

Telefontjeneste for mennesker i krise

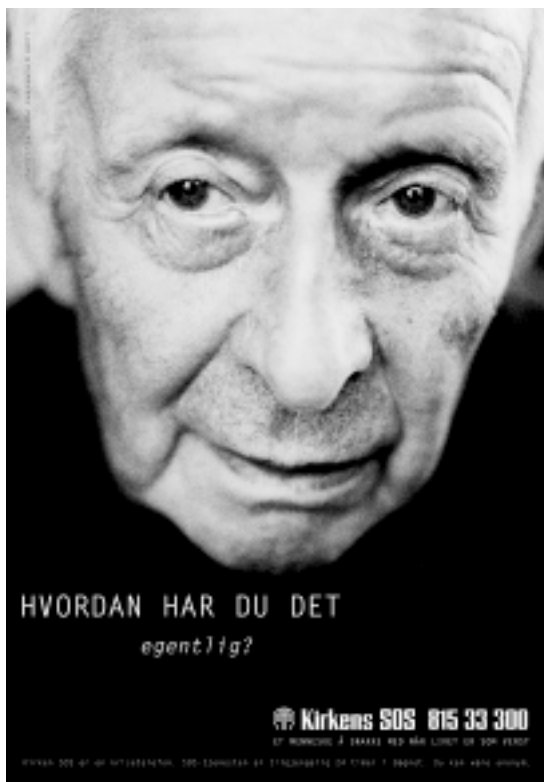
Telefontjenester for mennesker i krise har vært i bruk i Norge i over 40 år. Noen tjenester har vært allmenne, andre har rettet seg inn mot definerte grupper eller har hatt spesielle formål, som å forebygge selvmord. Tjenestene bemannes med frivillige hjelpere. Frivillig innsats bidrar til å bevisstgjøre oss i forhold til ansvaret alle i et samfunn har for hverandre. Det er likevel et paradoks i en tid med økt ensomhet at mennesker i krise møtes på avstand. Krisetelefonen har fellestrekk både med et virkelig møte mellom mennesker og med den terapeutiske samtale, men er kvalitativt forskjellig fra begge disse.

Forskjellige tiltak for mennesker i følelsesmessig krise, f.eks. telefontjenester basert på frivillige medarbeidere, er blitt utviklet i Norge. Noen tjenester har vært allmenne, andre har rettet seg inn mot grupper som barn og unge, militære og mennesker utsatt for vold. Kirkens SOS driver krisetelefontjeneste med formål å forebygge suicid, inspirert av Samaritans i England (1). Kirkens Bymisjon startet telefontjenesten i 1958. Den ble omorganisert til Kirkens SOS i 1974. Flere krisetelefontjenester har siden kommet til: kriesenterbevegelsen, Barn og unges kontakttelefon og hjelpetelefonen til Mental Helse Norge.

Gjennom telefonsamtalen får man et «brevsprekkperspektiv» i innringerens liv. Man hører en stemme og en fortelling. Telefonsamtaler med mennesker i krise har fellestrekk med kommunikasjon mellom lege og pasient og med fortrolige venners samtale. I en telefonsamtale mellom to mennesker, et møte i det virtuelle rom, vil kontakten bli kvalitativt annerledes enn ved et virkelig møte eller i psykoterapi. Like fullt kan elementer fra den terapeutiske samtale benyttes i beskrivelsen og forståelsen av hva som skjer. Et viktig element er at innringer skal ha en følelse av å «bli sett». Dette krever ettertenksom lydhørhet og en sensitivitet for det som blir uttalt, en evne til å kunne bekrefte den annen (2). En aksepterende holdning vil antakelig fremme åpenhet hos den andre. Sentralt i kommunikasjonen mellom mennesker er behovet for bekreftelse – et signal som melder at du er god nok som du er. Sjelden er behovene større enn når man

Jan Øystein Berle
Psykiatrisk institutt
Universitetet i Bergen
5021 Bergen

er i en emosjonell krise. Terapeuten vil være mottaker av følelsene til den som er i krise, begrepet «containerfunksjon» brukes (3). Forståelse eller medfølelse kan hjelpe, selv om man ikke gir konkrete råd – eller kanskje nettopp derfor? Metodistpresten Carl Rogers utviklet den klientsentrerte terapi, hvor det sentrale var å få terapeuten til å støtte pasienten til en selvakseptering på egne premisser (unconditioned acceptance). Han er derfor forsiktig med å gi konkrete råd. Rogers setter søkelys på pasientens evne til å



akseptere seg selv, i mindre grad på patologi og symptomatologi (4). I krisetelefonen benyttes disse prinsippene.

Personlige sårbarhetsfaktorer, opphopning av psykiske belastninger, skuffelser, tapsopplevelser og konflikter kan bringe personen over den terskelen der selvmord blir aktuelt, særlig ved fravær av beskyttende faktorer (5). En betroelse i en krisetelefon gir mulighet til å få kontakt med en person i

en suicidal prosess. Dette kan være den eneste betroelsen personen gir. Det er langt fra allment kjent at depresjoner effektivt kan behandles (6, 7).

En affektiv lidelse er den sterkeste risikofaktoren for et fullbyrdet suicid (7, 8). Systematiske post mortem-studier har påvist psykisk sykdom i 79–98 % av undersøkte suicid, derav depresjon i 28–87 % (9). Dødeligheten ved affektive lidelser er betydelig, men optimal behandlingsinnsats kan redusere denne. Tidlig diagnostikk er vesentlig (6). Det er grunn til behandlingsoptimisme. Denne må formidles over telefon og så når livet fortøner seg håpløst og kanskje uten mening: «Depresjoner kan behandles!»

De viktigste følelsesmessige elementer som påvirkes i samtalen og som muligens motvirker suicidalimpulser, er reduksjon av opplevelsen av å være alene og reduksjon av håpløshetsfølelsen. En studie fra USA viste at selv om mange innringer til en krisetelefontjeneste hadde suicidale tanker, var få i høyrisikogruppen for suicid (10). Heller ikke i Norge er suicidalitet av de hyppigste temaer for brukere av telefontjenesten til Kirkens SOS. Kanskje kan en telefonsamtale forebygge at krisen når nivået der selvmordsimpulser blir påtrengende? Man har prøvd ut tilbud om fagfolk tilgjengelig over telefon etter selvmordsforsøk, men uten overbevisende effekt (11).

De tradisjonelle metodene for vurdering av selvmordsrisiko i en terapeutisk relasjon tar utgangspunkt i at den suicidal og behandleren befinner seg ansikt til ansikt. Dette gir behandler mange observasjonsmuligheter. Selv for meget rutinerte fagpersoner i helsevesenet er dette vanskelige vurderinger. Det er ikke å forvente at ikke-fagpersoner via telefonrøret kan klare vurderingen bedre. Kunnskap om risikofaktorer for suicid er likevel nyttig for medarbeidere ved krisetelefontjenester (6, 12). Suicidalitet er ofte et sentralt symptom ved alvorlige depresjoner (7, 8). Allmennhelsetjenesten skal primært gi et helse-tilbud ved alvorlige emosjonelle kriser,

men spesialisthelsetjenesten trekkes inn ved behov. For å gi et lavterskeltilbud med akuttvurderinger er det i Bergen (13), i Oslo og ved Sentralsykehuset i Akershus opprettet psykiatrisk legevakttjeneste. Her tilbys psykiatriske spesialistvurderinger. Det psykiske helsevern i Norge vil i varierende grad også ha «åpne linjer» der tidligere pasienter, pårørende og andre kan henvende seg telefonisk. En nasjonal plan for å forebygge selv-

mord rettet spesielt mot helsevesenet har vært gjennomført i Norge (14). Strategiene for å redusere antall selvmord i tiden fremover vil også måtte dreie seg om tiltak som ikke bare berører helsevesenet. Frivillige hjelpeorganisasjoner kan her gi et bidrag.

Det er et paradoks at man i en tid med økende ensomhet skal ta i bruk strategier som gjør at man møter mennesker i krise på avstand. Det er grunn til å være kritisk til bruk av telefonen som omsorgsinstrument. I England har The Samaritans siden 1994 drevet en elektronisk posttjeneste (e-mail). Man får kontakt med mange unge, særlig menn, og noen er suicidale. Arbeidsformen forsøkes i Kirkens SOS. Internett og elektronisk post er imidlertid et tveegget sverd. Potensielt suicidale har funnet et destruktivt fellesskap gjennom Internett, enkelte ganger med tragisk utgang.

Er krisetelefoner hensiktsmessige selvmordsforebyggende tiltak? Ved bruk av strengt vitenskapelige kriterier har knapt noen tiltak vist sikker selvmordsforebyggende effekt (15). Selvmordsforebyggende arbeid er likevel ikke nytteløst, men må baseres på sannsynlig viten og på anbefalinger fra fagmiljøene.

Krisetelefontjenesten gir den enkelte medarbeider korte innblikk i mange menneskers liv, tanker og følelser på et tidspunkt hvor situasjonen kan oppleves som spesielt kritisk. Slik innsats krever ikke spesialisering og dyr utdanning, men har tatt opp i seg det beste i sosial samhandling, nemlig verdien av medmennesker som bryr seg. «Snakk med noen...» «Noen som bryr seg...» «Hvordan har du det... egentlig?» (ill). Enkeltpersoner kan få mot til og tro på at det nytter å stille opp for familie, naboer, venner og kolleger når disse befinner seg i livskrise. Vårt moderne velferdssamfunn kan ha frattatt disse nettverkene mye frimodighet gjennom spesialisering og profesjonalisering av omsorg (16).

Når personlige kriser oppstår, må de først forsøkes løst i samarbeid med nærmiljøet. Dersom dette ikke er tilstrekkelig, må de spesialiserte og profesjonelle tiltakene settes inn. Når disse har gjort sin innsats, må igjen de det gjelder og nærmiljøet leve med konsekvensene av innsatsen. Det er viktig at man får erfaring for at det nytter å stille opp med alminnelig medmenneskelighet. En krisetelefon må bedømmes i dette perspektiv.

Telefontjenestene gir et perspektiv på ensomhet og på betydningen av møteplasser i vårt samfunn. Noe av det mest basale i den menneskelige natur er våre sosiale behov. Mennesker som bor alene, spesielt de som er blitt alene gjennom dødsfall av samboer eller ektefelle, gjennom skilsmisse eller ved at voksne barn har flyttet hjemmefra, har høyere risiko for suicid (17). Bofellesskap og familie «beskytter». Krisetelefoner brukes mest av mennesker som er ensomme og som savner personer å snakke med når de er i emosjonell krise.

Vil kontakten mellom nære slektninger gradvis bli erstattet av profesjonelle hjelpere i offentlig og i privat regi? Er det et samfunn med dårligere sosialt nettverk og et kaldere samfunn vi styrer mot, der de som ikke fungerer i forhold til samfunnets effektivitetskrav, er dårligere integrert enn før? Hva med den arbeidsløse, den kronisk psykiatrisk syke eller rusmisbrukeren? Hva med den langvarig deprimerede eller individer med bevegelseshemming grunnet sykdom eller skade som isolerer seg – er vi i tilstrekkelig grad oppmerksomme på og ivaretar vi disse? Gjennom krisetelefontjenester får vi innblikk i denne virkeligheten.

Vårt samfunn har mistet møteplasser som dampskipsbryggen, jernbanestasjonen og kirkebakken. Dette er arenaer for møter og utveksling av nyheter og informasjon som i løpet av en generasjon er blitt borte eller har fått redusert betydning. Dette var stedet for de uformelle hverdagslige møtene mellom mennesker. Automatisering av bankene, nedleggelse av postkontorer og småbutikker er også uttrykk for gradvise, men betydningsfulle endringer i vårt nære miljø. Denne utviklingen går videre. Teleteknologien gjør oss mindre avhengig av møteplassene. Mer tid tilbringes foran fjernsyns- og data-skjermen (18). Bevisstgjøring om at vi trenger møteplassene og at deres mentalhygieniske betydning knapt kan overvurderes, er nyttig for oss alle.

Fra litteraturen kjenner vi mange beretninger om betydningen av «å bli sett» av andre når man er i krise eller sorg. I novellen *Sorg* av Anton Tsjekhov beskrives kusken Iona som forgjeves prøver å dele sin sorg over tapet av sin sønn med noen: «Sorgen som en kort stund hadde holdt opp med å gnave hjertet hans, er kommet igjen og sprenger i brystet hans sterkere enn før. Øynene hans løper fortvilet over menneskene som strener forbi på fortauet. Finnes det ikke én blant disse tusener som vil høre på ham? Men menneskene farer forbi uten å legge merke til ham og hans sorg... Sorgen vokser, sprenger alle grenser... Skulle brystet hans briste og sorgen flyte ut, vil den dekke hele verden, synes han, men likevel er det ingen som ser den, ingen som føler den... Den har gjemt seg i et slikt ynkelig lite skall, den har gjort seg usynlig for menneskenes øyne...» (19).

Selv mord og ensomhet er av de siste tabuområder i vår tid. Et menneske i dyp krise vil gjennom en telefonsamtale få redusert følelsen av håpløshet, oppleve at man ikke er alene og at noen lytter samt, i beste fall få hjelp til å finne en løsning han eller hun ikke så for seg.

Telefontjenester for mennesker i krise har eksistert i Norge i over 40 år, og bruken øker. Krisetelefoner kan bidra til å forebygge selvmord, men skal ikke erstatte terapi og menneskelig kontakt. Det er vanskelig å anslå om tjenestene kan redde liv. En utfordring er systematisk å trene frivillige hjelpere

som betjener telefontjenestene i å gjenkjenne tegn til alvorlig depresjon. Frivillig innsats bevisstgjør oss i forhold til ansvaret alle i et samfunn i bunn og grunn har for hverandre.

Litteratur

1. Varah C. The Samaritans in the 70's. London: Constable, 1973.
2. Killingmo B. Den åpne samtalen. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 56–9.
3. Bion WR. Attention and interpretation. London: Tavistock Publications, 1970.
4. Rogers CR. Client-centered psychotherapy. I: Kaplan HI, Freedman AM, Sadock BJ, red. Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore, MD: 1980: 2153–68.
5. Mehlum L, Hytten K. Den suicidale prosess. I: Mehlum L, red. Tilbake til livet. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 1999: 79–81.
6. Rutz W. Prevention of suicide and depression. Nord J Psychiatry 1996; 50 (suppl 37): 61–7.
7. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-depressive illness. New York: Oxford University Press, 1990.
8. Hyman S, Arana GW. Suicide and affective disorders. I: Jacobs D, Brown HN, red. Suicide. Understanding and responding. Madison, CT: International University Press, 1990: 171–81.
9. Isacson G, Rich CL. Depression, antidepressants and suicide. Pharmacoepidemiological evidence for suicide prevention. I: Maris RW, Silverman MM, Canetto SS, red. Review of suicidology, 1997. New York: The Guilford Press, 1997: 168–201.
10. deAnda D, Smith MA. Differences among adolescent, young adult, and adult callers of suicide help lines. Social Work 1993; 38: 421–8.
11. Evans MO, Morgan HG, Hayward A, Gunnell DJ. Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effects on repetition. Br J Psychiatry, 1999; 175: 23–7.
12. Glosli Ø. Krisetelefon – et ledd i mangfoldet av selvmordsforebyggende tiltak. I: Mehlum L, red. Tilbake til livet. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 1999: 393–406.
13. Lund O, Høyesteren JG, Lund A. Bergen psychiatric emergency room: the patient's sociomedical characteristics, patterns of use, and management. Nord J Psychiatry 1997; 51: 423–9.
14. Handlingsplan mot selvmord – sluttrapport. Statens helsetilsyns skriftserie 3–2000. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.
15. Bilsbak US, Bolstad PJ, Fretland S, Hauso Ø, Leversund J. Har forebyggende tiltak mot selvmord effekt? En litteraturgjennomgang. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 177: 1746–50.
16. Sandanger I. Fra krav om krisepsykiatrisk utrykningsteam til omsorgsfulle nettverk: utvikling av en samfunnsrettet krisepsykiatrisk modell. Rapport og evaluering fra krisepsykiatrisk arbeidsgruppe for Nittedal 1989–1992, med noen ord om tida som fulgte ut 1994. Oslo: Senter for sosialt nettverk og helse, 1995.
17. Retterstøl N. Selvmord. Oslo: Universitetsforlaget, 1994: 181–95.
18. Postman N. Vi morer oss til døde. Oslo: Gyldendal, 1987.
19. Tsjekhov A. Sorg. I: Tsjekhov A. Noveller. Oslo: Den norske Bokklubben, 1991: 15–20.

○