

# MASTEROPPGAVE

*“han var litt av de som ser litt bak på en måte..”*

**En kritisk narrativ fenomenologisk studie av unge voksnes erfaringer fra å ha vært akuttinnlagt i ungdomspsykiatrien**

**Kristine Grøstad Tangen**

**14.12.2016**

**Master i psykososialt arbeid**

**Avdeling for helse og sosialfag**



## Forord

Først og aller viktigst må jeg få takke dere fem modige unge voksne jenter, som tok dere tid til, og brukte krefter på, å dele deres fortellinger med meg. Uten dere hadde det ikke blitt noe prosjekt. I tillegg ga dere meg perspektiver og innsikt jeg ikke hadde fra før, og som jeg ikke hadde fått uten dere. Tenker på dere og ønsker dere alt godt, det har dere så inderlig vel fortjent!

Så vil jeg få takke min helt fantastiske veileder Lilliana DelBusso. For mange interessante samtaler, for ditt engasjement og for din villighet til å dele av din klokskap og kunnskap.

Til mine helt enestående kollegaer og leder på ungdomspsykiatrisk seksjon: Tusen takk for all den støtte, oppmuntring og tid dere har gitt meg gjennom hele skrivearbeidet! Jeg er så stolt av å jobbe sammen med mennesker som med forståelse, respekt og ydmykhet alltid gjør det dere kan og litt til for å hjelpe dem som har behov for det.

Og til dere to helt suverene bibliotekarer på sykehusets bibliotek. De bøker og artikler dere ikke kan skaffe, er ikke skrevet. Tusen takk for all hjelp!

Til mamma og pappa: For å ha utfyllt hverandre ved å ha vært støttende og understreket at det viktigste er at man gjør så godt man kan, samtidig som jeg har blitt møtt med forventninger og at det er blitt stilt krav.

Og til Alexander, for at du har blitt en del av livet mitt.

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Narrativer om erfaringer fra akuttinnleggelse i ungdomspsykiatrien er et felt det er lite forsket på og det er derfor få studier av det temaet.

**Formål:** Formålet med denne studien er å få mer innsikt og viten om hvordan det oppleves å ha vært innlagt akutt på en ungdomspsykiatrisk avdeling.

**Problemstilling:** Hvilke erfaringer har unge voksne fra å ha vært akuttinnlagt i ungdomspsykiatrien?

**Metode:** Narrative samtaler med fem deltagere som hadde erfaringer fra å ha vært akuttinnlagt i ungdomspsykiatrien. I studien er det benyttet kritisk fenomenologisk narrativ metode.

**Resultater:** To hovednarrativer ble identifisert: “Jeg er ikke syk, jeg har det vondt”, dette handlet om deltageres fortellinger om at det ikke var psykisk sykdom som gjorde at de ble akuttinnlagt på en ungdomspsykiatrisk avdeling. Det var hendelser, relasjoner og konteksten de levde i som var vanskelige og som gjorde at de hadde det vondt. Det andre narrativet som ble identifisert: “Flukt fra det vonde”, handlet om behovet for å flykte fra det deltagerne opplevde var vondt.

**Oppsummering:** Denne studien viser at erfaringer fra å ha vært akuttinnlagt i ungdomspsykiatrien kan være forbundet med både gode og dårlige opplevelser. De gode opplevelsene handlet hovedsakelig om at det var godt å få en pause, og at det var betydningsfullt å få nye positive erfaringer med gode relasjoner. De dårlige opplevelsene handlet hovedsakelig om negative erfaringer med relasjoner og at ikke innleggelsene bidro til noen bedring av deres livssituasjon. Noen deltagere opplevde at deres situasjon heller ble forverret etter å ha vært akuttinnlagt. Deltagerne i studien hadde ønsket at deres omsorgspersoner i mye større grad hadde vært involvert under innleggelsene, og at ungdomspsykiatrien hadde kunnet gjort mer, eller noe annet for å ha hjulpet dem.

**Implikasjoner for praksis:** Familiearbeid under akuttinnleggelser, bedre samarbeid mellom psykisk helsevern og barnevern, alternativer til institusjonsinnleggelse som akuttbehandling.

**Nøkkelord:** psykososial forståelse, akuttinnleggelse, ungdomspsykiatri, omsorgssituasjon, flukt, relasjoner, selvlindring, psykisk lidelse, følelsesmessig nød, familiarbeid, ambulant behandling.

## **Abstract**

**Background:** Narratives about emergency admissions to the adolescent psychiatric ward is an area there are done very little research and therefore there are very few studies about this specific topic.

**Purpose:** The purpose of this study, is to get an insight and knowledge about how the adolescents experiences being admitted to the adolescent emergency ward.

**Theses statement:** What experiences have young adults from being admitted to the adolescent psychiatric emergency ward?

**Method:** Narrative conversations with five informers who all have experiences of being emergently admitted to the adolescent emergency psychiatric ward.

**Results:** Two main narratives have been identified: “I am not sick, I am just hurting”, this was the contestants story which explained that it was not an psychiatric illness that was the reason for their admission to the adolescent psychiatric emergency ward. It was experiences, relations and the contexts they were living in that made life difficult and made them hurt. The other narrative which was identified as “An escape from the painful”, was all about the need to escape from what the informants experienced as painful.

**Summary:** This study shows that experiences from emergency admissions to the psychiatric emergency award can be connected with good and bad experiences. The good experiences were mainly about being able to get a break, and it was meaningful to get new and positive relations. The bad experiences were mainly about negative experiences with relations and that the admissions did not contribute to any recovery of their life situation. Some participants experienced that their situation rather was worsened after being admitted. The participants in this study had a wish that their caretakers in å lot bigger degree had been involved under the admission, and that the adolescent psychiatric ward cold have done more, or something else to have helped them.

**Implications for practice:** Working with families under an acute admission, better teamwork between Mental Health Care and children protective services, and different choices to admissions to the emergency treatment.

**Keywords:** Psychosocial understanding, emergency admission, adolescent psychiatry, the care situation, escape, relations, self-soothing, psychiatric illness, distress, family work, outpatient treatment.

## **Innholdsfortegnelse**

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	9
1.1 Studiens formål .....	9
1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål .....	10
1.3 Begrepsavklaring og avgrensing .....	10
1.4 Oppgavens oppbygning .....	11
<b>2.0 BAKGRUNNSKUNNSKAP OG TEORETISKE PERSPEKTIVER</b> .....	12
2.1 Akuttpsykiatrisk behandling av ungdom .....	12
2.2 Psykisk lidelse eller følelsesmessig nød som en del av å være menneske? .....	13
2.2.1 Diagnoser, en nødvendighet? .....	14
2.2.2 Psykisk helsevern: et spenningsfelt .....	19
2.2.3 Selvskader som selvlindrende .....	22
2.3 Omsorg og opplevelse av følelsesmessig nød i relasjoner .....	25
2.3.1 Følelsesmessig nød og selvlindring .....	26
2.3.2 Følelsesmessig nød og selvmordshandlinger .....	27
2.3.3 Relasjonens betydning for endring av de unges opplevelse av følelsesmessig nød .....	28
2.3.4. Samfunnet, omsorg og konseptualisering av følelsesmessig nød .....	29
<b>3.0 METODOLOGI</b> .....	30
3.1 Vitenskapsteoretisk grunnlag .....	30
3.1.1 Psykososial tilnærming .....	30
3.1.2 Fenomenologi .....	30
3.1.3 Narrativ metode .....	30
3.1.4 Refleksiv praksis .....	32
3.2 Deltagerne og rekrutteringsprosessen .....	32
3.3 Gjennomføring av samtalene .....	33
3.4 Analyse av data .....	34
3.5 Forskerrefleksivitet .....	35
3.6 Forskningsetiske overveielser .....	37
3.7 Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet .....	38
<b>4.0 HOVEDNARRATIVER</b> .....	40
4.1 Jeg er ikke syk, jeg har det vondt .....	40
4.2 Flukt fra det vonde .....	53
4.2.1 Flukt fra hjemmet .....	54
4.2.2 Selvlindring som flukt .....	58
4.2.3 Psykiatrisk avdeling som fristed og andre relasjoner å flykte til .....	61
<b>5.0 DISKUSJON</b> .....	73

5.1 Psykisk sykdom eller vanskelig livssituasjon?.....	73
5.2 Erfaringer fra akuttinnleggelse i ungdomspsykiatrien .....	75
5.3 I hvilken grad bidro akuttinnleggelse til endring?.....	76
5.4 Hva kan ungdomspsykiatrien gjøre annerledes? .....	81
<b>6.0 AVSLUTNING</b> .....	<b>89</b>
6.1 Oppsummering .....	89
6.2 Implikasjoner for praksis.....	89
<b>Litteraturliste:</b> .....	<b>91</b>
Vedlegg 1: Samtaleguide .....	102
Vedlegg 2: Forespørsel om deltagelse .....	103
Vedlegg 3: Informert samtykke.....	105
Vedlegg 4: Godkjennelse NSD .....	106

**Antall ord: 32992**



## **1.0 INNLEDNING**

Vi lever i et samfunn med stor grad av frihet, valg og muligheter. Vi lever imidlertid også i en kultur som idealiserer det perfekte, og hvor fokuset er på at andres oppfatninger og vurderinger, det å bli likt og kunne prestere, er det samme som å være til (Landmark & Stänicke 2016). Dette fører til et ønske om å være perfekt og leve det perfekte liv gjør at mange unge føler seg veldig utilstrekkelige. Mange unge opplever ikke at livet har blitt slik de hadde ønsket og sett for seg, og finner ingen mening med sin tilværelse.

At mange barn og ungdommer opplever livet sitt veldig vanskelig, gjenspeiles i Ungdatas rapport, som viser en økning når det gjelder ensomhet, tristhet og håpløshet blant jenter (Bakken 2016). 1/3 av alle barn og unge forteller at de har hatt selvmordstanker, og blant jenter er det over 9000 selvmordsforsøk hvert år, blant gutter 4000 (Norsk Helseinformatikk 2014). Det slike rapporter ikke sier noe om er hvilke erfaringer, følelser og opplevelser som ligger bak deres selvmordstanker og selvmordsforsøk: Hva som gjør at noen unge opplever livet sitt så vanskelig at de tenker på eller forsøker selvmord som veien ut av det, og hva det er som gjør at noen få av disse innlegges på en akuttpsykiatrisk avdeling. Ifølge Snoek (2002) har epidemiologiske undersøkelser vist at det på gruppenivå kan være liten forskjell på problemer blant ungdom som henvises til behandling, og i ungdomsgruppene generelt. Hun relaterer det til at problemforståelsen er avhengig av øyet som ser og ulik toleranse for avvik i de forskjellige miljøer (Ibid.).

### **1.1 Studiens formål**

Fra et psykososialt perspektiv vektlegges det gjensidige forholdet mellom de indre psykiske prosesser på den ene siden, og sosiale relasjoner og de ytre forhold på den andre siden, som en forutsetning for hverandre i en kontinuerlig prosess (Nygren 1995:35). I psykososialt arbeid så vel som forskning må personen møtes som noe annet og mer enn sin lidelse, sin diagnose, sin situasjon. Derfor må personens egen forståelse av sin historie, sin livssituasjon og sine ressurser inkluderes og anerkjennes. Det innebærer bevissthet om at kunnskap utvikles i kontekster bestående av makt og avmakt (Nissen & Skærbæk 2014;12-14).

Med psykososial forståelse som grunnlag er formålet med denne undersøkelsen å få mer innsikt i og viten om hvordan det oppleves å ha vært innlagt akutt på en ungdomspsykiatrisk avdeling. Studien handler derfor om hvordan fem unge voksne opplevde sin ungdomstid, om tiden før, under og etter innleggelsene. Gjennom deltageres

fortellinger ønsker jeg å få mer viten om hvilken mening de tillegger den erfaringen i ettertid, hvordan de konstruerer seg selv i sine fortellinger, og deres fortellinger om hvordan de mener akutt ungdomspsykiatrisk behandling best kan hjelpe ungdom som har det vanskelig. For å kunne gi hjelp til ungdom som har behov for det, trenger hjelpeapparatet kunnskap fra dem som har levd erfaring.

## 1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Problemstillingen for denne studien er: *Hvilke erfaringer har unge voksne fra å ha vært akuttinnlagt i ungdomspsykiatrien?*

Forskningsspørsmål:

- Hva er det som gjør at noen ungdommer innlegges akutt i ungdomspsykiatrien?
  - Kan det forklares ut fra en medisinsk modell slik at årsakene er relatert til psykisk lidelse, eller gir det en bedre forståelse om man ser det i sammenheng med ungdommenes psykososiale situasjon?
  - Og hvilken betydning har det for ungdommene, og for forståelsen av deres vansker, om det er det ene eller andre som vektlegges?
- Hvordan oppleves det å være innlagt på en ungdomspsykiatrisk avdeling?
- I hvilken grad bidrar akuttinnleggelse i ungdomspsykiatrien til endring for noen av dem som innlegges?

## 1.3 Begrepsavklaring og avgrensning

I problemstillingen brukes begrepet *erfaringer*, i denne studien innebærer det hvilke fortellinger som fortelles i etterkant av å ha vært akuttinnlagt i ungdomspsykiatrien.

Med *akuttinnlagt* avgrenses studien ved at innleggelsen har skjedd akutt og ikke planlagt eller brukerstyrt. Planlagt innleggelse innebærer at det sendes en henvisning for en planlagt utredning og et planlagt behandlingsopphold (Birkenhaug et al. 2005). Brukerstyrt innleggelse innebærer at innleggelse og utskrivning skjer på initiativ fra brukeren (Heskestad & Tytlandsvik 2016). Akuttinnleggelse skjer på grunnlag av rett til nødvendig helsehjelp (jf. Pasient- og brukerrettighetsloven 1999) og styres av definerte tilstander som inngår i kriterier for øyeblikkelig hjelp (jf. Psykisk helsevernforordningen 2011).

I norsk barne- og ungdomspsykiatri defineres ungdom som personer mellom 12 og 18 år (Store norske leksikon 2016), og er den aldersgruppen begrepet *ungdomspsykiatrien* refererer til i problemstillingen.

Med *unge voksne* er studien avgrenset til en nedre aldersgrense på 20 år, det er ikke satt noen øvre grense.

*Autinnlagt i ungdomspsykiatrien* refererer til innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Det er staten som gjennom de regionale helseforetakene har plikt til å sørge for nødvendige spesialisthelsetjenester til befolkningen. Spesialisthelsetjenesten har ansvaret for undersøkelse og behandling som krever spesialkompetanse (Store norske leksikon 2009).

## **1.4 Oppgavens oppbygning**

I oppgavens første del har det vært presentert innledning, studiens formål, problemstilling og forskningsspørsmål, begrepsavklaring og avgrensing.

I oppgavens andre del redegjøres det for bakgrunnskunnskap og teoretiske perspektiver som jeg har anvendt for å forstå og analysere datamaterialet.

I oppgavens tredje del beskrives den vitenskapsteoretiske forankringen studien bygger på. Redegjørelser av metodevalg, hvordan studien er gjennomført, analyseprosessen, forskerrefleksivitet og forskningsetiske overveielser.

I oppgavens fjerde del presenteres de hovednarrativer som ble identifisert i analysen.

I oppgavens femte del diskuteres oppgavens problemstilling og funnene opp mot relevant forskning og teoretiske perspektiver.

I oppgavens sjette del presenteres avslutningen med oppsummering og implikasjoner for praksis.

## **2.0 BAKGRUNNSKUNNSKAP OG TEORETISKE PERSPEKTIVER**

### **2.1 Akuttpsykiatrisk behandling av ungdom**

Omtrent 58 000 barn og ungdom ble behandlet i psykisk helsevern i 2015. Barn og ungdom i døgnbehandling utgjør en svært liten andel, i 2015 var det omtrent 2 000 døgnpasienter. Øyeblikkelig hjelp har fra 2012 til 2015 økt fra 11 til 16 pr 10 000 innbygger (Rønningen et al. 2015)

I forskningen om akuttpsykiatrisk behandling av ungdom fra Birkenhaug et al (2005), var miljøterapi og individualterapi vanligste behandlingsformer. I tråd med Ruud, Gråwe og Hatling (2006), hvor samtale med behandler og samtale med primærkontakt var beskrevet som de to hyppigste behandlingsaktivitetene.

Det er ikke enhetlig definert hva behandlingen i de forskjellige akuttpsykiatriske avdelingene skal bestå av, utover en felles øyeblikkelig hjelp plikt (Faugli 2009). Rett til prioritert helsehjelp fremgår av Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), det presiseres der at barn og unge med psykiske lidelser som har akutt behov for hjelp skal få nødvendig helsehjelp uten unødig opphold. Tilstander som utløser plikt til å yte øyeblikkelig hjelp er: a) psykotiske tilstander preget av svær uro eller voldsomhet som medfører betydelig fare for pasientens eller andres liv eller helse; b) psykotiske og andre tilstander preget av svær angst eller depresjon der det er betydelig fare for at pasienten kan søke å ta sitt eget liv eller skade seg selv eller andre; c) deliriøse tilstander hvor avrusning ikke er en hovedsak; d) psykiske tilstander hos barn og ungdom som omsorgspersonene ikke kan mestre, og der hjelp fra det psykiske helsevernet er påtrengende nødvendig (jf. Psykisk helsevernforskriften 2011).

Av akuttavdelingene som har hjemmesider som definerer tilbudet, kan akuttbehandlingen beskrives som: «Akuttenheten er en lukket døgnenhet som kan ta imot til vurdering og eventuell innleggelse 24/7. Enhetens behandlingstilbud omfatter akuttbehandling og stabilisering av uro og forvirringstilstander, alvorlige psykosetilstander eller suicidalitet. Utredningen og evt. behandling er tidsbegrenset. Enheten er underlagt psykisk helsevernloven og er godkjent for bruk av tvang» (Oslo universitetssykehus s.a).

Den vanligste henvisningsårsaken til akuttpsykiatrisk avdeling for barn og ungdom var i 2009 selvmordsfare (30 prosent), tristhet/ depresjon (25 prosent) og psykotiske trekk (16

prosent). I alt 70 prosent av disse var jenter, og ni av ti i aldersgruppen 13-18 år De fleste hadde tidligere vært pasienter i psykisk helsevern (84 prosent). Stemningslidelser var den vanligste diagnosekategorien (22 prosent) (Andersson 2009).

## **2.2 Psykisk lidelse eller følelsesmessig nød som en del av å være menneske?**

I hele historien og ikke minst i nåtid har det vært sterke krefter for at psykiatrien hører til under det medisinske vitenskapelige paradigme. Naturvitenskapen søker objektiv kunnskap om mennesket og dets atferd, og har som mål og finne forklaringer om sammenhenger og årsaker. Ambisjonene som handler om å kvalitetssikre faget er gode, når det medfører at ineffektive tilnæringsmåter forlates, og at de metoder som virker anvendes. Samtidig er hvordan mennesket opplever sin lidelse så komplekst og individuelt at det går langt utenfor hva de naturvitenskapelige rammene kan måle (Skårderud, Haugsgjerde & Stänicke 2010).

Ifølge Vetlesen (2004) anses ofte psykisk smerte å være noe annenrangs fra fysisk smerte. Når det ikke fins noen tydelige fysiske årsaker til smerten, er ofte oppfatningen at ”det bare er psykisk”, altså ikke noe reelt. Vetlesen hevder at psykisk smerte kan være like skjebnesvanger som fysisk. I tillegg er det som forårsaker psykisk smerte mye mer komplisert og sammensatt, og involverer menneskets personlighet og livshistorie i atskillig større grad enn ved fysisk smerte (Ibid.).

I tråd med Vetlesen (2004) definerer Cromby, Harper og Reavey (2013) følelsesmessig nød (distress) som sterke eller overveldende tilstander, av ulike slag, som forstyrrer dagliglivet og hindrer mennesker fra å fungere. I et medisinsk perspektiv ser ofte legen etter bestemte symptomer for å linke personens opplevelse med en forhåndsdefinert diagnostisk kategori. Ved å se etter bestemte mønstre av symptomer kan omstendighetene rundt situasjonen hvor personen opplever følelsesmessig nød overses, og noe av den kompleksiteten i menneskets faktiske erfaring av følelsesmessig nød blir borte. Som en konsekvens blir den dypere betydningen og meningen bak og detaljene i personens liv vanskelig å se innenfor de psykiatriske begrepsrammene. Fra et psykososialt perspektiv forstås følelsesmessig nød som en del av livet og kan ikke vurderes adskilt fra alt annet. Erfaringer relatert til det er, som alle andre erfaringer, bundet opp til sosiale og fysiske forhold, livshistorie, hendelser og relasjoner. Og akkurat som alle andre erfaringer, påvirkes det av våre biologiske kapasiteter, av de mange foranderlige mulighetene mennesket har i egenskap av å være et levende organisk vesen (Ibid.).

I diagnosemanualen er et skille mellom normal og avvikende tatt for gitt. Ifølge Cromby, Harper og Reavey (2013) fins det ingen universelle standarder hvor menneskers følelser, tanker og handlinger kan dømmes og kategoriseres som avvikende. Å identifisere følelsesmessig nød *som* følelsesmessig nød vil alltid avhenge av gjeldende kulturelle normer for følelser, atferd og moral. Slik at følelsesmessig nød vil alltid være sosialt og kulturelt posisjonert, det vil variere med hensyn til spesifikk tid og sted, og til bredere sosiologiske variabler som status, kjønn og etnisitet. Forstått på denne måten er følelsesmessig nød noe annet enn psykisk lidelse eller psykopatologi, som begge påstår at tilstander av sykdom kan objektivt identifiseres på måten de skiller seg fra kulturelle normer på (Ibid.).

Bøe og Thomassen (2007) definerer et skille mellom den medisinske modellen og den kontekstuelle modellen. Den medisinske modellen alene er kontekstuavhengig, det vil si at samme lidelse skal behandles likt, uavhengig den enkelte persons kontekst. Ifølge forfatterne vil det si at god behandling av en lidelse vil være den samme uavhengig av personen, personens livssituasjon, og hvem behandleren er. Den kontekstuelle tilnærmingen innebærer i stor grad en motsetning. Lidelsene kan ikke forstås uavhengig av personen, personens livssituasjon og de sosiale relasjonene personen er en del av. I den kontekstuelle tilnærmingen er det en skepsis til bruken av diagnoser, fordi en med diagnoser står i fare for å ta problemene og symptomene ut av sin sammenheng (Ibid.:97-99).

### 2.2.1 Diagnoser, en nødvendighet?

I diagnosemanualen ICD-10, og innenfor psykisk helsevern vektlegges det et *kategorialt* perspektiv. Et grunnleggende spørsmål i et slikt perspektiv er hva som skiller det syke fra det friske. Tradisjonell sykdomslære fremhever viktigheten av objektive data som grunnlag for vurdering av tilstand, diagnose og behandlingsmål. Ved et *kategorialt* perspektiv inndeles plagene i ulike kategorier eller grupper, hvor et antall bestemte kjennetegn eller kriterier skal oppfylles for at tilstanden kalles depresjon, angstlidelse, ADHD etc. (Landmark & Stänicke 2016:17).

I barne- og ungdomspsykiatrien i Norge brukes et *multiaksialt system* med 6 akser, basert på verdens helseorganisasjons International Classification of Diseases (ICD-10). De forskjellige aksene er: Akse I: Klinisk psykiatrisk syndrom; Akse II: Spesifikke utviklingsforstyrrelser; Akse III: Psykisk utviklingshemming; Akse IV: Somatiske

tilstander; Akse V: Avvikende psykososiale forhold; Akse VI: Global vurdering av funksjonsnivå (Nøvik & Lea 2012). Ifølge Aamodt (2012) er det presisert at ingen akse er prioritert framfor andre. Hun mener at det allikevel er akse I som angir den unges diagnose i journal, epikrise og lignende, samtidig som de andre aksene usynliggjøres. Det vil si at den individuelle beskrivelsen av den unge blir stående og forstått som problemet, og de forhold som kan forklare den unges symptomer som naturlige reaksjoner på for eksempel vanskelige familieforhold ikke kommer fram (Ibid.). Ifølge Andersson (2009) er problematiske hjemmeforhold risikofaktor for psykiske vansker hos barn og unge, og at det igjen er risikofaktor for selvkutting og selvmordshandlinger. Resultatene fra pasientregistreringen av barn og unge i psykisk helsevern basert på behandlernes vurderinger viste i 2009 at over 80 prosent av de unge bodde under forhold som kunne medføre vanskelige livsbetingelser (Andersson 2009). Det er problematisk at så mange av de unge som innlegges lever under hjemmeforhold som kan forklare årsaken til den unges vansker, men at de fleste allikevel får en diagnose fra et diagnosesystem som er bygd opp rundt individuelle tilstander og ikke gjenspeiler de vanskene den unge kan ha i den omsorgssituasjonen den lever i. Dette er problematisk fordi diagnosen kan være med på å dekke over hvordan den unge har det i sine relasjoner og i sitt miljø der han/hun bor og skal ivaretas, noe som kan medføre at de forhold som behandlingsapparatet kan hjelpe til med å endre i den unges livssituasjon, ikke kommer frem. Hertz (2010) henviser til Weingarten som bruker begrepet «whistleblower» om de barn og ungdom som påtar seg et problemfokus for å gjøre omgivelsene oppmerksomme på at det trengs hjelp i den konteksten de lever i. Hvis den unges forsøk medfører at den selv identifiseres som problemet, og hverken den unge eller dens omgivelser blir hjulpet, kan forsøket på å tiltrekke seg hjelp, eller rettere sagt måten problemet oppfattes på, til syvende og sist bli problemforsterkende (Ibid.)

Stemningslidelse var ifølge Andersson (2009) den vanligste diagnosekategorien blant ungdom som akuttinnlegges. Alle tilstander med forandret stemningsleie faller inn under stemningslidelse. Hos ungdom som får diagnosen, er det hovedsakelig depresjon (Skårderud, Haugsgjerde & Stänicke 2010). Ifølge Haaland, Eriksen, Karlsen og Ulland (2015) kan psykisk helsevern trenge et felles språk for å vite hva de skal gi behandling for. Men for at diagnoser skal være nyttige så må de kunne beskrive tilstander som faktisk lar seg skille fra hverandre. Det har ikke på tross av mye forskning kunnet identifisert tilstedeværelser av noen klare biologiske faktorer i noen av diagnosene. Ifølge dem baserer

diagnosene seg derfor på enighet, eller kompromiss, mellom forskere, klinikere og byråkrater heller en viten om faktiske tilstander som lar seg definere fra hverandre (Ibid.). Store følelsesmessige svingninger og sterke følelser av glede, tristhet, sinne m.fl. er noe mange vil fremheve som kanskje viktigste kjennetegnet for ungdom. Det kan oppleves overveldende for den enkelte ungdom og for dem rundt. Og det kan være vanskelig å forstå hvor sterke og dramatiske de følelsene kan oppleves (Landmark & Stänicke 2016). Fra et psykososialt perspektiv er det problematisk å skulle definere normale utviklingsrelaterte utfordringer, som en lidelse. Evnen til å tåle livets realiteter som smerte, savn og sorg er en del av å utvikle seg som menneske. Et annet problem med å kategorisere følelsetilstanden som en diagnose, er at den unges opplevelse av tristhet og uro ofte står i nær sammenheng til situasjoner og relasjoner de opplever som konfliktfylte og uløselig. Det kan handle om omsorgssvikt, mobbing eller andre psykososiale forhold (Landmark & Stänicke 2016). Spørsmålet er om det er hensiktsmessig å diagnostisere følelsetilstander som kan være reaksjoner utløst av vanskelige situasjoner og relasjoner.

Et kjent eksempel i diskusjonen om validiteten av psykiatriske diagnoser er undersøkelsen til Rosenhan fra 1973. Han sendte åtte friske personer til forskjellige psykiatriske sykehus. I møte med psykiateren skulle de oppgi å høre stemmer. Alle ble innlagt, syv med diagnosen schizofreni. Ingen mistet diagnosen selv om de oppførte seg som friske under hele innleggelsen, personalet fortsatte å tolke det «pasientene» sa og gjorde ut fra schizofrenidiagnosene. Rosenhan ble av fagmiljøet utfordret til å gjenta eksperimentet. Mange pasienter ble «avslørt» som falske, Rosenhan hadde imidlertid ikke hadde sendt ut noen falske pasienter (Skavlid 2015). Studien viser hvor vanskelig det kan være å skille mellom syk og frisk, og vurdere mennesker utenfor den sosiale konteksten.

Aamodt (2011) refererer til en studie av Larsson et al. I løpet av 13 uker mottok foreldre til barn med atferdsvansker ukentlige foreldrerådgivning, samtidig som barna mottok et tilbud. 97 prosent av barna med atferdsforstyrrelse «mistet» diagnosen. Det samme gjorde 42 prosent av barna med ADHD-diagnose. Ifølge Aamodt (2011) forteller denne undersøkelsen hvor lite «sann» en diagnose er, og hva som kan oppnås gjennom andre behandlingstilbud enn medisiner (Ibid.:112-113).

Den økende medikaliseringen i samfunnet har gjort at stadig flere livsformer hører til helseforvaltningen og helselovgivningen. Dette gjør at tidligere ikke-medisinske tilstander som for eksempel sorg og livsmotgang er dratt inn i den medisinske konteksten, og at



stadig flere områder av menneskers liv gjennomgår medisinsk behandling.

Medikaliseringsprosessen har medført at medisinen, og de profesjonelle, har stor betydning for forståelsen av sykdom og helse i samfunnet, og mye makt til å definere hva som skal regnes som normalitet eller sykdom (Norvoll 2013:54). Når barn og ungdom blir satt diagnose på synliggjøres profesjonens makt i sorteringssamfunnet, en makt som stempler noen typer av atferd som normale og andre som unormale. Aamodt (2011) hevder at det mest bekymringsverdige er at vi ofte forholder oss til diagnoser som fullstendige sannheter, og ikke kulturavhengige forståelsesformer avledet av tidens dominerende maktdiskurser (Ibid.:110).

I en psykososial undersøkelse av erfaringer med å ha ADHD-diagnose, ble diagnosen opplevd av barna som at det er noe galt med dem, som en trussel mot deres identitet og en bekreftelse på at de annerledes enn «vanlige» barn (Olsvold 2012).

Norvoll (2013) henviser til en studie av Brante som viser at den økende diagnostiseringstendensen av barn og unge kan relateres til mange ikke – vitenskapelige faktorer, der aktører utenfor den vitenskapelige verden har stor innflytelse. For eksempel legemiddelfirmaene, pasientforeninger, lobbygrupper og ikke minst massemediene. Trolig er det også av betydning at familie og skole fritas fra ansvar (Norvoll 2013:59).

Det kan argumenteres for flere uheldige konsekvenser med diagnostisering av mennesker i følelsesmessig nød. Diagnoser bidrar ofte til negativ selvoppfatning og kan derfor forverre personens symptomer og ha negativ innvirkning på personens tilfrisking. De stereotypiske oppfatningene fra folk om at «mentalt syke» er svake, uansvarlige og potensielt voldelige kan få stor plass i personens identitet. Og implikasjonene om at de er unormale eller gale og at de ikke kan bli «friske» kan skape en følelse av annerledeshet og desperasjon som er meget antiterapeutisk. En psykiatrisk diagnose impliserer at det er noe som er galt med din personlighet, med hvem du er, ikke bare hvordan du føler og oppfører deg, som spesielt skaper opplevelse av uforanderlighet og håpløshet. Som et resultat av å få en diagnose eller å ha vært innlagt kan mennesker oppleve veldig virkelig diskriminering, som for eksempel å bli trakassert, truet og sosialt ekskludert og det kan være vanskelig å få jobb og forsikringer. Som igjen forsterker opplevelsen av utilstrekkelighet og skam ytterligere (Cromby, Harper & Reavey 2013).

Ifølge Cromby, Harper og Reavey (2013) refereres den sosial posisjon en person får når den blir diagnostisert som syk ofte til som «sykerollen». Det er felles, kulturelle normer for

hva det innebærer, for eksempel at man ikke er ansvarlig for sin tilstand og er i behov av hjelp fra eksperter for å få det bedre. Dette er delvis sant for tilstander som for eksempel astma eller MS. Men hvis psykiske sammenbrudd er resultatet av kriser og konflikter i personens liv og relasjoner, så er det kanskje ikke hensiktsmessig å bli oppmuntret til å gi over ansvaret for sin tilfriskning til profesjonelle, og vente på å bli kurert av medisiner. Passivitet hos psykiatriske pasienter er en vanlig kilde til irritasjon hos klinikerne, men samtidig vedkjennes helst ikke det faktum at det er noe den diagnostiske kulturen bidrar til (Ibid.).

Tap av mening er ifølge Cromby, Harper og Reavey (2013) kanskje den mest alvorlige konsekvensen av psykiatriske diagnoser. Når for eksempel stemmehøring, intens angst eller selvlindring blir symptomer på en lidelse, er det fare for at de profesjonelle slutter å engasjere seg. Innholdet i opplevelsene ignoreres, slik at muligheten for å se de i sammenheng med personens aktuelle vansker overses. Som et resultat ender mennesker opp med å prøve tallrike medikamenter, og bli innlagt igjen og igjen, uten at vanskene som i første omgang fikk dem til å ta kontakt med helsevesenet løses. I UK kalles det «revolving door phenomenon», (i Norge refereres det til som «svingdørspasienter»). Forfatterne hevder at dette mønsteret delvis påbegynnes og vedlikeholdes av diagnosesystemet (Ibid.).

Årseth og Johannessen (2013) gjorde en kvalitativ studie av menneskers opplevelse av å få og leve med en psykiatrisk diagnose. Flere av deltagerne i studien opplevde at ikke diagnosen passet inn i deres selvbylde. I møte med helsepersonell opplevde deltagerne at det ble lagt liten vekt på deres egne opplevelser, og hadde flere negative erfaringer med å bli møtt med at diagnosen var den viktigste delen av dem. Som opplevelser av å bli fratatt ansvar, ikke bli snakket med eller trodd på og følelse av avmakt. Det ble beskrevet gode opplevelser ved å møte helsepersonell som ved å vise engasjement, gi valg og ansvar så deltagerne som noe mer enn en diagnose (Ibid.).

Nissenog Skærbæk (2014) hevder at den økende diagnostiseringstendensen kan gjøre at vi får et samfunn hvor stadig færre av oss er friske og stadig flere er i behov av helsehjelp for sine plager. Det positive med det er at grensene for normalitet viskes ut, det uheldige er at vi nærmer oss et samfunn der det normale er å være lidende (Ibid.).

### 2.2.2 Psykisk helsevern: et spenningsfelt.

Øye og Norvoll (2013) refererer til Goffmann og Foucault som hevder at psykiatriske sykehus struktur som en total institusjon bidrar til å gi sykehusene et fengselsaktig og straffende preg. Total institusjon kjennetegnes ved hindret interaksjon med omverden og mot at mennesker kan bevege seg fritt. Alt utføres på samme sted og under samme myndighet, det er lite innrettet for å ivareta individuelle behov og ønsker. De innlagte har ofte liten makt og underlagt personalets krav om lydighet (Ibid.). Skårderud, Hausggjerd og Stänicke (2010) henviser til Foucault som beskriver den psykiatriske omsorgen som samfunnsdisiplinerende. Psykisk helsevern skal ideelt sett verne om både pasienten og samfunnet. Bruk av lovverk om behandling under tvang er et kjerneeksempel.

Helsearbeiderne mener de hjelper pasienten, mens pasienten kan oppleve seg som offer for overgrep. I den tvetydigheten ligger det ifølge forfatterne et av psykiatriens grunnproblem (Ibid.). Skjerming er et behandlingstiltak som de psykiatriske avdelingene kan bruke når personen har fylt 16. år. Begrunnelser for skjerming er redusering av stimuli, korrigerende av avvikende atferd, beskyttelse m.fl. Forskjell fra isolat er at pasienten har et personal sammen med seg inne på skjermingsrommet. Norvoll (2007) gjorde en etnografisk studie fra to norske psykiatriske akuttposter. Funnene viste at mange pasienter opplevde skjerming som straff og som krenkende, og at det var et betydelig spenningsforhold mellom personalets oppfattelse av skjerming som behandling og pasientenes opplevelse av metoden som sosial kontroll (Ibid.).

Ifølge Øye og Norvoll (2013) skjedde det fra 1960/70-årene en endring, «miljøterapi» ble vektlagt. Dette førte til framveksten av det «terapeutiske samfunn», som innebærer at det sosiale miljøet på posten skal ha behandlende effekt. I disse årene viste studier at det oppstod et spenningsforhold mellom gammel tradisjon, som innebar institusjonens kontrolloppgaver med pessimistiske holdninger til pasientene, og de nye behandlingsidealene med positive behandlingstilnærminger. Forfatterne hevder at spenningene førte til «diagnostisk kultur», hvor motsetninger ble løst ved at pasientene ble diagnostisert. De hevder at det i dag er en kombinasjon av medisinsk og psykoterapeutisk kunnskapsgrunnlag, som er mindre tverrfaglig og mer rettet mot en hierarkisk medisinsk struktur (Ibid.). Ramsdal (1996) henviser til Berg som hevder at den medisinske modellen impliserer at den syke og pårørende ikke forstår seg på de mekanismer som utløser og opprettholder sykdomstilstanden. Dette krever profesjonell, fortrinnsvis medisinsk, kompetanse. Det forutsettes derfor en viss terapeutisk avstand mellom behandler og

pasient. En avstand som skaper et hierarkisk og asymmetrisk behandlingsmiljø (Ramsdal 1996).

Øye og Norvoll (2013) henviser til en studie av Jackobsen som viste hvordan personalet dras mellom å betrakte pasienten som syk og ikke ansvarlig for sine handlinger, og samtidig ansvarliggjøre pasientene for sine handlinger. Det resulterer ofte i at personalet overtar ansvaret og passiviserer de som er innlagt (Øye & Norvoll 2013).

Elizur og Minuchin (1989) beskriver eksempler fra sine egne kliniske hverdager i møte med barn, ungdom og deres familier. De hevder at mennesker som har fått merkelappen pasient ofte lærer å tilpasse seg i de unaturlige sykehusmiljøene. Fordi når mennesker innlegges så separeres de fra kontekstene som opprettholder og bekrefter dem for å behandles som om de er en helhet og ikke en del av noe. De psykiatriske sykehusene opprettholder en holdning som fokuserer på kanskje den ene tingen mennesker aldri har vært: en enhet isolert fra kultur og kontekst (Ibid). Kaffman (1989) beskriver hvordan det ofte allerede etter første innleggelse skapes et mønster av inn og ut mellom sykehuset og samfunnet. Ifølge han har de som har makt til å bestemme den første innleggelsen et tungt ansvar, fordi den beslutningen kan være avgjørende for hvilken retning personens liv vil ta. Han hevder at i en kontekst av fullstendig avhengighet som i de psykiatriske avdelingene, kan trusselen om å måtte komme tilbake til det virkelige livet og fronte alle de utfordringene oppleves uutholdelig, og personen motiveres derfor til å fortsette å spille rollen som syk, fri for alt ansvar. Han hevder at den ansvarsløsheten er noe de psykiatriske avdelingene bidrar til gjennom lave forventninger til pasienters grad av fungering, så vel som institusjonenes eksistensielle tomhet. Ifølge han ligger det i konteksten av psykiatriske avdelinger begrensede muligheter for å utvikle menneskers ferdigheter og kapasitet til å løse de virkelige problemene i livet (Ibid.).

Skorpen og Øye (2008) gjorde en norsk etnografisk studie av miljøterapeutisk virksomhet ved to lukkede psykiatriske avdelinger med personalet og pasientene som informanter. Funnene i deres avhandling belyser en rekke spenningsfelt og paradokser mellom avdelingenes dagliglivstilrettelegging og de rammer personalet og pasientene omgis av. I lys av funnene argumenterer forskerne blant annet for at avdelingenes forsøk på å sosialisere og normalisere har liten overføringsverdi til livet utenfor sykehuset. At brukermedvirkningens og miljøterapiens demokratiske prinsipper ble tilsidesatt, og spilte mindre rolle i avdelingenes daglige medisinspsykiatriske behandlingsvirksomhet. Og at

miljøterapien fremstod som usystematisk og til dels uklar i sin ideologi og sine begrunnelser. Forskerne konkluderer med at det er nødvendig å utforske alternative måter å tilrettelegge behandlingen på som er i tråd med erfaringer og perspektiver fra brukerne og personalets faglighet og humanistiske idealer (Ibid.)

Evaluering av prosjektet «*Kan psykiatrien reformeres innenfra?*» peker på hvilken utfordring det er å få til endringer innad i psykiatriske sykehus. De svært forskjellige modeller (den medisinske, den psykologiske og den sosiologiske) for forståelse av psykisk lidelse gjør at organiseringen av tjenestetilbudet dras i ulike, ofte helt motsatte retninger. Evalueringen av prosjektet viste at det var ved å unngå å drøfte faglige problemstillinger og la være å kritisk vurdere kvaliteter og resultater av de ulike faglige metodene, men konsentrere seg om overordnede organisasjons- og lederspørsmål, at prosjektet lyktes i å skape enighet. Utvikling og endring av «normalitetsparadigme» som handler om mennesket og livskvalitet som hovedfokus, var derfor ikke et tema. Fokuset ble på hvordan benytte de eksisterende faglige forståelsesformene som hovedsakelig innebar en medisinsk-reduksjonistisk tilnærming på en mer effektiv måte, enn på drøftingen om hva psykisk lidelse innebærer. Derfor reflekterte heller ikke psykiatrien den utviklingen som reformene i helse- og sosialsektoren for øvrig var kjennetegnet av (Ramsdal 1996). Denne evalueringen viser hvor viktig det er at det samarbeides mellom profesjonene og brukerne, ved at brukernes erfaringer og perspektiver implementeres for å kunne utvikle og bedre behandlingsmetodene av mennesker som opplever å være i følelsesmessig nød.

I tråd med det mener Lindqvist, svensk lege, forsker og spesialist i barne- og ungdomspsykiatri at psykiatrien må bruke mer tid på å utforske hva som gjøres, hva som bør gjøres og hvordan det går med pasientene. Ifølge han har legemiddelstudiene sine selvsagte bidragsyttere. Og generelt prioriteres forskning som regnes for å ha høyere status. Studier av kompliserte sykehusprosesser som for eksempel psykiatrisk rehabilitering er ifølge han vanskelig å finne støtte for, og beskyttet av innviklede regelverk som utelukker mange søknader. Han påpeker at brukerperspektivet begynner å få mer oppmerksomhet og at det må til for at ikke psykiatrien skal stå på stedet hvil (Lindqvist 2012:127).

Kinderman, professor i klinisk psykologi, problematiserer hvordan dagens psykiatri skaper pasienter som etter innleggelse beskriver seg selv som «overlevende». Og at det er psykiatrien de har overlevd, ikke de opprinnelige problemene de søkte hjelp for

(Kinderman 2016:30). I Norge har mennesker med lignende opplevelser brukerorganisasjoner som for eksempel We Shall Overcome, Hvite Ørn m.fl.

Resultater fra landsdekkende undersøkelse i 2014 av menneskers erfaringer fra døgnopphold i psykisk helsevern, viste resultatene at det var gode erfaringer med måten de ble tatt imot på og trygghet under innleggelsene. Undersøkelsen viste forbedringspotensial på de områdene som ble oppgitt av informantene å være av størst betydning som behandlingen, ansatte, det å bli frisk/bli bedre og samarbeid med pårørende (Kjøllestad & Iversen 2014).

I motsetning til resultatene fra den landsdekkende undersøkelse om gode erfaringer med måten pasientene opplevde å bli tatt imot på, viste en kvalitativ studie av opplevde krenkelser under innleggelse til akuttpsykiatrisk avdeling at over halvparten av de 186 pasientene opplevde krenkelser i innleggelsessituasjonen. Flest handlet om opplevelser av fysisk makt og når de ikke ble hørt (Svindseth 2015).

I en kvalitativ undersøkelse av Sagstuen (2015) som handlet om menneskers opplevelser av krenkelser under behandling i psykisk helsevern, opplevde deltagerne i undersøkelsen manglende psykologisk oppfølging og manglende medmenneskelighet som like krenkende som ulike tvangsvedtak. Flere av deltagerne ga ifølge Sagstuen uttrykk for å ha blitt krenket også under frivillige innleggelse. Ifølge henne ga alle deltagerne uttrykk for at det forekommer en nedvurdering av psykiatriske pasienter blant deler av personalet. Det ble gitt mer spesifikke eksempler på det, som ikke å bli sett på som mennesker, men bare en diagnose (Ibid.).

### *2.2.3 Selvskader som selvlindrende*

Kartlegging viste at over 40 prosent av barn og ungdommer som er i institusjonsbehandling har selvmordsatferd, og at 42 prosent «selvskader» (Andersson 2009). For deltagerne i studien som presenteres er begge deler aktuelt.

Ifølge McAllister (2003) betraktes selvskutting fra en medisinsk modell som symptom på mental sykdom, noe som ofte resulterer i at personen innlegges. Hun gjorde i sin studie en kritisk gjennomgang av eksisterende litteratur, og mener at det ikke finnes bevis for at innleggelse forebygger fremtidig kutting, og tilnærmingen har en tendens til å overse de indre motivene for handlingene. McAllister (2003) henviser til Johnston som argumenterer for hvorfor merking med diagnostiske forstyrrelser av mennesker som kutter seg er

negativt og stigmatiserende. Når først en diagnose er satt, har utforskningen tendens til å opphøre. Merkelappen distanserer personalet fra å se personen, isteden ser de en forstyrrelse. Det profesjonaliserer problemet som ofte gjør at den profesjonelle blir eksperten, når det er personen som trenger å utvikle sin ekspertise; Det individualiserer problemet og glatter over eller ignorerer de sosiale årsaker som ligger til grunn; Det knytter problemet til patologi og hindrer klinikerne fra å se uhensiktsmessige handlinger mennesker gjør på andre områder som overarbeiding, stort alkoholinntak, forsømmelse av kroppen; Fokuset blir ofte på atferden istedenfor på personen, noe som bidrar til at relasjonen blir en maktkamp. Ifølge McAllister (2003) skader noen mennesker seg selv, til og med veldig alvorlig, men i den troen at det er eneste måte å overleve på. Hun hevder at selvkutting og selvmord ikke er synonymt og derfor ikke bør forveksles. Ved å skille mellom det og ved å konseptualisere selvkutting som en overlevelsesstrategi, kan hjelpeløshet og pessimistiske holdninger erstattes med håp. Den terapeutiske relasjonen kan vendes mot tilfriskning, og skape andre måter å uttrykke den underliggende smerten på. Det bør fokuseres på kapasiteten til overlevelse, heller enn på selvmodsforestillinger og håpløshet. Sammen kan det jobbes for å motvirke de opplevde emosjonelle ytterlighetene, slik at personen kan lære å anerkjenne mangfoldige dimensjoner til det som oppleves svart-hvitt. Det må samtidig jobbes med både individet og familien for å utvikle de ressursene som er der. Ifølge McAllister (2003) anvendes noen ganger begrepet selvlindring, istedenfor begrepet «selvskading» fordi det er med på å understreke intensjonen med handlingene. Ved å forstå handlingene som en måte å selvlindre på, heller enn som skadende og symptom på sykdom, åpnes det opp for flere muligheter til hvordan handlingene kan oppfattes og tilnærmes både fra personen selv og fra helsepersonell (Ibid.). I studiet som presenteres blir begrepene selvlindring og selvkutting benyttet, med unntak når deltagerne selv omtaler handlingen som «selvskade».

Selvlindringen kan være vanskelig å forstå for andre og for ungdommen selv. Ungdom som gjør det strever ofte med å sette ord på vanskene sine. Landmark og Stänicke (2016) refererer til en undersøkelse av Grantz som oppsummerer at det gjennomgående tema for ungdom som selvlindrer er å regulere følelser relatert til psykologisk smerte. Ifølge forfatterne fremstår mange av de som selvlindrer som vellykkede utad, og mange opplever ofte å ikke bli forstått og trodd i sin smerte. Noen isolerer seg sosialt, men for andre kan selvlindringen bli en stor del av deres identitet og selvforståelse. Handlingene kan for noen være livsviktig for å opprettholde et skille mellom ytre fasade og et totalt følelsesmessig

kaos. Selvkutting kan ifølge Landmark og Stänicke (2016) forstås som en måte å kutte vekk vonde følelser og følelser som ikke kan vises, en «utagering av psykisk smerte». Kroppen overtar og blir bærer for de indre vanskene. Forfatterne refererer til Løkke som beskriver de som selvkutter som ofte de «snille» jentene som ikke kan uttrykke sinne, men vender det mot seg selv. Landmark og Stänicke (2016) refererer til en studie av Brown og Kimball hvor ungdommene var opptatt av at selvkutting er en viktig del av ungdomskulturen og erfaringer med at de voksne ikke forstår det. For noen blir det en slags identitet, og så omfattende at det overstiger de psykiske vanskene som det opprinnelig skulle bidra til å lindre (Landmark & Stänicke 2016).

Landmark og Stänicke (2016) refererer til en studie av Tallaksen, Bråten og Tveiten hvor helsepersonell fremhever først og fremst opplevelsen av hjelpeløshet.

Ifølge Landmark og Stänicke (2016) kan for noen ungdommer å utforske hva selvlindringen handler om i deres liv være et utgangspunkt for å finne uoppdagede sider ved seg selv. Ved å utforske hvor, når og hvilke situasjoner som kom før kuttingen kan ungdommene etter hvert se sammenhenger i det som tidligere «bare plutselig skjedde» og følelser som det er vanskelig å uttrykke og stå for, for å utvikle agensfølelse og mer modne kommunikasjonsformer. Det må jobbes med å finne balansen mellom egenansvar og regulering av omsorg. Kuttingen kan gi opplevelse av likegyldighet og følelsesmessig tomhet, som det kan være vanskelig å erstatte når ungdommen opplever indre smerte og følelsesmessig nød. Mange unge opplever det som at de både vil og ikke vil slutte med det. Forfatterne refererer til en undersøkelse av Ystgaard et al. som viste at rundt halvparten av alle ungdommer som skader seg ikke vil ha hjelp med sine vansker. Ifølge Landmark og Stänicke (2016) er ofte ungdommenes selvbilde så fylt av forakt og selvhat at de ikke kan tillate seg å være sårbar og ta imot hjelp. Når det oppleves så mye selvforakt tolkes ofte «alt» som bekreftelse på at andre forakter dem like mye. Ifølge forfatterne vil en diagnostiske beskrivelser og biologiske forklaringer som hormonelle svingninger eller umodne hjerneorganiske forhold på nytt undergrave den unges følelser og sinn. Ifølge dem bør vi være kritiske til hvordan vår kultur tillater oss mennesker å uttrykke sinne, så vel som sårbarhet. Ved å se bak handlingene gir det mening til hvordan selvlindring kan være trøst og mestring i et vanskelig liv (Ibid.).



## 2.3 Omsorg og opplevelse av følelsesmessig nød i relasjoner

Barn skaper sin tilknytning ut fra sine behov og forutsetninger på grunnlag av omsorgspersonenes forutsetninger. Omsorgspersonenes forutsetninger innebærer om de er i stand til å elske barnet, og om de klarer å romme hele eller bare deler av barnet. At barnet opplever trygghet i relasjon til sine omsorgspersoner er viktig for å sikre at barnet vokser opp med god psykisk- og fysisk helse og for at de skal ha godt grunnlag til å utvikle gode relasjoner i samspill med andre menneske (Kvelling 2015).

Barnets omsorgspersoner skal fungere som tryggheten barnet søker seg til når det har behov for beskyttelse og trøst, og som derfor gjør at det tør å utforske omgivelsene. At barnet opplever trygghet i relasjon til sine omsorgsgivere og i konteksten de lever i, er ikke bare viktig i barndommen, men gjennom hele livet. Spesielt i tenårene når løsrivingsprosessen skjer og hjemmet skal være tryggheten for at ungdommen skal tørre å utforske livet, skape nye relasjoner og utvikle selvstendighet (Tamm 2012).

Mange barn opplever ikke trygghet i relasjon til sine omsorgspersoner og knytter seg derfor unnvikende eller usikkert til dem. Tilsynelatende kan det se ut som om omsorgssituasjonen fungerer bra, det er ingen problemer å oppdage på utsiden. Men når barnet trenger dem på et følelsesmessig plan, fungerer det ikke. Ofte handler det om noe ubearbeidet hos omsorgspersonene som gjør seg gjeldende når de ser barnets smerte eller angst i øynene, slik at de ikke klarer å være til støtte eller beskyttelse for barnet. Barnet opplever samspillet som uforutsigbart, og det blir vanskelig for barnet å lære seg hva det kan forvente. Når barna vokser opp og møter på utfordringer, har de verken trygge relasjoner hjemme de kan vende til eller noen indre trygghet som kan hjelpe dem å håndtere vanskelighetene (Tamm 2012). Mange av disse barna utvikler seg til ungdommer og voksne som hver dag lever i frykt for å knytte seg og samtidig lengselen etter å bli elsket. Det skapes forvirrende signaler, både for personen selv og for de som forsøker å komme dem nær (Brendefur 2015).

Landmark og Stänicke (2016) refererer til Linehan som presenterer tre typer familier hvor omsorgspersonene ikke klarer å gjenkjenne eller ta imot og respondere hensiktsmessig på sine barns følelser: der hvor kontroll av følelser har større verdi enn følelsesmessige opplevelser; der hvor følelser som sinne, sjalusi og tristhet ikke aksepteres; og der hvor foreldrene er mer opptatt av sine egne vansker og responderer uforutsigbart. Noen foreldre med egne vanskelige livsopplevelser gjenkjenner barnets følelser, men de kan vekke så

sterke følelser hos dem selv at de reagerer med like sterke følelser som det barnet uttrykker av sinne, tristhet eller engstelse (Landmark & Stänicke 2016).

Barnet kan derfor miste tiltro til egen vurderingsevne, og unngår kontakt eller søker for tett kontakt med andre mennesker for å beskytte seg mot avvisning. Hvis barnet blir skuffet eller sint, men er vant til at omsorgspersonen ikke responderer hensiktsmessig, kan følelsene forskyves innover og bli en følelse av skyld, lav egenverdi eller opplevelse av utilstrekkelighet. Barnet blir på den måten mer opptatt av sine egne handlinger enn de sammenhengene de oppstår i, og det blir vanskelig for barnet når det vokser opp å skulle forstå hvordan de skal opptre i samspill med andre mennesker (Hart & Schwartz 2009).

Ifølge Brendefur (2015) må de barna som ikke har kunnet speile seg i foreldrenes trygge blikk, mer eller mindre klare seg selv og ta til seg smuler av kjærlighet på andre måter. Noen gjør det ved å være krevende og blir «problembarnet» i barnehagen og på skolen. «Negativ oppmerksomhet, er bedre enn ingen». For andre barn er «alt nytt farlig», i forventning om at noe vondt skal skje er kropp og følelser i konstant beredskap. Noen barn igjen viser hverken sinne eller frykt, de er bare tilstede som om verden ikke angår dem. De får med seg det som skjer, men har lært seg å overleve ved å sitte helt stille og håpe at det vonde går over (Ibid.). Disse barnas atferd er normale reaksjoner på ikke normale omsorgssituasjoner. Men fra en medisinsk modell vil deres atferd kunne bli forstått som symptomer på en diagnose, som ADHD, angst, dissosiativ lidelse, stemningslidelse, eller andre. Som tidligere nevnt kan på den måten diagnosen være med på å skjule og opprettholde den livssituasjon barnet eller ungdommen lever i.

### *2.3.1 Følelsmessig nød og selvlindring*

Som bakenforliggende årsak til selvlindring vektlegges spesielt barndomserfaringer innenfor familiekonteksten. Som fysiske og seksuelle overgrep, omsorgssvikt, tap og separasjon. Selv hos mennesker som ikke har vært utsatt for noe av det nevnte, er det aspekter ved foreldre – barn relasjonen som kan ha konsekvens for tilpasning, og som derfor kan medføre at den unge begynner å selvlindre (Sommerfeldt & Skårderud 2009). Barn som vokser opp uten trygghet i relasjon til omsorgsgiver får ofte ikke utviklet evnen til å kunne regulere følelser og uttrykke dem verbalt. Når følelsene oppleves for vanskelig å håndtere og språket ikke er tilstrekkelig utviklet, brukes derfor kroppen som redskap og erstatning for å regulere de vanskelige følelsene (Skårderud & Sommerfeldt 2009). Også Øverland (2006) mener at når mennesker opplever mye kritikk, tillitsbrudd og krenkelser

tidlig i livet, senere opplever å gjøre feil, bli skuffet eller såret, straffer de seg ved å kutte seg. Handlingene innebærer like mye en devaluering eller skade på identitet og selvforståelse, en skade av «selvet», som det er å gjøre fysisk skade på kroppen. For å forstå dette må man derfor involvere seg på et dypere plan enn de kroppslige og sosiale konsekvensene av handlingene (Ibid.).

### *2.3.2 Følelsemessig nød og selvmordshandlinger*

Når barnet blir ungdom og en løsrivelsesprosess skal skje, så er det viktig å ha noen å løsrive seg fra. Noen som den unge opplever seg som viktig for. Unge i følelsemessig nød kan oppleve liten tro på fremtiden, men de klarer ofte heller ikke å forlate barndommen fordi den oppleves så uoppgjort. Fravær av et menneske å oppleve trygghet til, og mangel på kjærlighet og bekreftelse skaper et ubevisst savn. Den unge har ikke fått bygget opp et positivt selvbilde som mestrende og verdt å elske, og avstanden mellom hvem den er og hvem den ønsker å være blir for stor. Jo dårligere ungdommen føler seg på innsiden, desto bedre, større og flinkere «må» vedkommende fremstå på utsiden. Kravene og målene ungdommen setter seg blir så store at han/hun er dømt til å mislykkes, det vil uansett heller ikke kunne erstatte det intense behovet for reel bekreftelse. Dette medfører ofte sterk selvkritikk, med skam og skyldfølelse som konsekvenser (Snoek 2002). Ifølge Snoek (2002) så kan det resultere i et sinne som vendes mot seg selv i form av tristhet og sorg eller selvmord. Hun hevder at selvmord og selvmordsforsøk er kommunikasjon av fortvilelse, og at ungdommen trenger et svar som kan føre til økt mestring i en vanskelig livssituasjon. Ungdom som har gjort selvmordsforsøk vil ofte gjøre det igjen hvis ingenting endrer seg. Det er derfor viktig at de blir tatt på alvor, men samtidig vite at hensikten ikke nødvendigvis er å dø, men å endre en utholdelig livssituasjon. Ungdommen må hjelpes til å finne ressurser i seg, samtidig som familien må involveres og eventuelt andre deler av nettverket som er nødvendig for å få tak i de faktorer som opprettholder den vanskelige situasjonen (Ibid.).

Fischman (1988) hevder at vanskeligheter i familien er den viktigste predikter for selvmordsatferd hos ungdom. Selv i de tilfeller hvor vanskene ligger i den større konteksten, så spiller og ofte forverrer familien de ytre belastningene ungdommen opplever. Ustabil familie kan gjøre det umulig for ungdommen å håndtere ytre stress, og bidra til at det oppleves mer katastrofalt enn det er, siden familien er helt essensiell for å ivareta og stabilisere ungdommens opplevde belastninger fra venner, skole og samfunnet. Familien er mekanismen hvor den grunnleggende følelsen av et selv og velvære

oppretholdes. Mangel på stabilitet og sammenheng der kan skape ukontrollerbare motsigelser og desperasjon som man ofte ser hos ungdom som gjør selvmordshandlinger. Derfor må konteksten familien har å tilby gjøres så støttende og stabil som mulig. Fischman (1988) refererer til Sabbath som hevder at ungdom som gjør selvmordsforsøk ofte ser konfliktene hjemme som uløselige og ekstreme. Negative foreldre - barn relasjoner fører til fravær av støttende relasjoner og gode rollemodeller, som ville gjort at den unge kunne håndtert de vanskelighetene og det stresset ungdomstiden innebærer. I fungerende familie kontekster lærer oftest barnet seg å håndtere avvísninger, slik at når det skjer i ytre kontekster oppleves det ikke fatalt. De fysiske forandringene, de emosjonelle, streben etter følelse av et selv, identitet, ungdommenes sårbarhet ovenfor hva de jevngamle sier og gjør – alt dette forhøyer ungdommens sårbarhet hvis omsorgssituasjonen i tillegg oppleves motsigelsesfull og utrygg. Selvmordsatferd hos ungdom kan ifølge også Fishman (1988) forstås som et desperat forsøk på å skape forandring (Ibid.).

### *2.3.3 Relasjonens betydning for endring av de unges opplevelse av følelsesmessig nød*

For at den unge skal oppleve stabilitet og støtte i omsorgssituasjonen, så avhenger det av hvilke endringer som gjøres i de relasjonene som inngår der.

Karlsen (2015) skriver om hvordan det at omsorgspersoner, som i møte med terapeuten opplever å bli anerkjent, virker inn på hvordan de anerkjenner hverandre, noe som igjen gir positive endringer når det gjelder hvordan de anerkjenner sine barn. Mange voksne har ikke opplevd å bli anerkjent som barn, og må lære det, før de så kan klare å anerkjenne sine barn. Mange har også vokst opp i hjem hvor de ikke har lært å sette ord på følelser, så når barna deres får det vanskelig, kan det være både foreldrene og barna som i terapi må lære seg å bli kjent med og uttrykke egne følelser, for at familien skal kunne fungere bedre sammen og at atmosfæren hjemme skal bli tryggere (Ibid.).

For å bidra til å endre den unges utrygghet i relasjonene til omsorgspersonene, må ifølge Kvello (2015) omsorgspersonene gjennom veiledning lære å endre sin omsorgsutøvelse. Gjennom for eksempel mentaliseringsbaserte<sup>1</sup> intervensjoner kan omsorgspersonene bearbeide sine indre arbeidsmodeller (hvordan mennesker fortolker seg selv og andre, og forstår sosialt samspill) som kan gjøre at de bedre forstår barnets signaler (Ibid.).

1) Mentaliseringsbasert terapi er en psykoanalytisk orientert behandling som bygger på utviklingsteori og tilknytningsteori. Begrepet mentalisering refererer til en mental prosess hvor personen tolker egen og andres atferd på bakgrunn av sin mentale tilstand. Målet for behandlingen er å lære personen å identifisere egne og

andres mentale tilstand, og på den måten gjøre individet bedre i stand til å regulere egne følelser og samspill med andre mennesker (Øverland 2006).

Det kan ifølge Landmark og Stänicke (2016) være en utfordring å få omsorgspersonene med på å utforske hva i dem som skaper unnavikelse ovenfor dem selv og den unge. De kan oppleve det krenkende og uttrykke sinne eller føle seg misforstått fordi de mener det er den unge som strever og ikke dem. Det kan være underliggende årsaker som vanskelige livsopplevelser eller følelse av hjelpeløshet og sårbarhet. Det er ifølge forfatterne derfor viktig å ha respekt for foreldrenes opplevelse og bruke tid (Ibid.)

Selv om relasjonen mellom barnet/ungdommen og omsorgspersonene har stor påvirkning på hvordan mennesket anerkjenner seg selv, som er grunnlaget for hvordan personen er i samhandling med og relasjon til andre. Så er det også mange andre arenaer, beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer som påvirker menneskers psykiske helse (Brendefur 2015; Kvello 2015).

#### *2.3.4. Samfunnet, omsorg og konseptualisering av følelsesmessig nød*

Ifølge Brook og Dallos (2009) vil de dominante kulturelle diskursene former familiers holdninger, for eksempel hva som utgjør «velvære» versus «psykisk lidelse». De hevder at samfunnets diskurser om ungdommer enten forberede familien på utviklingen og de endringene den unge går gjennom. Eller alternativt, diskursene kan føre til negative og sykeliggjørende meninger knyttet til ungdommens atferd, slik at ungdommen oppfattes som «slem» eller «gal». En ung persons følelse av virkelighet, inkludert deres følelse av et selv, identitet, og spesielt meningen bak deres handlinger og tanker blir i stor grad påvirket av hvordan andre oppfører seg mot dem. De unge kan derfor komme til å akseptere de dominerende familie- eller samfunns narrativene, og integrere dem i sin mening om seg selv, i deres livshistorie. Spesielt når de er usikre på seg selv og sine følelser og hvis de opplever hull i sine livsnarrativer. Særlig vil de unge som opplever utrygghet i relasjonene til omsorgspersonene ha mindre mulighet til å utvikle narrativer med trygg, sammenhengende og positiv følelse av et selv. Og deres mulighet for å integrere og reflektere over deres erfaringer og overveie alternative forklaringer vil også være begrenset. Brooks og Dallos (2009) refererer til Dickerson og Zimmerman som hevder at de som er omgitt av et negativt miljø vil ha god nytte av terapi fordi de da gis mulighet til å vurdere alternative forklaringer og konstruksjoner (Brooks & Dallos 2009).

## **3.0 METODOLOGI**

Studien som presenteres her er i det psykososiale fagfeltet, der er en narrativ og refleksiv tilnærming nyttig fordi dette studiet bygger på hvordan mennesker gjennom fortelling skaper mening av sine erfaringer, og hvordan fortellingen konstrueres i den bestemte relasjonen og den bestemte konteksten.

### **3.1 Vitenskapsteoretisk grunnlag**

#### *3.1.1 Psykososial tilnærming*

Det er nødvendig å si noe om hva psykososial forståelse er for å synliggjøre den teoretiske tilnærmingen dette studiet har som forståelsesgrunnlag. Når det psykososiale perspektivet vektlegges, er det under erkjennelse av at mange perspektiver er nødvendig i tilnærming og forståelsen av mennesket og menneskers svært ulike livssituasjoner. Teori er viktig, men innsikt må utvikles i situasjoner og gjennom relasjoner. Fra et psykososialt perspektiv inngår det sosiale og det psykiske som en forutsetning for hverandre i en kontinuerlig prosess. Psykososial kompetanse går ut på å kunne se at det mennesket som ønsker og behøver hjelp, inngår i en større sosial sammenheng. Det felles menneskelige ligger i vår eksistens, samtidig har hvert enkelt menneske behov for å være unikt og bli sett som et subjekt (Nissen & Skærbæk 2014;12-16).

#### *3.1.2 Fenomenologi*

Fenomenologi er en bevissthetsfilosofi som ifølge Thornquist (2012) retter oppmerksomheten mot verden slik den erfares *for* subjektet. Retningen har derfor høy relevans i studiet som presenteres. Fenomenologi står i motsetning til ensidig vektlegging av vitenskapelige forskning som går på bekostning av levd erfaring. I fenomenologi er man opptatt av hvordan mennesket aktivt skaper sin verden. Det vektlegges derfor å beskrive og redegjøre for individets erfarings- og meningsverden. I tillegg til å være en bevissthetsfilosofi omtales den også som erfaringsfilosofi, hvordan fenomener framtrer for subjektet (Ibid.).

#### *3.1.3 Narrativ metode*

Narrativer handler om strukturen, innholdet og funksjonen til historiene vi forteller oss selv og i relasjon til andre. Det aksepteres at vi lever i en historisk verden og at vi tolker våre og andres handlinger gjennom fortellingene vi deler. I sammenheng til de forskjellige sosiale relasjonene mennesker inngår i, kan mennesket ha mange ulike identiteter (Murray 2003)

I narrativer vektlegges sammenhengende og årsaksbestemte beskrivelser av en hendelse som har skjedd eller forventes å skje. Graden av sammenheng kan imidlertid variere. Narrativer sørger for en bestemt form, struktur eller plott til en sekvens av hendelser. Plottet knytter historiens begynnelse til historiens slutt, det binder forskjellige episoder sammen og skaper en sammenhengende og meningsfull beskrivelse. Narrativer skaper på den måten mening og orden i alle de små detaljene vi opplever hver dag, men det er hendelser i våre liv som utfordrer de standard plottene. Det er de hendelser som skjer i livet som ikke lett passer inn i sammenhengende form. Det er denne utfordringen med å skape et narrativ om bestemte personlige eller sosiale hendelser som kan etterlate en person i usikkerhet og engstelse. Mennesker søker ofte hjelp når deres narrative repertoar ikke tilstrekkelig dekker deres opplevelser. Målet for narrativ terapi er å sammen med personen utfordre de dominante plottene og skape nye alternative fortellinger (Murray 2003).

Innenfor de forskjellige psykologiske metodene har det vært mange ulike beskrivelser av hvordan en skal forstå konseptet «selvet» og «identitet». Narrativ tilnærming til studiet av selvet og identitet skiller seg ut på grunn av den uløselige sammenkoblingen mellom «selvet» og «sosiale strukturer», spesielt hvordan «selvet» konstrueres gjennom språk. Narrativ psykologis forutsetning er antagelsen om at menneskers opplevelser og handlinger er meningsfulle, og for å forstå oss selv og andre, må vi utforske hva disse meningssystemene består av. Fokuset på mening og fortolkning er av stor betydning, det skiller narrativ metode fra de mer tradisjonelle tilnærmingene og understreker utilstrekkeligheten til kvantitative metoder for studiet av selvet og identitet. Som mennesker er vi i all hovedsak fortolkende vesener. Det betyr at vi til stadighet reflekterer over hva som skjer i og rundt oss. Det grunnleggende prinsippet for narrativ psykologi er at mennesker forstår seg selv gjennom å snakke og skrive. Og at det er gjennom slike prosesser mennesker former selvet og identitet. Til forskjell fra andre sosial konstruktivistiske tilnærminger så er narrativ psykologi utviklet for å forstå det individuelle i menneskers opplevelser. Spesielt hvordan mennesker tilpasser seg og reagerer på traumatiserende hendelser (Crossley 2000).

Narrativ tilnærming til vanskelige livsopplevelser gir forskeren og således samfunnet unik mulighet til innsikt i hvordan det opplevdes for dem. Fortellinger om sårbarhet viser at det er mer til virkeligheten enn helsepersonells oppfatninger og perspektiver. Mennesker ønsker å dele deres følelsesmessige erfaringer fordi de får mulighet til å rettfærdiggjøre og legitimere deres atferd og deres reaksjoner på handlinger og behandling fra betydningsfulle

andre. Hensikten med narrativ tilnærming er ikke å avdekke fortellingens «sannhet». Men gjennom fortellingene tilbyr mennesker implisitt og «taus» kunnskap om mer enn selve fortellingen. Fortelling om sin erfaring kan gi fortelleren avstand til opplevelsen og bidra til å skape nytt perspektiv (Holloway & Freshwater 2007).

### *3.1.4 Refleksiv praksis*

For at forskningsprosessen skal få frem noe annet enn det forskeren på forhånd vet eller har tatt for gitt, er det nødvendig med et åpent sinn, med plass for tvil, ettertanke og uventede konklusjoner (Malterud 2011:18) Askeland (2011) henviser til Fook og Askeland og beskriver refleksivitet som «evnen til å erkjenne at både en selv og den sosiale og kulturelle konteksten en er i preger forskningen, kunnskapen som kommer ut av forskningen og måten en skaper denne kunnskapen på» (Askeland 2011;37). Ifølge Askeland (2011) innebærer refleksivitet bevisstgjøring av egne tanker, følelser og reaksjoner i situasjonen. Og bevissthet om hvordan livserfaringer, utdanning og sentrale hendelser i livet har formet egne meninger, verdier og holdninger. Refleksivitet innebærer oppmerksomhet på samspillet med deltagerne og hvordan forskeren med sin bakgrunn forstår og opptrer i den interaksjonen. Forskeren påvirker sitt arbeid gjennom hele forskningsprosessen, fra formulering av problemstilling til hvordan en analyserer og presentasjonen av det (Ibid.). Gjeitnes og Tronvoll (2011) henviser til Webb som beskriver refleksjon som grundig og kritisk gjennomtenking av egen praksis, mens refleksivitet involverer mer gjennomgripende vurderinger og avveininger i forhold til personlige og moralske dimensjoner (Gjeitnes og Tronvoll 2011;89)

## **3.2 Deltagerne og rekrutteringsprosessen**

Deltagerne var unge voksne i 20 årene som hadde erfaringer fra å ha vært akuttinnlagt i ungdomspsykiatrien. Av forskningsetiske hensyn hadde jeg ikke mulighet til å gå inn i pasientregistre eller ta direkte kontakt med målgruppen. Rekruttering foregikk derfor gjennom kontaktpersoner i forskjellige brukerorganisasjoner hvor de for sine medlemmer fremla forespørsel (vedlegg 2) om deltagelse på mine vegne. Rekruttering av deltagere viste seg å bli en tidkrevende prosess. Gjennom brukerorganisasjonene meldte det seg fire deltagere, tre unge damer og en ung mann. Det viste seg i løpet av samtalen med den ene deltageren at han hadde vært innlagt etter at han hadde fylt 18 år, og hadde derfor ikke vært innlagt i ungdomspsykiatrien. Jeg måtte av den grunn dessverre ekskludere han fra prosjektet. På grunn av få deltagere valgte jeg å skrive om prosjektet på sosiale medier, slik at eventuelle deltagere kunne ta kontakt med meg. På den måten var det to til som tok



kontakt og jeg hadde da til sammen fem unge kvinnelige deltagere. Det tok seks måneder fra jeg hadde den første samtalen til jeg hadde den siste, jeg valgte derfor å avslutte rekrutteringen og påbegynne analysearbeidet på tross av at jeg i utgangspunktet hadde ønsket flere deltagere.

### **3.3 Gjennomføring av samtale**

I kvalitativ forskning benyttes ofte intervju om metoden å samle inn data på. Intervjueren stiller spørsmål og følger opp svarene fra den som intervjues (Johannessen, Tuftes & Christoffersen, 2011). Ifølge Askeland (2011) så er det umulig å være nøytral observatør i egen forskning, forskeren er derfor både deltager og medskaper av situasjonen og interaksjonen (Ibid.). Denne studien bygger på forståelsen av at datainnsamlingen var en samkonstruksjon mellom deltager og forsker om et tema som opptok begge parter.

Utgangspunktet for samhandlingen var en problemstilling stilt som et åpent spørsmål hvor deltagerne mer kunne fortelle om erfaringene de ønsket å dele relatert til forskjellige temaer, enn at de ble «intervjuet». På den måten hadde interaksjonen form av samtale, og benyttes derfor i denne studien som benevnelse av datainnsamlingen.

For å skape mest mulig trygghet ble samtale gjennomført på steder deltagerne var med på å velge. De ble informert om at samtalen kom til å bli tatt opp og slettet ved prosjektets slutt. Samtalene varte mellom en halv og en og en halv time. I forkant ga jeg beskjed om at de også når som helst i samtalen kunne trekke seg hvis de opplevde seg ubekvem, eller hvis det skulle bli vanskeligere enn de hadde forestilt seg. Jeg ba deltagerne fortelle så åpent og fritt som mulig om det de ønsket å fortelle om. Jeg benyttet meg av temaguide (vedlegg 1) som veileder når deltagerne sto fast, eller spurte meg om hva jeg ville vite. Hver samtale ble transkribert i sin helhet og nedskrevet så nøyaktig som mulig slik fortellingene ble fortalt. På grunn av oppgavens omfang har jeg ikke mulighet til å presentere mer enn små deler av samtale. Jeg har forsøkt å fremstille dem på en måte som gjør at de ikke mister sin mening. I min tolkning til hvert sitat, kommer jeg noen ganger med tilleggsopplysninger som ikke kommer frem i sitatene, dette for å skape et mer helhetlig bilde av historiene som ble fortalt. For at leseren skal kunne skape seg en så nær opplevelse til fortellingene som mulig, har jeg valgt å ikke rydde språket i sitatene som blir brukt.

### 3.4 Analyse av data

I studien som presenteres er det anvendt Darren Langridges (2007) *kritisk narrativ analyse*, og DelBusso og Reavey (2011), på grunn av vektlegging av det fenomenologiske aspektet i analyseprosessen. Langridges (2007) kritisk narrativ analyse har mye til felles med andre fenomenologisk inspirerte narrative metoder. Den viktigste forskjellen er inkluderingen av det kritiske aspektet, som innebærer å kritisk utforske sin egen rolle og teksten ved å anvende sosial teori og kritisk hermeneutikk. Analyse krever at forskeren engasjerer seg empatisk i meningene deltagerne skaper ut av sine opplevelser, og tolker de erfaringene i lys av kritisk hermeneutikk og sosial teori (Langridge 2007). Kritisk fenomenologisk tilnærming innebærer forståelsen av at den sosiale virkeligheten er sosialt konstruert og en del av hvordan mennesker opptrer i forskjellige sammenhenger (DelBusso & Reavey 2011). Det er i tråd med narrativ tilnærming, som mener at den verden vi inngår i gir oss tilgang til, men begrenser også våre muligheter til å være i verden og de identiteter vi kan konstruere ut fra vår virkelighet (Langridge 2007). Kritisk fenomenologisk narrativ metode er anvendt fordi den er egnet for å tilnærme seg deltagerens erfaringer gjennom den mening og sammenheng de tilskrev sine opplevelser, hvordan de gjennom fortellingene konstruerte sin forståelse av et selv, og sin opplevelse av det selvet i relasjon til andre i fortellingene. Med en kritisk fenomenologisk tilnærming åpnes det for å betrakte deltagerens opplevelser både som levde erfaringer og som sosiale konstruksjoner i form av språk og maktforhold som kontekst for meningsskaping (DelBusso 2014).

Langridges (2007) analyse begynner med en reflekterende prosess hvor forskeren kritisk gjennomtenker hvordan hans/hennes bakgrunn og erfaring har virket inn på spørsmålene som stilles og dataen forskeren har vært med på å fremstille. Tekstene leses gjennom, og ved å anvende kritisk hermeneutikk og sosial teori må forskeren se forbi det åpenbare i teksten, for å kunne vurdere alternative perspektiver uten å underordne deltagerens meninger av sine opplevelser. Det neste stadiet handler om å identifisere et eller flere narrativer som skiller seg ut i teksten. Dette stadiet innebærer også å få en forståelse av hvilken stemme deltagerne forteller narrativet med, og som ikke er umiddelbart synlig i teksten. Det handler om å tolke fortellingene i en større kontekst og i den bestemte konteksten de ble skapt. I alle narrativer vil det sannsynligvis gis mening eller holdning som involverer rettferdiggjøring av én posisjon og en antydning kritikk av en annen. Dette kan implisere fortellerens posisjon og holdning til en større verden av historier enn den fortelleren lever i. Det påfølgende stadiet henger tett sammen med det forrige og handler

om å analysere hvordan deltagerne konstruerer seg selv i narrativet som fortelles. Det neste stadiet av analysen innebærer å identifisere temaer i narrative og forholdet mellom temaene. Teksten må ikke deles for mye opp, slik at helheten forsvinner. Til slutt må forskeren rette den samme kritiske hermeneutikken mot teksten, som han/hun rettet mot seg selv i det første stadiet (Langridge 2007).

Første del av analysen innebærer hvordan min bakgrunn og erfaring kan ha innvirket på datainnsamlingen og er beskrevet nærmere under refleksivitet. I begynnelsen ble hver tekst behandlet individuelt og grundig gjennomlest først én gang, etter hver gjennomlesning skrev jeg ned mine refleksjoner som en bevisstgjøring for å motvirke at min forståelse skulle innvirke på materialet. Ved andre gjennomlesning var fokuset på å identifisere opplevelser som deltagerne vektla i sine fortellinger (DelBusso & Reavey 2011), de konkrete opplevelsene merket jeg av i tekstene. De identifiserte opplevelsene ble kodet under temaoverskrifter etter hva de handlet om, som blant annet «hjemmemiljø», «sevlindring», «selvmordsforsøk», «gode relasjoner», «dårlig relasjoner», «gode erfaringer fra innleggelse» m.fl. Jeg utforsket innholdet, hvordan temaene relaterte seg til hverandre i den enkelte tekst og samlet dem under mer omfattende temaoverskrifter som «omsorgssituasjon», «jeg har det vondt», «jeg må vekk» m.fl. Temaene ble identifisert relatert til hvordan deltagerne konstruerte seg selv, hvilken selvopplevelse de formidlet og hvordan de fortalte om det selvet i relasjon til andre, med oppmerksomhet på hvilke motsigelser og ambivalens som kom frem i fortellingene. Og hvordan opplevelsene relaterte seg til hverandre på tvers av fortellingene, med kritisk vurdering av den enkelte erfaring i lys av psykososiale og samfunnsvitenskapelige perspektiver, som utgjorde identifiseringen av hovednarrativene.

### **3.5 Forskerrefleksivitet**

Som i all kvalitativ forskning kan ikke narrativ metode betraktes som nøytral. Fortelleren kan ha sine grunner til at han eller hun ønsker å dele sin historie. Forskeren er heller ikke objektiv, men vil ha med seg sine antagelser, forutinntatthet og meninger (Silver 2013). Utgangspunkt for samtalen med deltagerne var temaet «erfaringer fra akuttinnleggelse i ungdomspsykiatrien». Hadde temaet vært noe annet, hadde jeg kanskje fått helt andre fortellinger fra dere liv. Og hvis en annen hadde spurt etter den samme erfaringen, er det ikke usannsynlig at den personen ville ha fått andre fortellinger. Narrative konstrueres som nevnt mellom to personer (eller fler), og er avhengig av faktorer som fortelleren, lytteren og konteksten (Murray 2003).

Siden jeg jobber i ungdomspsykiatrien, kan det hende jeg opplevdes som en slags representant for det systemet, og at det var med på å forme narrativene som ble fortalt. Den antagelsen ble også implisitt og eksplisitt bekreftet underveis i samtalen med flere av deltagerne. Gjennom for eksempel spørsmål om hvordan ungdomspsykiatrien fungerte i nåtiden, undring om deltageren kunne være alene om å ha opplevd bestemte hendelser, og at noen kunne hjelpe med å få deltagerens historier frem. Det å skulle møte deltagerne som forsker, og samtidig selv jobbe innenfor feltet opplevde jeg som utfordrende. Begge rollene krever at man opptrer med respekt, empati og innlevelse for å forsøke å skape tillit og trygg atmosfære. Men rollen som forsker innebærer i større grad avstand, enn rollen som hjelper. Jeg måtte flere ganger i løpet av samtaler være på vakt for å ikke gli over i hjelper/behandlerrollen. Det at jeg selv jobber innenfor fagfeltet mener jeg innebærer både styrker og svakheter. Svakheter er den ekstra utfordringen det er i forhold til objektivitet til temaet, og perspektivskifte fra den rollen jeg har på jobb til den rollen jeg hadde i samtaler med deltagerne. Styrke kan være den erfaringen jeg har med å snakke med mennesker om livsopplevelser som det kan være vanskelig å fortelle om. Og at den erfaringen også bidro til at jeg hadde grunnlag for å forstå deltagerne og de fortellingene som ble fortalt. Rollen som forsker i samtale med deltagerne ga meg imidlertid både ny innsikt og kunnskap, og jeg opplever at det har vært berikende på flere plan.

Mitt forståelsesgrunnlag er fra et psykososialt perspektiv, som innebærer at psykisk helse er noe vi alle har, at den for alle er bevegelig gjennom hele livet, og alltid står i forhold til relasjoner, hendelser og situasjoner. Forståelsen innebærer derfor en helhetlig tilnærming til mennesket og menneskers livssituasjon. Det forståelsesgrunnlaget har vært med å påvirke hvordan studien har blitt gjennomført og valgene som har blitt tatt underveis i prosessen, og ville antagelig sett ganske annerledes ut fra et annet fagperspektiv. Ifølge de forskningsetiske retningslinjer kan forskjellige faglige tilnærminger og teoretiske ståsteder åpne for ulike, men likevel rimelige tolkninger av det samme materialet. Det innebærer derfor viktigheten av å reflektere over, og redegjøre for hvordan egne verdier og holdninger kan påvirke valg av tema, datakilder og tolkninger (De nasjonale Forskningsetiske komiteene 2016).

Fortellingene fra noen av deltagerne kunne innimellom være lite utdypende. Det har til tider gjort analysearbeidet utfordrende for å ikke tillegge mine meninger eller tolkninger på en slik måte at det ikke samstemmer med deltagerens fortellinger. Jeg kunne under samtaler ha fulgt opp temaer som deltagerne ga uttrykk for at det var vanskelig å snakke

om, men som kunne ha gitt mere utdypende svar og større innsikt i deres erfaringer. Hensikten min med å avstå fra det var av det hensyn å forhindre at deltagerne skulle oppleve seg presset til å fortelle fortellinger de egentlig ikke ønsket å dele. Alternativt kunne jeg i løpet av samtalene spurt etter flere eller andre fortellinger enn de som ble eller ikke ble fortalt, slik Murray (2003) foreslår at forskeren kan gjøre for at deltageren skal slippe å føle at de må gi fra seg en hel og sammenhengende historie. Vanskeligheter med å skape en sammenhengende historie kan være en sentral utfordring i samtalsituasjoner og hemme deltageren fra å bidra med en fullstendig beretning (Ibid.). Årsaken til at jeg ikke gjorde det var at jeg i samarbeid med veileder hadde utformet en temaguide med hensyn til å ikke inneholde direkte spørsmål, men heller temaer hvor deltagerne selv kunne velge hvilke fortellinger de ville dele. Både relatert til etisk forsvarlighet, og til den utfordringen jeg opplevde med å ikke bevege meg over i hjelper/behandler rollen, så valgte jeg å holde meg til temaguiden. Men på den måten så er studiens funn basert på de fortellingene deltagerne ønsket og kanskje hadde behov for å dele.

### **3.6 Forskningsetiske overveielser**

I forkant av undersøkelsen ble det søkt om og innvilget tillatelse fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) (vedlegg 4). Behandling av datamaterialet er i overensstemmelse med de informasjonssikkerhetstiltak som kreves der.

I tråd med forskningsetiske retningslinjer (De nasjonale Forskningsetiske komiteene 2016) som handler om forskerens ansvar for å framtre med klarhet valgte jeg i informasjonsskrivet til deltagerne å informere om at jeg jobber i ungdomspsykiatrien. Eventuelt argument for å ikke skulle nevne det var at jeg ikke ønsket å skape misforståelse eller usikkerhet hos deltagerne om hvorvidt jeg var der på grunn av forskningsformål eller som representant for ungdomspsykiatrien, og eventuelt legge føringer for fortellingene som ble fortalt. I tillegg til å informere om det i informasjonsskrivet, klargjorde jeg det i forkant av samtalene med deltagerne.

I de forskningsetiske retningslinjene står det beskrevet forskerens ansvar for å arbeide ut fra grunnleggende respekt for menneskeverdet. Det innebærer å ivareta personlig integritet, sikre frihet og selvbestemmelse, respektere privatliv og beskytte mot skade og urimelige belastninger (De nasjonale Forskningsetiske komiteene 2016.) Det var viktig at deltagerne hadde fylt 20 år, av hensyn til at det da var noen år siden innleggelsen fant sted og derfor større sannsynlighet for at deltagerne hadde fått mulighet til å ha lagt opplevelsene bak seg

i tid. Men å snakke om slike livsopplevelser kan være vanskelig, selv når det har gått flere år siden erfaringen fant sted. Jeg valgte derfor åpent spørsmål som problemstilling og samtale som tilnærming til temaet, slik at det var deltagerne som kontrollerte samtalsituasjonen ved at det var de som bestemte hva de ønsket å fortelle om. At det var deltagerne som kontaktet meg og ikke omvendt, var viktig med hensyn til å ivareta deltagerens selvbestemmelsesrett.

Undersøkelsen vektla informert samtykke (vedlegg 3) fra deltagerne og deres rett til når som helst og kunne trekke seg fra prosjektet, samt muligheten til å få tekstene tilsendt for gjennomlesing og korrigerende av eventuelle feil. Resultatene presenteres slik at personer og steder ikke kan gjenkjennes, deltagerens navn er byttet ut med pseudonymnavn.

### **3.7 Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet**

Vurdering av forskningens troverdighet innebærer i hvilken grad forskeren har frembrakt resultater som er pålitelige, gyldige og overførbare. Det er glidende overganger av betydningen mellom disse begrepene, en forutsetning for å få gyldige data er at de er pålitelige (Drageset & Ellingsen 2010).

Forskeren kan styrke påliteligheten ved å gi en åpen og detaljert fremstilling av framgangsmåten (Johannessen, Tuft & Christoffersen 2011). Det handler om hvorvidt studien undersøker det den søker å undersøke, og gjelder gjennom alle fasene i forskningsprosessen. «Forskeren må spille rollen som djvelens advokat over egne funn», og foreta en kritisk evaluering og sammenligning av de ulike fortolkingenes plausibilitet (Kvale og Brinkman 2015).

For å styrke studiens gyldighet og pålitelighet, og for å ha kunnet gjøre etiske og riktige tolkninger har refleksiv praksis som innebærer kritisk refleksjon av egne erfaringer, meninger og følelser vært en nødvendig og derfor integrert del i hele forskningsprosessen, gjennom notater og drøfting med veileder. Jeg har i oppgaven som presenteres forsøkt synliggjøre mitt forståelsesgrunnlag og de valgene som har blitt tatt underveis. Gjennom hele analysearbeidet har jeg sjekket mine tolkninger opp mot de transkriberte tekstene av deltagerens fortellinger, vurdert alternative forklaringer og drøftet mine tolkninger med veilederens.

Forskeren kan sjelden svare ja eller nei på spørsmålet om det man har funnet, er «sant». Mer relevant er det å ta stilling til hva det er sant om, som innebærer spørsmålet om man

har brukt riktig metode til å studere det fenomenet man ønsker å se nærmere på (Malterud 2011).

Formålet med denne studien har vært å undersøke erfaringer fra å ha vært akuttinnlagt på en ungdomspsykiatrisk avdeling. Studiens funn er narrativer fra levde erfaringer deltagerne konstruerte i sine fortellinger til meg, slik presenterer studien det fenomenet som var formålet med undersøkelsen. Det handlet ikke om å finne fram til en «sannhet» som gjelder for alle som har erfaringer fra å ha vært akuttinnlagt i ungdomspsykiatrien, men kanskje vil andre med lignende erfaring kunne kjenne seg igjen i funnene som blir presentert. Narrativ forskning ser ikke på hvorvidt om historiene er objektive «sanne» eller «usanne». Forskjellige personer kan fortelle forskjellige fortellinger om samme hendelse, og samme person kan fortelle ulike historier om en hendelse, avhengig av relasjonen og situasjonen historien fortelles i (Silver 2013).

Ingen kunnskap er allmenngyldig, i den betydning at den gjelder under alle omstendigheter for ethvert formål. Mer relevant kan spørsmålet om hvorvidt funnene er overførbare ut over den konteksten funnene er kartlagt i. I hvilken grad resultatene kan bidra til å opplyse en lignende problemstilling i en annen sammenheng (Malterud 2011).

At det var flere år siden deltagerne sine erfaringer fant sted kan gjøre de mindre overførbare til dagens situasjon. Samtidig har det vært sentralt i studien å undersøke hva deltagerne fortalte om sine erfaringer noen år i ettertid. Funnene har gjennom studien blitt knyttet og drøftet opp mot relevant forskning og teoretiske perspektiver, som har vært viktig for å aktualisere deltagerne sine erfaringer i lys av dagens kunnskapsstatus.

## 4.0 HOVEDNARRATIVER

I denne analysen presenteres det to hovednarrativer. Narrativene er deltageres konstruksjoner av meningene deres erfaringer hadde for dem. Det første narrative som presenteres handler om «Jeg er ikke syk, jeg har det vondt». Det andre narrative som presenteres handler om «Flukt fra det vonde».

### 4.1 Jeg er ikke syk, jeg har det vondt

Fortellingen deltagerne formidlet handlet om at deres innleggelse i ungdomspsykiatrien skyldtes noe annet enn ”psykisk sykdom”. Deres forståelse var at det var tidligere erfaringer, vanskelige relasjoner, hjemmesituasjonen, eller summen av alt, som var årsaken til at de levde i en livssituasjon hvor de hadde det vondt.

Sara er en jente i begynnelsen av 20-årene. Hun framstod som forsiktig og litt sjenert. Sara formidlet at hun hadde en historie hun gjerne ville fortelle, samtidig som det tilsynelatende innebar å minnes noe hun helst ville få lagt bak seg. Sara fortalte at hun var innlagt mesteparten av tiden fra hun var 14 til hun ble 16 år, og at hun den tiden var mye medisinert slik at det var vanskelig for henne å huske tilbake.

*(...) ”Men det var liksom noe inni meg hele tia som.. gjorde vondt da.. Vanskelig å leve liksom.” (...)*

Sara konstruerte et narrativ som handlet om at hun hadde det så vondt inne i seg at det gjorde det vanskelig å leve. Hun fortalte at da hun var yngre hadde hun vært veldig sosial og hadde mange venner som hun likte å være ute og finne på ting sammen med. Sara fortalte ikke hva som hadde skjedd og som hadde endret en barndom hun konstruerte som god, til en ungdomstid som opplevdes som vond. Hun fortalte imidlertid at hun ble mye mobbet og mistet den gode venninnen hun hadde og kusinene hennes som hadde betydd mye for henne. Og fordi Sara var mye inn og ut av psykiatrien i flere år fikk hun ikke vært på skolen, hvor hun hadde trivdes. Sara fortalte at hun i forkant av første innleggelse hadde vært veldig lei seg på skolen og derfor blitt sendt til helsesøster. På spørsmål fra helsesøster om hun hadde lyst til å leve, hadde hun svart at hun ikke hadde så veldig lyst, men ikke visste hvordan mammaen hennes hadde taklet det hvis hun hadde tatt livet sitt. Sara ble derfor sendt til Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), og derfra ble hun sendt til sin første akuttinnleggelse på en ungdomspsykiatrisk avdeling.



Dieserud (2006) refererer til Shneidman som hevder at en vesentlig hensikt ved selvmordshandlinger er problemløsning. Det er den subjektive opplevelsen av smerten ved å leve som ønskes bort. Personen opplever smerten så uutholdelig at døden vurderes som den beste løsningen og dessuten som den eneste garanti for at det ikke blir enda verre (Dieserud 2006).

Maria er en jente i begynnelsen av 20-årene. Hun fortalte at hun hadde vært suicidal i mange år, og hadde hatt mange selvmordsforsøk som ingen hadde lagt merke til. Maria fortalte at hun i forkant av akuttinnleggelsen hadde vært i samtale med sin polikliniske behandler i BUP og sagt at hun skulle ta livet sitt. Maria fortalte at hun til forskjell fra tidligere ikke kunne gjøre en ny avtale med behandleren neste uke, fordi hun hadde bestemt seg for å legge seg på togsykkene senere samme dag.

*Maria: (...) "Det handla ikke om at jeg ville dø, men jeg ville heller dø enn å leve det livet jeg levde. Og jeg ville at noen skulle høre meg." (...)*

Maria fortalte at hun ikke egentlig ville dø, men at hvis hun ikke fikk hjelp til å endre den konteksten hun levde under, så følte døden som eneste alternativ for å slippe unna smerten ved å leve. Maria ville at noen skulle høre på henne og ta henne på alvor, og hun følte at hun måtte si at hun skulle ta livet sitt for at noen skulle tro på at hun hadde det så vondt som hun opplevde å ha det.

Ifølge Dieserud (2006) er intensjonen med en selvmordshandling å få en pause eller forandring i livet, og ikke nødvendigvis å dø. Handlingen beskrives ofte som et rop om hjelp, fordi hensikten ofte er å redusere indre spenning og samtidig få andre til å reagere (Ibid.).

Emilie er en jente i begynnelsen av 20 årene med mange akuttinnleggelser bak seg. Hun vektla de negative hjemmeforholdene som forklaring på hvorfor hun hadde det så vanskelig. Foreldrene var skilt, faren beskrev hun som egoistisk og moren som uforutsigbar, ustabil og mye sint:

*(...) "enten så må jeg bli innlagt igjen eller så må jeg dø. Det var litt sånn at dette var alternativene, for jeg klarte ikke å være hjemme.."* (...)

Emilie fortalte noe av det samme som Maria. Det handlet ikke om at hun egentlig ville dø, men hun forsøkte å formidle hvor negativt hun opplevde hjemmesituasjonen: Så dårlig at

hvis hun ikke fikk hjelp til å endre den eller komme seg bort fra den ved å være innlagt, så følte døden som et bedre alternativ enn å fortsette å leve i den konteksten og i de relasjonene som opplevdes så smertefulle.

Narrativet som ble konstruert fra deltagerne, handlet altså ikke om at det var akutt psykisk sykdom som gjorde at de hadde det vondt, og at de derfor måtte innlegges akutt i ungdomspsykiatrien. Det var vonde hendelser, relasjoner eller kontekstene i deres liv som var uhåndterlige for dem, og som de opplevde at de måtte bort fra. Narrativet innebar fortellinger om den opplevde håpløsheten og fortvilelsen over hvor vanskelig det var å holde ut i smerten og å få til en endring, spesielt fordi de var så unge og avhengig av andre for å få til forandring.

I tråd med deltagerens opplevelse hevder Dieserud (2006) at selvmord og selvmordsforsøk er atferd og ikke sykdom. For selv om antall suicid er noe forhøyet hos dem som har fått diagnosene alvorlig depresjon, schizofreni eller personlighetsforstyrrelse enn for resten av befolkningen, så tar de fleste av dem ikke livet av seg. Det har ifølge Dieserud (2006) vært lenge kjent at de forskjellige sinnsstemninger avspeiles i biokjemiske prosesser i kroppen, men det forklarer allikevel ikke selve årsaken til suicidaliteten. Fra et psykologisk perspektiv ses selvmord som en forståelig handling hos et menneske i livskrise, heller enn et irrasjonelt resultat av sinnslidelse (med noen unntak av mennesker i psykose). Atferden er en reaksjon på indre og ytre forhold som oppleves som overveldende og som til slutt ikke er til å holde ut. Behandling av selvmordshandlinger som hovedsakelig retter seg mot ”det syke”, kan gjøre at meningen i budskapet bak selvmordsforsøket blir borte.

Behandlingsapparatet kan noen ganger bli så opptatt av sykdomsrelaterte risikofaktorer at de forhold i livet som personen selv kan gjøre noe med for å få et bedre liv glemmes bort (Ibid.).

Dieserud (2006) hevder de fleste selvmordshandlinger er en reaksjon på langvarig frustrasjon over mangel på grunnleggende psykologiske behov som tilhørighet, trygghet, omsorg, kjærlighet og akseptering. Hjelpeløshet og håpløshet er den mest dominerende psykiske smerten, men nært tilknyttet er følelser som ensomhet, skyld, skam og sinne. Ambivalensen er der stort sett alltid, personen både vil og vil ikke skade seg/dø (Ibid.). For deltagerne som opplevde konteksten og relasjonene hjemme som smertefulle kan det relateres til manglende dekning av grunnleggende psykologiske behov. Barn som vokser opp i trygge og stabile oppvekstmiljøer, vil ha med seg trygghet som bidrar til indre

trygghet og tillit til andre, og ikke kjenne mangel på kjærlighet og omsorg slik narrativet som ble konstruert fra de fleste av deltagerne.

Karina, en jente i begynnelsen av 20-årene bodde ungdomstiden i et fosterhjem. Hun fortalte om sin lillebror som bodde et annet sted, og som hun bekymret seg mye for. Hun konstruerte sin ungdomstid som både god og dårlig. Hun flyttet til ny by da hun skulle begynne på ungdomsskolen. Hun var derfor med hennes egne ord den ”nye kidden veldig lenge”. Etter hvert hadde hun fått seg noen gode venninner som hun trivdes sammen med. Karina sa at hun ”noen dager hadde det egentlig veldig greit”, og at hun ”andre dager hadde hatt lang periode med hvor livet var tøft”.

Karina:

(...) ”Jeg har det såpass vondt i huet mitt og inni meg at jeg må ruse meg for å glemme det.” Komme meg bort på en måte. (...)

Karina fortalte hvordan hun brukte rusen for å glemme og på en måte komme seg bort fra det vonde hun opplevde å ha i hodet sitt og inni seg. Med det mente hun antagelig hendelser hun tenkte på som skapte vonde følelser i henne. Hun ga ingen konkrete beskrivelser av hva det var hun hadde med seg av erfaringer, men hun fortalte for eksempel at hun i sengen alltid måtte ligge på den siden hvor hun var vendt ut mot rommet, fordi hun følte at hun måtte ha kontroll over rommet for å få sove: En fortelling som kan indikere at noe tidligere hadde skjedd på natten som hun ikke kunne kontrollere. Karina bodde dessuten i fosterhjem. I *Lov om barnevernstjenester* overtar barnevernet omsorgen og plasserer barnet /ungdommen i fosterhjem blant annet når det er alvorlige mangler ved den daglige omsorgen; dersom det er overveiende sannsynlighet for at barnets helse eller utvikling kan bli alvorlig skadet fordi foreldrene ikke klarer å ivareta barnet; dersom barnet utsettes for mishandling eller alvorlige overgrep i hjemmet (jf. Barnevernsloven 1992).

Karina fortalte ikke årsaken til hvorfor hun bodde i fosterhjem, men ut fra *Lov om barnevernstjenester* skal det være alvorlige grunner til at et barn eller en ungdom plasseres i fosterhjem. Uavhengig av årsakene som ligger til grunn for fosterhjems plasseringen innebærer adskillelsen som oftest en vanskelig og vond separasjon fra foreldre, noe som kan skape følelse av å ha det vondt inni seg slik Karina fortalte om.

Vetlesen (2004) beskriver hvordan årsaken til lidelse kan være en hendelse, noe som har skjedd i fortiden som hadde et psykisk og emosjonelt utgangspunkt. Det er ifølge ham ikke

hendelsen i seg selv det kommer an på om personen lider av det, men den subjektive innvirkningen hendelsen har på personen. Symptomer forårsakes derfor ikke bare av fysiske prosesser. Symptomer er, ut fra denne forståelsen, tvangsmessige gjentatte reaksjoner for å dempe et voldsomt indre trykk, som personen lider under i ettertid av en hendelse. Disse symptomene oppleves ofte like uforståelige for individet selv som for omgivelsene, men er noe personen føler seg ”tvunget” til å gjøre. Den terapeutiske tanken er at når mennesket oppnår innsikt i og forståelse for lidelsens utgangspunkt, hva som forsøkes dempet med symptomene, vil det bidra til at lidelsen overvinnes (Ibid.).

Karina:

*(...) ”han var litt av de som ser litt bak på en måte.. som skjønner at noen ganger så er ikke psykiatri psykiatri. Noen ganger er det et rop om hjelp, eller rop å vise at ting ikke er bra. Noen ganger kan det være begge deler og sånt. Em, så han klarte å finne ut hva som var.. hva som var et litt bevis på at ting er ikke bra, og hva som var faktisk psykiatri da.”*  
(...)

Karina konstruerte et narrativ som handlet om hennes opplevelse av å bli møtt av et menneske som ”ser litt bak”, og som forstod at ”noen ganger så er ikke psykiatri psykiatri”. For selv om hun hadde det vanskelig og var blitt akuttinnlagt på en psykiatrisk avdeling, så handlet det for henne om noe annet enn psykisk sykdom. For henne hadde symptomene, som selvskading og selvmordsatferd en funksjon, men som hun på det tidspunktet ikke forstod årsaken til selv. Karina følte at hun trengte hjelp til å forstå dette og hvorfor hun hadde det så vanskelig i perioder. Hun hadde en opplevelse av at det ikke handlet om noen diagnose, men at det lå noe annet bak hennes vansker som hun trengte hjelp til å forstå og finne meningen i. Ifølge Vetlesen (2004) har et hvert menneske med seg sin egen historie. Det er derfor helt nødvendig å ta i betraktning personens tidligere erfaringer, for å komme ”bak” de lidelsene og plagene som oppleves, slik Karina opplevde at hennes behandler gjorde. Vetlesen (2004) hevder at mennesket er like avhengig av mening for å leve som det er av mat. Ved å miste mening, ikke finne mening eller oppleve meningen i det som skjer som noe negativt, kan det gjøre at livet ikke føles verdt å leve. Hvilken som helst mening holder imidlertid ikke. Det handler om at personen kan se mening i de hendelser som skjer i vedkommendes liv. Det er når en ikke lenger forstår hva som betyr noe og hva noe betyr at ens eksistens er i fare. Menneskets fysiske overlevelse er avhengig av det psykiske, som igjen er avhengig av mening (Ibid.). I tråd med det refererer

Håkonsen (2008) til Antonovski som også hevder at mening er helt grunnleggende for mennesket. All atferd og opplevelser har en sammenheng og en mening, en indre logikk. Den indre logikken kan være skjult for omgivelsene, og ofte også for personen selv. Hvis ikke mennesket finner mening i situasjonen har personen en tendens til å søke meningen hos seg selv, spesielt når livet er vanskelig. Når den ytre situasjonen oppleves for vanskelig og ukontrollerbar, forandrer personen på seg selv for å skape en følelse av kontroll. Når mennesker gjennomgår kriser eller står ovenfor truende opplevelser, er ofte avmaktfølelsen stor. Eneste måte å overleve på er å bli sterk på en annen måte. Symptomene ved de ulike psykiske lidelsene kan derfor forstås som en måte mennesker forsøker å mestre sine følelsesmessige og relasjonelle vansker på. Denne type mestring er ofte destruktiv og låser personen fast i en umulig livssituasjon. Personen kan få beskjed om ”å ta seg sammen”, men når man er fastlåst i uhensiktsmessig mestring, er det umulig å ta seg sammen. Det behøves hjelp til å finne den indre logikken hvor symptomene har en funksjon. Symptomer skaper orden, forutsigbarhet og en opplevelse av kontroll. Endring innebærer å gi opp sine symptomer, som kan oppleves skremmende fordi verden da vil føles uforutsigbar igjen (Håkonsen 2008). Det kan være dette Karina mener med at hennes behandler var en som ”skjønner at noen ganger så er ikke psykiatri psykiatri. Noen ganger er det et rop om hjelp”. At hun opplevde at han forstod *henne*, og at hennes selvkutting og selvmordshandlinger var noe annet enn symptomer på sykdom og et reelt ønske om å dø. At det var handlinger hun gjorde fordi hun hadde det vanskelig og trengte hjelp, og at det var hennes måte å fortelle det på. Hun sa at han fant ”bevis” for at ting ikke var bra, så kanskje hjalp han henne til å få en forståelse av hva som gjorde at hun hadde det vanskelig, hjalp henne til å finne den indre logikken og meningen bak handlingene.

Emilie fortalte også om at det alltid ligger noe bak, når ungdommer forsøker å rette oppmerksomheten mot seg selv:

*(...) ”og spesielt når du sier at du skal ta livet ditt og du ikke blir tatt på alvor.. ee.. kanskje ser de det for ofte, og kanskje bruker vi ungdommer det noen ganger som en måte å få oppmerksomhet på men.. man kan ikke avvise det, jeg synes det viktigste da er å gi oppmerksomhet og faktisk finne underliggende årsaker for det er ingen som bare sier det for å få oppmerksomhet uten at det er noen underliggende årsaker da..” (...)*

Emilie fortalte om en opplevelse av å ikke bli tatt på alvor når hun sa at hun skulle ta livet sitt, enten fordi de voksne var blitt så vant til å høre det, eller fordi ungdommer ofte bruker

det for å få oppmerksomhet. Hun syntes det allikevel ikke burde avvises, men at man forsøker å finne de underliggende årsakene. Emilies erfaring var at det ikke var oppmerksomheten i seg selv som var målet, men å rette oppmerksomheten mot noe. Emilies opplevelse var at det alltid er underliggende årsaker til at ungdommer sier at de skal ta sitt liv. Ifølge Hertz (2011) kan de underliggende årsakene bak selvmordstanker- og handlinger forstås som invitasjoner til å lete etter muligheter for liv i fellesskap med andre (Hertz 2011:33).

Lena, en jente i 20 årene, fortalte at hun hadde vært utsatt for misbruk i barndommen og om en ungdomstid hvor hun aldri fant roen, slet på skolen og ting var vanskelig.

Lena:

*(...) ” problemet mitt blei jo egentlig når jeg kom ut fra (navnet på den psykiatriske avdelingen) eller mens jeg var der, den behandlingen der den unner jeg ikke noen. Da blir du dårlig rett og slett. Jeg ble behandla som jeg skulle vært sinnssyk, i hvert fall sånn jeg følte det sjøl. Det var en maktkamp uten like. ” (...)*

Lena fortalte at hennes problemer startet etter innleggelsene i ungdomspsykiatrien på grunn av den behandlingen hun fikk der. Hun følte at hun ble dårlig på grunn av den dårlige behandlingen hun ble utsatt for. Lena fortalte at hun i lang tid etter siste innleggelse tenkte mye på om det var hun som hadde oppført seg på en måte som hadde gjort henne fortjent til den dårlige behandlingen. Hun fortalte at hennes virkelige problemer startet etter at hun siste gang ble utskrevet, fordi hun i tiden etterpå trakk seg tilbake fra alt og alle. ”Angsten fikk lov til å blomstre”, og hun ”vaska alt rundt seg og seg selv hele tiden”, handlinger og følelser hun fortalte at hun ikke hadde opplevd før innleggelsene. Hun sa at hun slet med vrangforestillinger, fordi hun ikke forstod det som hadde skjedd under innleggelsene eller hvorfor det hadde skjedd. Lena fortalte at hun trodde hun skulle innlegges for å få hjelp til å håndtere de vonde erfaringene hun hadde med seg, men at hennes opplevelse var at de som jobbet der ikke var der for å hjelpe henne, og at innleggelsene gjorde at hun fikk det enda verre. Lena følte at hun ble behandlet som hun var ”sinnssyk”, og hennes respons på det var at hun gjorde opprør mot det hun opplevde som respektløs behandling. Relasjonene ble derfor preget av å være en ”maktkamp”.

Relatert til Lenas opplevelse av maktkamp, er makt og sosial kontroll et særegent trekk ved de psykiske helsetjenestene som påvirker tjenestene på ulike måter. Ifølge Øye og Norvoll

(2013) er det både positive og negative sider ved det. Makt kan være myndiggjørende eller nødvendig for handling, men det kan også være krenkende eller skadelig. I psykiske helsetjenester kan makt brukes positivt for eksempel ved at tjenestene tilrettelegges på en måte som gir brukeren trygghet og fremmer personlige ressurser. Makt kan være negativt på flere måter, for eksempel kan krenkelser forsterke psykiske plager eller ødelegge tillitsforholdet til pasienten (Ibid). Ifølge Elstad og Norvoll (2013) har det gjennom studier vist at grensesetting ofte blir en for hard metode. Mange mennesker kan ha en selvopplevelse som er så oppløst og skjør at korrigerende av atferd medfører samhandlingsproblemer som ikke oppleves annet enn smertefullt (Ibid.).

Lena ga uttrykk for mye følelser når hun fortalte hvordan hun mente at barne- og ungdomspsykiatrien burde ha fungert.

*(...)”Noen trenger jo kanskje å bli satt på plass, men.. det er barne- og ungdomspsykiatrien det er fortsatt barn. Og da er det viktig å kunne på en måte få lov til å være lei seg, få lov til å være sint, uten at det blir.. veldig masse rundt det. Og at man tror det er noe gærent hvis man er sint, og så er det noe.. noe feil med deg. Assa vi er mennesker.” (...)*

Lena fortalte at man som menneske, og i hvert fall som barn, må få lov til å kunne vise mange forskjellige sider av seg ”uten at det blir veldig masse rundt det”. Hun mente at en del av det å være menneske er å kunne få lov til å være sint og lei seg uten at det er noe ”gærent”. Lena fortalte at innleggelsene ble en opplevelse av å være på oppbevaring, og istedenfor å få bearbeidet det hun hadde vært utsatt for av overgrep, følte hun at behandlingen hovedsakelig besto av medisiner, maktbruk og tvang. Hun fortalte at hun opplevde det som å ”bli utsatt for nye overgrep, bare ikke i seksuell forstand” Lena uttrykte at hun opplevde seg misforstått under innleggelsene, og det var antagelig det hun mente med ”så er det noe feil med deg”. Hun følte seg ikke behandlet med samme respekt som man burde få som menneske, men som en ”sinnssyk”. Lena fortalte hvor betydningsfullt det hadde vært å møte medmennesker som viste forståelse for henne. Ifølge Elstad og Norvoll (2013) kan personen som reduseres til sykerollen, oppleve det som forsterkende på plagene. Når pasienten ikke lenger behandles som et vanlig menneske, fratras personen muligheten til å delta i normal samhandling (Ibid). Lena opplevde at skylden ble plassert hos henne og at det var henne det var noe ”feil” med, noe som i lang tid etter innleggelsen

skapte mye tvil hos henne. Lena fortalte at tiden under og etter innleggelsene opplevde hun som ”veldig vonde år”.

I tråd med Lenas opplevelse av at hun ble behandlet som om det var noe feil med henne, problematiserer Ekeland (2011) hvordan psykisk sykdom, som annen sykdom, ses på som hovedsakelig biologiske ”feil” hos den syke. Symptomer har ingen annen mening enn som bevis for denne feilen. Forskningen rettes derfor mot å forstå sykdommens ”sanne” natur, personen og dens erfaring underordnes dette fokuset. Han mener at lidelse er en del av det å være menneske, og at selv om det kommer ulikt til uttrykk, så har det felles utspring i det eksistensielle. Lidelse kan derfor ikke forstås objektivt sett, men forskningen må rettes mot det lidende menneske, dets forhold til verden og seg selv. Psykisk sykdom er ikke noe som foreligger uavhengig av oss, men må tolkes i en mellommenneskelig sammenheng (Ibid.).

Meningen Lena til slutt skapte av sin erfaring var at det var ikke henne det var noe feil med. Det var ikke psykisk sykdom eller med hennes egne ord at hun var ”sinnssyk”, som gjorde at hun hadde det vondt i lang tid etter innleggelsene i ungdomspsykiatrien. Det var det hun hadde vært utsatt for av overgrep i barndommen, sammen med opplevelsen av å bli utsatt for nye overgrep i psykiatrien, som gjorde at hun hadde det vondt.

Everett og Gallop (2001) gir en beskrivelse av hva helsepersonell bør ha forståelse for og kunnskap om i møte med mennesker som har opplevd traumer i barndommen, mennesker de referer til som overlevere. Hverdagen innebærer ofte store svingninger, fra å være full av humor og glede i det ene øyeblikket, til i neste øyeblikk å gråte ukontrollert og ikke orke mer. De kan gi helsepersonell opplevelsen av den ene dagen å føle seg nyttige, optimistiske og empatiske, til neste dag å bidra til opplevelse av maktesløshet og inkompetanse. Forfatterne hevder at overleverer som oftest alltid vil være på vakt overfor andre menneskers reaksjoner. De ser etter tegn på svik og bedrag, og kan derfor fort mistolke andres handlinger som truende. Resultatet blir ofte en selvoppfyllende profeti. Det de frykter mest, å bli forlatt, gjort til syndebukk og til offer, skjer om og om igjen. (Ibid). Fra et psykososialt perspektiv vil Everetts og Gallops (2001) beskrivelser betraktes som en naturlig overlevelsesstrategi, å ”overtolke” signaler fra andre vil være den sikreste og tryggeste måten å unngå nye overgrep når en person har fått brister i sin tillit til andre mennesker.

Everett og Gallops (2001) beskrivelser av mennesker som har vært utsatt for overgrep i barndommen *kan* være en side ved Lenas erfaring. Vetlesen (2004) hevder som nevnt at



det ikke er hendelsen i seg selv som er det avgjørende for hva som utløser lidelse, men hvilken betydning og mening den har for personen (Ibid). For Lena kan innleggelsene ha skapt mer følelsesmessig nød hos henne enn av det hun hadde opplevd av misbruk tidligere, relatert til hennes sterke opplevelse av dårlig behandling fra de som var ment å hjelpe henne. I tråd med Vetlesen problematiserer DelBusso (2014) hvordan den medisinske forståelse av traume bygger på forekomst av kliniske symptomer. Og at traumbegrepet i dagligtale blir brukt om selve hendelsen, uavhengig av personens subjektive opplevelse av den. Hun mener det kan innebære en sykeliggjøring av personen, noe som forekommer både på det medisinske området og i dagliglivet. DelBusso (2014) refererer til Broberg m. fl. som skriver at det innenfor psykologien er lange tradisjoner for at visse hendelser i en persons liv medfører bestemte forstyrrelser senere i livet. Denne tradisjonen står like sterkt hos noen psykologer som ”enkeltgen-teorier” (at feil på et gen forklarer årsaken til psykisk lidelse) hos enkelte psykiatere, og medfører en undervurdering av kompleksiteten i menneskers livsopplevelse (DelBusso 2014).

Maria fortalte om en barne- og ungdomstid hvor hun drev med mye aktiviteter utenfor hjemmet. Hun fortalte at den ene venninnen bodde hun hos i perioder, og at hun ble kjent med hele familien til de venninnene hun hadde og tilbrakte mye tid hos dem. Hun relaterte ikke den aktive ungdomstiden, og at hun tilbrakte mye tid hos venninnenes familier, til behovet for å slippe å være hjemme, slik hun gjorde med innleggelsen i psykiatrien:

*(...) ”så jeg prøvde å bli så syk som mulig sånn at jeg kunne legges inn”.*

Maria fortalte at hun prøvde å bli syk, fordi hun trodde det var eneste mulighet hun hadde til å få hjelp og til å komme seg bort fra hjemmet. Hun konstruerte en fortelling som innebar at innleggelsen for henne handlet kun om å få komme vekk hjemmefra. Maria fortalte at hun via en blogg fikk kontakt med en voksen kvinne innlagt i psykiatrien, og at hun lærte fra henne hva hun måtte gjøre for å oppfylle kriteriene for innleggelse i psykiatrien. Maria fortalte også at det ofte var noen personer hun var ”veldig på”, og at det ifølge henne ”noen ganger sikkert opplevdes litt plagsomt”. Antagelig kan det ha handlet om mangelen på og savnet etter gode relasjoner hjemme, som gjorde at hun i frykt for å miste de relasjonene hun hadde var ”veldig på”. Maria fortalte at hun fikk en ADHD-diagnose og ble medisinert, noe som hjalp, ”mest fordi da fikk mamma noe annet å skyldes på”. Maria opplevde seg ikke som psykisk syk, hun uttrykte ingen tvil om at hennes vansker var relatert til en vond hjemmesituasjon. Det var i den konteksten, og i den eller de

relasjonene hun opplevde å ha det så dårlig, at hun i forkant av innleggelsen fortalte at hun ville ta livet sitt som veien ut av det.

I tråd med Marias opplevelse av at det var relasjonene hjemme som gjorde at hun hadde det vondt, hevder Håkonsen (2008) at det å forholde seg til andre mennesker er det vanskeligste og mest utfordrende vi mennesker står ovenfor, og det er da vi er mest sårbare. Når relasjonene er gode, oppleves grunnleggende tilfredsstillelse og harmoni, men når relasjonene er preget av konflikter og utrygghet, kan det oppleves svært smertefullt. Ifølge han er det fra et slikt grunnlag de fleste psykiske lidelser oppstår. Et liv kan derfor aldri forstås uten å ses i sammenheng med personens relasjoner til andre (Ibid.).

Lena fortalte noe av det samme som Maria, en opplevelse av å måtte være syk og vise det med symptomer for å få hjelp:

*(...) "Det var nesten litt sånn.. skal du få hjelp så må du utagere. Du blir ikke sett hvis du på en måte ikke.. sånn var det virkelig, og fordi i perioden som ting var rolig, e, så.. så trua de jo på en måte med utskrivelse"(...) "Så med mindre du er klin gæren og sparker ned dører og er sint så får du ingen oppmerksomhet, og du blir ikke hørt. Du får ikke mulighet til å bearbeide noen ting. Og at noen andre skal stå å ha kontrollen over deg 24/7, det.. det gjør at man blir litt sånn, la oss si løve i bur da. Det fikk fram det verste i meg i hvert fall. Jeg har aldri vært noe der at "nå skal jeg ta livet av meg", men.. Der inne så ble det faktisk sånn at jeg blokka ut alt og alle. Tenkte bare på meg sjøl og tenkte.. det går ikke."*  
(...)

Lena konstruerte et narrativ som handlet om at det var de ungdommene som viste tydelig med atferd at de ikke hadde det bra som fikk oppmerksomhet fra personalet. De ungdommene som ikke viste symptomer ble ikke sett eller hørt. Hun følte at de som var innlagt måtte vise det for at de skulle bli trodd på at de hadde det vanskelig. Hvis ungdommene var rolige, var Lenas opplevelse at de ble skrevet ut og ikke fikk hjelp. Lena opplevde at innleggelsene "fikk fram det verste i henne." Narrativet Lena konstruerte handlet mye om å forsøke å forstå og finne mening i det hun hadde vært gjennom under innleggelsene. Hun fortalte at hun gikk fra å være helt vanlig til å bli en helt annen, og hun forsto ikke hvordan eller hvorfor det ble slik. Hun opplevde seg "som en løve i bur" fordi andre hadde kontrollen over henne hele tiden. Hun fortalte at det gjorde at hun under innleggelsen kuttet seg, utagerte og hadde et selvmordsforsøk. Kanskje handlet det om en reaksjon på den kontrollen hun opplevde at andre hadde over henne "24/7", ifølge henne

selv, og kanskje handlet det også om hennes opplevelse av at de innlagte måtte vise det med atferd for å få oppmerksomhet og bli hørt.

Ringer og Holen (2015) gjorde en etnografisk studie hvor de identifiserte ulike diskurser fra to psykiatriske behandlingssettinger i Danmark. Å være ”virkelig syk” var et begrep som handlet om at sann og autentisk sykdom ikke var noe som bare kunne eksistere inne i pasienten, og det var heller ikke nok at behovet for hjelp ble uttrykt verbalt. Pasientene var nødt til kontinuerlig og på en bestemt måte vise at de var ”virkelig syke”, og på en slik måte at symptomer ble gjort tilgjengelig for observasjon og tolkning av de ansatte. Pasienter som ble for synlig ”virkelig syke” ble imidlertid oppfattet som fanget av en indre ustabilitet, og risikerte å bli behandlet som et irrasjonelt objekt og ”mangle innsikt”, spesielt i de tilfeller hvor pasienten viste mye egenvilje. ”Virkelig syk” innebar på den ene siden at pasienten hadde bevist at han/hun var i behov for og hadde gjort seg fortjent til behandling, på den andre siden kunne det medføre ufrivillig hospitalisering og medisinerer, og en stigmatisert posisjon. Studiet konkluderer med at pasientene måtte utvikle en bestemt evne, både for å kunne balansere de komplekse diskursene, og for hvordan de skulle oppføre seg overfor personalet hvis de ønsket å ha medbestemmelse i behandlingen. Om personen var ”virkelig syk” så ut til å avhenge mer av personens evne til å navigere mellom diskursene og den psykiatriske konteksten, enn noe objektivt diagnostisk kriterium (Ibid.).

Emilie:

*(...) ”Også er det litt sånn generelt i psykiatrien også atte.. Du får ikke skikkelig hjelp om det ikke er skikkelig alvorlig, du får ikke en innleggelse om du ikke er skikkelig alvorlig syk, og det synes jeg er litt feil fordi når du trenger en innleggelse og hvis de hadde fått den tidligere, så kunne de ha vært raskere ut, istedenfor at det måtte gå så langt at man trenger flere måneder..” (...)*

Emilie fortalte noe av det samme som det Lena og Maria beskrev: En opplevelse av at for å få hjelp i psykiatrien må personen være skikkelig alvorlig syk. I tillegg fortalte Emilie her at hjelpen burde ha kommet på tidligere tidspunkt. Hennes mening var at da hadde ikke hennes selvskadende handlinger fått utviklet seg og blitt såpass alvorlige som de etter hvert ble, med mange dype sår og overdoser hvor det var fare for livet hennes. Emilie fortalte at hun hadde hatt selvmordsproblematikk siden hun var 13, men at den da ikke var blitt ”veldig alvorlig ennå”. Hun fortalte at istedenfor å ha henne innlagt, ble hun sendt hjem

med beskjed til moren om å bli passet på. Emilie opplevde det som ”sjokkerende” fordi det ”allerede var kommet en barnevernsmelding om at det tydeligvis ikke var bra hjemme”, og hun forstod ikke at de kunne ”påtvinge hennes mor som tydeligvis hadde sine problemer, enda mere”. Emilies fortalte at det var når hun som 17-åring ble lagt inn på et distriktpsykiatrisk senter (DPS), at hun opplevde å få god hjelp:

*(...) ”De sa bare ”her kan du være lenge, her kan du lande, her kan du få trygghet og..både trygghet og omsorg, og ja.. forutsigbarhet”, fordi.. de ble liksom som foreldrene mine da, fordi mine egne foreldre ikke klarte den oppgaven da. Em.. og det gjorde også at jeg klarte å jobbe mer med meg selv konstruktivt da.” (...)*

Narrativet som ble konstruert av Emilie og flere av de andre deltagerne handlet om at det ikke var dem selv eller noen sykdom, men relasjonene og konteksten de levde under som gjorde at de hadde det vondt. Omsorg, trygghet og forutsigbarhet over tid ga derfor Emilie en stabil og god kontekst å leve i, noe som gjorde at hun fikk det bedre og derfor også klarte å jobbe med seg selv konstruktivt. Emilies opplevelse var at hennes egne foreldre ikke klarte oppgaven med å være foreldre, hun trengte derfor andre voksne som kunne fylle den funksjonen og gi henne det hun opplevde manglet i oppveksten av trygghet, omsorg og forutsigbarhet. Emilie konstruerte et narrativ som handlet om at hun ikke var syk, men at hun hadde det vanskelig som en konsekvens av et negativt oppvekstmiljø med ustabile og utrygge omsorgspersoner.

I tråd med det hevder Hertz (2011) at ungdom med vansker i sin tilknytning har behov for at det sammen med dem etableres kontekster som gir dem mulighet til å legge det vonde bak seg og gjenopprette troen på muligheten i det som er felles. Disse ungdommene vil ofte teste holdbarheten i relasjonen til personen som tilbyr kontakt. Det er viktig å etablere stabile erfaringer med mellommenneskelig samspill og en opplevelse av at det tross utfordringer kan være mulig å bevare relasjonene. Disse erfaringene av fellesskap kan øke lysten til selvrefleksivitet og gjøre at ungdommen på en ny måte ønsker å engasjere seg i det andre opplever som viktig (Hertz 2011).

Sara fortalte hvor vanskelig hun opplevde å ikke få kunne gå videre og leve et normalt liv, etter at hun var innlagt i ungdomspsykiatrien:

*(...) ”Menne.. men for andre så er jeg, veldig ofte da føler jeg, så er jeg jenta som er syk. Og på en måte ikke kommer ut av det da. Em.. deler av familien lever fortsatt med det at*

*jeg er syk. At jeg ikke klarer å.. at jeg ikke er frisk da. Det er vanskelig da, når jeg blir møtt sånn. Jeg føler meg jo frisk.”*

Sara fortalte at hun hadde kommet seg videre og var på et annet sted enn tiden under og etter innleggelsene, men at det var vanskelig å skulle leve et normalt liv igjen når hun ble møtt med holdninger om at hun var ”syk”. Saras opplevelse var at hennes år som innlagt på en akuttpsykiatrisk avdeling skyldtes noe annet enn at hun var syk ,og hun uttrykte tvil om at det var riktig å ha henne innlagt. Hun opplevde at hun hadde fått det bedre, heller på tross av de mange og lange innleggelsene enn på grunn av. Relatert til at hun hadde tilbragt så mange av ungdomsårene med å være innlagt, opplevde hun at hun ikke fikk lov til å legge fortiden bak seg og bli respektert som et likeverdig menneske. Gullslett, Kim og Borg (2014) intervjuet personer som hadde mottatt hjelp for ulike psykiske lidelser. En erfaring som flere hadde var en oppfatning om: ”en gang psykisk syk, alltid psykisk syk”. Denne holdningen ble de møtt med både fra nettverket og psykiatrisk helsepersonell. Fordommene skapte et stort hinder i den enkeltes bedringsprosess og i jobben med å skape seg en meningsfull og trygg hverdag. Ifølge forskerne bak studiet viser tidligere studier at stigmatisering av mennesker med psykiske lidelser ofte fører til selvstigmatisering, og at det kan være en viktig årsak til at lidende ikke oppsøker hjelp (Ibid).

Narrativet som ble konstruert handlet om hvor vondt og vanskelig det kunne være å leve, men at det ikke kunne relateres til psykisk sykdom at de hadde det vondt. Det var hendelser, kontekstene eller relasjonene som var vonde, og som de trengte hjelp til å endre eller komme seg bort fra, enten ved å dø eller å bli innlagt i ungdomspsykiatrien. Det ble formidlet at det var først når deltagerne sa at de ikke ville leve lenger, at de ble tatt på alvor om hvor vanskelig de hadde det. Det kunne på den ene siden innebære å få hjelp i form av innleggelse, og på den andre siden innebar innleggelse individualisert behandling og en opplevelse av at det var de som var syke og at det var noe feil med dem. Innleggelse kunne medføre opplevelse av å ikke bli behandlet med samme respekt og autonomi som hører til det å være et menneske. Og stigmatisering fra familie og andre om at de ikke kunne komme seg videre og leve et normalt liv igjen etter å ha vært innlagt, bidro til ytterligere å forsterke opplevelsen av at det var dem det var noe feil med.

## **4.2 Flukt fra det vonde**

Narrativet som ble konstruert av deltagerne, og beskrevet i første avsnitt, handlet om deres opplevelse av hvor vondt det var å leve. Dette narrative handlet om flukt. Deltagerne

snakket om å komme seg bort, få en pause, eller forsvinne fra det vonde de opplevde ved å leve. De flyktet ved at de fysisk rømte, selvlindret seg, gjorde selvmordsforsøk, ruset seg, tok overdoser, hadde relasjoner til eldre menn eller ble gravide. Selvlindring kan være en flukt fra ubehag ved at handlingene gir en midlertidig endring i følelsestilstand (Sommerfeldt & Skårderud 2009). Enhver selvmordshandling innebærer en type flukt. Hensikten bak er ikke nødvendigvis å dø, for mange er det for å få en pause fra eller flukt unna lidelse (Dieserud 2006). Rus kan skape en midlertidig flukt fra hverdagens problemer og krav, og fornektning av den virkelige verden en befinner seg i (Håkonsen 2015). Overdosene ble beskrevet som selvmordshandling, som et rop om hjelp og som en måte å forsvinne på.

Handlingene deltagerne gjorde, som selvlindring, overdoser og selvmordsforsøk, var deres forsøk på å mestre den vanskelige livssituasjonen de levde i, og en måte å formidle uten å fortelle med ord. Det ble i narrativene flere ganger implisert hvor vanskelig de hadde hatt det i en situasjon eller periode av ungdomstiden, gjennom fortellinger med mer selvlindring eller flere selvmordshandlinger. Og motsatt, at de hadde hatt det bedre en periode formidlet gjennom lite eller ingen selvlindring eller selvmordshandlinger.

Narrativet deltagerne konstruerte handlet om fortvilelse over en livssituasjon som opplevdes utenfor deres kontroll og følelsen av maktesløshet ved å ikke kunne gjøre noe med det. Flukten handlet derfor om en opplevelse av at det var den eneste muligheten de hadde til å få en midlertidig endring eller pause fra den livssituasjonen de var i.

#### *4.2.1 Flukt fra hjemmet*

For de fleste av deltagerne handlet akuttinnleggelsene om å komme seg bort fra den konteksten de levde under hjemme, samtidig som de hadde ønsket at det hadde vært samarbeidet med omsorgspersonene, noe som kunne bidratt til endringer hjemme.

Maria som hadde hatt selvmordstanker og gjort selvmordsforsøk i mange år, relaterte sin vanskelige barndom og ungdomstid til en omsorgssituasjon hun ikke hadde det bra i. Maria svarte her på hvordan hun opplevde det å være innlagt:

*(...) ” jeg likte meg der. Og.. det handlet jo om at jeg ikke var hjemme.” (...) ”jeg ville ikke bo hos moren min.”*

Maria fikk tårer i øynene når hun litt senere sa:

*(...) "For jeg visste ikke om barnevernet. Så da tenkte jeg at.. Da kan jeg bli lagt inn på heltid, for det var eneste muligheten jeg trodde fantes til å slippe å være hjemme."*

Maria fortalte at hun likte seg på avdelingen, og at det var fordi hun da ikke trengte å være hjemme. Hun sa ikke eksplisitt hvordan det påvirket henne følelsesmessig å bo hjemme eller hva det var som gjorde at hun opplevde at hun måtte bort derfra. Hun sa at hun ikke ville være der, i den grad at hun heller ville dø enn å leve det livet hun levde. Kanskje kom tårene fordi hun opplevde det urettferdig og fortvilende at ansvaret ble plassert hos henne, ved at det var hun som måtte være "syk" fordi hun ikke klarte å fungere hjemme. For Maria handlet akuttinnleggelsen om å komme seg bort fra hjemmet og den eller de relasjonene der. Maria beskrev flere opplevelser hvor hun hadde ønsket at noen, den polikliniske behandleren eller de som jobbet på akuttavdelingen, hadde spurt henne om hvordan hun hadde det hjemme. Maria trodde ikke det var mulig å se det på henne at hun ikke hadde det bra i hjemmet, og hun trodde ikke hun klarte å formidle det annet enn indirekte. Hun skulle derfor ønske at de hadde spurt henne om hva som gjorde at hun fungerte og hadde det så bra når hun var innlagt, og at det, i tillegg til hennes uttrykte ønske om å bli værende innlagt, skulle gi dem en forståelse av at det ikke var bra hjemme. Maria fortalte at hun ikke opplevde seg å bli tatt på alvor av de voksne. Hun opplevde at ungdomspsykiatrien var mest opptatt av å få henne til å overleve og vente til hun ble eldre for å se om hun hadde det bedre da.

I tråd med Marias erfaring hevder Hertz (2011) at møtet med barne- og ungdomspsykiatrien som oftest medfører individuell beskrivelse av barnet eller ungdommen. De såkalte objektive beskrivelsene avhenger av det sette, det opplevde og det beskrevne av den som ser, opplever og beskriver, og i hvilken kontekst de oppstår i. De individuelle øyeblikksbildene har fokus på det som er mest synlig, og når barn og ungdom henvises til innleggelse vil det være problemområdene som er det framtrepende. I den individuelle sammenhengen fremstår barnet eller ungdommen som problemet. På bakgrunn av det kommer anbefalingene og fremtidsprognosene (Ibid.).

Emilie som vektla de negative hjemmeforholdene som forklaring på hvorfor hun hadde det dårlig, fortalte at hun hadde slitt med angst og selvmordsproblematikk siden hun var 13 år. Det ble sendt tre bekymringsmeldinger til barnevernet, den første da hun var 14, den siste

da hun var 17. Emilie sa tidligere at hun følte det som at hun enten måtte innlegges igjen eller dø, for hjemme klarte hun ikke å være.

Emilie:

*(...) ”for jeg ønsket egentlig at de så litt mer på hjemmemiljøet og prøvde å gjø.. endre noe der, selv om det er akuttpsykiatrisk istedenfor å bare sende meg hjem og jeg kommer tilbake konstant fordi jeg blir sendt hjem da.” (...) ”de er så opptatt av at dette er akutt og veldig kort og her skal de bare fokusere på faren der og da, men man må kunne se på litt historie og litt på hjemmemiljøet og prøve å tilrettelegge så godt man kan der og.”*

Emilie konstruerte et narrativ som handlet om å flykte unna en uholdbar hjemmesituasjon. Hun fortalte imidlertid her at hun egentlig skulle ønske at psykiatrien hadde kunnet sett mer på hjemmemiljøet for å vurdere hvordan de ungdommene som ble akuttinnlagt hadde det hjemme, slik at det kunne vært prøvd tilrettelagt så godt man kunne der. Emilies erfaring var at det var i omsorgssituasjonen vanskelighetene lå, og ikke i henne som person, og at det derfor ikke hjalp å ta henne bort fra hjemmemiljøet for noen dager, for så å sende henne tilbake til den samme situasjonen som før hun ble innlagt. Det var i de relasjonene og den konteksten hun hadde det dårlig, og uten noen endring i det ville hun fortsette å ha det dårlig der. Og hun ville derfor fortsette å flykte, som hun gjorde ved at hun skadet seg, tok overdoser, traff menn på internett og ”gjorde mye som hun ikke skulle ha gjort”, ifølge henne selv, alt for å få en pause og en midlertidig endring fra det hun opplevde som så dårlig. Handlingene førte imidlertid til at hun hadde hatt mange akuttinnleggelser.

Emilie fortalte at hun hadde ønsket at akuttpsykiatrien ikke bare fokuserte på den akutte faren der og da, som er en av øyeblikkelig hjelp kriteriene<sup>1</sup>, men at det ble gjort en helhetlig vurdering ved at man undersøkte hva ungdommen har med seg av tidligere hendelser, og hvordan ungdommen har det i den aktuelle omsorgssituasjonen.

1) Beskrevet i oppgavens kapittel 2.

I tråd med Emilies opplevelse av at det ikke ble sett på hjemmemiljøet, men bare fokusert på henne og faren der og da, problematiserer Arvesen (2014) en utvikling hvor det stilles diagnoser på en annen måte enn tidligere. ”Patologiseringstesen” henviser til hvordan menneskers handlinger og følelser stadig oftere inngår i behandlingstrengende sykdommer. For mange kan det være til hjelp, men har også sine utfordringer. Spesielt barn/ungdom vil



kunne oppleve negative konsekvenser av denne utviklingen. ”Problematferd” diagnostiseres og kan derfor skjule barnets livssituasjon (Ibid). Fosse (2009) beskriver hvordan prosessene i DNA påvirkes av miljøerfaringer gjennom barndom og oppvekst. Ifølge han har forskning på rotter og aper vist hvordan fravær og negativ kvalitet på morsomsorgen påvirker hjerneutviklingen og hormonsystemet, slik at atferdsmessig fører dette til økt stress, tap av utforskende atferd og høy frykt i møte med nye situasjoner i voksen alder. Han hevder at funnene indikerer at de fleste, om ikke alle, psykiske lidelser hos mennesker kan relateres til stress i relasjon til primære omsorgsgivere eller signifikante andre i barndom og oppvekst. Beskyttelse mot psykososialt stress vil være den beste måten å forhindre negativ utvikling av psykisk helse på. Når man imidlertid ikke har unngått en negativ utvikling, vil god behandling for psykologiske vansker være et positivt miljø preget av trygge relasjoner og gode samtaler. Ifølge Fosse (2009) kan på den måten individets biologiske prosesser, som har blitt endret av stresset under oppveksten, påvirkes og endres igjen (Ibid.).

Karina som bodde i fosterhjem, uttrykte ikke like sterkt som Maria og Emilie at det var konteksten hjemme som var årsaken til at hun hadde det vondt, men hun konstruerte et narrativ som innebar opplevelsen av lite omsorg, støtte og forståelse i fosterhjemmet hun bodde i. Karina sa at hun syntes at mennesker som velger å ta til seg fosterbarn burde ha forståelse for at barna kan ha det vanskelig. Hun fortalte at hun hadde fått et godt liv etter at hun hadde flyttet vekk derfra og startet på nytt i en ny by.

Karina:

*(...) ”Sånn at det gikk ikke an å snakke til dem. Også ble jeg bare kjefta på hele tiden.”*  
*(...)*

Karina formidlet en opplevelse av at hun ikke følte seg forstått og akseptert i fosterhjemmet. Hun fortalte at kjeftingen på henne gjorde at hun var redd hjemme, og at hun forsøkte å skjule sine vansker for fosterforeldrene. Hun fortalte om en opplevelse av at fosterforeldrene viste en annen, bedre side når de hentet henne etter innleggelsene, enn hvordan de var overfor henne.

Karina hadde hatt mellom 10 og 20 akuttinnleggelse bak seg. I Maslows behovspyramide er menneskets grunnleggende behov de fysiologiske, men nesten like viktig er behovene for trygghet, kjærlighet og tilhørighet (Tamm 2012). Karina fortalte om opplevelsen av

ivaretagelse når hun var innlagt i ungdomspsykiatrien. Årsaken til at hun flyktet tilbake dit kan være at det var der hun opplevde viktige behov ivaretatt og ikke hjemme i fosterfamilien. Når det gjelder adoptiv- og fosterbarn er det ifølge Hertz (2011) viktig at barnet eller ungdommen får anerkjennelse for alle de situasjonene det har klart å mestre selv, til tross for dårlige odds, samtidig som det må oppleve det fristende å få positive erfaringer med hjelp fra andre. Barn og ungdom med mange frustrerende opplevelser bak seg vil være opptatt av om det nye hjemmet representerer stabilitet, ro og trygghet som de tør stole på. De kan oppleve det like greit først som sist å finne ut av det og få sin tilhørighet avklart ved å utfordre de nye omgivelsene sine. Siden den unge er grunnleggende forskjellig fra familien den har flyttet til, vil den for å oppleve tilhørighet ha behov for at annerledesheten aksepteres og føle trygghet på at det uansett er ”her du hører til”. På tross av alt som har skjedd vil barnet eller ungdommen oftest bære med seg en dyp lojalitet ovenfor sine biologiske foreldre. Denne lojaliteten blir ofte opphav til mange sterke følelser hos den unge, noe som kan være utfordrende. Det er avgjørende at den nye familien aksepterer det, selv om kontakten med den biologiske familien kan være vanskelig (Ibid.).

I en studie gjort av Salamone-Violi, Chur-Hansen og Winefield (2015), foretrakk de innlagte ungdommene familiemøtene med fokus på beskyttelse og støtte fremfor individuell terapi. Studien bekrefter det narrative deltagerne i studiet som presenteres konstruerte: betydningen av å bidra med tiltak i omsorgssituasjonen når det er relasjonene ungdommen har der som gjør at de har det vondt.

Narrativet ”flukt fra det vonde” ble konstruert av de fleste av deltagerne til å innebære flukt fra en uholdbar og uholdbar hjemmesituasjon, fordi det var i den konteksten og i de relasjonene de opplevde å ha det vondt. Hjemmemiljøet bestod av ustabile eller utrygge omsorgsgivere, som ifølge tilknytningsteorien kan oppleves like vondt og vanskelig som fysisk mishandling eller misbruk.

#### *4.2.2 Selvlindring som flukt*

Deltagerne selvlindret seg, tok overdoser, gjorde selvmordsforsøk, eller ruset seg: Den type handlinger som ofte omtales i litteraturen, og fra flere av deltagerne som selvdestruktiv, fordi personen på ulike måter kan ta skade.

Narrativet deltagerne konstruerte handlet imidlertid om at handlingene også hadde en annen funksjon for deltagerne. Handlingene fylte en funksjon for dem mer enn bare å være

selvdestruktive. De gjorde at deltagerne kunne flykte og dermed lindre det vonde som ble opplevd ”i hodet og inni seg”.

Emilie fortalte om hvordan hun opplevde å ta overdose:

*(...) ”du forsvinner på en helt annen måte og den ene gangen så var jeg borte i et og et halvt døgn før jeg våkna opp igjen, og.. hvor befriende jeg følte at det var, at jeg hadde sløst bort et og et halvt døgn av livet mitt på den måten” (...)*

Emilie fortalte at hun opplevde hverdagen sin som så vanskelig at selv bare å kunne forsvinne fra den for en kort stund opplevdes som befriende for henne. For Emilie ville ikke dø. Hun fortalte at hun aldri tok så store overdoser at de ikke kunne «repareres» med motgift eller transplantasjon hvis leveren tok for stor skade. Siden hun ikke tok overdosene med den hensikt å dø, innebar overdosene antagelig derfor også et håp om et bedre liv. Emilie visste at handlingene hun gjorde kunne ødelegge kroppen hennes, allikevel hadde hun et større behov for å flykte fra livssituasjonen hun var i. Hun fortalte at overdosene var blitt en vanlig måte for henne å mestre hverdagen på når hun hadde det veldig vanskelig. Overdosene hadde for henne den funksjonen at de hjalp henne å overleve den vanskelige hverdagen, både ved at hun kunne forsvinne fra den midlertidig slik hun fortalte om her, og ved at hun i noen av tilfellene med overdoser ble innlagt i psykiatrien, og at innleggelsene derfor ble en form for flukt for henne. Overdosene kunne imidlertid også ha vært svært ødeleggende for kroppen hennes hvis leveren tok skade, eller hun ikke ble funnet i tide. Ifølge Ekeberg (2009), psykiater ved en medisinsk avdeling, så dør 1 % av de 100 – 200 per 100 000 som behandles for selvpåført forgiftning hvert år. I tillegg er dødeligheten sterkt forhøyet 20 år etter utskrivelse (Ekeberg 2009).

I fenomenologisk tradisjon er mennesket i verden som en uløselig del av den gjennom sin bevissthet (Thornquist 2012). Ut fra den forståelsen så er det kanskje ingenting, med unntak av å ta sitt liv, som i større grad representerer en flukt fra verden enn å koble vekk bevisstheten slik Emilie fortalte at hun gjorde. Hun var fortsatt i verden gjennom sin kropp, men ikke gjennom sin bevissthet og havnet i en slags tilstand av å eksistere og samtidig ikke eksistere.

Karina fortalte at hun ble redd for at hun ikke skulle klarte å skjule sårene fra skadene på kroppen for fosterforeldrene, og at hun for å slippe å få kjeft derfor sluttet med det og

begynte å røyke hasj i stedet. Hun fortalte at hun ruset seg for å komme unna det vonde i hodet og inni seg.

*(...) Em.. og det som er skummelt da er atte når du er ferdig, når du lander, uansett hva du har gjort liksom, så når du kommer tilbake i virkeligheten etter hvert da så.. kommer alle tankene på nytt.. og.. virkeligheten kommer tilbake, så du ender opp med at du prøver å ikke være i nærheten av virkeligheten i det hele tatt.” (...)*

Karina fortalte at hun ruset seg for å prøve å ikke være i nærheten av virkeligheten i det hele tatt. Hun opplevde det skummelt når rusen tok slutt og hun landet, for da kom hun tilbake til virkeligheten igjen. Hun fortalte at hun måtte fortsette å ruse seg for å holde virkeligheten borte, for når hun kom tilbake til den, kom de vonde følelsene og tankene som hun forsøkte å flykte fra ved å ruse seg. Karina beskrev noe av det samme som Emilie, at rusen fungerte som en flukt til en tilstand av å eksistere og samtidig ikke eksistere: Et behov for å ikke måtte være i, og forholde seg til virkeligheten, fordi den var for vond. Håkonsen (2008) beskriver hvordan rusen kan fungere som en type flukt fra virkeligheten og en fornektning av den virkelige verden. Ifølge han kan rusopplevelsen innebære et bevisst eller ubevisst ønske om å ødelegge eller fjerne noe ubehagelig hos en selv eller sine omgivelser (Ibid.). For Karina hadde rusen den funksjon at det hjalp henne å overleve og holde ut i en vond virkelighet. Karina fortalte imidlertid at hun klarte å slutte å ruse seg når hun etter hvert forstod hvor farlig det kunne være, samtidig flyttet hun vekk fra fosterhjemmet og miljøet hun var i og startet på nytt et annet sted.

Sara konstruerte et narrativ som handlet om at det var noe inne i henne som hele tiden gjorde vondt, og at det var vanskelig å leve.

*(...) ”Jeg husker spesielt godt det med selvskadinga da. Hvis vi hadde besøk og.. så ble det for mye for meg. Var aldri meninga å ødelegge et selskap liksom. Men da ble det til at jeg satt på badet og kutta meg da.”*

Sara fortalte at hvis de hadde besøk, så ble det for mye for henne. Hun fortalte at hun ikke mente å ødelegge et selskap, men at hun ikke klarte å delta i vanlige hendelser som et familieselskap, uten at det ble for mye for henne og at det ble til at hun kutta seg. Selskap var en sosial situasjon som Sara ikke maktet å delta i. Kanskje ble det ble for vanskelig for henne å måtte forholde seg til andre mennesker, kanskje representerte selskap og det sosiale noe som var for vanskelig for henne. Kuttingen hun gjorde kan forstås som en flukt

fra den situasjonen. Sara sa at hun ikke mente å ødelegge et selskap, en uttalelse som innebærer følelser av skyld og anger. Selvkutting kan ifølge Øverland (2006) brukes for å fjerne psykisk smerte. Samtidig bidrar den til anger over egen svakhet eller å påføre andre bekymring, som i Saras fortelling. Følelsen av skam og anger gjør at den som kutter seg ofte havner i en ond sirkel, fordi personen fortsetter med det for å fjerne de negative følelsene. Opplevelsen av skam er ifølge Øverland en sterk, underliggende følelse hos dem som kutter seg (Ibid).

Sara konstruerte imidlertid et narrativ som handlet om hvor vondt det var å leve, og at denne smerten var noe hun bar på hele tiden. Kuttingen hun gjorde kan forstås som et symptom på den indre opplevde følelsetilstanden av smerte. Da var det kanskje ikke "bare" de forskjellige hendelsene i seg selv som gjorde at hun hadde et behov for å kutte seg. Selvlindringen i form av kutting kan ha handlet om å flykte unna den ustanselige opplevde smerten ved å leve, og hadde derfor den funksjon at det hjalp henne å overleve. Øverland (2006) refererer til Thoresen som definerer selvlindring som noe personen gjør for å klare å fortsette å leve (Øverland 2006).

Narrativet "flukt fra det vonde" handlet om hvordan handlinger som rus, overdoser og selvlindring fungerte som flukt fra den hverdagen deltagerne opplevde å ha det vondt i. Handlingene kan være destruktive, men deltagerne gjorde det for å lindre vonde følelser og tanker og holde ut i de vanskelige livssituasjonene de levde i.

#### *4.2.3 Psykiatrisk avdeling som fristed og andre relasjoner å flykte til*

Deltagerne fortalte at de i samtale med en behandler på barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), ble spurt om eller selv fortalte om selvmordstanker eller -planer. På grunn av bekymring rundt dette ble det derfor vurdert at de trengte å innlegges akutt i ungdomspsykiatrien.

De fleste deltagerne opplevde ungdomspsykiatrien som et trygt og beskyttet sted å være. De fikk voksenkontakt, omsorg og aksept og kunne være på et sted de opplevde som et *fristed* fra det som var vondt og vanskelig. Et sted hvor de ville bli værende, og som de flyktet tilbake til etter de var skrevet ut, både fordi ingenting hadde endret seg etter akuttinnleggelsen - livet opplevdes like vondt og vanskelig - og på grunn av deres opplevelse av avdelingen og relasjonene der som trygt og beskyttende.

Emilie fortalte at hun fortsatte med overdosene i håp om å bli innlagt igjen:

*(...)” en uke senere tok jeg en dødelig overdose av paracet.. i stedet, så.. men det var heller ikke bra nok til å få meg innlagt igjen” (...)*

Emilie fortalte at hun denne gangen tok en dødelig overdose. En uke tidligere tok hun sin første overdose. Emilie fortalte at legen hadde sagt til henne at den ikke var dødelig og ”det burde hun visst”. Emilie ble ikke innlagt da, og relaterte den erfaringen til at hun litt senere tok en dødelig overdose. Den ambivalensen Emilie beskrev i forhold til å foreta en selvmordshandling, men ikke som et klart ønske om å dø, beskrives i litteraturen som et ikke uvanlig fenomen. Ifølge Sommerfeldt og Skårderud (2009) er det på grunn av personenes ambivalens og impulsivitet ofte en utfordring for klinikerne å vurdere tilstedeværelse eller grad av selvmordsintensjon. Emilie ønsket seg tilbake til det trygge fristedet, samtidig satte hun sitt liv i fare med de handlingene hun gjorde. Emilie sa at hun i ettertid hadde en ide om at hvis hun hadde fått ordentlig hjelp første gang hun var innlagt, så ville hun kanskje aldri tatt den første overdosen. Hun sa at det var en utvikling som hadde skjedd som verken ”de” eller hun hadde klart å hindre.

Påstanden om at ”selvskading handler om oppmerksomhet”, hevdes av Sommerfeldt og Skårderud (2009) å være sterkt overdrevet. Men de mener at det i noen sammenhenger kan være relevant å se hvordan den som gjør slike handlinger retter oppmerksomheten mot seg selv for å få andre til å reagere. Det kan handle om behov for omsorg, et ønske om å provosere eller skremme, eller det kan være en anklage mot omgivelsene (Ibid.). For Emilie kan alle disse motivene ha vært relevante, handlingene tjener ofte flere funksjoner samtidig. Emilie ønsket den omsorgen og tryggheten innleggelse i avdeling betydde for henne. Hun fortalte at hun ikke opplevde å bli tatt på alvor, og ønsket kanskje, mer eller mindre ubevisst, å provosere eller skremme fordi hun ikke ble innlagt etter den første overdosen hun tok. Og overdosen kan ha vært motivert av hennes følelse av avvisning, fordi handlingen hun gjorde ”ikke var bra nok” til at den fikk henne innlagt. Ifølge Wormnes (2013) vil mennesker med liten tro på seg selv og egen mestringsevne ofte oppleve at de ikke får til noe, eller at alt de gjør er feil. Og ofte har de vanskelig med å skille mellom seg selv og handlingene de gjør (Ibid.), slik at Emilies formidling av opplevelsen av at ”det var heller ikke bra nok”, kan ha handlet om følelsen av at ”jeg ikke er bra nok”. En annen fare ved Emilies overdoser er at personer som gjentatte ganger utsetter seg for slike handlinger, ifølge Håkonsen (2008) føler at de må ”bevise” for omverden hvor vanskelig de har det. De kan få tanker om at selvmord er det endelige beviset (Ibid).

Karina fortalte hvordan hun forsøkte å forhindre utskrivelse:

*(...) ”Når jeg visste at det var en dag eller.. to dager igjen før jeg skulle dra, så begynte jeg alltid å ergre meg opp liksom, å gjøre ting eller no for at jeg ville bli.” (...)*

Karina fortalte at når det nærmet seg utskrivelse gjorde hun ”ting” fordi hun ville bli værende innlagt på avdelingen. Hun sa ikke hva det var hun gjorde. Kanskje ”selvskading” eller ”pilleoverdose”, som hun fortalte var foranledningene til alle de gangene hun ble akuttinnlagt. Det ble også tidligere beskrevet hvordan flere av deltagerne hadde en opplevelse at de måtte være ”virkelig syke”, og vise det med symptomer for ikke å bli skrevet ut. Karina hadde antagelig samme forståelse og forsøkte derfor å uttrykke hvor vondt hun hadde det, og hvor stort behov hun derfor hadde for å bli værende innlagt gjennom ”å gjøre ting eller no”, for ikke å bli skrevet ut. I tråd med det ble det i Fauglis (2009) undersøkelse av ”miljøterapeutisk behandling av ungdom som selvskader”, påpekt opprettholdelse av de ”selvskadende” handlingene som noe ungdommene gjorde for å unngå utskrivelse. Handlingene ble også beskrevet som en forsterkning av det øvrige språket, en måte ungdommene formidlet *hvor* vondt de hadde det (Ibid.).

Emilie som opplevde hjemmesituasjonen som uutholdelig, fortalte om den siste akuttinnleggelsen i ungdomspsykiatrien:

*(...) ”men da hadde jeg i hvert fall en tredagers re-innleggelse siste gangen da, og den klarte jeg å mase meg litt til fordi.. mamma skulle få vite at det var sendt en barnevernsmelding og da turte jeg ikke å være hjemme, så jeg brukte det litt som et sånn tilholdssted fordi jeg lærte meg at den lukkede psykiatriske avdelingen var den tryggeste plassen i hele verden, selv om jeg synes det var helt jævlig å være der, og det er jævlig å være innesperret og bli begrensa og sånne ting, men det.. alternativet var så mye verre da.” (...)*

Emilie fortalte at hun opplevde det helt jævlig å være innesperret på en lukket psykiatrisk avdeling, men at det var bedre enn alternativet som var å være hjemme. Hun opplevde den psykiatriske avdelingen, og de menneskene som var der, som det tryggeste i hele verden, og avdelingen ble derfor et tilholdssted fra hjemmet som hun opplevde som veldig utrygt. Ifølge tilknytningsteoriene har de ungdommene som ikke har opplevd trygghet i sin tilknytning til omsorgspersonene, ingen trygghet å vende til for å motta støtte og omsorg når de trenger det. Og ofte har de heller ingen indre trygghet som kan hjelpe dem å

håndtere vanskeligheter. De kan derfor få det vanskelig i tenårene. Emilie fortalte at hun etter foreldrenes skilsmisse først bodde hos faren, men at hun flyttet til moren fordi hun syntes det var bedre med negativ oppmerksomhet fra henne, enn ingen oppmerksomhet fra far. Foreldrene hadde ut fra den fortellingen Emilie konstruerte ikke klart å skape en trygg omsorgsbasis for henne. Emilie fortalte at moren ofte kastet henne ut, eller at hun måtte rømme fordi situasjonen hjemme var så uholdbar. Ifølge tilknytningsteorien vil ikke omsorgspersonen som har skapt uforutsigbar tilknytning være i stand til å gi ungdommen den støtten det trenger i tenårene. Og ofte avviser de den unge fullstendig fordi de ikke står ut med den unges anklager (Tamm 2012). Emilie fortalte at hun etter den siste tredagers innleggelsen forsøkte å få sin mor til å komme til utskrivelsessamtalen. Hun fortalte videre at moren ikke ville fordi hun var sint på Emilie. Da Emilie kom hjem fikk hun beskjed om å pakke sammen tingene og dra. Hun fikk ikke lenger bo hjemme, Emilie var da 17 år. Ifølge tilknytningsteoriene forlater ofte ungdommen hjemmet tidlig med uløste og ubearbejdede foreldrekonflikter i ”bagasjen” (Ibid.).

Karina som ikke opplevde seg godt nok ivaretatt i fosterhjemmet hun bodde i:

*(...) ” Fordi ting var så trygt rundt meg og.. jeg hadde liksom han (behandleren hennes) jeg kunne prate med.. og.. og de var veldig gode på den ungdomsavdelinga der. Men det visste dem jo, det lærte dem seg jo etter første gang liksom at det gjorde jeg. Så han sa alltid det at ”det her er liksom et sted du kan ha litt pause på, men du må dessverre ut i verden igjen da.” (...)*

Karina fortalte at ungdomsavdelinga var et sted hvor hun opplevde å ha det trygt rundt seg, og hvor hun følte seg ivaretatt av mennesker som var veldig gode. Karina konstruerte en fortelling som innebar at den psykiatriske avdelingen opplevdes som et fristed for henne. Hun beskrev avdelingen, personalet og spesielt behandleren som noe hun opplevde sterk tilknytning til, men det var bare et sted hvor hun fikk en pause fra den vanskelige virkeligheten og ingen varig løsning. Hun fortalte hvor håpløst hun opplevde det at hun måtte ut og tilbake til ”verden” igjen:

*”Også prøvde jeg å fortelle dem det at, ”men selv om det er et pausested så burde jeg jo, så kan jeg ikke være her i fire dager, og så skal jeg bli slengt ut i verden, så skal jeg få de samme problemene igjen. Da ender det bare opp med at jeg kommer til å komme tilbake uansett.” (...)*



Karina fortalte at hun opplevde at hun forsøkte å si til dem som jobbet på avdelingen at det ikke hjalp henne til å få det bedre ved at hun bare var innlagt noen få dager, for så å bli slengt ut i verden igjen og til akkurat den samme situasjonen som før hun ble innlagt. Dette eller en lignende opplevelse delte hun med de fleste andre deltagerne. Karina mente at det var noe inne i henne som gjorde at hun hadde det vondt, og at hun ikke opplevde å møte noen forståelse for det fra fosterforeldrene. Hun syntes derfor ikke at hun bare skulle være innlagt en kort stund, og så bli skrevet ut til den samme konteksten og situasjonen som før hun ble innlagt. Karina hadde ønsket at hun fikk bli værende innlagt på avdelingen over lengre tid, slik at de kunne ha hjulpet henne med å finne ut av årsakene til at hun hadde det så vondt og vanskelig, og hjulpet henne til å få det bedre. Karina mente at uten å endre noe i henne, i de relasjonene og den konteksten hun levde i, så ville hun få de samme problemene om igjen og stadig flykte tilbake til der hun opplevde trygghet og ivaretagelse.

Fire av de fem deltagere i studiet som presenteres hadde mange akuttinnleggelser bak seg. Barker, Jairam, Rocca, Goddard & Matthey (2010) gjorde en studie med tittelen: ”*Why do adolescents return to an acute psychiatric unit?*”. Studiet kunne ikke konkludere med noen bestemt årsak, men er en bekreftelse på at mange gjeninnleggelser ikke er uvanlig også internasjonalt. De understreker behovet for mer forskning på området fordi, som de skriver, gjelder det en signifikant stor del av alle ungdommer som akuttinnlegges (Ibid.).

Hauge (2007) hevder at psykologien har hatt en tendens til å overse det fysiske miljøets betydning for opplevelsen av identitet. Det fysiske miljøet kan forstås som en del av vår identitet. *Stedstilhørighet* (”place attachment”) defineres som følelse av tilhørighet vi utvikler til steder vi kjenner godt. Det er vanskelig å si når denne tilhørigheten blir så sterk at den blir en del av vår *stedsidentitet* (”place identity”). Stedsidentitet innebærer minner, konsepter, tolkninger, ideer og følelser vi relaterer til et sted. Et *sted* som ut fra menneskets interaksjon med det, har blitt gitt mening. De kognitive prosessene rundt stedsidentitet er mindre bevisste enn andre deler av identiteten, fordi fysiske omgivelser oftest er i bakgrunnen av hendelsene som skjer (Ibid). For de av deltagerne som på grunn av det negative hjemmeforholdet ikke opplevde noen god tilhørighet til hjemmet, kan det å ha blitt innlagt i ungdomspsykiatrien medført en ny erfaring av tilhørighet til et *sted*, og et hjem. I tråd med det gjorde Lemma (2010) en studie av traumatisert ungdom og deres kontaktpersoner (key workers) på et kommunalt senter i London. Ungdommenes erfaring med svik gjorde at de hadde sterk mistillit til å ta imot hjelp, også fordi det ble assosiert med sårbarhet. De etablerte derfor i begynnelsen nærhet til det fysiske miljøet, det gjorde

ungdommenes opplevelse av risiko for å eksponere sin sårbarhet mindre. Gjennom trygg tilknytning til stedet utviklet de etter hvert følelsesmessig tilknytning til sin kontaktperson (Ibid). Ungdommene beskrev det fysiske miljøet på lignende måte som i begrepet fristed for deltagerne i studiet som presenteres.

Sara fortalte om hvordan hun opplevde det var å være innlagt:

*(...) ”Men.. det ble etter hvert litt vanlig, og da var det vanskeligere å være ute. Etter hvert.. Da var det det som var utrygt.”*

Og hun sa senere:

*”Ikke bli vant til det, og være der. Men heller bli døtta ut litt før. For det blir jo det som blir trygt etter hvert. Og så blir alt det andre utrygt.”*

Sara fortalte om hvor utrygt det først opplevdes å bli innlagt på en psykiatrisk avdeling, men hvordan det endret seg til at det etter hvert ble verden utenfor som opplevdes utrygg. Hun fortalte hvor redd hun var når hun etter lange innleggelser ble skrevet ut. Og hvordan avdelingen derfor ble det trygge fristedet fra den redselen hun opplevde når hun var ute. Antagelig var det en medvirkende årsak til at hun hadde hatt mange og lange innleggelser, verden utenfor var blitt så utrygg. Hun mente at hun skulle ha blitt ”døtta ut” før, slik at ikke den endringen hadde skjedd. Hun fortalte at hun i lang tid etter siste utskrivelse mange ganger var så redd at hun kastet opp. Hun fortalte at hun kuttet seg mye, og at mammaen hennes kjøpte inn plaster og strips slik at de kunne unngå å måtte dra på legevakten, som kanskje hadde ført til at hun ville blitt innlagt igjen. Og hun fortalte at hun hadde angst for å ta buss og for kjøpesentre, en redsel hun ikke kunne huske hun hadde før innleggelsene i ungdomspsykiatrien begynte. Sara fortalte om en opplevelse av at hun hadde mistet det livet hun hadde hatt.

Narrativet som ble konstruert er i tråd med en lignende kvalitativ studie fra Island, som undersøkte ungdommers oppfattelse av god behandling på en psykiatrisk avdeling.

Ungdommene i studiet opplevde det trygt å bli beskyttet fra en hard verden. Opplevelsen av beskyttelse ble forsterket av tilliten ungdommene følte til personalet og til hverandre. Følelsen kunne imidlertid snu til en negativ erfaring når ungdommen opplevde at de mistet kontakten med den verden de kom fra, og når de ikke følte seg forberedt på den uunngåelige tilbakevendingen til den. Studien understreker derfor viktigheten av at de psykiatriske ungdomsavdelingene finner måter å samarbeide med familie og nettverket på,

for å ivareta ungdommens forbindelse med sitt hverdagsliv under innleggelsen (Biering & Jensen 2011).

Sara: (...) ”men det verste var vel når jeg var så fortvila og.. Av å savne mamma og pappa og det livet ute da. Hvor.. det kanskje var nødvendig, jeg vet ikke jeg menne... (...)

Sara fortalte hvor vanskelig det var for henne å savne sin mamma, pappa og livet utenfor avdelingen. Hun lurte på om det egentlig var nødvendig å ha henne innlagt og borte fra familien og det livet hun levde.

I en lignende kvalitativ studie av Haynes, Eivors og Crossley 2011, oppga ungdommen at å være innlagt på en psykiatrisk avdeling opplevdes som å ”leve i en alternativ virkelighet”. For Emilie, Karina og Maria opplevdes den ”alternative virkeligheten” akuttinnleggelsen innebar som noe godt, fordi de fikk en pause fra hjemmesituasjonen og kunne være på et fristed hvor de opplevde omsorg, trygghet og ivaretakelse. For deltagerne i undersøkelsen til Haynes et. al (2011), var det å leve i en alternativ virkelighet også forbundet med en vanskelig separasjon fra omverdenen. For mange var separasjonen fra familien det aller vanskeligste å håndtere, og ble assosiert med en følelse av isolasjon og ensomhet, det samme som Lena og Sara fortalte om. Haynes et. al (2011) understreker som Biering og Jensen (2011) viktigheten av å ivareta forbindelsen til familie og venner, for å forsøke å unngå de negative effektene opplevelsene fra innleggelse kan ha.

De fleste deltagerne opplevde avdelingen som et fristed hvor de ønsket å bli værende. Det de beskrev som den avgjørende årsaken til det, var de positive erfaringene med noen av de menneskene de møtte under innleggelsene. Topor intervjuet voksne mennesker som har kommet seg etter alvorlig psykisk lidelse. I deres fortellinger, hvor opphold på psykiatrisk avdeling har vært til nytte, så har det ofte vært relatert til møte med et spesielt menneske (Bøe og Thomassen 2007).

Narrativet som ble konstruert handlet om den eller de som gjorde en forskjell når deltagerne var innlagt. Tålmodighet, ro, positivitet, humor, respekt og tillit var egenskaper som ble oppgitt å være av betydning for dem. Deltagerne fortalte om det personalet som kunne gå litt utenfor sin profesjonelle rolle, ved å fortelle om seg selv og bruke et uhøytidelig språk, vise gjennom ord og handling at de brydde seg og hadde tid til dem, gi en klem, eller sitte noen minutter over tiden fordi deltageren trengte det akkurat der og da.

Narrativet handlet også om hvor galt det opplevdes, i de relasjonene hvor deltagerne ikke følte seg anerkjent og respektert som menneske.

Emilie om en av miljøterapeutene som jobbet der hun var innlagt:

*(...) ”han brukte dette ungdomsspråket også med kult og fancy og litt sånne ting da, så det blekke veldig sånn ”profesjonell”, det var litt mer sånn derre, man ble litt likemenn selv om det selvfølgelig er hierarki, menne..”*

Emilie fortalte om opplevelsen av når personalet blant annet brukte et språk hvor hun følte hun ble snakket til på en naturlig måte og som derfor skapte en følelse av å være litt ”likemenn”.

Emilie og alle de andre deltagerne hadde flere fortellinger om den behandleren eller miljøterapeuten som forholdt seg til dem som var innlagt på en likeverdig og medmenneskelig måte, og som turte å være litt åpne, som var delaktige i samhandlingssituasjoner og som fikk ungdommene til å føle seg som en del av et større fellesskap. I narrativet som ble konstruert handlet det om å være sammen med et annet menneske og bli behandlet som et likeverdig menneske.

Emilie fortalte at for henne var det ikke av betydning å bli behandlet av en ”profesjonell”. I narrativet som ble konstruert var hennes behov å være sammen med et menneske som var tålmodig med henne, aksepterte henne og som ikke ga henne opp. I studiet til Lemma (2010) oppfattet ungdommene å bli behandlet av en ”terapeut” som noe negativt fordi det ga dem signaler om at de var ”pasient”. For dem innebar det at en annen hadde makt over dem.

Emilie fortalte at det ”selvfølgelig er hierarki”. De psykiatriske avdelingens hierarkiske struktur har nærmere blitt gjort rede for i kapittel 2 av denne oppgaven. Emilie sa også at opplevelsen av hierarki kunne bedres hvis personalet behandlet henne som ”likemenn”. Bøe og Thomassen (2007) henviser til en undersøkelse av Kogstad, hvor 230 av 300 positive ”vendepunktsopplevelser” i møte med hjelpeapparatet handlet om etablering av en trygg relasjon. Personlighet, gjensidighet og likeverd var begreper som samlet sett gikk igjen i de forskjellige fortellingene (Bøe og Thomassen 2007), begreper som også ble vektlagt i studiet som presenteres.

Sara:

*”Jeg stoler på deg, så nå skal vi gå en tur også.. Kommer vi tilbake også.. spiser vi middag liksom, eller ja.. Og det betydde mye for meg. At det fantes de menneskene og. Det.. Mens andre som brukte liksom trusler på en måte da, eller makten. På en annen måte. Det var liksom, ble man mere sånn irritert, og da ville du stikke av mer enn noen gang.”*

Sara fortalte hvor mye det betydde å bli stolt på, og at det var utgangspunkt for en fortrolighet som gjorde at hun ikke ville misbruke den tilliten hun fikk. Antagelig ga det henne opplevelsen av at det var mennesker som var der for henne og gjorde at hun opplevde seg som verdifull. Hun fortalte samtidig om hvor vondt det opplevdes når noen brukte trusler eller makten sin. Sara var antagelig også klar over det hierarkiet Emilie opplevde som en selvfølge. Hvis personalet i tillegg valgte å bruke den makten de hadde til disposisjon ved å komme med trusler, opplevdes det trolig unødvendig fordi Sara kjente på ubalansen i maktforholdet mellom personalet og henne som pasient. Sara fortalte at det virket mot sin hensikt å komme med trusler, fordi det gjorde at hun heller ville gjøre det motsatte av det hun ble forsøkt tvunget til, og ”stikke av mer enn noen gang”. Kontekster eller situasjoner der mennesker får følelsen av at andre bestemmer over en, utløser ifølge Wormnes (2013) automatisk autonomikonflikt og økt kontrollbehov (Ibid.). Sara fortalte at noe personale ga henne tillit, mens andre brukte trusler og makt. I tråd med det hevder Øye og Norvoll (2013) at det på sykehusposter er konfliktfylte motsetninger mellom det personalet som etterstreber frivillighet, individuelt tilpasset behandling og anerkjennende kommunikasjon versus de som vektlegger grensesetting, korrigerende av atferd og husordensregler (Ibid).

Emilie:

*(...) ”han kunne liksom fortelle om hva han gjorde på fritid, han studerte, og.. litt sånne småting som han hadde opplevd fra sin hverdag og sånn, og det synes jeg er så positivt, fordi.. hvis du blir veldig sånn privat, og skiller dette med jobb og personlig veldig når du har med andre mennesker å gjøre, så føler du egentlig at du bare er med en robot istedenfor at du er sammen med et annet menneske da.”*

Emilie fortalte om sin opplevelse av en miljøterapeut som fortalte om seg selv og kunne dele litt fra sin hverdag. Hun syntes det var veldig positivt fordi hun opplevde at hvis folk som jobbet med mennesker var for private, så følte hun det som å være sammen med en robot og ikke et annet menneske. Ut fra Emilies beskrivelser var det å oppleve ivaretagelse og anerkjennelse fra andre mennesker dypest sett hennes mest etterlengtede behov.

Narrativet hun og de andre deltagerne konstruerte handler mye om savnet etter det mellommenneskelige, kontakten med noen som kunne være inkluderende og trygge for dem. Alle deltagerne ga beskrivelser som innebar hvor godt det opplevdes å være ”sammen med et annet menneske”. I studiet til Biering og Jensen (2011), var dette noe som også ble understreket av ungdommene der: betydningen av å ikke bli behandlet som ”en pasient”, men bli behandlet med den samme type respekt som ligger i det å bli behandlet som et vanlig menneske. Også i Lemmas (2010) studie var det kontaktpersonenes oppfatning at de unge trengte et annet menneske å være sammen med. Ungdommene formidlet at det betydde å mer enn hjelpen de fikk gjennom psykoterapi. Ved å gi de unge som opplevde utrygghet i relasjoner, nye erfaringer av trygghet med noen som lyttet og tok deres problemer på alvor, lot dem være autonome og søke selvoppfyllende mål, resulterte det i erfaringer som endret de unges liv. Gjennom relasjonen til kontaktpersonen kunne det skapes trygghet hvor ungdommene fikk hjelp til følelsesregulering gjennom å lære evnen til å mentalisere<sup>2</sup>. Lemma overfører dette til tilknytningsteori. Ungdommene opplevde kontaktpersonene som en tilknytningsfigur, ikke bare som en trygg base for selvutforskning, men også som noen som responderer totalt forskjellig fra deres foreldre, og derfor bidro til å omkonstruere den unges syn på seg selv og andre. At kontaktpersonene aksepterte alle sidene ved de unge, hjalp de unge i neste omgang å stå ut med seg selv (Lemma 2010).

2) Beskrevet i oppgavens i oppgavens kapittel 2

En stor og avgjørende forskjell mellom ungdommene i Lemmas (2010) studie og deltagerne i studiet som presenteres, var at ungdommene fra senteret kunne, når de hadde behov for det, vende tilbake til det trygge stedet og til dem ungdommene hadde knyttet seg til for støtte og veiledning. Deltagerne i studiet som presenteres kunne ikke det, så når de ble skrevet ut fra den trygge og forutsigbare akuttavdelingen og personalet de hadde knyttet seg til, opplevde de brudd de var lite forberedt på å kunne håndtere. Som Sara sa:

*(...) ”Og.. samarbeide med foreldre og støtteapparatet der ute. Jeg følte i hvert fall når jeg kom ut at det ikke var noe mere der ute. Det var liksom ikke noe som passa på meg og.. på en måte” (...)*

Sara fortalte hvor vanskelig hun opplevde det var å komme tilbake til hverdagen og en verden hun opplevde utrygg, etter å ha vært lenge innlagt og ”passa på” hele tiden. Hun opplevde at foreldrene var lite involvert under innleggelsen, og skulle derfor ha ønsket at

det var et større samarbeid mellom psykiatrien og foreldre/støtteapparat, slik at hun ikke hadde følt seg så alene om å skulle klare å mestre hverdagen igjen. Lignende Saras opplevelse skriver Åkerman (2009), forfatter og sykepleier, om sin erfaring med å ha vært innlagt på en psykiatrisk avdeling som femtenåring. Innleggelsen som skulle vare i tre uker, varte i to år. Hun skriver at ”vennene ble erstattet med ungdommer like selvdestruktive som henne selv, foreldrene med personale og fritidsinteresser med selvskadende atferd”. Etter hvert ville hun ikke lenger bli ”frisk” av redsel for å miste det eneste hun hadde. Hun skriver at hennes ”selvskadende atferd økte, og legene sto ovenfor dilemmaet om de skulle skrive henne ut til et miljø som muliggjorde et normalt liv, men som også utgjorde en fare for hennes liv. Eller skulle de beholde henne i det miljøet som umuliggjorde et friskt liv, men hvor de fysisk kunne hindre henne i å skade seg selv”. Ifølge Åkerman var det til slutt en ”modig” lege som skrev henne ut. Hun skriver at hun ”gjorde alt for å komme tilbake til det strukturerte miljøet som hun egentlig avskydde, men som var det eneste hvor hun følte seg trygg”. Åkerman problematiserer hvordan sykehuskonteksten innebærer for mye fokus på det som ikke fungerer og at ressurser glemmes bort. Hun fremhever hvor viktig det er å ha ”fokus på og styrke det friske som alltid fins der” (Åkerman 2009).

Alle deltagerne hadde i ulik grad både gode og dårlige erfaringer fra å ha vært innlagt. De positive opplevelsene handlet hovedsakelig om de gode relasjonene. Som motsetning var det de dårlige relasjonene, og mangel på det mellommenneskelige, som ble vektlagt når det gjaldt negative erfaringer. Det samme fant Moses (2011) i sin studie, som undersøkte 80 ungdommers erfaringer fra å ha vært innlagt. En av fire beskrev som lite hjelpsomt eller også som skadelige de erfaringer de hadde med personalet.

I en kanadisk studie (Marriage, Petrie & Worling, 2001), i en studie fra Skottland (Buston, 2002), og i en amerikansk studie (Lee, Munson, Ware, Ollie, Scott & McMillen, 2006), som alle undersøkte ungdommers erfaringer fra å ha vært innlagt på psykiatriske avdelinger, ble samhandlinger med personalet oppgitt som den mest avgjørende faktoren både når det gjaldt de positive erfaringene og de negative, lik deltagerens opplevelser i studien som presenteres.

Narrativet ”flukt fra det vonde” handlet om flukt fra en vond og vanskelig hverdag. Deltagerne flyktet ved å gjøre handlinger som førte til at de ble akuttinnlagt i ungdomspsykiatrien. Avdelingen ble av de fleste opplevd som utrygg i begynnelsen,

allikevel bedre enn alternativet som var utryggheten hjemme og verden utenfor. Avdelingen ble beskrevet som et *fristed*, et sted deltagerne opplevde de fikk pause og beskyttelse. De ønsket å bli værende på det trygge stedet hvor de følte tilhørighet, og hvor det var mennesker de hadde knyttet seg til. Det ble derfor vanskelig med utskrivelse og brudd i kontakten. De selvlindrende handlingene fylte såvel behovet for å flykte som forfølelseslindring, men også behovet for å komme seg fysisk vekk. Dette fordi handlingene gjorde at de ble akuttinnlagt i psykiatrien, og på den måten midlertidig kom bort fra den livssituasjonen de levde i. Narrativet deltagerne konstruerte handlet om at uten å endre noe i deres livssituasjon, hadde de behov for å fortsette å flykte tilbake til akuttpsykiatrien. De hadde ønsket at ungdomspsykiatrien kunne ha gjort mer eller noe annet for å ha kunnet hjelpe dem.



## 5.0 DISKUSJON

*I analysen som har blitt presentert konstruerte fem deltagere et narrativ som omhandlet ungdomsår som opplevdes som vanskelige og vonde, så vonde at døden ble vurdert som eneste alternativ til smerten ved å leve. Deltagerne konstruerte fortellinger hvor det ikke var psykisk sykdom som gjorde at de opplevde livet vanskelige og vondt, men hendelser, omsorgssituasjonene og relasjoner. På den ene siden innebar innleggelse å få en pause fra «det virkelig livet» og nye erfaringer med voksne mennesker som opplevdes som trygge og ivaretagende. På den andre siden endret ikke innleggelsene noe, omsorgssituasjonene opplevdes like vonde og relasjonene like vanskelige når de ble skrevet ut. Innleggelse kunne også innebære opplevelser av å ikke bli behandlet med samme respekt og autonomi som hører til det å være et menneske. Og erfaring med stigmatisering fra familie og andre om at man ikke kan bli frisk og leve et normalt liv igjen etter å ha vært innlagt.*

### 5.1 Psykisk sykdom eller vanskelig livssituasjon?

Det er flere grunner til å tematisere deltagerne erfaringer av at årsakene til akuttinnleggelsene handlet om noe annet enn psykisk sykdom. Deltagerne konstruerte et narrativ som handlet om behovet for at de voksne forsøke å forstå dem og derfor involverte seg på et dypere plan enn det tilsynelatende. At selvkutting og selvmordskommunikasjon ikke handlet om at de hverken var psykisk syke eller at de ønsket å dø, men at det var uttrykk for noe. Et sårt og etterlengtet behov for at noen kunne hjelpe dem til å få det bedre. I ytterste konsekvens, hvis atferden tolkes som symptomer på psykisk sykdom og selvmordskommunikasjon som et ønske om å dø, kan hjelpeapparatet stå i fare for å ikke se de bakenforliggende årsakene til den unges vansker. Ringer og Holen (2015) henviser til Parker m fl, som hevder at når menneskers atferd vurderes å være patologisk, fjernes handlingene fra normalitetsbegrepet og blir ikke lenger forstått innenfor den sosiale konteksten de oppstår i (Ringer & Holen 2015). Når det gjelder barn/ungdom vil man kunne risikere å ikke se viktigheten av hvilken livssituasjon de lever i, som vil innebære at man da heller ikke vil kunne bidra med nødvendige endringer som kan gjøre den unges liv bedre. I tråd med det problematiserer Kirkengen og Thornquist (2013) hvordan diagnosen kan bli forklarende for alle aspekter ved en person væremåte, og på den måten skjule overgrep og krenkelser (Ibid). Hertz (2011) sier også noe om dette når han hevder at hvis fokuset blir på det psykisk syke barnet, så kan det medføre at problemet plasseres inne i barnet. Hjelpeapparatet står i fare for å gjøre barnet til eier av problemet, slik at de psykososiale faktorene overses. En konsekvens av det er at hvis barnet blir ”problemet”,

kan det istedenfor å fokuseres på muligheter til utvikling, ses begrensninger. Begrensninger som barnet etter hvert lærer seg å se (Ibid). I oppgavens kapittel 2 står det beskrevet hvordan barnet/ungdommens følelse av identitet, og meningen bak deres handlinger og tanker i stor grad lar seg påvirke av hva andre mener og hvordan andre oppfører seg mot dem. Hvis handlingene og atferden tolkes som å være symptomer på diagnose og «feil» med dem, kan de begynne å tilpasse seg de beskrivelsene som blir gitt. Ifølge Bøe og Thomassen (2007) fokuserer beskrivelsene av psykiske lidelser på mangler, defekter, skavanker eller sykkelighet. Det er et språk som skaper opplevelse av utilstrekkelighet og mindreverd hos den som skal hjelpes (Ibid.). Hos barnet/ungdommen kan det gi en opplevelse av at forandring ikke er mulig, skape følelse av håpløshet som igjen kan føre til passivitet og hjelpeløshet i forhold til hvordan livet utvikler seg videre. I tråd med det skriver Dahl (2014) om det salutogene perspektivet hvor menneske ikke enten er frisk eller syk, men på en kontinuerlig skala fra frisk til syk og utsettes for stress- og risikofaktorer i mange ulike situasjoner. Det avgjørende er hvordan personen klarer å møte de utfordringene. Med livskraft og ressurser, eller håpløshet og lært hjelpeløshet. Det betyr ikke at alt ordner seg bare man tenker positivt, men at personen må aktivt være med på å finne frem sine ressurser og muligheter. Det er ikke ment som en erstatning til det patogene, men som et supplement som fremhever viktigheten av at det også rettes fokus mot det som fremmer helse og det friske, og hver enkelte menneskes rolle i det (Ibid).

En annen konsekvens ved å relatere ungdommers vansker til psykisk sykdom, handler om det Sara i studiet som presenteres fortalte om, en opplevelse av stigmatisering fra de rundt seg. Som nevnt tidligere i denne oppgaven viser forskning at når man har blitt diagnostisert med en psykisk lidelse, så oppleves det ofte fordommer og stigmatisering. Stigmatisering innebærer ifølge Elstad og Norvoll (2013) dehumanisering eller avpersonalisering. Det gjør at omgivelsene bare ser sykdommen og ikke mennesket. Sykdommen er det som vektlegges og overskygger de andre sidene ved mennesket (Ibid). Som igjen kan forsterke de unges opplevelse av annerledeshet, uforanderlighet og håpløshet ytterligere.

Pescosolido, Martin, Long, Medina Phelan og Link (2010) gjorde en studie hvor hensikten var å finne ut om stigmatisering av psykisk lidende ble mindre når lidelsen ble forstått å være medisinsk sykdom. De undersøkte om folks holdninger var mer optimistiske og mindre stigmatiserende når lidelsene ble forstått å ha et neurobiologisk utgangspunkt, istedenfor for eksempel personens dårlige katarakter, normale svingninger o.l. Studien viste ingen signifikant redusering. Forfatterne bak studiet advarer derfor mot en overtro på

medisinsk forklaring på psykiske plager, ifølge dem er det på det beste ueffektivt, på det verste potensielt mer stigmatiserende. Fokusering på genetik eller forstyrrelser i hjernen for å redusere følelse av skyld, kan ha den uønskede effekten at det øker personen og familiens følelser av håpløshet og uforanderlighet (Ibid.).

## 5.2 Erfaringer fra akuttinnleggelse i ungdomspsykiatrien

Biering (2010) undersøkte samlet forskning fra fem kvalitative studier om hvilke egenskaper ungdommer vektlegger i møte med behandlingsapparatet. Resultatene kunne sorteres under: 1) aksept og forståelse, 2) empati og vennlighet, 3) ferdigheter i å lytte og delta, og 4) ikke-dømmende tilnærming. Han hevder at det siste punktet antagelig verdsettes mer hos de unge enn voksne fordi deres psykiske problemer ofte er relatert til atferdsproblematikk. Samtlige av punktene var representert hos deltagerne i studiet som presenteres i denne oppgaven. Narrativet som ble konstruert her handlet i stor grad om betydningen av det mellommenneskelige samspillet med personalet på avdelingene hvor deltagerne var innlagt.

Det er med mye empiri vist at hvilken terapeutisk retning som velges ikke utgjør noen forskjell i effekt av behandling (Ryum & Stiles 2005; Fjermestad 2011; Wampold & Imel 2015). Wampold og Imel (2015) mener det er grunnlag for å kunne si at jo sterkere den terapeutiske relasjonen er, jo bedre vil resultatet av terapien bli. Ifølge dem vil kanskje ikke en god terapeutisk relasjon være symptomdempende i seg selv, men det vil ha effekt på den individuelle opplevelsen av livskvalitet (Ibid.). Ifølge Fjermestad (2011) anses en god terapeutisk allianse som en nødvendig forutsetning for effektiv bruk av terapeutisk tilnærming (Fjermestad 2011). Allianse består av tre gjensidig avhengige faktorer: Det emosjonelle *båndet* mellom behandler og klient (tillit, aksept og fortrolighet). Enighet om hvilke *behandlingsmål* som søkes oppnå. *Oppgavene* til hver av partene (Ryum & Stiles 2005; Fjermestad 2011). Dette innebærer et alliansebegrep som noe mer enn det følelsesmessige båndet mellom behandler og klient (Fjermestad 2011). I en Australsk studie av terapeutisk relasjon mellom sykepleier og ungdom på en psykiatrisk avdeling, ble den mellommenneskelige relasjonen forstått som en viktig forutsetning for at endring skulle kunne muliggjøres. Relasjonen ble imidlertid rapportert å innebære noe mer enn lindring og omsorg hvis sykepleierne skulle kunne hjelpe ungdommene til å komme seg videre i livet (Geanellos 2002).

Deltagerne i studiet som presenteres vektla, som Ryum og Stiles (2005) og Fjermestad (2011) hevder, det emosjonelle båndet til behandler eller miljøterapeut. *Målet* for behandlingen var derimot en usikkerhet for deltagerne. Kanskje handler det om at det ikke er noen tydelig definisjon av hva en akuttinnleggelse skal innebære utover en felles plikt til å yte øyeblikkelig hjelp. Stangeland (2012) hevder at akuttavdelingenes funksjon er å stabilisere og sikre situasjonen. Men når er en situasjon stabilisert og sikret? For deltagerne hadde det vært når noen hadde hjulpet dem til å endre deres livssituasjon, slik at de kunne fått det bedre og ikke hadde hatt behov for mange gjeninnleggelser. Deres erfaringer er i tråd med pasientregistreringen av barn og unge i psykisk helsevern, hvor behandlerne rapporterte at en av fire unge som mottok behandling i psykiatrisk avdeling ideelt sett burde hatt et annet tilbud og at det spesielt gjaldt de som var innlagt akutt. Den samme registreringen viste at en av fire innlagt akutt hadde vært innlagt tidligere, de fleste med samme tilstand (Andersson 2009).

For deltagerne i studiet handlet det emosjonelle båndet om å bli behandlet på en likeverdig, åpen og naturlig måte fordi det ga opplevelsen av å være akseptert og inkludert. Deres erfaringer hadde ofte vært uforutsigbare og utrygge relasjoner, de hadde liten erfaring med voksne personer som var forutsigbare og støttende, og som fikk dem til å oppleve trygghet og tillit. På den måten ble det skapt relasjoner som ble erfart å være helt avgjørende for de positive opplevelsene fra å ha vært innlagt. Det handlet om å møte mennesker som var sammen med dem og som var der for dem. For deltagerne var det av større betydning enn hvilke metoder eller terapiformer som ble anvendt. Det indikerer at deltagerne ikke hadde en sykdom eller lidelse de trengte behandling for, men at deres behov var anerkjennelse og aksept for dem de var. Det handlet om å få nye positive erfaringer av gode relasjoner som kunne fungere som en motvekt mot de relasjonene som opplevdes som vonde og vanskelige. I tråd med Hofgaard (2015), leder i Norsk Psykologforening, uttalelse om at spesialisthelsetjenesten blir et sidespor i behandling av de unge som har blitt sviktet av voksne omsorgspersoner. Ifølge han er deres behov først og fremst å leve et normalt liv, mestre hverdagen og lære ting de ikke har lært før (Ibid).

### **5.3 I hvilken grad bidro akuttinnleggelse til endring?**

Nesten alle deltagerne hadde mange gjeninnleggelser og tilbrakt mye av ungdomstiden innlagt på en psykiatrisk akuttavdeling, med de konsekvenser det hadde for dem. Årsakene til det var sammensatt. Det handlet om relasjoner og kontekst hjemme som ikke fungerte, i motsetning til relasjonene og konteksten under innleggelsene som innebar opplevelse av

trygghet og avstand fra det vanskelige de opplevde at livene deres var. Narrativet handlet om et etterlengtet behov av å bli lyttet til og tatt på alvor. De ble tatt på alvor når de ga til uttrykk sine selvmordstanker ved de ble lagt inn akutt i ungdomspsykiatrien, men kanskje ble de ikke egentlig lyttet til. For fortellingene og meningene deltagerne konstruerte ut fra sin erfaring var at det handlet aldri om at de ville dø, de trengte hjelp til å endre den situasjonen de var i.

I tråd med det hevder Stangeland (2012) at mye av akuttpsykiatriens kapasitet brukes på sikring av en pasientgruppe hvor selvmordsrisikoen ikke egentlig er ungdommens største problem. Han problematiserer hvordan behandling med fokus på sikring kan føre til at ungdommene tar skade. For noen ungdom oppleves akuttavdelingens overvåking og kontroll som trygt. De savner omsorgspersoner med faste rammer, og opplever det derfor godt å bli passet på. Overføringsverdien fra trygg døgnpost til utrygg hjemmesituasjon er liten. For dem kan trusselen om utskriving utløse avvisningsangst og selvmordsatferd. I verste fall havner personalet og ungdommen i en ond sirkel som best kan forstås ut fra ungdommens søking etter trygghet (Ibid.). I narrativet som ble presentert fortalte deltagerne om at utryggheten ved å bli utskrevet og overlatt til seg selv og sine vanskeligheter gjorde at de før og etter utskrivelse gjorde handlinger motivert av ønske og opplevd behov for fortsatt å være innlagt. De fleste av deltagerne opplevde hjemmesituasjonen og de relasjonene som var der som ustabile og utrygge, i motsetning til når de var innlagt og opplevde seg ivaretatt av mennesker som de følte seg trygge på og som de knyttet seg til. På kort sikt fikk deltagerne dekket sine behov ved å være akuttinnlagt, men som det har blitt redegjort for i oppgavens kapittel to og som Stangeland (2012) problematiserer så er overføringsverdien fra trygg døgnpost til utrygg hjemmesituasjon liten.

I kontrast til narrativet som handlet om at det var hjemmesituasjonen som var årsaken til behovet for å være innlagt, konstruert to av deltagerne fortellinger som handlet om at det var noe annet som gjorde at de hadde det vondt. De fortalte om hvordan de i begynnelsen savnet kontakten med familien og det vanlige livet, mot den utryggheten de opplevde ved å være innlagt. Den ene deltageren fortalte at det etter hvert endret seg til at verden utenfor avdelingen ble utrygg og avdelingen ble det trygge. De fortalte begge at selvkuttingen økte og den ene deltageren fortalte at hun i desperasjon gjorde et selvmordsforsøk når hun var innlagt. I tråd med det argumenterer Stangeland (2012) for hvordan behandling med fokus på sikring kan føre til at en annen gruppe av ungdom tar skade. De ungdommene som

opplever avdelingen som utrygg på grunn av overvåking og kontrolltap, og som er avhengig av kjente omgivelser og omsorgspersoner for å føle seg trygge. Utryggheten kan gjøre deres vanskeligheter større, og bidra til å utløse selvmordsatferden. Slik skapes en ond sirkel av utrygghet og økt behov for sikkerhet (Ibid.).

Barker, Jairam, Rocca, Goddard og Matthey (2010) vektlegger i deres studie «*Why do adolescents return to an acute psychiatric unit?*» den potensielt negative effekten innleggelsene kan ha på de unge. Som trauma, post-traumatisk stress, og den smitteeffekten selvkutting kan ha. I studiet '*Living in an alternative reality*' av Haynes, Eivors og Crossley (2011), hevdes det at den psykologiske innvirkningen innleggelse på en psykiatrisk avdeling har på ungdom sannsynligvis er av like stor betydning, om ikke større enn ungdommenes individuelle vanskeligheter. Moses (2011) bekrefter den påstanden i sin gjennomgang av tidligere forskning, og med kvalitative funn fra sin studie. Hun relaterer de negative effektene av å innlegge ungdom i døgnavdeling til at de i stor grad fratras sine valgmuligheter og autonomi. Viktige behov i utviklingen som privatliv, uavhengighet og mobilitet blir ofte ikke imøtekommet. Ungdommen utsettes for en helt ny og ukjent setting, vekk fra familie og venner, og må tilpasse seg nye omgivelser, rutiner og regler (Moses 2011).

I en studie av sykehus - relatert stress blant barn og ungdom innlagt på psykiatriske avdelinger, hevder Causey, McKay, Rosenthal og Darnell (1998) at stress som innlagte barn og ungdom opplever overses, fordi de unge ofte innlegges nettopp på grunn av emosjonelle og atferdsmessige mistilpasninger. Det forventes derfor at disse barna og ungdommene vil oppleve tilpasnings problemer under innleggelsen, og problemene blir relatert til psykiatrisk patologi. Som et resultat blir ikke stress knyttet til innleggelsen undersøkt eller erkjent, slik at viktige temaer som kunne ha gjort innleggelsen bedre og potensielt økt behandlingseffektiviteten overses eller underkjennes. I deres forskning var det følgende som skapte høyest nivå av stress blant pasientene: 1) Separasjon fra familie/venner, 2) Tap av autonomi, 3) Miljøet på avdelingen, 4) Personalet, 5) Regler og autoritet, 6) Stigmatisering (Ibid.).

En studie fra en ungdomspsykiatrisk avdeling i Canada er med på å understreke hvor lite hensiktsmessig det kan være å fjerne de unge fra den konteksten de lever i, og behandle dem individuelt i en unaturlig setting når målet er å skape varig endring. Hensikten med studiet var å undersøke hvilke faktorer som påvirket tilfredshet med behandlingen, og

ungdommens bedring av symptomer ved utskrivelse og fire måneder etter. 105 ungdommer og deres omsorgsgivere deltok. Ved utskrivelse scoret deltagerne høyt på opplevd tilfredshet med behandlingen og de fleste ungdommene viste bedring av symptomer. Deltagerne rapporterte imidlertid behov for forbedringer på områder som planering av utskrivelse og oppfølging i ettertid. Fire måneder etter utskrivelse viste mange av ungdommen en forverring av symptomene igjen, og lavere grad av opplevd tilfredshet ble rapportert. Forfatterne bak studiet relaterer de mindre optimistiske scorene til at ungdommene fortsatt slet med de samme utfordringene etter å ha forlatt sykehuset (Marriage, Petrie & Worling 2001).

At ungdom gjør selvmordshandlinger eller har selvmordstanker er alvorlig, uansett om deres hensikt er å gjøre alvor av det eller ikke. Det er tilfeller hvor selvmordstanker kommer av en plutselig krise i livet og som derfor kan forventes å gå over etter litt tid, hvor i så fall en akuttinnleggelse med fokus på sikring og stabilisering kan være hensiktsmessig tiltak gjennom den akutte faren. Men deltagerne formidlet at deres tanker om døden som utvei handlet om at de levde i en omsorgssituasjon som var vond, og som hadde vært vond i lang tid før akuttinnleggelsene. En omsorgssituasjon de opplevde like vond hver gang de ble skrevet ut. Det innebærer mye ansvar å være den som skal vurdere realiteten av et annet menneskes selvmordsintensjon. Innleggelse i ungdomspsykiatrien oppleves nok derfor ofte som det tryggeste og sikreste tiltaket. I tråd med det tematiserer Skærbæk (2014) den tause etiske fordring. I møte med mennesker står den profesjonelle alltid ovenfor den utfordringen det er å vite hva som er til det beste for den andre. Ut fra erfaring og kunnskap må den profesjonelle vurdere hva som er best for det andre mennesket, eller om det egentlig er til det beste for en selv. Det er heller ikke sikkert den andre er enig at det den profesjonelle mener og gjør er det beste, og det er ikke alltid mulig å begrunne det. Det handler altså ikke om hvorvidt det skal gjøres noe eller ikke, fordi å ikke intervensere er også å intervensere. Utfordringen er at det ikke er et riktig svar og en riktig løsning, men mange. Det kan være en fare at man som profesjonell går over en grense og overtar ansvaret for den andre helt. Der er alltid et spenningsforhold mellom avhengighet og uavhengighet. Den etiske fordring innebærer derfor mye makt. Som profesjonell har en den nødvendige utdanningen, og det er derfor lett og i beste hensikt overta hele ansvaret for det andre mennesket. At det ikke er hensiktsmessig for noen av partene er det enighet om, det er her nødvendigheten av brukermedvirkning kommer inn (Ibid:173 - 174). De fleste av deltagerne i denne studien hadde hatt mange

akuttinnleggelser i ungdomspsykiatrien. Det uheldige i at de voksne overtar ansvaret og at ungdommene innlegges gang på gang, er at ungdommene ikke blir gitt erfaringer med at de kan få til å mestre livene sine på noen annen måte enn at de voksne overtar ansvaret helt.

Fishman (1988) hevder at etter selvmordsforsøk blir noen familier overbeskyttende. Familien forsøker å beskytte den unge fra alt stress og alle utfordringer. Som ifølge han kan bidra til å hindre en normal utvikling, og skape et sårbart barn. Noen familier handler som om de er alene ansvarlig for ungdommens liv. Den holdningen utelukker det grunnleggende faktum at mennesker er frie og ansvarlige for deres egne handlinger. Ifølge Fishman (1988) er et sentralt konsept at ungdommen får en introspektiv forståelse av et atskilt selv og en ansvarlighet for det selvet. Ungdommen må komme til en aksept ovenfor eksistensielle realiteter som ensomhet, dødelighet og sårbarhet. I kampen for å forstå og akseptere disse betingelsene, er de i behov av foreldrenes støtte og empati, men foreldrene kan ikke intervenere og ”redde” ungdommen (Ibid.). På samme måte som at ikke familiene bør fungere som overbeskyttere og redde ungdommene når de har det vanskelig, bør det kanskje heller ikke gjøres ved at ungdommene innlegges i en lukket og fysisk sikret døgnavdeling. Det kan hende at man på den måten bistår ungdommene til å definere seg som hjelpetrequende, som passive tilskuere i sitt eget liv, istedenfor at de hjelpes til å iverksette de ressursene de har tilgjengelig i seg selv og sine nettverk. Hjelpes med å identifisere de årsaker og hendelser som ligger bak. Og hjelpes til å lære å kommunisere ved hjelp av språk, og ikke gjennom handlinger som selvkutting og selvmordsatferd.

Deltagerne formidlet at tanker om selvmord ble brukt for å bli hørt på og tatt på alvor om hvor vanskelig de hadde det. Når de ga til uttrykk for disse tankene, ble de akuttinnlagte i psykiatrien. Deres opplevelse fra å ha vært innlagte var imidlertid at de ikke fikk skikkelig hjelp hvis de ikke var ”ordentlige syke”. Kanskje handlet det om at akuttinnleggelse i ungdomspsykiatrien ikke var den hjelpen de trengte. Stortingsmelding nr 25, ”*Åpenhet og helhet om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*”, kom ifølge Gjertsen (2007) som følge av internasjonal kritikk mot norsk psykisk helsevern, blant annet på grunn av institusjonsbasert behandling og ensidig fokus på medisinsk modell i forståelsen av psykiske lidelser. Åpenhet innebærer holdningsendring om psykiske lidelser. Helhet innebærer koordinerte tjenester, til det beste for brukeren (Gjertsen 2007). I Stortingsmelding nr. 25 er det et eget tiltak om samarbeid mellom barne- og ungdomspsykiatrien og barnevernet. Med bakgrunn i at barn og unge med sammensatte



problemer ikke blir tilstrekkelig ivaretatt, mye på grunn av uenighet i oppgavefordelingene. Særlig har det rammet de ungdommer som har de største utfordringene, og som både er i behov av omsorg og behandling (Sosial- og helsedepartementet 1996 – 1997). Deltagernes erfaringer kan tyde på at det fortsatt kan være noe som bør prioriteres. De ville kanskje kunnet ha fått en bedre livssituasjon, hvis samarbeidet mellom psykisk helsevern og barnevern hadde fungert optimalt.

Det kan handle om det Larsen (2005) hevder, at det kan være svært krevende å jobbe med de unge som sliter med samspillsforstyrrelser og deres familier. Ifølge han blir derfor ofte spørsmålet om hvem som skal tilby hjelpen, et spørsmål om hvem som ikke skal. Han relaterer det til hjelpeapparatets noen ganger opplevelse av håpløshet, fordi for å oppnå helhet og sammenheng så fordrer det et samarbeid på tvers av fag og etater. Ifølge Larsen (2005) er det fra et terapeutisk perspektiv ikke avgjørende for disse unge hvilken metode de blir møtt med, men at man får til å samarbeide rundt dem. Han hevder det er et nyttig og lønnsomt arbeid på sikt, men det er viktig med et langsiktig perspektiv fordi det kan ta tid før det gir resultater (Ibid). Aamodt (2011) mener at det ikke bør finnes en «enten-eller-problematikk», men et «både-og». Med det så mener hun at de unge med sammensatte utfordringer har behov for både psykisk helsehjelp og omsorg, og trenger derfor hjelp fra begge instanser (Ibid).

#### **5.4 Hva kan ungdomspsykiatrien gjøre annerledes?**

Deltagerne i studien som presenteres ble alle innlagt fordi de på ulike måter hadde uttrykt at de ikke ville leve lenger, men deres opplevelse var at det ikke var psykisk sykdom som gjorde at de ikke ville leve og derfor trengte innleggelse. Hvis det hadde vært akutt psykisk sykdom som gjorde at de var i behov av innleggelse, så hadde det kanskje gitt mening å ta dem ut av hjemmemiljøet og nettverket for å legge dem inn for behandling på en psykiatrisk ungdomsavdeling. Men narrativet som ble konstruert handlet om at det var vonde erfaringer, relasjoner og konteksten hjemme som gjorde at de opplevde livene sine så smertefullt å leve at de tenkte på selvmord som veien ut av det. Så da er spørsmålet hvordan en akuttinnleggelse som innebar å fjerne deltagerne fra den konteksten og de relasjonene de hadde det vondt i kunne hjelpe? Hva kunne vært gjort annerledes?

Det er noen år siden deltagernes erfaringer fant sted, så praksisen kan ha endret seg mer i tråd med deltakernes behov. Men deres fortellinger handlet om et etterlengt ønske om at omsorgsgiverne i mye større grad involveres ved akuttinnleggelsene. For noen av

deltagerne var kontakten med familien et savn, men hovedsakelig fordi de opplevde at når de ble skrevet ut og kom hjem igjen, så var det ingenting der som hadde forandret seg. De opplevde at familien ikke visste hvordan de skulle håndtere de utfordringene deltagerne og familien som helhet slet med. Og hvordan skulle de det? Det vanskelige lå for de fleste i relasjonene hjemme. Og uten å hjelpe familiene til å endre noe der, ville deltagerne fortsette å oppleve at livet var vondt og vanskelig å leve.

Ifølge Fishman (1988) må ungdomsårene betraktes som en sosial forandring i større grad enn en biologisk, og derfor er psykososial tilnærming eneste nyttige måte å ta tak i de problemene som kan oppstå. Han mener det er meningsløst å behandle ungdom i krise adskilt fra dens sosiale kontekst. ”Tenårene” er dannet av de sosiale kreftene som er i kulturen, og kan derfor ikke vurderes atskilt fra den sosiale konteksten. Derfor følger det at heller ikke ungdommens problemer kan behandles utenfor denne konteksten. Man risikerer da å behandle navnet på problemet – selvmordsatferd, selvkutting, anoreksi osv., istedenfor å rette fokuset mot det miljøet som har skapt og opprettholder problemet man står ovenfor. Hvorfor det er familien og ikke alle de andre sosiale kontekstene ungdommene er en del av, er fordi det er familien som er utgangspunktet. Familien er det sosiale miljøet som ungdommen har utviklet seg i, den er kilden til ungdommens primærstøtte, og det er den som oftest har ressursene til å gjøre de nødvendige endringer. Av alle de sosiale systemene som berører ungdommene, så er det forandringer i familiene som har den største effekten på den unge. Ungdommen blir sterkt påvirket av konteksten i familien, som i sin tur berører familien ungdommen er en del av. En ungdom som sliter skaper et stress i familien som krever at det også gis oppmerksomhet til de andre familiemedlemmene (Ibid.).

Psykososial tilnærming handler ikke bare om å involvere familiene for å forsøke å endre familiedynamikken, men det handler om å ivareta hvert og enkelt familiemedlem som i de aller fleste tilfeller har det vondt og vanskelig når deres barn/ungdom har det vondt og vanskelig. Både i den hensikt at de skal kunne fungere som bedre støtte for den unge, men like mye fordi de også er mennesker som i kraft av det er i behov av å oppleve støtte, anerkjennelse og håp.

Som også Hertz (2011) hevder, ved at ikke fokuset er på ”problematferden”, men heller på hvordan hele familien sammen kan gjøre endringer slik at familien som helhet kan få det bedre, ville man kunne ha veiledet og hjulpet familien til å etablere en bedre omsorgsbasis for ungdommen. Ved å ha involvert omsorgsgiverne ville det i større grad vært mulig å

avdekke om hjemmemiljøet var så negativt at det ikke muliggjorde endring, og at familien i så fall hadde hatt behov for å få hjelp fra barnevernet. Som tidligere nevnt er et av satsningsområdene i opptrappingsplanen å bedre samarbeidet mellom barnevern og spesialisttjenesten.

I tråd med det nevnte hevder også Larsen (2005) at barn og unge alltid må forstås i relasjon til sine omgivelser og nettverk, fordi selv om det ikke forklarer alt, så forklarer det mye. Hvordan familien og nettverket samhandler og påvirker hverandre vil gjensidig være en del av problemet og en del av løsningen. Arbeidet med nettverket er en forutsetning for at den unge kan oppleve sammenheng og håndterbarhet. Ifølge han vil dette arbeidet være en forutsetning for å motvirke institusjonalisering. Han hevder at den ”lukkede institusjon” på samme måte som ”den lukkede familien” vil kunne være undertrykkende og skadelig. Hvis det skal skje endring så hjelper det ikke at det bare er den unge som jobber med sin forandrings- og utviklingsoppgave, det må også nettverket gjøre. Ifølge Larsen (2005) kan symptomer forstås som virkning av at de ressursene som fins i den unges nettverk ikke benyttes konstruktivt (Ibid:151-152).

I motsetning til den vanlige oppfatningen om at problemene kommer innenfra, og at forandringene må skje inne i den personen som har et problem, jobber Seikkula (2012) og hans team ut fra forståelsen om at suksesser og vansker kommer utenfra og at forandring skjer gjennom nettverket, språket og samtalene. Med nettverk mener Seikkula de menneskelige relasjonene personen er en del av og som personen selv opplever som viktige. I endringsarbeidet vektlegges de relasjonene personen har med de andre i nettverket, mer enn personens egenskaper. Sosiale nettverk omfatter de relasjonene som danner dynamiske helheter og alltid er gjensidige. Ifølge han defineres individets sosiale identitet i øyeblikkets menneskelig interaksjon. Det finnes derfor ikke en ferdig identitet som personen tar med seg til nye samhandlingssituasjoner, men er noe som forandrer seg etter de ulike situasjonene. I den samme situasjonen påvirker personene hverandre gjensidig (Ibid.). Dette er i tråd med narrativ og psykososial forståelse, og er med på å understreke hvor lite nyttig det kan være å ta individene ut av den konteksten og de relasjonene personene er en del av i det daglige, når målet er å utrede ungdommens vansker og hjelpe dem med å få det bedre.

Men ikke alle som vokser opp i utrygge omsorgssituasjoner får det vanskelig når de blir ungdommer. Og ikke alle som får det vanskelig når de blir ungdommer har vokst opp i

utrygge omsorgssituasjoner. Ifølge Fishman (1988) overvurderes i noen tilfeller familiens rolle i ungdommenes vansker. Ungdom lever i en større kontekst som kan ha enorm innflytelse. I de tilfellene hvor familiene tar på seg alt ansvaret for ungdommenes problemer, eventuelt selvmordshandlinger, må det først jobbes med foreldrenes følelse av skyld. Og så må det finnes frem til mer hensiktsmessige måter å snakke sammen på. Å plassere skyld løser ingenting, men kan bidra til å gjøre familien mindre mottagelig og villig til å jobbe med de utfordringene de eventuelt har (Ibid.).

Deltagernes erfaringer var at det opplevdes fint å få en pause ved å være akuttinnlagt, og det var godt å møte mennesker som fikk dem til å føle seg inkludert og ivaretatt, men de opplevde ikke at innleggelsene førte til endringer i deres livssituasjon. Det ble også opplevd at innleggelsene forverret deres problemer. Det handlet om flere ting, blant annet opplevelsen av at avstanden til den ”virkelige verden” ble for stor, dårlige relasjoner og mangel på medmenneskelighet, opplevelsen av at etter innleggelsen så ”var det ikke noe mer”, savnet etter familien under innleggelsene og manglende involvering av omsorgspersonene i behandlingen. I den grad det er gjennomførbart hvis store deler av den akuttpsykiatriske kapasitet går med til behandling med fokus på sikring, slik Stangeland (2012) hevder, så ville involvering av omsorgspersonene under innleggelsene med fokus på familiesamtaler og problemløsningsstrategier antagelig gjort at deltagerne hadde opplevd akuttinnleggelsene mer hjelpsomt. I avdeling for barn og unges psykiske helse på Sørlandet sykehus, har det vært forsøkt parterapi som en del av behandlingen med positive resultater. Ifølge Karlsen (2015) gir parterapi fremfor familieterapi større mulighet til å kunne ansvarliggjøre og arbeide med de voksne. Det gjør det også mulig å utforske hvilke erfaringer foreldrene bærer med seg, uten at den unge er til stede. Hun hevder at de voksne ofte «fredes» i altfor stor grad. Og antyder at mange unge kunne vært forhindret å bli kasteballer i systemet og utredet for ulike diagnoser, om terskelen hadde vært lavere for å ordlegge de tanker klinikerne har om foreldrenes fungering. Ifølge henne burde man noen ganger heller kartlagt foreldrene- og parfungeringen, enn den kartleggingen og testingen som gjøres av den unge. Parterapi avhenger imidlertid av at de voksne samtykker, men mange foreldre kan ha vanskelig for å se hvordan deres samspill henger sammen med den unges psykiske helse (Karlsen 2015). Og det avhenger selvfølgelig av at den unge bor sammen med to omsorgspersoner. Minst to av deltagerne i studien som har blitt presentert gjorde ikke det.

Et alternativ til parterapi for å involvere omsorgspersonene under innleggelse og dermed forsøke å bidra til endring i den unges omsorgssituasjon kan være familierapi.

Namyslowska og Siewierska (2008) beskriver imidlertid ulike etiske dilemmaer knyttet opp mot familierapi når ungdommer er akuttinnlagte. Noen familier vil bli sett på som «bra familier» og godtar terapi, selv om de mener at de ikke er behov. De er med under forutsetning av å skulle bevis at de ikke trenger det. Et annet dilemma de påpeker er at akuttinnleggelsene ofte er av for kort periode av tid til at man når å komme til noen endring (Ibid).

Uansett kommer man allikevel ikke bort fra den unaturlige og kunstige konteksten sykehusavdelingen innebærer, tematisert gjennom tidligere presenterte studier og i kapittel 2 av denne oppgaven. Og ikke bort fra ”avstanden til den virkelige verden”, også beskrevet i tidligere nevnt forskning og fra deltagerne i studiet som presenteres. Heller ikke den individorienterte forståelsen som skapes ved at det er barnet/ungdommen som innlegges på en akuttpsykiatrisk avdeling kommer man bort fra, som impliserer at det er den unge som må hjelpes med sine problemer for å bli «frisk». Og den utfordringen det kan være å skape et tverretatlig samarbeid så lenge ungdommen er «tilhørende» den ene eller andre etaten, konkretisert i den tidligere nevnte opptrappingsplanen hvor samarbeidet mellom barnevern og psykiatri er et forbedring- og satsningsområde. Og av Larsen (2005) og Aamodt (2011) som mener at ofte blir spørsmålet om hvem som skal hjelpe et spørsmål om hvem som ikke skal.

Tiltak 74 i Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (2003) innebærer ambulant hjelp fremfor døgnopphold. Begrunnet med at ”det er en bred faglig enighet om at barn og ungdom så langt som mulig bør gis tiltak og behandling i sitt nærmiljø, uten institusjonsinnleggelse” (Ibid.). På bakgrunn av det har det på oppdrag fra sosial- og helsedepartementet blitt lagd en rapport med kartlegging og vurderinger av de erfaringer som er gjort i Norge innenfor ambulante tjenester knyttet til psykisk helsevern for barn og unge (Furre, Jacobsen & Halvorsen 2006). En av grunnene til å velge ambulant behandling er at det fremmer familien og nettverkets deltagelse. Ambulant jobbing innebærer at man forholder seg aktivt til de forskjellige systemene som den unge er en del av og med den forståelsen at barn/ungdoms atferd påvirkes av miljøet den er i. Ambulant behandling er derfor hensiktsmessig for å kunne gi helhetlige og integrerte tiltak og tjenester, de ambulante teamene i kartleggingen bidro ofte som bindeledd i saker der familiene fikk hjelp fra flere instanser. Mange av de barna/ungdommene som fikk behandlingstilbud fra

ambulante team var tidligere behandlet poliklinisk eller på institusjon uten forventet effekt. Ambulant behandling kunne da benyttes for å blant annet i større grad aktivere familien, og/eller kartlegge deres funksjon og betingelser for endring. Et av målene var å få ned antall institusjonsinnleggelse, noe alle teamene mente de hadde. Det ble vektlagt at ambulant behandling fordrer at omsorgsbasen er god nok. Omsorgspersonene måtte ha et ønske om å arbeide med hele familiens fungering og være en støtte for den unge i endringsprosessen. Noen av teamene hadde erfaring med at ambulant behandling sammen med tett samarbeid med barnevernet hadde gjort at plassering på barnevernsinstitusjon ikke ble nødvendig. Ambulant behandling fremmer ifølge kartleggingen frivillighet ved at i de situasjoner det vanligvis må brukes tvang unngås. Ungdom i akutt krise kan være redde for innleggelse og oppleve det stigmatiserende, krenkende eller unødvendig av andre grunner. Større grad av fleksibilitet og behandling hjemme kan være et tilbud som den unge kan oppleve mindre skremmende (Ibid.).

Ved ambulant behandling ville man kunnet hjulpet hele familien som var deltagerens ønske og behov, og som de teoretiske perspektivene presentert i denne oppgaven har understreket viktigheten av. Man ville ha unngått de skremmende opplevelsene ved å være innlagt slik de fleste deltagerne fortalte om, og man ville kanskje ha unngått mange gjeninnleggelse og at mye av deltagerens ungdomstid ble tilbrakt på psykiatriske avdelinger. Det ville kunnet vært unngått at avdelingene ble det trygge og verden utenfor det utrygge. Og deltagerne ville antagelig ha unngått erfaringer med stigmatisering. Ved å komme hjem til familiene ville man ha kunnet få viktig informasjon som ikke kommer frem når den unge innlegges. Og man ville antagelig i større grad kunnet oppnådd et samarbeid på tvers av fag og etater, slik Larsen (2005) hevder er en utfordring om man skal kunne gi riktig hjelp til ungdommene og deres familier. Erfaringer fra ambulant behandling har som nevnt vist at samarbeidet mellom barnevern og psykiatri kan bedres slik at institusjonsplasseringer forebygges. I de tilfeller hvor familiekonteksten er god nok, ville man kunnet bidratt med den støtte og veiledning som de fleste familier uansett vil være i behov av når deres unge har det vanskelig. Og man ville hatt mulighet til å kunnet jobbe sammen med andre deler av den unges nettverk, som for eksempel skole og PPT (pedagogisk-psykologisk tjeneste).

I en studie fra Tyskland hvor behandling i hjemmet sammenlignes med behandling i en psykiatrisk enhet, var behandlingseffekten lik etter endt behandling. Et år etter endt

behandling var imidlertid endringene fortsatt varig hos et langt høyere antall pasienter som hadde mottatt hjemmebehandlingen (Schmidt, Lay, Göpel, Naab og Blanz 2006). Studiet understreker den viktige forskjellen som ligger i å kunne jobbe med den unges nettverk og på den unges egne arenaer, for å skape endring som varer. Tematisert også gjennom det Canadiske studiet av Marriage et al. (2001) beskrevet tidligere, hvor effekten av behandlingen var lavere etter at ungdommene ble utskrevet fra den psykiatriske døgnavdelingen.

En norsk studie sammenlignet akutteam opp mot døgnpast i samme fylke, med hensikt å undersøke om ambulant akutteam kunne fungere som alternativ til innleggelse for ungdom henvist for selvmordsfare. I løpet av de 12 månedene ble ingen av de 45 % som ble henvist til akutteam med selvmordsfare innlagt i døgnavdeling. Studien konkluderer med at ambulant akutteam kan fungere som alternativ til innleggelse. Forfatterne bak studiet relaterer det til blant annet akutteamets samarbeid med nettverket rundt ungdommen som ifølge dem bidrar til økt mestring og egeninvolvering. De mener imidlertid at ambulant akuttbehandling må betraktes som et viktig supplement og ikke som erstatning for tradisjonell døgntbehandling, relatert til at det er mange årsaker til at ungdom innlegges på døgnpast. Men at man derfor også bør ha alternativer til tradisjonell døgntbehandling (Wergeland & Gråwe 2012).

Ambulante krise team i England møtte i begynnelsen av 2000- tallet mye motstand. Debatten handlet om det var nok dokumentasjon for å rettferdiggjøre oppstart. Ifølge Johnson, Needle, Bindman og Thornicroft (2008) er det etiske dilemmaer med å skulle produsere forskningsbasert kunnskap av mennesker i kriser, og det er en utfordring å sammenligne de ulike studiene fordi det ofte er ulike intervensjoner, populasjoner og geografiske forhold. Forfatterne beskriver et randomisert og mange ikke randomiserte studier, som alle viser at hjemmebasert behandling reduserer behovet for innleggelse, og at tilnærmingen ikke har noen dårligere effekt. De refererer også til at flere av studiene viste at pasienter foretrakk hjemmebehandling, samtidig som de understreker behovet for mer forskning om brukerperspektivet, symptom reduksjon og sosial fungering etter intervensjon. Forfatterne beskriver ambulante krise team i forhold til voksne brukere, men deres argumenter for hjemmebasert akuttbehandling kan være like aktuelle når det gjelder barn/ungdom og deres familier. Ifølge forfatterne handler det om respekten og verdigheten for de mennesker som er i krise og behovet for å etablere et system hvor det ikke er de

profesjonelles, men personens håp og verdier som prioriteres; det handler om hvordan innleggelse kan virke forstyrrende på alle aspekter i personens dagligliv og kan skade deres sosiale nettverk og sosiale fungering; at hospitalisering ofte bidrar til mange gjeninnleggelser; at institusjonalisering har vist å ha skadende effekter som handler om passiv tilnærming til livet og øking av negative symptomer; at innleggelse kan resultere i enda mer stigmatisering enn å få en diagnose; at mestringsferdigheter ser ut til å vedvare bedre når de læres i det miljøet individet kan komme til å ha behov for dem i fremtiden; at relasjonen mellom personen og den profesjonelle blir mer jevnbyrdige og baserer seg i større grad på enighet og delaktighet enn ved innleggelse; og kanskje aller viktigst mener forfatterne: når personen innlegges tenderer klinikerne til å overse de sosiale faktorene og overvurderer økt symptomtrykk som årsaksforklaring for krisen (Ibid.).

Også her i Norge når det gjelder barn og ungdom er det ifølge Kunnskapscenteret (2014) fortsatt for lite forskningsbasert dokumentasjon av effekten av ambulante psykiatriske helsetjenester som alternativ til institusjonsbehandling. Ambulant behandling for barn og unge med utfordringer i atferd er dokumentert å ha effekt. De studiene som er av barn og unge i akutte psykiatriske situasjoner er få, med ulik studiepopulasjon og ulikt innhold i intervensjon. Resultater tyder på at etter selvmordsforsøk kan ambulant oppfølging være like effektivt som institusjonsbehandling, men det er behov for mer forskning (Ibid.).



## **6.0 AVSLUTNING**

### **6.1 Oppsummering**

For deltagerne i denne studien var erfaringer fra å ha vært akuttinnlagt i ungdomspsykiatrien forbundet med både gode og dårlige opplevelser. De gode opplevelsene handlet hovedsakelig om at det var godt å få en pause, og at det var betydningsfullt å få nye positive erfaringer med gode relasjoner. De dårlige opplevelsene handlet hovedsakelig om negative erfaringer med relasjoner og at ikke innleggelsene bidro til noen bedring av deres livssituasjon. Noen deltagere opplevde at deres situasjon heller ble forverret etter å ha vært akuttinnlagt. Deltagerne i studien hadde ønsket at deres omsorgspersoner i mye større grad hadde vært involvert under innleggelsene, og at ungdomspsykiatrien hadde kunnet gjort mer, eller noe annet for å ha hjulpet dem.

Fra en psykososial forståelse er det helt nødvendig med et helhetlig perspektiv når man skal bidra til endring i et menneskes liv. Barn og ungdom kan ikke forstås uavhengig av de kontekstene de lever i og de relasjonene som inngår der. Det handler om å utforske de mulighetene den unge har og gi rom for utvikling og endring når det gjelder hvordan han/hun har det i sitt miljø.

### **6.2 Implikasjoner for praksis**

Akuttinnleggelse kan være nyttig for noen, men det bør finnes alternative kriseintervensjoner for å favne de unge som sliter med andre problemer enn dem akuttavdelingene kan bidra til å avhjelpe. Forskningen beskrevet i denne studien indikerer at ambulans behandling ikke har dårligere effekt enn det innleggelse har, og i sammenheng med de negative virkningene sistnevnte kan ha, så er det nødvendig med mer forskning for å dokumentere resultater fra ambulans arbeid. Det er behov for mer forskning rettet mot den type utfordringer de unge som kan ha god nytte av ambulante tjenester, har.

I tråd med manglende forskning på ambulans behandling bør det undersøkes hva akuttpsykiatrisk behandling av barn og ungdom består av, hva behandlingen bør bestå av, og hvordan det går med de unge som har mottatt akuttpsykiatrisk behandling. Funnene i denne studien indikerer at familiearbeid bør være en integrert del av akuttpsykiatrisk behandling av barn og ungdom, og at samarbeidet mellom psykisk helsevern og barnevern fortsatt bør være et satsningsområde.

Spesielt er det behov for forskning som belyser erfaringer og synspunkter fra de unge selv: Om hva de mener er viktig for dem ved behandling i psykisk helsevern, hvilke utfordringer de opplever å ha, og hvordan de mener psykisk helsevern best kan være til hjelp for barn og ungdom som har behov for det.

## Litteraturliste:

- Aamodt, L. G. 2011. Barn i gråsonen mellom barnevernet og psykiatri. I: L. G Aamodt (red): *Samhandling mellom barnevern og BUP. Kunnskapsutvikling i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Aamodt, L. G. 2011. Makt i praksis. I: L. G Aamodt (red): *Samhandling mellom barnevern og BUP. Kunnskapsutvikling i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Andersson, H. W. 2009. *Pasienter og behandlingstilbud i psykisk helsevern for barn og unge*. Oslo: SINTEF teknologi og samfunn.
- Arvesen, P. 2014. Barn - "Et fremmed folk"? Psykososialt arbeid i et grenseland. I: E. Skærbæk & M. Nissen (red): *Psykososialt arbeid. Fortellinger, medvirkning og fellesskap*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Askeland, G. A. 2011. Teorigrunnlag for kritisk refleksjon. I: G. A. Askeland (red): *Kritisk refleksjon i sosialt arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bakken, A. 2016. *Ungdata. Nasjonale resultater 2016, NOVA Rapport 8/16*. Oslo: NOVA
- Barker, D., R. Jairam, A. Rocca, L. Goddard & S. Matthey. 2010. Why do adolescents return to an acute psychiatric unit? *Australasian Psychiatry*, 18(6): 551 – 555.
- Barnevernloven. 1992. *Vedtak om å overta omsorgen for et barn*. <[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100#KAPITTEL\\_4](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100#KAPITTEL_4)> [10.07.16].
- Biering, P. 2010. Child and adolescent experience of and satisfaction with psychiatric care: a critical review of the research literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17: 65 - 72
- Biering, P., & V. H. Jensen. 2011. The Concept of Patient Satisfaction in Adolescent Psychiatric Care: A Qualitative Study. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24: 3 – 10.
- Birkhaug, K., L. Baklund, A. Bolgien, T. Hatling, K. Heberg, A. M. Hesle, G. Jensen, K. Nilssen, F. I. Nohr, P. M. Olstad, L. Risvedt, K. Syversen, T. Tinderholt, P. K. Vistung & M. L. Øyaas. 2005. *En beskrivelse av fem akutenheter for ungdom i*

*psykisk helsevern for barn og unge i 2004.*  
<<http://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/rapport-stf78-a055026.pdf>> [05.06.2016]

- Brendefur, D. Ø. 2015. Krisens sanne vesen sett med en behandlers øyne. I: D. Ulland, A. B. Thorød & E. Ulland (red): *Psykisk helse. Nye arenaer, aktører og tilnærminger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Brooks, E. & R. Dallos. 2009. Exploring Young Women's Understanding of the Development of Difficulties: A Narrative Biographical Analysis, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(1): 101-115
- Buston, K. 2002. Adolescents with mental health problems: what do they say about health services? *Journal of Adolescence*. 25: 231 - 242
- Bøe, T. D. & A. Thomassen. 2007. *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Causey, D. L., M. McKay, C. Rosenthal & C. Darnell. 1998. Assessment of Hospital-Related Stress in Children and Adolescents Admitted to a Psychiatric Inpatient Unit. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 11(4): 135 - 145
- Cromby, J., D. Harper & P. Reavey. 2013. *Psychology, mental health and distress*. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Crossley, M. L. 2000. *Introducing narrative psychology. Self, trauma and the construction of meaning*. Buckingham: Open University Press.
- Dahl, U. 2014. Et salutogent perspektiv. I: E. Skærbæk & M. Nissen (red): *Psykososialt arbeid. Fortellinger, medvirkning og fellesskap*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- De nasjonale Forskningsetiske komiteene. 2016. *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*.  
<<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-juss-og-humaniora/>> [17.11.2016]
- DelBusso, L. 2014. «Pappa hev tallerkener, så forsvant mamma». Psykososialt arbeid med barn som lever med vanskelige livsopplevelser. I: E. Skærbæk & M. Nissen (red):

- Psykososialt arbeid. Fortellinger, medvirkning og fellesskap.* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- DelBusso, L. & P. Reavey. 2011. Moving beyond the surface: a poststructuralist phenomenology of young women's embodied experiences in everyday life, *Psychology & Sexuality iFirst*:1-16
- Dieserud, G. 2006. Psykologisk perspektiv på selvmordsatferd. *Impuls, 1*: 23 - 31
- Drageset, S. & S. Ellingsen. 2010. Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. <<https://sykepleien.no/forskning/2011/02/skape-data-fra-kvalitativt-forskningsintervju>> [07.10.2016]
- Ekeberg, Ø. 2009. Pasienter med selvpåført forgiftning i medisinsk avdeling. *Tidsskrift for Den norske legeforening, 9(129)*: 882 – 884.
- Ekeland, T. 2011. *Ny kunnskap – ny praksis. Et nytt psykisk helsevern.* Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Elizur, J. & S. Minuchin. 1989. *Institutionalizing madness Families, Therapy, and Society.* New York: BasicBooks
- Elstad, T. & R. Norvoll. 2013. Sosial eksklusjon og inklusjon. I: R. Norvoll (red): *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Everett, B & R. Gallop. 2001. *The Link Between Childhood Trauma and Mental Illness. Effective Interventions for Mental Health Professionals.* USA: Sage Publications
- Faugli, T. 2009. *Miljøterapeutisk behandling av ungdom som selvskader. En undersøkelse av miljøterapeutisk behandling på akuttpsykiatriske avdelinger.* Lillehammer: Høgskolen
- Fishman, H. C. 1988. *Treating troubled adolescents: A family therapy approach.* New York: Basic
- Fjermestad, K. W. 2011. Terapeutisk allianse i kognitiv atferdsterapi med barn og ungdom. *Tidsskrift for Norsk psykologiforening, 48(1)*: 12 – 15.

- Fosse, R. 2009. Ingen gener for psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46: 596 – 600.
- Furre, A., H. Jacobsen & I. Halvorsen. (2006). *Kartlegging og vurdering av ambulante tjenester i psykisk helsevern for barn og unge*. Oslo: Regionsenter for barn og unges psykiske helse, øst og sør.
- Geanellos, R. 2002. Transformative change of self: The unique focus of (adolescent) mental health nursing? *International Journal of Mental Health Nursing*, 11: 174 – 185.
- Gjeitnes, K. & I. M. Tronvoll. 2011. Refleksjonsgrupper i Nav. Perspektiver og metoder i refleksjon over teori og praksis. I: G. A. Askeland (red): *Kritisk refleksjon i sosialt arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gjertsen, A. 2007. Åpenhet og helhet ti år etter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(6): 755-760
- Gullslett, M. K., H. S. Kim & M. Borg. M. 2014. *Psykiske lidelser – vårt siste tabu?* <<http://psykologisk.no/2014/08/psykiske-lidelser-vart-siste-tabu/>> [01.08.2016]
- Haaland, V. Ø., M. Eriksen, K. E. Karlsen & D. Ulland. 2015. Klassifisering av psykiske lidelser. Psykisk lidelse – alt eller intet? I: D. Ulland, A. B. Thorød & E. Ulland (red): *Psykisk helse. Nye arenaer, aktører og tilnærminger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hart, S., & R. Schwartz. 2009. *Fra interaksjon til relasjon Tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore & Fonagy*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hauge, Å. L. 2007. Identitet og sted: En sammenligning av tre identitetsteorier. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(8): 980 - 987
- Haynes, C., A. Eivors & J. Crossley. 2011. ‘Living in an alternative reality’: adolescents’ experiences of psychiatric inpatient care. *Child and Adolescent Mental Health*, 16(3): 150 – 157.
- Hertz, S. 2012. *Barne og ungdomspsykiatri Nye perspektiver og uante muligheter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Hertz, S. 2010. "There is a crack in everything, that's how the lights gets in". I: S. Brinkmann (red): *Det diagnostiserende liv – sykdom uden grænser*. Århus: Forfatterne og Klim.
- Heskestad, S. & M. Tytlandsvik. Brukerstyrte kriseinnleggelses ved alvorlig psykisk lidelse. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 1(128): 32-35.
- Hofgaard, T. L. 2015. De er ikke syke, de har det vondt. <<http://www.dagensmedisin.no/blogger/tor-levin-hofgaard/2015/05/29/de-er-ikke-syke-de-har-det-vondt/>> [20.09.2016]
- Holloway, I., & D. Freshwater. 2007. Vulnerable story telling: narrative research in nursing. *Journal of Research in Nursing*, 12(6): 703 – 711.
- Håkonsen, K. M. 2008. *Mestring og lidelse. Psykiatri for helse- og sosialarbeidere*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Johannessen, A., P. A. Tuft & L. Christoffersen. 2011. *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt Forlag AS
- Johnson, S., J. Needle, J. P. Bindman & G. Thornicroft. 2008. *Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kaffman, M. 1989. Community Management of Mental Illness: An Alternative to Hospitalization. I: J. Elizur & S. Minuchin *Institutionalizing madness Families, Therapy, and Society*. New York: BasicBooks
- Karlsen, L. I. 2015. *Hjelp til voksne er hjelp til barn*. I: D. Ulland, A. B. Thorød & E. Ulland (red): *Psykisk helse. Nye arenaer, aktører og tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kinderman, P. 2016. *Fra sykeliggjort til aktiv deltager – i stedet for dagens psykiatri*. Oslo: Abstrakt forlag AS
- Kirkengen, A. L. & E. Thornquist. 2013. *Når diagnoser gjør blind*. <<http://tidsskriftet.no/article/3036753/>> [02.07.2016].

- Kjøllestad, J. G. & H. H. Iversen. 2014. *Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern. Resultater etter en landsdekkende undersøkelse i 2014*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- Krogh, F. 2015. *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2015*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Kunnskapssenteret. 2014. *Ambulante psykiatriske helsetjenester til barn og unge som alternativ til institusjonsbehandling*.  
 <<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/ambulante-psykiatriske-helsetjenester-til-barn-og-ungdom-som-alternativ-til-institusjonsbehandling>>  
 [27.11.16]
- Kvale, S og S. Brinkmann. 2015. *Det kvalitative forskningsintervju*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvalem, I. L., & L. Wichstrøm. 2007. Utvikling I tenårene: pubertet, kognisjon, seksualitet, selvbilde og sosiale relasjoner. I: L. Wichstrøm (red): *Ung i Norge Psykososiale utfordringer*, Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS.
- Kvillo, Ø. 2015. *Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Landmark, A. F. & L. I. Stänicke. 2016. *Det uforståelige barnet. Om å skape sammenheng mellom den indre og ytre verden*. Stavanger: Hertervig Forlag, Akademisk.
- Langdridge, D. 2007. *Phenomenological Psychology. Theory, Research and Method*. England: Pearson Education Limited.
- Larsen, E. 2005. *Miljøterapi med barn og unge. Organisasjonen som terapeut*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lee, B. R., M. R. Munson, N. C. Ware, M. T. Ollie, L. D. Scott & J. C. McMillen. 2006. Experiences of and Attitudes Toward Mental Health Services Among Older Youths in Foster Care. *PSYCHIATRIC SERVICES*, 57(4): 487 - 492
- Lemma, A. 2010. The power of relationship: A study of key working as an intervention with traumatised young people. *Journal of Social Work Practice*, 24(4): 409 – 427



- Lindqvist, P. 2012. *Människan i den slutna psykiatriska vården*. Lund: Författaran och Studentlitteratur.
- Malterud, K. 2011. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Marriage, K., J. Petrie & D. Worling. 2001. Consumer satisfaction with an adolescent inpatient psychiatric unit. I: *Canadian Journal of Psychiatry*. 46(10): 969 – 974.
- McAllister, M. 2003. Multiple meanings of self-harm: a critical review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12: 177–185.
- Moses, T. 2011. Adolescents' Perspectives About Brief Psychiatric Hospitalization: What is Helpful and What is Not? *Psychiatr Q*, 82: 121 - 137
- Murray, M. 2003. Narrative Psychology and Narrative Analysis. I: Camic, P. M., Rhodes, J. E. & Yardley. L. *Qualitative Research in Psychology*. Washington, DC: APA
- Namyslowska, I. & A. Siewierska. 2008. Ethical dilemmas of family therapy in the adolescent psychiatric ward. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 3: 61- 64
- Nissen, M & E. Skærbæk. 2014. Hva er psykososialt arbeid? I: E. Skærbæk & M. Nissen (red): *Psykososialt arbeid. Fortellinger, medvirkning og fellesskap*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norsk Helseinformatikk. 2014. Selvmordsforsøk hos barn og ungdom, informasjon til foreldre. < <http://nhi.no/foreldre-og-barn/barn/sykdommer/selvmordsforsok-hos-barn-og-ungdom-til-foreldre-1039.html>> [28.06.16]
- Norvoll, R. 2007. *Det lukkede rom. Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter*. Oslo: Universitetet
- Norvoll, R. 2013. Samfunnsvitenskapelige perspektiver på psykisk helse og psykiske helsetjenester. I: R. Norvoll (red): *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nygren, P. 1995. Psykososialt arbeid som kvalifisering av subjekter. Et utkast i arbeidet med å definere det psykososiale arbeidets produkter. *Nordisk Udkast*, 2: 35-51

- Nøvik, T. & R. A. Lea. 2012. *Multiaksial klassifisering*. <<http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomspsykiatri/Del-1/kapittel-1-diagnostikk-i-barne-og-ungdomspsykiatri/15-multiaksial-klassifisering/>> [04.05.2016]
- Olsvold, A. (2012). *Når "ADHD" kommer inn døren. En psykososial undersøkelse av barns, mødres og fedres forståelse og opplevelse av ADHD- diagnose og – medisinering*. Oslo: Universitetet.
- Oslo universitetssykehus. S.a. Akutt døgnbehandlingsenhet (UPA). <<https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helse-og-avhengighet/barne-og-ungdomspsykiatrisk-avdeling/ungdomsseksjonen-psykisk-helse/akutt-dognbehandlingsenhet-upa>> [12.12.2016]
- Pasient- og brukerrettighetsloven 1999. 2-1b *Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten*. <[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_2)> [01.10.2016]
- Pescosolido, B. A., J. K. Martin, J. S. Long, T. R. Medina, J. C. Phelan, B. G. Link. 2010. "A Disease Like Any Other"? A Decade of Change in Public Reactions to Schizophrenia, Depression, and Alcohol Dependence. *Am J Psychiatry*, 167: 1321 – 1330.
- Psykisk helsevernforskriften 2011. 1. *Plikt til å yte øyeblikkelig hjelp*. <[https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1258#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1258#KAPITTEL_1)> [26.11.2016]
- Ramsdal, H. 1996. «*Kan psykiatrien reformeres innenfra?*» *Evaluering av Prosjekt psykiatri*. Østfold: Høgskolen.
- Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse. 2003. *...sammen om psykisk helse...* <[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/strategiplan\\_for\\_barn\\_og\\_unges\\_psykiske\\_helse.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/strategiplan_for_barn_og_unges_psykiske_helse.pdf)> [11.10.2016]

- Ringer, A. & M. Holen. 2016. "Hell no, they'll think you're mad as a hatter": Illness discourse and their implications for patients in mental health practice. *Health*, 20(2): 161 - 175
- Ruud, T., R. W. Gråwe & T. Hatling. 2006. *Akuttpsykiatrisk behandling i Norge - resultater fra en multisenterstudie*. Oslo: SINTEF Helse.
- Ryum, S. & T. C. Stiles. 2005. Betydningen av den terapeutiske allianse: En studie av alliansens prediktive validitet. *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, 42(11): 998 - 1003
- Sagstuen, H. T. 2015. *Min stemme ble ikke hørt. Opplevelse av krenkelser hos pasienter i psykisk helsevern og følger for deres identitet - en kvalitativ undersøkelse*. Oslo: Universitetet.
- Salmone.Violi, G. M. L., A. Chur-Hansen & H. R. Winefield 2015. "I don't want to be here but I feel safe': Referral and admission to a child and adolescent psychiatric inpatient unit: The young person's perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25: 569 – 576.
- Schmidt, M. H., B. Lay, C. Göpel, S. Naab & B. Blanz. 2006. Home treatment for children and adolescents with psychiatric disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(5): 265 - 276
- Seikkula, J. 2012. *Åpne samtaler*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Silver, J. 2003 Narrative psychology. I: C. Willig (red): *Introducing Qualitative Research in Psychology*. 3.utg. New York: Open University Press
- Skavlid, S. 2015. Eksperiment avslørte dårlig diagnostikk. <https://www.etikkom.no/aktuelt/fagbladet-forskningsetikk/arkiv/2003/2003-4/a-skilte-normale-fra-de-gale/> [21.07.2016]
- Skorpen, A. & C. Øye. 2008. *Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon: En analyse av miljøterapeutiske praksiser*. Bergen: Universitetet.
- Skærbæk, Eva. 2014. Et rom av muligheter. I: E. Skærbæk & M. Nissen (red): *Psykososialt arbeid. Fortellinger, medvirkning og fellesskap*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Skårderud, F & B. Sommerfeldt. 2009. Selvskading og spiseforstyrrelser. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 9(129): 877 – 881.
- Skårderud, F., S. Haugsgjerd, & E Stänicke. 2010. *Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Snoek, J. E. 2002. *Ungdomspsykiatri*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sommerfeldt, B., & F. Skårderud. 2009. Hva er selvskading? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 8(129): 754 – 758.
- Sosial- og helsedepartementet. 1996 - 1997. *St meld nr 25 (1996-97) Åpenhet og helhet Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*.  
<<https://www.regjeringen.no/contentassets/b0c5168d7b574157977a877d2a68aa17/no/pdfs/stm199619970025000dddpdfs.pdf>> [06.07.16]
- Stangeland, T. 2012. *Når sikreste behandling ikke er beste behandling*.  
<[http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=209514&a=3](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=209514&a=3)>  
[27.06.2016]
- Store medisinske leksikon. 2016. *Ungdomspsykiatri*.  
<<https://sml.snl.no/ungdomspsykiatri>> [09.12.2016]
- Store norske leksikon. 2009. *Spesialisthelsetjeneste*. <<https://snl.no/spesialisthelsetjeneste>>  
[09.12.2016]
- Svindseth, F. 2015. Opplevd krenkelser i innleggelsessituasjonen til akuttpsykiatrisk avdeling og assosiasjoner til negative hendelser samt kjønnsforskjeller, *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(3): 144-151
- Tamm, M 2012. *Psykosociala teorier vid hålse och sjukdom*. 3. utg. Lund: Forfatteren och Studentlitteratur.
- Thornquist, E. 2012. *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. 5.utg. Bergen: Fagbokforlaget
- Vetlesen, A. J. 2004. *Smerte*. Lysaker: Dinamo Forlag.
- Wampold, B. E. & Z. E. Imel 2015. *The great psychotherapy debate. The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*. 2. utg. New York: Routledge.

- Wergeland, J. T. & R. W. Gråwe. 2012. Ambulant akutteam som alternative til innleggelse for ungdom henvist for suicidalitet. *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, 29: 468 – 470.
- Wormnes, B. 2013. *Behandling som virker. Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning*. Oslo: Cappelen Damm AS
- Øye, C. & R. Norvoll. 2013. Psykisk helsearbeid i et makt- og kontrollperspektiv. I: R. Norvoll (red): *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Åkerman, S. 2009. Når självskadebeteendet blir en del av identiteten. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 9(129): 903.
- Årseth, A. L. & B. Johannessen. 2013. Opplevelsene av å få og leve med en psykiatrisk diagnose. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 1(10): 26 – 35.

## **Vedlegg 1: Samtaleguide**

### **Kan du fortelle meg litt om hvordan du opplevde ungdomstiden?**

- Trivdes du på skolen?
- Drev du med noen fritidsaktiviteter?
- Var det sosiale viktig for deg?
- Var det noen personer som betydde mye for deg?
- Var det noen hendelser som du husker spesielt godt?

### **Kan du fortelle meg om da du ble innlagt?**

- Hvor lenge siden var det du ble innlagt?
- Hvor lenge var du innlagt?
- Hva skjedde i forkant (dagene/ukene) før du ble innlagt?
- Kan du fortelle meg om selve dagen du ble innlagt?
- Kan du fortelle meg om hendelser fra innleggelsen?
- Hvordan følte du det var å være innlagt?

### **Kan du fortelle meg om tiden etter utskrivelse?**

- Opplevde du at noe hadde endret seg?
- Var det noen hendelser i dagene etter at du hadde blitt utskrevet som du husker spesielt godt?
- Hvilken rolle spiller denne erfaringen i livet ditt i dag?

### **Har du noen tanker om hvordan ungdomspsykiatrien best kan hjelpe ungdom som har det vanskelig?**

### **Hvordan ville du selv ha møtt ungdom under en akuttinnleggelse?**

## **Vedlegg 2: Forespørsel om deltagelse**

### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

**”Hvilke erfaringer har voksne mennesker fra tidligere å ha vært akuttinnlagt i ungdomspsykiatrien?”**

#### **Bakgrunn og formål**

Mitt navn er Kristine Grøstad Tangen, jeg er utdannet psykiatrisk sykepleier og tar nå en master, som er å gjøre en forskningsoppgave, i psykososialt arbeid på Høyskolen i Østfold.

Det er økende etterspørsel etter brukermedvirkning i psykisk helsevern. For å kunne heve kvaliteten på hjelpeapparatet, trengs det kunnskap fra de som har erfaring med å ha vært bruker. Det jeg ønsker svar på i mitt prosjekt er hvilke erfaringer unge mennesker har fra akutt innleggelse i ungdomspsykiatrien, hva de tenker om den erfaringen i ettertid og hvordan de mener ungdom bør bli møtt av hjelpeapparatet i en akuttinnleggelse.

Jeg ønsker derfor å intervju 4 – 7 personer som har erfart å være akutt innlagt når de var under 18 år.

Dette er en henvendelse til deg om du kan tenke deg å delta.

#### **Kriterier for å delta i studien**

Du må ha opplevd å bli akuttinnlagt før du var 18 år, og du må nå ha blitt 20 år eller eldre. Du må også ha noen tanker om hvordan du mener ungdomspsykiatrien best kan møte og hjelpe ungdom som har det vanskelig.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Hvis du sier ja til å delta kommer jeg til å kontakte deg slik at vi kan avtale tid og sted for et intervju (en åpen samtale) om temaet. Jeg kommer til å stille noen spørsmål underveis som du velger om du vil svare på. Intervjuet vil vare ca en time. Jeg bruker båndopptaker og tar notater mens vi snakker sammen.

I etterkant kan du få intervjuet tilsendt, slik at du kan få lese gjennom og korrigere eventuelle feil, hvis du ønsker det. Når studien er innlevert og godkjent, vil du kunne få en kopi ved å kontakte meg eller min veileder.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger blir behandlet konfidensielt. Det er kun meg og min veileder som vil ha tilgang til intervjuet. Etter intervjuet skriver jeg det ned, opplysninger som kan gjøre deg gjenkjennbar anonymiseres. De som leser oppgaven vil ikke kunne kjenne deg igjen.

Båndopptaket slettes når intervjuet er ferdig nedskrevet, og all skriftlig informasjon om deg makuleres når oppgaven er ferdig. Oppgaven antas ferdig høsten 2016.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi noen grunn, med unntak når oppgaven er ferdigskrevet. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg slettes.

### **Mulige fordeler og ulemper ved å delta**

Det er en viss risiko for at intervjuet kan få deg til å tenke på vanskelige erfaringer du har lagt bak deg. Samtidig kan det å sette ord på erfaringene gi deg ny innsikt og nye tanker som kan være nyttige. Kanskje kan det også føles bra å vite at andre som leser oppgaven kan ha hjelp av dine erfaringer.

### **Kontaktpersoner**

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med meg på tlf: 97168161 eller mail: [kristinekarina@hotmail.com](mailto:kristinekarina@hotmail.com) Eller min veileder Lilliana Andrea Del Busso på tlf: 69303173 eller mail: [lilliana.a.busso@hiof.no](mailto:lilliana.a.busso@hiof.no)

Vennlig hilsen

Kristine Grøstad Tangen



### Vedlegg 3: Informert samtykke

## Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har fått tilstrekkelig informasjon og ønsker å delta i studien som har problemstillingen: *“Hvilke erfaringer har voksne mennesker fra tidligere å ha vært akuttinnlag i ungdomspsykiatrien?”*

Jeg har blitt gjort kjent med følgende:

I oppgaven som skal skrives vil det ikke bli registrert personlige opplysninger om meg selv eller andre. Det er kun anonyme erfaringer som omhandler tema som vil stå. Lydopptak slettes og notater makuleres ved masteroppgavens slutt. Jeg kan når som helst trekke meg fra intervjuet.

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

-----

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

## Vedlegg 4: Godkjenning NSD

Lilliana Del Busso  
Avdeling for helse- og sosialfag Høgskolen i Østfold  
Remmen  
1757 HALDEN

Vår dato: 12.05.2015

Vår ref: 43256 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 26.04.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>43256</i>	<i>Hvilke erfaringer har voksne mennesker fra tidligere å ha vært akuttinnlagt i ungdomspsykiatrien?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Østfold, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Lilliana Del Busso</i>
<i>Student</i>	<i>Kristine Grøstad Tangen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

*Avdelingskontorer / District Offices:*

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Katrine Utaaker Segadal

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Kristine Grøstad Tangen [kristinekarina@hotmail.com](mailto:kristinekarina@hotmail.com)



## Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 43256

Formålet med prosjektet er å se på hvilke erfaringer unge mennesker har fra akutt innleggelse i ungdomspsykiatrien og hva de tenker om den erfaringen i ettertid og hvordan de mener ungdom bør bli møtt av hjelpeapparatet i en akuttinnleggelse.

Utvalget omfatter 4-7 personer som har vært innlagt på en psykiatrisk avdeling. Alle i utvalget vil være minst 20 år og vil ha samtykkekompetanse. Det vil være noen år siden innleggelsen fant sted. Deltagerne rekrutteres gjennom brukerorganisasjoner, først og fremst Mental Helse og Mental Helse Ungdom (opp til 30 år). Ellers vil Hvite Ørn, Erfaringskompetanse og Aurora også være aktuelle brukerorganisasjoner. Det vil være brukerorganisasjoner som formidler informasjonsskrivet på vegne av prosjektleder.

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Opplysningene samles inn gjennom personlig intervju.

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 punkt 8 c).

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Østfold sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 31.12.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger somf.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- lydopptak slettes