindring for deltaking i sosiale aktivitetar og sosial samhandling. Ein informant seier: *«Han har ein venn som han er redd for å ta kontakt med, redd for å vere til «bry». Vi har jobba med vennsksrelasjonar, å tørre å innleie relasjonar til andre, eks. seie «hei» til og snakke med medelevar for å få nye erfaringar med andre. Om noko er for skummelt til å utfordre, jobbar vi med noko som er enklare»*, seier informanten. Ein annan informant seier: *«Me jobbar med å styrke ungdommens evne til å ta kontakt når ting er vanskelege. Har prøvd å kople på ambulante tenester, men det er vanskelege p.g.a. at personane skiftar, og ungdommen veit ikkje kven han møter. Når du har problem med tillit til andre oppleves det vanskeleg at personar du aldri har sett før skal assistere deg gjennom ei krise. Slikt er tilnærma umogleg»*, seier informanten.

Å kople på nære omsorgspersonar blir sett å vere av sær stor betydning når ungdommen har isolert seg med vanskar over tid, og frå-kopling til den ytre verda er stor. Å kople på nære andre blir beskrive som prioritert område for ungdommen. Hjelp til å løyse relasjonelle utfordringar, kommunikasjonsutfordringar, skape forståing mellom nærpersonar.

*«Ungdommen hadde ei oppfatning av at noko han hadde gjort medførte uoppretteleg skade til*

*foreldre, i tillegg var det mange andre forhold som ikkje var på plass. Mykje var knytt til skuld og skam. Og ansvar. Vi måtte hjelpe ungdommen, og familien, til å nøste opp i saker, finne fram til kva som var reelt, og ikkje. Det var ein lang prosess som medførte mange endringar, hadde mange delprosessar. Det blei ein fin prosess for ungdommen».*

For andre har helsemessige utfordringar ført ungdommen inn i einsemd og isolasjon, kor føresette ikkje forstår eller kjenner att ungdommen. Ungdommen skyv andre frå seg alle, og avvisar.

*«At foreldre blei innlagt i post hadde ein betydning for relasjonane innan familien. Foreldra fekk vise omsorg for ungdommen i ein vanskeleg periode, ungdommen måtte forholde seg til pårørande».*

Informantar beskriv tilpassingsprosessar som omhandlar tilpassa skuletilbod, hjelp til orientere seg med omsyn til utdanningsval, nødvendige endringar av betydning for den einskilde.

*«Han var ein av dei som blei ung ufør på grunn av helseutfordringar. Ettersom behandlinga skrei fram fekk han framtidstru. Ville arbeide for å kome i jobb».*

*«Ungdomskuleeleven var ikkje på skulen i halvanna år. Kom inn att i 10. steg, fekk hjelp med utdanningsval til vidaregåande skule og tilpassing ut frå individuelle behov. Ansvarsgruppe kom på plass i denne perioden».*

### 4.3. Respons

Feedback og stadig tilpassing til dei rådande reelle forhold blir av informantane framlagt som respons på arbeidsintervensjon. Å systematisk utforske og eliminere verksame tiltak mot mål bli av informantane vektlagt. Samstundes blir det presisert at det er ein del utanforliggjande faktorar som ein ikkje rår over, som kan innverke på betringssprosessen. Felles for alle informantar er å arbeide mot ei utvikling som gir ungdommen oppleving av å kunne påverke og ta ansvar for eige liv. To informantar gjer greie for at skifte av omsorgsbasis var nødvendig for å ivareta og imøtekome ungdommens individuelle behov, for å sikre tilstrekkeleg, nødvendig utviklingsstøtte i ein utfordrande fase.

Fleire informantar seier at å arbeide med ungdommar med langvarig og tilbakevendande suicidalitet kan kjennast som å arbeide i motbakke over tid, men at det før eller seinare skjer einkvan endring. I mellom tida må ein ha tid, vilje og kompetanse til å investere i ulike arbeidsprosessar og målval som kan vere av betydning for den einskilde.

#### 4.3.1. Terapi

*«Terapeutrolla er mangfaldig og ikkje forbehalde det som skjer i terapirommet»* hevdar fleire informantar. Forhold som blir tillagt stor betydning er like gjerne organisering og tilrettelegging av skule/arbeid, samarbeid med pårørande og hjelpeapparat.

#### 4.3.2. Terapeuten

Å arbeide med sjølvmoordsnær ungdom blir ofte forstått som krevjande arbeid. Å ha erfaring over tid (mengdeerfaring) med problematikk gjer at terapeut oppfattar seg som kompetent i møte med ungdommens utfordringar. Rettleiing og kollegastøtte er av betydning for at informantar har kapasitet til å møte ungdommens behov og utfordringar over tid. Å reflektere over hendingar saman med kollegaer, rettleiing, tydelege mål og klar behandlingsintervensjon blir tillagt betydning for at behandlinga skal kunne møte ungdommens behov for tryggleik og eksponering. Fleire informantar gjer greie for gode og mindre gode arbeidsprosessar. Forhald som kjem fram av betydning for det som blir beskrive som gode prosessar er fleire. At terapeut opplever seg kompetent og beheld tiltru til prosessar trass i vanskelege periodar er viktig for at ungdommen skal behalde tiltru. «*Om ikkje vi held fast i håpet, kven skal då gjere det*», seier ein informant. Informantar nemnar omgrep som dei ser som viktige i møte med ungdommen: *klar, tydeleg, transperant, kunnskap, kompetanse, stabil, stødig, klare forventningar, rammer og grenser for terapi, tole dårlege periodar, ikkje forsere aktivitet ungdommen ikkje er klar for.*

At ansvarlege terapeut har tilstrekkeleg kompetanse, opplevd meistring og formell kompetanse til å ta hand om behandlingssløpet til ungdommen blir nemnt av ein informant som viktig både for ungdommen og for terapeuten.

Terapeutens sjølvavgrensning blir tillagt betydning for at samarbeidsrelasjonen skal bli konstruktiv og endringsfremjande. Her nemnes terapeutens eigen refleksivitet og endringsvilje kring det ungdommen bringar inn i terapi. Å følgje opp ungdommen sine initiativ, men òg å ivareta tydelege og klare rammer for terapi og det terapeut faktisk kan bidra med tar fleire informantar opp.

#### 4.3.3. Struktur og forutsigbarheit i terapi

Samarbeid om sak: Alle informantar vektlegg å lage ein plan, og fortrinnsvis halde på denne. «*Ikkje vingle i behandlingsforløpet*» er det ein av informantane som framhevar. Andre informantar seier at «*det kan vere utfordrande når planen ikkje synes å virke, og resultat lar vente på seg*». Å vere bevisst eiga intensjon i prosessen står i samsvar med ungdommen sin, og ikkje leggje føringar men stadig reflektere årsak-verknad blir påpeika som viktig. Ein informant seier at «*det er fint å sitje på hendene, øve på å vente på ungdommens initiativ og ikkje forsere utan at ungdommen er klar for det*». Ein informant seier at «*frå introduksjonen av ei behandlingsform som kunne vore av nytte for ungdommen blei introdusert og til ungdommen var klar for å ta denne i bruk tok det fleire år*». I mellomtida arbeidde dei med andre forhold som ungdommen var klar for.

Rammer og grensene i terapien er ulik, basert på dei ulike instansane sin rolle og funksjon. Ein informant seier: «*Eg tenkjer eg blir ein dårleg terapeut om eg berre blir opptatt av reglar og*

strukturar. For mange grenser er ikkje greitt, og er det ikkje grenser er det heller ikkje ok. Ein må finne fram til ei mellomveg, det er ein balansegang. Ein annan informant seier: *ungdommen treng tydelege rammer, at nokon set grenser dei kan forhalde seg til og navigere etter. Andre nemnde rådande rammer som individualterapeut; å ha eit begrensa oppdrag inn, det å måtte avgrense hjelp til å omhandle vekeavtalar på tross at ungdommen tidvis kunne tenkt seg å kome dagleg*». Blir det gjort på ein informativ måte med gode forklaringar til, er dette noko ungdommar flest har forståing for, seier informanten. Samarbeid om indre forhold. - Å vere der så lenge ungdommen treng støtte og bistand blir av alle informantar vektlagt. - Å overføre ansvar til andre der ungdom er i behov for vidare oppfølging blir presisert av fleire.

#### 4.3.4. Tiltru til ungdommen som kompetent aktør

Informantane gjer greie for ei optimistisk tilnærming til ungdommen og problema som rår. Dei gjer greie for å ha forståing for underliggjande årsaker som har gitt utfordrande livsvilkår. Informantane speglar ei optimistisk tiltru til at samarbeid om meistring for å styrke ungdommens vilkår ved systematisk arbeide med utfordringar. At terapeut har tiltru til ungdom, samt tru på pågåande behandlingsprosess, blir framheva av informantane som av betydning for at endring og betringssprossar skal kunne skje. Forutsetninga for at det skal skje er samhandlingsprosessar mellom den erfarte kunnskap og den profesjonelle kunnskap. Det blir uttrykt aksept for at ungdommen har det vanskelege, og at det utfallet kan vise seg som mangesidige, ikkje sosialt aksepterte, uttrykk som ofte skapar vanskar for ungdommen.

Det ligg ei grunnhaldning til at ungdommen med støtte kan vere i stand til å ta styring og kontroll i eige liv. Faktorar som blir framheva av informantane er å delta i avgjersle og handlingar som gjeld den einskilde, auke kapasitet til å gjere val som har betydning for ønsker, handling og resultat. Det er å finne løysningar på problem, og deltaking i sosial kontekst på linje med jamaldrande, eller andre ein kan samanlikne seg med. Ein informant speglar haldningar som blir formidla av fleire informantar: *«Uansett kor den einskilde er i prosessen sin er det av betydning å ha styringsrett over eige liv. Ein må bruke den tid som trengs for at ungdommen skal oppleve kontroll, livsmeistring og betring i situasjonen*».

Ein informant seier: *«I periodar når ungdommen ikkje har tiltru til at behandling kan ha betydning då er det viktig at andre har det. Vi kan ikkje slutte å jobbe mot det ordinære livet på tross av at ungdommen har utalte sjølvmondsintensjonar og åtferd. Nokon må halde håpet om det vanlege livet når ikkje ungdommen har dette*». Fleire informantar seier det kan vere utfordrande å sjå, og stå i, at ungdom gjer sjølvdestruktive val. *«Å sjå at ungdommen over tid er i destruktive prosessar, og likevel behalde håp og tiltru kan vere ei utfordring i arbeidet*», beskriv fleire informantar. Fleire informantar seier at *«å stå i det over tid kan overføre kjensla av håpløysse som ungdommen ber på, og at slitasje i*

å stå i dette over tid kan førekome når ein arbeidar tett med ungdommen». «Å ha moglegheit for å overføre vanskelege saker til andre» blir sagt å vere av betydning av fleire informantar.

#### 4.3.5. Kompliserande faktorar for betringsprosessar

Forhald som blir nemnt som kompliserande for betringsprosessar er: mangel på koordinator av tilbod, uklare ansvarsområde og mange forskjellige aktørar frå forskjellige tenestenivå som skal samarbeide, der rollene ikkje er tilstrekkeleg delte. Kompleksitet i ei sak kan bidra til at det internt i tenesteapparatet blir uklare roller med omsyn til kven som skal ha ansvar. Langvarig og tilbakevendande suicidalitet kan ofte utløyse drøfting mellom instansar på kor ansvaret for ungdommen skal plasserast. «Det er viktig er å få systemet kring ungdommen til å fungere og fange opp når ungdommen ikkje har det bra, slik at systemet agerer før situasjonar eskalerer og blir unødige kompliserte» seier ein informant.

Informantane er eintydige i at behandling mot ungdommens vilje er aldri eit godt alternativ, men somme tider nødvendig for å sikre den einskilde gjennom ei akutt krise. Utfordringa for terapeut blir angjeve som evna til å skilje mellom den akutte krise og den vedvarande og langvarig krisetilstand.

## 5.0. Tolking av funn

Funn frå studiet syner seg som i tre gjennomgåande tema i sjølvmondsførebyggjande arbeid med ungdomar med langvarig og tilbakevendande suicidalitetsproblematikk. Det er merkbart nærvær, evne til å få til endring og respons på intervensjon. I denne delen drøftar eg tema som har vist seg i studie med gjeldande teoretisk forståing for problemstilling. Eg tek fram ytterlegare forskning som er av betydning for funna. Til sist i denne delen tar eg opp validitet og reliabilitet att.

### 5.1. Empatisk nærvær, personsentrert intervensjon og autoritativ vaksenstil

Informantane gjer greie for å møte ungdommen i hans livssmerte på eit vis som inviterer til tillit og fortrulegheit. Dei signaliserer å ta ungdommen på alvor ved å lytte, anerkjenne og forstå den andre si livsverd via eiga erfaringsmateriale og faglege forankring. Dei gjer greie for sansinga si plass i rommet, ved å formidle at dei tek inn og fangar opp signal og nonverbale utspel saman med det som er verbalt formidla via språk. Fleire seier det tar tid å undersøkje og finne ut av årsakssamanhengar som ligg til grunn for vanskane ungdommen opplever. Felles er ei anerkjennande haldning til ungdommen.

Informantar gjer greie for ei haldning om å ville alliere seg med ungdom for undersøkje fenomena som resulterer i mangel på livskraft samstundes som dei søker å styrke meistringsressursar. Det står fram som ei personifisering av hjelpeåttferd; å nå inn til den einskilde sine behov og med dette som utgangspunkt legge til rette for intervensjon av subjektiv betydning. Det vert søkt etter heilskap og å finne fram til samanhengar som ikkje er tydelege for ungdommen. Ei eksternalisering av utfordringar

kan ha betydning for reduksjon av skamkjensle. Dei markerer ei forskyving i syn på utfordring, frå å vere problem til å ha problem.

Å anta at ungdommen er rasjonell aktør visar seg i haldninga å utforske årsakssamanhengar som ikkje er tilgjengeleg for ungdommen. Prinsippet om barmhjertigheit trer fram (Gilje & Grimen, 2013).

Prinsippet er basert på forståing av den andre som rasjonell aktør der handlingar som utspelar seg kan forklarast utifrå formål med åtfærd. Ein undersøker forholda mellom meining og handling utifrå prinsippet om fornuftige orsakar til at hendingar, tankar og sansing står fram som det gjer.

Utgangspunktet er at det er fornuft og ein rasjonalitet i dei hendingar som inntreff. Ved tolking av handling og ytring på denne måten visar informant til ei tiltru av fornuftsmessige rasjonale bak handlingar. Funn syner til ei akseptierende, anerkjennande og respektfull haldning til den einskilde. Ved merksam nærvarer visar informantane til prinsipp som likeverd, rettferd og respekt for det unike og ulike. Dei rører ved prinsipp, som ligg til grunn for alle helsefaglege profesjonar; beskytte mot skade, hjelp til å fremje helse og til å ta i bruk eigne ressursar.

Autonomi kjem fram frå alle informantar som sentralt element dei søker å ivareta. Å respektere den einskilde si rett til val er både ein etisk og juridisk rett (Slettebø, 2013). Autonomi er ikkje ein konstant storleik, den blir påverka av rådande tilhøve. Informantane beskriv å leggje til rette for pasientautonomi, ved å fremje val av personleg betydning. Dei gjer greie for å bidra aktivt inn i prosessen med å synleggjere og strukturere, dei eksemplifiserer og legg vinn på å fremje nyansar i tilnærming ut frå den andre sin ståstad. Å ta omsyn til eigne behov er uvant for enkelte. Dei har i større grad tilpassa seg andre framfor å ta omsyn til eigne ønsker og behov. Å ta val kan vere ei utfordring som må forserast og lærast på ny for enkelte. Della Selva (2006, s. 173) omtalar skilnad mellom meistringsåtfærd og psykologisk forsvar. Meistring blir definert på grunnlag av fleksibilitet og medvitne val. Meistringsåtfærd er målretta. Defensiv åtfærd, på den andre sida er rigid og styrt av ikkje-medvitne krefter. Defensiv åtfærd er drive av fortid og førar til eit forvrengt bilete av nåtid, mens meistringsåtfærd er framtidsretta og realistisk orientert til nået. Tilpassing og hjelp i denne prosessen er ein del av myndiggjeringsprosessen, slik fleire informantar beskriv dette.

To informantar gjer greie for når sikringstiltak blir vurdert som nødvendig, og førar til at terapeut i samråd med pårørande overtek der ikkje ungdommen er i stand til å gjere nødvendige val sjølv.

Overtaking av ansvar kvilar på å gjere vel, ikkje skade og rettferdsprinsippet som er andre sentrale prinsipp innan medisinsk og helsefagleg etikk (Ruyter et al., 2014).

Informantane gjer greie for å legge til rette for meistring via forskjellige strategiske intervensjonar av betydning for den einskilde si fremming av autonomi og sjølvråderett. Det vert lagt vekt på stabilisering, kjensleregulering, tryggleik og tillit til å kunne dele den livssmerte som i si ytste konsekvens kan medføre tap av liv. Tillit har samheng med å ha tiltru og truverde til. Tre vesentlege element inngår når ein dømer truverdet; å ha kompetanse, å være ærleg og at du er å

stole på. Å byggje tillit føreset at helsepersonell sikrar stor grad av forutsigbarheit, stabilitet og gjensidig forståing i tilspissa situasjonar (Helene, 2017). Fleire informantar tok opp forhold vedrørande tillit i intervjuet. På tross av å gi uttrykk for ei konsistent, ærleg og truverdig framferd blir dei likevel langt inn i terapiforløpet utsett for ungdommens tvil og testing. Å vere merksamt nærværande kan tolkast som at terapeut er merksam og i stand til å tolke ungdommen sine signal, reagerer raskt, konsekvent og på passande vis. I følgje tilknytingsforskning er sensitiv og responsiv omsorgsåtferd avgjerande for at band skal etablerast mellom mennesker (Brandtzæg, Smith, & Torsteinson, 2019). Hypotesen som ligg til grunn er å imøtekomme forventningar frå ungdom til at terapeut er interessert, hjelpsam og psykologisk tilgjengeleg vil kunne bidra til å utvikle tillitsfulle band og gi grunnlag for tillit til vedkomande når det står fram som konsistent mønster vist og erfart over tid.

#### 5.1.1. Oppsummering

Slik informantane gjer greie for å fylle terapeutrolla kan ein trekkje linjer mot ei autoritativ vaksenstil, dei bygg ein relasjon kor dei meistrar balanse mellom varme og kontroll, dei intervenserer ut frå individuelle føresetnadar, og legg vekt på medverknad.

## 5.2. Endring via samarbeid

Til grunn for å få til endring ligg samarbeidsprosessar. Mistillit til andre, manglande tiltru til at endring kan førekome kjem frå erfaringar og relasjonshistorie. Trygg tilknytning har samanheng med å oppleve seg forstått og sett, samt tillit til eiga oppleving, tankar og vurdering. Tillit visar seg som ungdommen sine tankar om seg sjølv og andre (Wennerberg & Arneberg, 2011, 2015).

Sjølvoppfatning og sjølvkunnskap har betydning for ungdommen si oppfatning av eiga meistring som kompetent eller hjelpeløs i forhold til rådande livsvilkår (Antonovsky & Sjøbu, 2012; Ekeland & Heggen, 2007). Å kome i behandlingsposisjon vil dermed vere avhengig av ungdomens indre arbeidsmodell og ungdommens personlege krav i møte med verda.

Fonagy and Allison (2014) har siste åra bevega seg mot betydinga av epidemisk tillit som føresetnad for tryggleik i terapeutisk arbeid. Dei tenkjer seg at tillit mellom partar må utviklast før terapeutisk intervensjon kan realiserast. Epidemisk tillit kan forståast som den interpersonlege prosess som omhandlar den einskilde si haldning til å ta inn kunnskap frå ein annan person. Det rommar òg forhold i det sosiale miljø, og korleis navigere i dette miljøet (Brandtzæg, Smith, & Torsteinson, 2019). Epidemisk tillit er forstått som den opning ungdommen har til at læring og informasjonsutveksling kan førekome. Den dannar grunnlag for å kome og å vere i bevegelse saman. I materiale mitt kjem det fram at det tar tid å få til bevegelse. Slik kan ein forstå at individuelle føresetnadar for tillit er ulike, og grad av epidemisk tillit vil ha betydning for korleis prosessen skrur fram. I følge Fonagy and



Allison(2014) er tilknytingsmønstre av betydning, men ikkje føresetnad for utvikling av epistemisk tillit. Epidemisk tillit kan òg grunnfestast hjå personar med uttrygg tilknytingsstil.

Studiet mitt visar til terapeutisk intervensjon kring styrking av motstandsressursar. Informantane gjer greie for å styrke sosial støtte ved å kople til viktige andre, samt å reetablere og normalisere dagleglivet. Det er ei blanding av ytre tilrettelegging samstundes med indre arbeid med rådande utfordringar. Å minske avstand til ungdomsgruppa har samanheng med å ungdommens oppleving av å høyre til, oppleve meistring av dagleglivet. Det skapar struktur, forutsigbarheit, og signaliserer forventning til at ungdom, trass utfordringar, har læringskapasitet og meistringspotensiale. Læring er komplekse fenomen som inneber endring av tankar, kjensler og måtar å samhandle med andre på. Å forhalda seg til og tilpasse seg dei mange ulike krav og omgjevnader er ei føresetning for deltaking i sosiale settingar og samfunn. Å ha tillit til eigen dugleik heng saman med kapasitet til å nytte eiga meistringskapasitet samt tidlegare meistringserfaringar (Bandura, Barbaranelli, Caprara, & Pastorelli, 2001; Vygotsky, 1978). Nokre ungdommar har ikkje tilgang på eiga meistringskapasitet. Maladaptive strategiar erstattar adaptive mønster, og syner seg som sjølvbeskyttande forsvarsmekanismar. Grunnleggjande mistillit til tilknytingspersonar og framande kan forståast som epidemisk vaktsemd. Å verken ha tillit til eiga eller andre si kompetanse kan føre til vedvarande og endelaus søking etter epidemisk tillit (Brantzæg et al., 2019). Mentalisering og gjenkjenning av ungdommens vaktsemd kan i følgje Fonagy and Allison(2014) deaktivere klientens epistemiske vaktsemd i terapeut-klient-relasjonen og på sikt gi innverknad i andre relasjonar. Slik kan relasjon mellom terapeut og klient forståast som nøkkelen til å utforske verda frå klientens perspektiv. At ungdommen blir open og mottakeleg for terapeuten kan dernest gi ei opning for andre sine perspektiv. Sjølv om personleg tillit kan vere hardt ramma kan ungdommen likevel finne ut at verden er ein stad kor ein kan prøve, øve og utvikle seg (Fonagy & Allison, 2014).

I studie mitt viser fleire til å arbeide med indre og ytre forhold over tid for å få til endring. Fleire informantar visar til å systematisk arbeide med delprosessar som på sikt skal føye seg inn i eit overordna heile. Individuell tilnærming blir sett på som komponent for seinare deltaking i gruppeintervensjonar. Ein informant seier han arbeidde lenge med stabilisering og toleransevindaug slik at ungdommen skulle få reiskap for å roe ned seg sjølv før informanten gjekk vidare til anna terapeutisk intervensjon. Det handlar om å leggje forhalda til rette for å arbeide med ungdommens underleggjande utfordringar. Såleis gjer informant greie for bruk av helsepedagogiske grep som kan deaktivere epidemisk vaktsemd. Å bruke modellar som illustrerer, utdjupar, forklarar og beskriv bruksområde til å tolke hendingar ved respons på ungdommens betraktningar på ein kontingent og adekvat måte verkar som illustrerande (*ostensive*) signal i ein terapeutisk kontekst. Modellar presentert saman med presis forståing og klientens ønskjer og intensjonar kan vekke ei kjenslemessig

reaksjon i klient. Kort tid inne i terapi kan ungdommen kjenne seg sett og forstått. Ein slik start er av betydning då den kan virke deaktiverande på den epidemiske vaktsemda. Ved bruk av modellar kan ein opne for læringsprosess fordi den kjennes som opplevd og følt sanning, modellen kjennes presis, gir meining og ungdommen kjenner seg forstått. Ein kan forstå dette som erfart opplevd samanheng. Modellen gir meining, ungdommen forstår seg sjølv og andre betre. Den gir innsikt til å ta grep om stress, gir større forståing av prosessar vedrørande relasjon.

Studiar viser at resultat av terapi med å styrke evne til mentalisering har samanheng med fokusert strategi for terapiens mål, samt å tørre å utfordre klient til å nå målval for behandling (Folmo, Karterud, Kongerslev, Kvarstein, & Stånicke, 2019). Andre studiar (Woodhouse, Lauer, Beeney, & Cassidy, 2015) visar at terapeutisk varme ved stress og sårbarheit, samstundes med støtte til å ta opp vanskelege tema er dei mest effektive terapeutintervensjonar. Dei som er negative og skeptiske i relasjonen til klienten fasiliterer i lita grad vanskelege tema.

Informantane gjer greie for at ungdommar har isolert seg, og framstår åleine med sine utfordringar. Sosial støtte, og utviklingsstøtte frå pårørande eller andre blir sett som sentralt for at ungdommen skal oppleve hjelp til utfordringane sine. Ungdommar er formelt sett barn, med innskrenka erfaringar i livet. Dei treng å bli ivaretatt av ansvarlege vaksne, likeså treng dei tilhøyrighet til andre. Spørsmålet er korleis ein kjem frå isolasjon, håpløyse og mangel på tiltru over til autonomi, deltaking og myndiggjering?

Når epistemisk vaktsemd vert redusert kan det opne for at to sinn kan arbeide saman mot ungdommens mål. Prosessen er gjensidig, det skjer utveksling av perspektiv, forståing av andre-perspektiv, ein kan lære av andre og kjenne att den andre si agens. Målet er å fremme reflekterande funksjon, prosessen er ikkje berre kognitiv og verbal eller berre eksplisitt. Ved å følgje klientens tankar og kjensler vil ungdommen oppleve seg som agent. Terapeut kan markere og anerkjenne ungdommen si oppleving og rådande emosjonar. Gjennom å bli reflektert om blir den reflekterande ståstad synleg for ungdommen, og terapeut kan fungere som modell. Korleis terapeut gjer nytte av tankar og kjensler av relevant betydning for ungdommen vil kunne danne oppleving av samanheng og meining, interessa som blir vakna kan ha samanheng med kor vidt ungdommen opplever tematikken som relevant, gir samanheng, forståing og dernest meining. På dette viset framstår terapirommet, og den terapeutiske kontekst som endrings,- og læringsarena, først ved å fremje refleksivitet innanfor den terapeutiske ramme, dernest med å auke ungdommens læringspotensiale i ei breiare sosial kontekst. Kanskje kan ein forstå den utviklingsfremjande terapi som ei kraft som set i verk prosessar som under vanlege høve inntreff naturleg.

Å få til rørsle vil medfører å forlate ei oppfatning til fordel for å kunne foreta val som kan medføre alternave utfall. Ei pedagogisk utfordring for terapeuten er å vite når ein skal gå over til å utfordre.

Ein informant seier «*går ein for fort fram i behandlingsprosessen streikar ungdommen*». Det støttar oppfatninga som er rådande: å presse på kan leie til brot i samhandling, at ungdommen ikkje opplever seg følt eller forstått. Brot i samhandlingssituasjonar vil inntreffe, og kan ofte reparerast. Diskrepans mellom ungdommens og terapeutens mål kan medføre at ungdommen ikkje blir møtt på behov, og medføre brot i allianse. *Å følgje opp ungdommens initiativ* er å følgje ungdommens tempo. Støtte og utfordring med utgangspunkt den einskilde si ståstad er av betydning for at ungdommen skal oppleve intervensjonen som styrkjande, og dernest gi håp og tiltru til at personleg meistringskraft kan realiserast.

### 5.2.1. Oppsummering

For at endring skal inntreffe må grunnlaget for epidemisk tillit styrkjast, samstundes som epidemisk vaktsemd blir reduserast. Helsefremjande intervensjon synes å ha samanheng med læringsintervensjonar knytt til sosiale og individuelle ikkje-innfridde behov. Å vekke ungdommens motivasjon er av betydning for at bevegelse skal inntreffe. Autonomi, kompetanse og sosial tilhøyrigheit har nær samanheng med grunnleggjande menneskelege behov, og har betydning for psykisk helse og velvære. Styrking av OAS blir dermed ei føresetnad for at motivasjon vert styrka, og endringsåtferd kan inntreffe.

Ein ser terapeuten si rolle går i retning av å leggje til rette for, synleggjere og støtte opp om endringsåtferd med ulike alternative strategiar som kan vere til nytte for den einskilde. Slik kan ein sjå terapeutrolla som ein motivator og som ein pedagogisk tilrettelegger for læring i like stor grad som behandlar av maladaptive mønstre.

### 5.3. Respons: Balansen mellom det refleksive og stringente i behandlingsintervensjon

Det individuelle aspektet ved terapeut bidreg med ulike føresetnadar inn i intervensjon. Tilnærminga til problematikkk informantane visar til er eit transdiagnostisk perspektiv med utgangspunkt i å forstå og intervenere i forhold til dei mange faktorar som synar seg som ulike symptom og livssmerte. Underliggjande orsakar blir forstått som emosjonell smerte. Dei kan syne seg som internaliserte (depresjon, angst) eller eksternaliserte (sinne, avmakt) uttrykksformer.

Terapeutar har ulik kapasitet for å arbeide med forsvarsmekanismar. Forsking visar til at terapeut med høgt mentaliserande, refleksjon-, og funksjons nivå ser ut til å ha betydning for prosessar og utfall av terapi (Cologon, Schweitzer, King, & Nolte, 2017). I tillegg visar det også å ha betydning for å skape epidemisk tillit. Å reflektere i den terapeutiske kontekst er anna enn i den sosiale verda. Refleksjon i terapeutisk kontekst som metode er å etablere epistemisk tillit til ungdommen. Metoden har som mål å hjelpe ungdommen ut av rigide og fastlåste handlingsmønster, tankemåtar eller tilstandar (Brandtzæg et al., 2019). Ulike terapeutar vil i varierende grad fange opp, validere og forstå den einskilde si subjektive oppleving. Å erfare at subjektiv oppleving blir forstått er i følgje Fonagy, Campbell, and Bateman (2017) nøkkel til læring og kan potensielt forandre korleis sosiale relasjonar

fungerer. Slik er mentalisering, refleksjon og epistemisk tillit vevd saman, terapeut må verdsette ungdommens subjektive oppleving, og anerkjenne pasient som agent.

Terapeuten si ståstad som reflekterande person blir først interessant for ungdommen når terapeut gjer bruk av tankar og kjensler slik at dei får ein sosial relevans. Først då kan terapirommet framstå som endrings-, og lærings- arena (Fonagy et al., 2017). Epistemisk tillit gjer utforskning, læring og utvikling av mentaliserande kapasitet mogleg innanfor ramen av relativt lågt aktiviseringsnivå. Informantane viser til at det er ulikt kor ungdommen er i sjølvordsprosessen. To informantar tek opp utfordringar knytt til mangel på autonomi der ungdom er innlagt i døgnavsnitt mot sin vilje og i liten grad er i stand til å inngå samarbeide med andre om eigne helseprosessar. Mangel på samarbeid i målval og prosess er utfordrande både for ungdom og det terapeutiske miljøet. Å hindre menneske frå sjølvdestruktive sjølvordshandlingar blir sett på som ei plikt, samstundes som ytre aktiv inngripen kan bidra til funksjonsskolaps der ungdommen overlèt ansvar for eige liv til profesjonelle. Slike prosessar kan innehalde element som, framfor å bidra til autonomi, kan medføre ytterlegare forverring av underliggjande problematikk. I verste fall kan det medføre ytterlegare traumatisering for pasienten blir det hevda av informantar. Slike prosessar blir beskrive som destruktive og komplekse å reversere for alle involverte partar. To forhold angående autonomi blir aktualisert via intervjuet. Det eine er utilsikta konsekvensar (retraumatisering) for ungdommen, det andre er ei ytre forventning frå pårørande/andre samarbeidspartnarar om at hjelpeapparatet skal opplevast som kurativt ved å kunne vise til eit vellukka sluttresultat. Å problematisera forhold speglar seg i informantane sine refleksjonar kring forløp med kompleksitet som har vore til utfordrande for dei skal forvalte å gi hjelp. Tydelege funn som kjem fram er at komplekse forløp kan leie til auka kompetanse for framtidige forløp. To informantar er tydeleg med omsyn til at når slike erfaringar blir reflekterte kring i kollegagrupper blir dei betre i stand til å møte utfordringane ungdommen står i, samt at erfaringslæringa blir implementert til komande behandlings- intervensjonar. Psykologisk tryggleik i gruppa, å drøfte, reflektere og einast om målval, i kort og langsiktig perspektiv, blir løfta fram som avgjerande for å få til endringar som kan vere av betydning for ungdommen. Fleire seier det har avgjerande betydning for å arbeide med problematikk over tid.

Studiet mitt visar til haldningar og verdiar som vil fremje autonomi og styrkje den einskilde i dei utfordringar som rår, samstundes vises det til at endringsarbeid tar tid. Læring av nye dugleikar er hardt arbeid, mange erfaringar skal gjerast fleire gonger for at endring skal inntreffe. Informantane visar til at det kan vere frustrerande å sjå at ungdom gjer gjentekne dårlege val utan at endring synes å inntreffe. Også forskning (Rayner, Blackburn, Edward, Stephenson, & Ousey, 2019) visar at terapeutar kan erfare kjensle av håpløysse og redsle når maladaptive åtferdsuttrykk varer ved trass i omfattande behandlingstiltak. Studiar visar at hjelpeåtferd ikkje alltid førar fram. Dei visar til at aksept og ikkje-dømmende haldning er av betydning i eit langvarig behandlingsperspektiv. Trass i

haldning og verdisyn som visar til aksept og forståing for dei mangfaldige vis livssmerte synar seg på, er det ikkje utenkjeleg at den terapeutiske intervensjon og behandlingstiltru kan påverkast i negativ lei grunna mangel på effekt av intervensjon. Skilnaden mellom håpsfremjande intervensjon og anna intervensjon kan dermed tenkjast å ha samanheng med terapeuten si evne til å stå i situasjon over tid, bevare tiltru og ikkje gi opp intervensjon trass i at resultat kan la vente på seg.

Sjølvmordsførebyggjande arbeid er ei felles sak som fordrar samarbeid mellom fleire aktørar. Kommunikasjonen mellom aktørane er reiskapen for ein felles agens, for innhald i sak og relasjonelle tilhøve. Føresetnadar for å lukkast i samarbeidsrelasjonar er å klargjere desse ulike forholda tilstrekkeleg mellom partane og einast om intervensjon av betydning for ungdommen. Det fordrar ei medviten haldning til kva den einskilde aktør bidreg med i sak og relasjon.

Baldwin, Wampold, and Imel (2007) visar at terapeut sitt bidrag inn i terapi har størst betydning for utfall. Kjenneteikn ved dei gode terapeutiske forløp er fleksible, empatiske, alliansebyggjande terapeutar. Dei er fagleg kompetente, ber om tilbakemeldingar, arbeidar saman med andre, og formidlar håp, tru og oppmuntring. Dei er opptekne av fagleg funksjon og beste praksis. Ein ser at personlege eigenskapar samt evne til å tileigne seg dugleik har betydning for innhald og utfall av intervensjon.

Studiet mitt visar at terapeutisk intervensjon er omfattande og krev tiltak på ulike nivå samstundes. Å lage ein plan saman med ungdommen, utarbeide arbeidshypotesar med strategiar, og dernest forfølge planen med utforsking, naudsynnte justeringar og vidare arbeid saman med ungdom og samarbeidspartnarar. Ein kan forstå dette som fagleg tryggleik, planmessigheit og klar oppfatning av eige bidrag inn i arbeidsalliansen. Dette synar seg som toleranseevne til å vere saman med ungdommen i prosessar over tid, vel vitande om det usikre faktum som rår ved intervensjon; å ikkje kunne føresjå om, eller når, behandlinga førar fram til endring av betydning for ungdommen. Vegen til endringsarbeid oppstår i kommunikasjonen som inntreff mellom partane, og samsvaret mellom den indre oppleving og den ytre realitet. Fagleg kompetanse og erfaring, å kjenne ungdommen over tid gir tryggleik og oppleving av meistring av terapiforløp synes å ha avgjerande betydning for skjønsmessige vurderingar i tråd med ungdommen si oppleving av indre og ytre utfordringar.

### 5.3.1. Oppsummering

Ein kan dermed forstå at håp om betringprosessar har samanheng med iverksett intervensjon kring gjeldande problematik. Å setje i verk sikringstiltak, når ungdommens eigentlege behov er tryggleik og meistring kan i ei åtferdsteoretisk forståingsramme føre til forsterking av ungdommens mangel på tryggleik, vedvarande kjensle av håpløyse og maktesløyse over ikkje å ha blitt møtt, forstått eller tatt

på alvor i rådande problematikk. I så måte kan ein forstå det som naturleg følge at åtferdskommunikasjon vil stige ytterlegare, og problematikken blir ytterlegare stadfesta og fastlåst i maladaptive handlingsmønster.

Terapeutens evne til å nytte metodisk intervensjon basert på fagleg kompetanse og skjønn, å tole usikkerheit i situasjon og likevel behalde tiltru til behandlingsprosess er av betydning for å snu negative prosessar til betringspotente prosessar.

#### 5.4. Validitet i studie

Studie er gjort ved ulike avsnitt i psykiatrisk klinikk. Informantar tilsett ved forskjellige avsnitt har gjort greie for sine erfaringar om håp om betringprosessar frå klinisk sjølvmoedsførebyggjande arbeid. Informantane sine erfaringar samsvarar tematisk i hovudsak ad problemstilling, dei speglar nyansar over same tema. Problemstillinga inviterte til deling av erfaringar som inneheld håp og tiltru til tilfriskningsprosessar. På dette viset blei det på eit vis utelukka problematisering av utfordringar arbeidet inneheld. Trass i dette visar informantar at arbeidet er komplekst og ikkje eintydig. Eg har ikkje problematisert dette i framstillinga. Det kan sjåast som ei svakheit ved studiet.

Å behandle resultat åleine kan medføre at datamateriale manglar problematisering av eiga forståingshorisont og korleis dette kan ha gjort seg gjeldande i presentasjon av materiale. Trass i at ein er observant på denne feilkjelda, kan likevel mangel på utfordringar kring eigne vurderingar ha gjort seg gjeldande.

Studie er forankra i anerkjent metode som likevel gir betydelege individuelle valhøve kring kva resultat ein ser etter. Loggen frå innsamlinga visar at informantane i hovudsak tek opp og omtalar dei same verksame behandlingselementa for at betringprosessar skal kunne inntreffe. Dette styrkar truverde. Eg gjorde nytt litteratursøk etter at studie var gjennomført og finn samanlikningsgrunnlag knytt til fleire aspekt ved eiga studie.

#### *Reliabilitet*

Kvalitative studiar har ikkje same krav til reliabilitet som kvantitative studiar. Med utgangspunkt i eigne funn og forskning gjort på denne gruppa er det grunn til å tru at annan forskar ville kome til variasjonar over tilsvarande resultat som med nyanseskilnadar ville kunne samsvare med presenterte funn.

## 6.0. Avsluttande kommentar

Studie mitt visar at sjølvmoedsførebyggjande arbeide er intervensjon retta mot den einskilde ungdom, og arbeid med systemiske forhold av betydning for at ungdommen opplever meistring og meining, tilhøyrighet og ei oppleving av å ha ein rettmessig plass i verda.

Allianse med ungdommen er ein forutsetning for å kome i behandlingsposisjon til på kunne hjelpe ungdommen med utfordringane som rår. Å svekke epidemisk vaktsemd og styrke epidemisk tillit vil ha betydning som grunnlag for endring kan førekome, og grunnlaget for at motivasjon til endringsåtfærd kan fremjast og håp om betring kan seiast å vere til stades. Erfaring med at terapeutisk intervensjon gir personleg meining og dernest har innverknad på funksjon i kvardagen kan sjåast som grunnlag for at motivasjon vekkjes, at tiltru og eigeninnsats blir styrkja slik at endring kan førekome.

Å reetablere tiltru til eigne føresetnadar og meistring blir knytt mot å støtte og motivere ungdommen med å gjenfinne kontroll, forutsigbarheit og meining ved tilvære.

Mange vegar førar til Rom. Intrapersonleg intervensjon som tek utgangspunkt i ungdommens indre og ytre forhold har betydning for at ungdommen skal opplevd tiltru til betringsprosessar. At terapeut blir opplevd som støttande og ber håp når ikkje ungdommen har dette sjølv er av betydning for at ungdommens eigne meistringsressursar til styrking skal vekkjast og vedlikehaldas. Autoritativ terapeutstil er kjenneteikna ved balansen mellom støtte og utfordring, varme og kontroll. Den innbyr til tryggleik ved å, med utgangspunkt i individuelle føresetnadar, lage ein farbar plan for at betringsprosessar kan inntreffe.

Kan hende er Lauveng (2005) inne på noko sentralt når ho seier: Ein realistisk plan treng ikkje håp, den kan kvile på sin realisme. Det er når alt ser heilt umogleg ut at ein treng håpet.

Folk er ulike, har ulike ressursar og har ulik tilgang til støtte i sitt opphavslege miljø. Å vere der så lenge ungdommen har behov for det er, så langt det lar seg gjere, ei synleggjering av den overordna visjonen for alt førebyggjande sjølvmondsarbeid: *Eit kvart liv er verdifullt, og vi har ingen å miste.*

## 6.1. Implikasjonar og vidare forskning

Spørsmål som søkjer svar og finn sine årsaksforklaring og forståingsmodellar blir ofte følgt med nye spørsmål og undringar. Også dette studiet gjer det.

Vi veit ein del om eigenskapar ved terapeuten som er av betydning for at terapi skal fungere håpsfremjande, og bli til nytte og gagn for den einskilde. Mitt spørsmål vidare er korleis å ruste terapeutar til å fremje håpsdannande terapi? Kan ein finne fram til spesifikk og generell dugleik av betydning for det sølvmondsførebyggjande arbeidet og styrkja den hjå den einskilde slik at progresjon av betydning vert innfridd. Både for den einskilde terapeut og dernest ungdom?

I så er det nærliggjande å spørje kva slags dugleik som er av betydning for danning av håp om betringsprosessar hjå mennesker med langvarig og tilbakevendande suicidalitetsproblematikk?

Slikt kan ein undre seg over. Med utgangspunkt i menneske som lærande og erfarande gjennom livsløpet, kan det neppe herske tvil om at systematisk styrking av terapeutisk dugleik vil kunne frigjere ytterlegare terapeutisk potent materiale, som i neste omgang vil kome både pasient og terapeut til gode.



## Bibliografi

- Andrews, T. (1999). Pulled between contradictory expectations: Norwegian mother/child service and the 'new' public health discourse. *Critical Public Health*, 9(4), 269-285.
- Andrews, T. (2003). "Nytt" ideologisk grunnlag for forebyggende helsearbeid. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 6(1), 30-42.
- Antonovsky, A. (1979). Health, stress, and coping.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.
- Antonovsky, A., & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium : den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(6), 842.
- Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G. V., & Pastorelli, C. (2001). Self-efficacy beliefs as shapers of children's aspirations and career trajectories. *Child development*, 72(1), 187-206.
- Barneombudet. (2020). *De tror vi er shitkids. Barneombudets rapport om de som bor på institusjon*. Oslo: Barneombudet
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: a practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Focus*, 11(2), 261-268.
- Bateman, A., Fonagy, P., Skårderud, F., & Karterud, S. (2007). *Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse : en praktisk veiledning*. Oslo: Arneberg forl.
- Beck, A. T., Brown, G. K., Steer, R. A., Dahlsgaard, K. K., & Grisham, J. R. (1999). Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29(1), 1-9.
- Berg, S. H. (2020). Safe clinical practice for patients hospitalised in mental healthcare during a suicidal crisis. In: Stavanger: Universitetet i Stavanger.
- Bertolote, J. M., & Wasserman, D. (2009). Development og definition og suicidal behaviors. From suicidal thoughts to completed suicide. In C. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Oxford textbook og Suicidology and Suicide Prevention, A global perspective* (pp. 87-90). Oxford: Oxford University Press.
- Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(5), 452-459.
- Borg, M., & Topor, A. (2014). *Virksomme relasjoner : om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser* (3. rev. utg. ed.). Oslo: Kommuneforl.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss : 1 : Attachment* (Vol. 1). New York: Basic Books.
- Brantzæg, I., Smith, L., & Torsteinson, S. (2019). *Barn og relasjonsbrudd : tilknytningsbasert forståelse , utredning og behandlingstiltak*: Bind 2 : Mikroseparasjoner. In: Oslo: Fagbokforlaget.
- Callahan, D. (1973). The WHO definition of 'health'. *Hastings Center Studies*, 77-87.
- Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological medicine*, 33(3), 395.
- Cleary, A., & Dowling, M. (2009). The road to recovery. *Mental Health Practice*.
- Cologon, J., Schweitzer, R. D., King, R., & Nolte, T. (2017). Therapist reflective functioning, therapist attachment style and therapist effectiveness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(5), 614-625.
- Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M., & Evans, A. C. (2005). Recovery in serious mental illness: A new wine or just a new bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 480.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial rehabilitation journal*, 11(4), 11.

- Della Selva, P. C. (2006). *Intensive short-term dynamic psychotherapy : theory and technique*. London: Karnac.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2020). *Handlingsplan for forebygging av selvmord, 2020-2025 Ingen å miste*. Oslo
- Dieserud, G. (2000). *Suicide Attempt: Unsolvable Lives?* : Department of Psychology, University of Oslo.
- Ekeland, T.-J., & Heggen, K. (2007). *Meistring og myndiggjering : - reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Everett, B., & Gallop, R. (2000). *The link between childhood trauma and mental illness: Effective interventions for mental health professionals*: Sage Publications.
- Folmo, E., Karterud, S., Kongerslev, M., Kvarstein, E., & Stänicke, E. (2019). Battles of the comfort zone: modelling therapeutic strategy, alliance, and epistemic trust—a qualitative study of mentalization-based therapy for borderline personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *49*(3), 141-151.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, *51*(3), 372.
- Fonagy, P., Campbell, C., & Bateman, A. (2017). Mentalizing, attachment, and epistemic trust in group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, *67*(2), 176-201.
- Fredriksen, K. J., Schaufel, M. A., Johannessen, J. O., Walby, F. A., Davidson, L., & Schoeyen, H. K. (2020). Preventing Suicide among Psychiatric Inpatients with Psychotic Depression. *Psychiatr Q*, *91*(1), 223-236. doi:10.1007/s11126-019-09677-6
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of advanced nursing*, *16*(3), 354-361.
- Gilje, N., & Grimen, H. (2013). Samfunnsvitenskapelige forutsetninger. *Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*, 15.
- Gratz, K. L. (2003). Risk Factors for and Functions of Deliberate Self-Harm: An Empirical and Conceptual Review. *Clinical psychology (New York, N.Y.)*, *10*(2), 192-205. doi:10.1093/clipsy.bpg022
- Gulbrandsen, P. (2000). Styrking—det rette norske begrep for empowerment? *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Hagen, J., Knizek, B. L., & Hjelmeland, H. (2018). Former suicidal inpatients' experiences of treatment and care in psychiatric wards in Norway. *International journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *13*(1), 1461514.
- Hammer, J., Heggdal, D., & Ludvigsen, K. (2020). Inn i katastrofelandskapet—erfaringer fra basal eksponeringsterapi. *Oslo: Abstrakt forlag*.
- Hawton, K., & Van Heeringen, K. (2000). *The international handbook of suicide and attempted suicide*: John Wiley & Sons.
- Helene, I. (2017). Troverdighet før tillit. *Nytt norsk tidsskrift*(3), 317-323. doi:10.18261/issn.1504-3053-2017-03-09
- Heller, N. R. (2015). Risk, hope and recovery: Converging paradigms for mental health approaches with suicidal clients. *The British Journal of Social Work*, *45*(6), 1788-1803.
- Helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* Oslo fagtrykkeri
- Helsedirektoratet. (2014). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading, 2014-2017* Helse og omsorgsdepartementet. ( 2012–2013). *Stortingsmelding 29 Morgendagens omsorg*.
- Statens helsetilsyn (1998). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Oslo: Oslo: Elanders forlag.
- Henriksson, M. M., Aro, H. M., Marttunen, M. J., Heikkinen, M. E., Isometsa, E., Kuoppasalmi, K. I., & Lonnqvist, J. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *American journal of Psychiatry*, *150*, 935-935.
- Herrestad, H. (2009). Om begrepet håp. *Suicidologi*, *14*(1).
- Hjort, P. F. (1994). *Helse for alle! : foredrag og artikler 1974-93* (Vol. nr U 1 1994). Oslo: Folkehelse.

- Israel, B. A., Checkoway, B., Schulz, A., & Zimmerman, M. (1994). Health education and community empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control. *Health education quarterly*, 21(2), 149-170.
- Jacobson, N., & Curtis, L. (2000). Recovery as policy in mental health services: Strategies emerging from the states. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(4), 333.
- Jobes, D. A. (2000). Collaborating to prevent suicide: a clinical-research perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(1), 8-17.
- Kayed, N. S., Jozefiak, T., Rimehaug, T., Tjelflaat, T., Brubakk, A.-M., & Wichstrøm, L. (2015). Resultater fra forskningsprosjektet Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2011, 2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lauveng, A. (2005). *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: Cappelen.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*: Springer publishing company.
- Linehan, M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford. In: New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry*, 48(12), 1060-1064.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry*, 63(7), 757-766.
- Linehan, M. M., & Heard, H. L. (1993). Impact of treatment accessibility on clinical course of parasuicidal patients-reply. *Archives of general psychiatry*, 50(2), 157-158.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Marttunen, M. J., Aro, H. M., & Lönnqvist, J. K. (1993). Precipitant stressors in adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(6), 1178-1183.
- McAllister, M. (2003). Multiple meanings of self harm: A critical review. *International journal of mental health nursing*, 12(3), 177-185.
- Mehlum, L., & Sjøbu, A. (1999). *Tilbake til livet : selvmordsforebygging i teori og praksis*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Mellesdal, L., Mehlum, L., Wentzel-Larsen, T., Kroken, R., & Arild Jørgensen, H. (2010). Suicide risk and acute psychiatric readmissions: a prospective cohort study. *Psychiatric services*, 61(1), 25-31.
- Monsen, N. K. (1992). *Under godhetens synsvinkel: livsfilosofiske essays*: JW Cappelen forlag.
- Mæland, J. G., & Mæland, J. G. (2021). *Forebyggende helsearbeid : folkehelsearbeid i teori og praksis* (5. utgave. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ochocka, J., Nelson, G., & Janzen, R. (2005). Moving forward: negotiating self and external circumstances in recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(4), 315.
- Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O., & Cook, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 9.
- Qin, P. (2018). Selvmord i Norge. *Suicidologi*, 23(3).
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and life-threatening behavior*, 32(2), 146-157.
- Rayner, G., Blackburn, J., Edward, K. I., Stephenson, J., & Ousey, K. (2019). Emergency department nurse's attitudes towards patients who self-harm: A meta-analysis. *International journal of mental health nursing*, 28(1), 40-53.
- Retterstøl, N. (1995). *Selvmord* (5. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget

- Ruyter, K. W., Førde, R., & Solbakk, J. H. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rydén, G., & Wallroth, P. (2011). *Mentalisering: å leke med virkeligheten*. Oslo: Pax.
- Shaffer, D., & Pfeffer, C. R. (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*(7), 24S-51S.
- Shneidman, E. (1985). *Definition of suicide* USA: Rowman & Littlefield Publishers, INC.
- Shneidman, E. S. (1990). The commonalities of suicide across the life span. In A. A. Leenaars (Ed.), *Life span perspectives of suicide. Timelines in suicide* (pp. 39-52): Springer.
- Simmons, S. J. (1989). Health: a concept analysis. *International journal of nursing studies, 26*(2), 155-161.
- Skårderud, F. (2006). Skrift i hud. *Rus & avhengighet, 3*.
- Skårderud, F. (2008). Kropp, kompleksitet og kompetanse. Et mentaliseringsbasert perspektiv på spiseforstyrrelser, selvskade og rus. I P. Nygren & H. Thuen (Red.). *Barn og unges kompetanseutvikling, 211-220*.
- Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk* (6. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Spreitzer, G. M. (1995). Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement, and validation. *Academy of management Journal, 38*(5), 1442-1465.
- Stangeland, T. (2012). Når sikreste behandling ikke er beste behandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 49*(2), 138-144.
- Stangeland, T. (2016). I skyggen av selvmordsrisiko [In the shadow of suicide risk]. *Scandinavian Psychologist, 3*.
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: W.W. Norton.
- Stevenson, H. M., & Burke, M. (1991). Bureaucratic logic in new social movement clothing: the limits of health promotion research. *Health Promotion International, 6*(4), 281-289.
- Stuart, S. R., Tansey, L., & Quayle, E. (2017). What we talk about when we talk about recovery: a systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. *Journal of Mental Health, 26*(3), 291-304.
- Sutton, J. (2007). *Healing the hurt within : understand self-injury and self-harm, and heal the emotional wounds* (3rd rev. and updated ed. ed.). Oxford: Howtobooks.
- Target, M., & Fonagy, P. (1996). Playing with reality: II. The development of psychic reality from a theoretical perspective. *Int J Psychoanal, 77*, 459-479.
- Tellnes, G. (2007). Salutogenese—hva er det. *Michael, 4*(2), 144-149.
- Tetzchner, S. v. (2012). *Utviklingspsykologi* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk : helsekompetanse og brukermedvirkning* (2. utgave. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S., & Boge, K. (2014). *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk: nye perspektiver*: Gyldendal akademisk.
- Tørmoen, A. J. (2017). Self-Harm among Adolescents: From Identification to Tailored Treatment. In Oslo. Universitetet i Oslo
- Vygotsky, L. (1978). Interaction between learning and development. *Readings on the development of children, 23*(3), 34-41.
- Wallerstein, N. (1999). Power between evaluator and community: research relationships within New Mexico's healthier communities. *Social Science & Medicine, 49*(1), 39-53.
- Wennerberg, T., & Arneberg, T. J. (2011). *Vi er våre relasjoner*. Oslo: Arneberg.
- Wennerberg, T., & Arneberg, T. J. (2015). *Selv og sammen : om tilknytning og identitet i relasjoner*. Oslo: Arneberg.

W.H.O. (1986). *The Ottawa charter for health promotion*. Geneva: WHO W.H.O. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: WHO.

W.H.O. (2006). *What is the evidence of effectiveness of empowerment to improve health?* Geneva, WHO

Woodhouse, S. S., Lauer, M., Beeney, J. R., & Cassidy, J. (2015). Psychotherapy process and relationship in the context of a brief attachment-based mother-infant intervention. *Psychotherapy, 52*(1), 145.

## Vil du delta i forskingsprosjektet

### «Forteljingar om håp»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskingsprosjekt der formålet er å undersøke forteljingar om håp frå sjølvmondsforebyggjande terapi. I dette skrivet gir vi deg informasjon om måla for prosjektet og kva deltaking vil bety for deg.

#### Formål

Som ein del av masterutdanninga i relasjonsarbeid er det i siste del av studiet krav til ein monografi eller artikkel basert på eit sjølvvalt tema med relevans til det valte helsefaglege område. Tema eg har valt for forskingsprosjektet mitt er: Helsefremjande intervensjon for ungdom med tilbakevendande suicidalitetsproblematikk.

I dette studiet er eg interessert i å samtale med terapeut om erfaringar frå terapi som hadde håpsfremjande utfall for ungdommen. Eg er interessert i forteljingar frå di praksis der intervensjon hadde betydning for tilfriskning, og refleksjon om verksame behandlingselement i desse prosessane.

#### Kven er ansvarleg for forskingsprosjektet?

Stavanger universitetssjukehus, klinikk for psykisk helsevern er ansvarleg for prosjektet.

#### Kvifor får du spørsmål om å delta?

- Du har erfaring frå denne type terapi
- Du arbeidar innan psykisk helse; døgn, poliklinikk eller ambulant teneste
- Du har lyst å dele ei terapi-historie, og erfaringar derifrå som kan vere til inspirasjon og nytte for andre

#### Kva betyr det for deg å delta?

- Deltaking i intervju, med varigheit mellom 45-60 minutt
- Du har lyst til å dele ei forteljing frå terapi som du tenkjer var av betydning for at ungdommen fekk nytt håp om livsmeistring, eller opplevde å finne mening på sentrale livsområde

Intervjuet vil bli tatt opp, transkribert og nytta i ei fagframstilling med forankring i forteljande fortolkingsstradisjon. Det vil bli nytta semistrukturert intervjuguide i samtalen. Innsamla data blir elektronisk registrert og oppbevart inntil forskingsperioden er omme, det vil seie til juni 2021

Eg vil be om nokre personlege opplysningar om deg i samtalen. Dette er yrkesbakgrunn, kjønn, alder og arbeidsstad.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Om du vel å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake utan å gi noko årsak. Alle dine personopplysningar vil da bli sletta. Det vil ikkje ha negative konsekvensar for deg dersom du ikkje vil delta, eller seinare vel å trekke deg.

### **Ditt personvern – korleis vi tek vare på og bruker dine opplysningar**

Vi vil bare bruke opplysningane om deg til formåla vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandlar opplysningane konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Den som utfører studien og rettleier har tilgang på innsamla materiell
- Namn og kontaktopplysningar vil bli koda, og ad skilt frå anna innsamla data. Datamateriell vil vere tilgjengeleg lagra på forskingsserver ila prosjektperioden
- Alt innsamla materiell, inkl. transkripsjon blir handsama av forskar
- Deltakarar vil ikkje kunne gjenkjennast i skriftleg framstilling/publikasjon

### **Kva skjer med opplysningane dine når vi avsluttar forskingsprosjektet?**

Opplysningane blir sletta når prosjektet er avslutta og oppgåva er godkjent, noko som etter planen er 27.08. 2021.

Personopplysningar blir oppbevart til prosjektslutt. Etter dette vil opplysningar bli destruert.

### **Dine rettar**

Så lenge du kan identifiserast i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i kva for personopplysningar som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningane,
- å få retta personopplysningar om deg,
- å få sletta personopplysningar om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandling av dine personopplysningar.

### **Kor kan eg finne ut meir?**

Om du har spørsmål til studien, eller ønsker å nytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Universitetssjukehuset i Stavanger ved  
Rettleiar, Inge Joa, 1ste amanuensis, Universitetet i Stavanger, Det helsefaglege fakultet. Leiar Tips  
PsykNettVest, Stavanger universitetssjukehus, Klinikkar for psykisk helsevern

Vårt personvernombod: Rafal Yeisen, personvernombod i Helse Stavanger HF. Tlf. 51 51 80 60. E-post: [personvernombudet@sus.no](mailto:personvernombudet@sus.no)

Med vennleg helsing

Reidunn Mellestrand  
Forskar

Inge Joa  
Rettleiar

---

## Samtykkeerklæring

Eg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Forteljingar frå terapi om håp*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Eg samtykker til:

- å delta i intervju, 45-60 minutt
- at anonymiserte opplysningar framkome i intervju kan brukast i skriftleg framstilling monografi/artikkel
- at intervju blir tatt opp på band, transkribert og oppbevart til prosjektet er avslutta, det vil seie 27.08.2021

Eg samtykkjer til at mine opplysningar blir behandla fram til prosjektet er avslutta, det vil seie til 27.08.2021

---

(Signert av prosjektdeltakar, dato)



### Vedlegg 3 Formelle opplysningar om informant

Dato for intervju: .....

Lengde: .....

Informant nr. \_\_ : .....

Alder: .....

Kjønn: .....

Utdanning: .....

Arbeidsstad: .....

År (kor lenge) tilsett i PH: .....

## Vedlegg 4 Semistrukturert intervjuguide, tematisk framstilt

### 1. Presentasjon av narrativ

Kan du med utgangspunkt i erfaringar frå eit terapiforløp beskrive intervensjon som du tenkjer hadde betydning for håp om betringsprosess/helsefremjande prosessar for med ungdom/unge vaksne med langvarig og tilbakevendande suicidalitetsproblematikk?

### 2. Metode?

(Generell og spesifikk intervensjon)

Traumebasert omsorg? Kognitiv terapi? Anna?

### 3. Terapi som fremmer håp

Styrke motstandsressursar, hardførheit, meining, problemløysing, framtidstru, framtidsoptimisme.

Personlegdomstrekk; optimisme, å vera open, ekstroversjon/introversjon, sjølvkjensle.

Verdiar og livsmål: Positive livsmål, livskvalitet, meningsfylt liv

### 4. Oppleving av samanheng?

deltaking, livsmeining, autonomi

moglegheit for påverknad, lar seg forklare, byr på overkomelege utfordringar)

Meistringsressursar

Kjensler og emosjonsregulering

Mentalisering

### 5. Sjølvmodsvurdering - intervensjon

### 6. Prosess (utvikling) - produkt (målorientering)

### 7. Salutogenese- patogenese

### 8. Utfall av behandlingsprosess?

## Vedlegg 5 Prosjektforankring i klinikkleing

Hei Reidun

**Jeg godkjenner** studiet til Reidun Mellemstrand vedørende terapeuters (intervju) erfaringar frå terapi som har hatt håpsfremjande utfall for ungdommen.

Problemstillinga er som følger: Korleis har du som terapeut erfart at traumebasert omsorg og kognitiv terapi kan fremje håp om tilfriskning hjå ungdom med langvarig og tilbakevendande suicidalitetsproblematikk.

godkjenner

Lykke til

Vennlig hilsen

Lars Conrad Moe  
Klinikkjef  
51515528/41426761  
Helse Stavanger HF  
[www.sus.no](http://www.sus.no)



## Vedlegg 6 Skjema for oppretting av sentralt lagringsområde for forskningsprosjekt eller kvalitetsregister

Skjema for oppretting av sentralt lagringsområde for forskningsprosjekt eller kvalitetsregister			
<p>Forskningsprosjekt må være godkjent av REK og ha fått intern ID fra Forskningsavdelingen.                      Kvalitetsregister må være meldt til Personvernombud (PVO) og ha fått intern ID samt saksnummer i Elements av PVO.</p> <p>Skjemaet sendes inn før datainnsemling er planlagt påbegynt, slik at all behandling av data i prosjektet kan skje på det tildelte lagringsområdet.                      Beregn ca. 1 måned seksbehandlingstid.</p>			
<p>Utfylt skjema sendes elektronisk til:                      Forskningsprosjekt: forskning@sus.no                      Kvalitetsprosjekt: personvernombudet@sus.no</p>		<p>Prosjektet vil få tildelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sentralt lagringsområde på forsknings-/kvalitetsserver</li> <li>- separat område for koblingsnøkkel</li> <li>- felles tilgangsgruppe* (i Outlook)</li> </ul>	
<b>1. ANSVARLIG VIRKSOMHET</b> (Helse Stavanger HF for ansatte ved SUS)			
<p><b>Institusjon:</b>                      Helse Stavanger HF</p>			
<b>2. PROSJEKT-/KVALITETSREGISTERLEDER</b>			
<p><b>Navn:</b>                      Reidunn Møllestrand</p> <p>Vitenskapelig samarbeidspartner. (Ikke datainnsamlar): I. Jøa, 1. ste amanuensis, UIS, det helsefaglige fakultet. Leder Tips, SUS. Klinikk for psykisk helsevern</p>			
<p><b>Klinikk:</b>                      Klinikk for psykisk helsevern, BUPA</p>		<p><b>E-postadresse:</b>                      Møllestrand03@yahoo.no</p>	
<b>3. FORSKNINGSPROSJEKTETS/KVALITETSREGISTERETS TITTEL</b>			
«Fortellinger fra terapi om håp»			
<b>4. GODKJENNELSE</b>			
<p><b>PVO Intern ID:</b>                      Prosjekt ID: 2089</p>		<p><b>Intern ID:</b>                      ID: 2089</p>	
<p><b>Saksnummer i Elements:</b></p>		<p><b>REK nummer:</b></p>	
<b>5. SIGNATUR PROSJEKT-/KVALITETSREGISTERLEDER</b>			
<p><b>Dato:</b>                      21.12.2020</p>	<p><b>Brukernavn:</b>                      Mdre</p>	<p><b>Underskrift:</b>                      Reidunn Møllestrand</p>	<p><b>Telefon:</b>                      95734384</p>
<b>6. GODKJENT AV</b>			
<p><b>Dato:</b></p>	<p><b>Brukernavn:</b></p>	<p><b>Underskrift:</b></p>	<p><b>Telefon:</b></p>

\*Det blir opprettet en tilgangsgruppe i Outlook som Prosjektleder/registerleder blir satt som eier/administrator av. Prosjektleder/registerleder kan da legge til og fjerne medlemmer (prosjektmedarbeidere) i tilgangsgruppen. Dette gjøres på denne siden: <http://tnlhexdotnet4.ihelse.net/apps/Brukern/Mineorunner/>

Tildelt eige område/mappe for lagring av data i prosjekt mottatt 14. januar 2021.

**Til:** Møllestrand, Reidunn <[reidunn.møllestrand@sus.no](mailto:reidunn.møllestrand@sus.no)>  
**Kopi:** Postboks, HST, Forskningsavdelingen <[HST.Forskningsavdelingen@ihelse.net](mailto:HST.Forskningsavdelingen@ihelse.net)>  
**Emne:** S609400: Opprettelse av lagringsområde

### Prosjektleder

Du får denne e-post tilsendt da du har søkt om oppretting av sentralt lagringsområde for database og er oppført som prosjektleder for forskningsprosjektet/kvalitetsregisteret med tittel: **ID2089**

### Sentralt lagringsområde

Det er nå opprettet et eget område/mappe for lagring av data i prosjektet som ikke er personidentifiserbare, under \\ihelse.net\Kvalitetsregister\hst\ID2089

## Vedlegg 7 Utfyllende kommentar og dokumentasjon i samband med forlenga prosjektperiode

Grunna uføresette hendingar blei det søkt om, og godkjent, forlenga frist for innlevering av prosjekt. Sluttdato for prosjekt blei sett til 27.08.21

I samband med utsett innlevering blei det meldt naudsynte endringar i staren av mai til forskningsavdelinga via e-protokoll, samt forlenging av oppbevaring av datamateriale på intern forskingsserver.

Prosjekt ID: 2089

ID: 2147

Foretak

Helse Stavanger HF

Periode

Oppstart: 14.12.2020

Avsluttes: 27.08.2021

Status

Innlevert

Tilbakemelding

Helse Stavanger HF

Behandlet

Hei

Takk for informasjon. Alle dokumenter lagt inn.

Vi har ingen innvendinger til endringen i informasjonsskjema.

På vegne av Forskningsavdelingen

Anne Terese T Gabrielsen

Forskningskonsulent

