

**SELVMORD I PSYKIATRISKE  
DØGNINSTITUSJONER:  
REAKSJONER OG OPPFØLGING  
AV ETTERLATTE I FAMILIEN  
OG PERSONALET.**

**Ingrid Nesje og Hans Lander**

**Prosjektoppgave**

**Universitetet i Oslo  
Videreutdanning i selvmordsforebyggende  
arbeid**

**høst 2003**

<b>Innhold</b>	<b>side</b>
Forord .....	2
<b>1</b> Innledning .....	3
<b>2</b> Målsetting, problemstillinger og avgrensinger .....	3
<b>3</b> Definisjoner og fremgangsmåte .....	4
3.1 Definisjoner .....	4
3.2 Fremgangsmåte .....	5
<b>4</b> Teoridel .....	6
4.1 Hvordan kan sorg beskrives og forstås? .....	6
4.2 Hva kjennetegner sorg etter selvmord når det gjelder opplevelser, reaksjoner og følger? .....	9
4.2.1 Reaksjoner etter å miste en nær person i selvmord .....	9
4.2.2 Sorgreaksjoner som blir kompliserte .....	13
4.2.3 Har etterlatte etter selvmord i psykiatrien spesifikke reaksjoner? .....	15
4.2.4 Hvordan reagerer personalet når de mister en pasient i selvmord? .....	17
4.3 Oppfølging av etterlatte etter et selvmord .....	18
4.3.1 Oppfølging av familien .....	18
4.3.2 Oppfølging av personalet .....	22
4.4 Hvilket formelt ansvar har psykiatriske døgninstitusjoner for oppfølging av etterlatte etter selvmord? .....	25
<b>5</b> Diskusjon .....	26
5.1 Hovedfunn av reaksjoner hos etterlatte etter et selvmord. ....	26
5.2 Hvilken oppfølging bør den psykiatriske døgninstitusjonen tilby familien? .....	28
5.3 Hvilken oppfølging bør den psykiatriske døgninstitusjonen tilby eget personale? ....	30
5.4 Hva kan vanskeliggjøre oppfølgingen fra psykiatrien sin side, og hvordan kan dette arbeidet styrkes? .....	32
<b>6</b> Konklusjon .....	33
Referanser .....	34
Vedlegg 1. “A dual process model of coping with bereavement” (fig.) .....	37

## **Forord**

Valget av tema for denne prosjektoppgaven var naturlig for oss begge. Vi har over tid møtt etterlatte etter selvmord i ulike sammenhenger: klinisk arbeid i psykiatrisk døgninstitusjon, sorgstøttegrupper og samlinger med LEVE, Landsforeningen for etterlatte ved selvmord. Arbeidet med oppgaven har gitt oss mulighet til verdifull fordypning på dette feltet.

Vi har vært to forfattere. Dette har åpnet for mange interessante diskusjoner om fagfeltet underveis i arbeidsprosessen, ikke minst i de møter vi har hatt med vår veileder, forsker og sosiolog Kari Dyregrov ved Senter for Krisepsykologi i Bergen.

Oppgaven har vært et felles prosjekt. Den fordeling vi gjorde av arbeidet mellom oss var å lage et førsteutkast til ulike avsnitt i teorikapittelet. Nesje har hatt dette ansvar for 4.1, 4.2.3, 4.2.4 og 4.3.1 og Lander for 4.2.1, 4.2.2, 4.3.2 og 4.4. Øvrige deler av oppgaven er skrevet med en lik fordeling av ansvar. Alle delene er diskutert, gjennomgått og ferdigstilt i fellesskap.

En hjertelig takk til Kari Dyregrov for kyndig og imøtekommende veiledning. Hennes interesse for temaet har vært smittende, og hennes kunnskap og oversikt over feltet har vært til stor hjelp.

Tromsø 3. november 2003

Ingrid Nesje og Hans Lander

## 1 Innledning

Selv mord innenfor psykiatriske institusjoner har hatt et økende omfang de siste tiårene. Fra 1955 har det funnet sted en markert og kontinuerlig økning i antall selvmord i de psykiatriske sykehus i Norge (Retterstøl, 1995). I dag antar man at det i Norge skjer mellom 40 og 50 selvmord hvert år blant pasienter som er under behandling i psykiatriske institusjoner (Weisæth, 2001). Men det er knyttet usikkerhet til dette tallet. Norsk Pasientregister medgir å ha svært mangelfulle opplysninger om psykiatriske institusjoner (Hoffmann, 2002).

Tallene på 40-50 pasienter hvert år utgjør i underkant av 10 % av det totale antallet selvmord i Norge per år. Hvordan arbeider psykiatrien med denne problematikken? Hva skjer med den nærmeste familien når de opplever et selvmord, og hvilken hjelp bør de tilbys fra institusjonen der pasienten var innlagt? Disse spørsmålene ble aktualisert ved vår kontakt med psykiatriske institusjoner.

Begge forfatterne arbeider ved Senter for forebygging av selvmord i Nord-Norge, ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) i Tromsø. I vårt arbeid med å lage en skriftlig veileder for selvmordsrelatert arbeid ved de psykiatriske sengepostene der, fant vi ingen eksisterende skriftlige rutiner for dette ved noen av postene (totalt 9 stykker). Dette er ikke ensbetydende med at det blir jobbet dårlig med temaet, men at det som gjøres ikke har blitt nedfelt skriftlig. Mange av de ansatte vi møtte under arbeidet med å lage veilederen, hadde opplevd pasienter som tok sitt eget liv. De fleste ga uttrykk for at det hadde preget dem sterkt. Personalet ga uttrykk for stor bekymring for hvordan det hadde gått med familiene til de som hadde tatt sitt eget liv. Mange syntes de hadde gjort for lite for disse, men at det også var vanskelig å vite hva man skulle eller burde gjøre.

I vårt arbeid ved Senter for forebygging av selvmord i Nord-Norge har vi det siste året samarbeidet med flere psykiatriske fagmiljø for å inspirere og støtte disse til å utvikle og nedfelle egne rutiner. Gang på gang har det blitt etterlyst kunnskap om hva som er god hjelp for etterlatte. Via arbeid med sorggrupper for etterlatte etter selvmord har vi også fått del i pårørendes ofte vanskelige og nesten uforståelig umenneskelige møter med psykiatrien. Hvorfor oppleves noen møter med fagfolk så negativt av etterlatte? Kan noe av forklaringen være at de som skal hjelpe også er følelsesmessig berørt, eller at bebreidelser fra familien gjør dem fiendtlige? Eller ligger svaret i at de ikke vet nok om hvordan de skal hjelpe etterlatte etter selvmord?

Temaet etterlatte innenfor psykiatrien har vi med andre ord arbeidet med på ulike måter de siste årene. Siden vi selv er psykiatriske sykepleiere med erfaringer fra voksenpsykiatriske poster har vi også personlig opplevd problematikken på nært hold, og vet at det kreves både faglig og menneskelig ballast for å møte den. Prosjektoppgaven gir oss nå en mulighet til økt innsikt ved å studere faglitteraturen rundt temaet etterlatte etter selvmord.

## 2 Målsetting, problemstillinger og avgrensinger

Opgavens målsetting er å belyse hvilken oppfølging som bør tilbys etterlatte som har mistet noen i selvmord, der vedkommende var innlagt i psykiatrisk døgninstitusjon. Oppgaven baserer seg på litteraturstudier, men også egne erfaringer gis plass. Fokus er det ansvar personalet ved psykiatriske døgninstitusjoner har for oppfølging av etterlatte innen familien etter et dødsfall. Vi vil også se på oppfølging for berørt personale. For å begrunne innholdet i oppfølgingen er det viktig for helsearbeidere i psykiatrien å kjenne til de reaksjoner og mulige

komplikasjoner som en ofte ser hos etterlatte etter selvmord. Disse områder er det derfor lagt forholdsvis stor vekt på.

Følgende problemstillinger vil besvares:

- a) Hvilke reaksjoner har etterlatte etter å ha mistet noen i selvmord?
- b) Har etterlatte etter selvmord i psykiatriske døgninstitusjoner spesifikke reaksjoner?
- c) Hvilke reaksjoner ser en hos personalet?
- d) Hva er behovene for oppfølging i disse gruppene, og hvilken oppfølging bør psykiatrien tilby?
- e) Hvilket formelt ansvar har psykiatrien for oppfølging, og hva kan styrke eller vanskeliggjøre dette arbeidet?

Vi vil ikke gå inn på det ansvar kommunen og dens helsetjeneste har når det gjelder oppfølgingsarbeid. Vi tar heller ikke opp spesialisthelsetjenestens behandlingsoppgaver i de tilfeller der etterlatte med kompliserte reaksjoner har et spesifikt behandlingsbehov. Oppgaven har dermed fokus på oppfølging av etterlatte i et forebyggende perspektiv når det gjelder å forhindre utvikling av dårlig psykososial helse og ulike komplikasjoner. Noen områder har vi valgt å ikke behandle grundig p.g.a. av begrensningen i oppgavens omfang. Medpasienters reaksjoner og oppfølgingsbehov tas ikke opp. Forhold som er knyttet til kjønn og alder blant etterlatte blir kun nevnt kort. Det samme gjelder behovet som venner kan ha for oppfølging.

Innledningsvis vil vi se nærmere på begrepet sorg. Dette for å kunne få en økt forståelse for hva de etterlatte opplever, og fordi vi tror det er et begrep vi må kjenne innholdet av før vi nærmer oss det som er mer spesifikt for sorg og reaksjoner etter selvmord.

### **3 Definisjoner og fremgangsmåte**

#### **3.1 Definisjoner**

##### *Etterlatte og pårørende*

I tittelen på oppgaven bruker vi ordet etterlatte. Her kunne vi også brukt pårørende. Hvem som er pårørende ved en innleggelse i psykiatrisk institusjon er definert i Pasientrettighetsloven:

Pasientens pårørende: den som pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekte-skapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, myndige barn, foreldre eller andre med foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, andre familie-medlemmer som står pasienten nær, verge eller hjelpeverge.

§ 1-3, Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter

Hvem som er etterlatt er ikke definert i loven. Det er nødvendigvis ikke de pårørende. Å være etterlatt etter et dødsfall gjenspeiler en følelsesmessig opplevelse. Etterlatte samsvarer bedre med det engelske ordet "*bereaved*", som vi finner i all engelskspråklig litteratur om vårt tema. "*Bereavement*" refererer til situasjonen å ha mistet en som er betydningsfull for deg. Når vi bruker ordet etterlatte vil det ofte henvise til de pårørende, men det gir åpning for at det kan være andre også. Personalet vil kunne beskrives som etterlatte, noe vi også gjør i oppgaven.

### *Psykiatriske døgninstitusjoner*

Her menes døgnavdelinger ved psykiatriske sykehus og døgnenheter ved distriktpsikiatriske senter. For enkelthets skyld brukes noen ganger betegnelsen ”psykiatrien”. Da menes det ovennevnte.

### *Oppfølging*

Med oppfølging mener vi den hjelpen som skal tilbys fra den psykiatriske institusjonen fra selvmordet har skjedd, og frem til kommunehelsetjenesten eventuelt overtar. Oppfølgingen skal gjelde for både etterlatte innen familien og eget personale. Vårt hovedfokus vil likevel være den nære familien. I blant vil også venner eller andre nære personer som ikke er familie være så berørte og involverte at de også skal inkluderes i hjelpetiltakene. For enkelthets skyld bruker vi her begrepet familie som et samlende begrep som også kan inkludere disse. Oppfølgingen vil omhandle psykososiale hjelpetiltak.

## **3.2 Fremgangsmåte**

Prosjektoppgavens problemstillinger vil bli besvart ved å gjennomgå relevant litteratur og forskning som er gjort innenfor dette fagfeltet. Vårt ønske er å gi en oversiktlig presentasjon av den kunnskapen vi har funnet. Oppgaven er skrevet for norske forhold, selv om teori også belyses fra internasjonal litteratur. I utgangspunktet hadde vi planlagt å gjøre en empirisk undersøkelse ved å intervju/samtale med etterlatte som hadde mistet noen i selvmord ved innleggelse i psykiatrisk institusjon. Det så vi som en god metode for å øke kunnskapen om temaet. Men metoden ble for omfattende og tidkrevende innenfor rammen til dette studiet. Vi vil likevel legge vekt på å ha med oss de etterlatte sine opplevelser og meninger ved å gjengi fra skjønnlitteratur og andres intervjuer av etterlatte. Egne erfaringer som psykiatriske sykepleiere innenfor psykiatrien og samtaler med etterlatte vil også sette sitt preg på oppgaven.

Presentasjon av teori vil bli gjort i kapittel 4. Presentasjonen vil bli sortert i 4 underpunkter som vist på side 1. Diskusjonskapittelet (kapittel 5) vil bli brukt til å diskutere hva som bør være førende faglige begrunnelser for det tilbudet psykiatrien bør gi. Dette sett i lys av hvilke reaksjoner, behov og ønsker en finner hos etterlatte. Dette gjelder både etterlatte innen familien og eget personal. Problemstillingen om hva som kan vanskeliggjøre oppfølgingen, og hvordan arbeidet med etterlatte kan styrkes, diskuteres avslutningsvis i kapittelet.

Det er gjort søk av litteratur i PubMed og PsycInfo. Søkene var ikke avgrenset i tidsperiode, men det er hovedsakelig referanser fra 1990 og fremover i tid som er tatt med. Følgende søkeord og kombinasjoner av dem er brukt: *suicide, bereavement, psychiatry, psychiatric hospitals, patients, psychiatric inpatients, family, significant others, suicide survivors*. I tillegg til søk i disse databaser er litteraturlister fra de aktuelle artikler og bøker gjennomgått.

Boken ”Sorg” (Bugge, Eriksen, & Sandvik, 2003) har vi brukt til deler av teorikapittelet, spesielt når det gjelder sorgteorier og forståelsen av sorg. ”Handbook of Bereavement Research” (Stroebe, Hansson, Stroebe, & Schut, 2001a) er også blitt brukt i teorikapittelet. Kari Dyregrov sitt omfattende forskningsarbeid i Norge<sup>1</sup> har vært en viktig kilde til kunnskap både når det gjelder reaksjoner etter selvmord, og angående hvilken oppfølging etterlatte ønsker å

---

<sup>1</sup> Som bakgrunn for sitt doktorgradsarbeid (Dyregrov, in press) kartla sosiolog Kari Dyregrov etterlattes situasjon, behov og tilbud av hjelp etter traumatiske dødsfall som selvmord, krybbedød og ulykker. 350 etterlatte foreldre og søsken fylte ut ulike spørreskjemaer, mens 69 foreldre ble dybdeintervjuet. Av disse var 128 foreldre og 70 søsken etterlatte etter selvmord. 32 foreldre og 9 søsken ble dybdeintervjuet. I tillegg besvarte 321 kommuner spørreskjema om hjelpetilbudet sitt for disse gruppene.

få. Hun gjorde den første landsdekkende undersøkelsen på dette området i Norge. Av pensumlitteratur finner vi kun enkeltstående kapitler som dekker det fagområdet vi skriver om. Litteratur som beskriver etterlattes erfaringer etter selvmord innenfor psykiatrien har vært "Blåmann. Ung psykisk lidelse - familiens smerte" (Berg, 2002), "I fremmed land - at leve med en datters psykiske sykdom og selvmord" (Nielsen, 2001) og "Sorgen ved selvmord. En bog til de efterladte" (Anneberg, 2002).

Vår veileder har vært sosiolog Kari Dyregrov. Hennes forskningsarbeid om etterlatte får forholdsvis stor plass i oppgaven. Dette er begrunnet i at forskningen er omfangsrik, av nyere dato og at den er fra en norsk kulturkontekst. Vårt håp er at vi kan bruke hennes arbeid på en kritisk og god måte.

## **4 Teoridel**

### **4.1 Hvordan kan sorg beskrives og forstås?**

De fleste mennesker opplever i løpet av livet at noen de er glad i dør. Det kan være foreldre, søsken, venner og noen ganger også egne barn. De fleste forsoner seg med tapet etter som tiden går, selv om det for de fleste oppleves som en tung og krevende prosess. En utfordring i faglige tilnærminger til sorg har vært å definere hva sorg er. Hvilke emosjonelle, kognitive og fysiske reaksjoner ser man og hvilke endringer i handlinger og relasjoner kjennetegner sorgprosessen? En vid definisjon av sorg er: "Sorg er reaksjoner på betydningsfulle tapsopplevelser" (Sandvik, 2003, side 16). Sorg er også betegnelsen på den langsiktige tilpasningsprosessen som innebærer å akseptere tapet og konsekvensene av det, og leve videre i lys av dette. Sorg peker altså på en mestringsprosess. Tap berører mange sider av livet til den som blir rammet. Shuchter og Zisook (1993) mener det er fornuftig å beskrive de mange og varierte uttrykkene som sorg kan ha. Det kan skilles mellom:

- 1) Fysiske reaksjoner (smerte, tretthet og utslitthet, søvnløshet, økt sensitivitet)
- 2) Følelsesmessige reaksjoner (tristhet, sinne, skyldfølelse, angst, skam, lengsel, lettelse)
- 3) Tankemessige reaksjoner (konsentrasjonsvansker, hukommelsesvansker, påtrengende minner, oppfatning av døden og årsaker til dødsfallet, søken etter mening og trygghet i tilværelsen)
- 4) Atferdsmessige reaksjoner (gråt, leting, unngåelse eller oppsøking av minner, rastløshet eller overaktivitet, passivitet, sosial tilbaketrekking, økt røyking, alkohol- eller stoffbruk)
- 5) Endring i relasjoner og roller i forhold til andre mennesker

"I forståelsen av sorg er det viktig å bestrebe seg på å gjenkjenne og anerkjenne et vidt spekter av reaksjoner som uttrykk for sorg" (Sandvik, 2003, side 17). Synet på sorg har vært i utvikling og er det fortsatt. Kunnskapsutviklingen om sorg har vært stor de siste tiårene. Utgangspunktet for det meste av den faglige tilnærmingen til sorg gjennom snart 100 år er en artikkel Sigmund Freud skrev i 1917 om "Trauer und Melancholie" (Freud, 1917/1957), hvor han beskriver sorg som en psykologisk prosess. Funksjonen av sorg er etter Freuds mening, å trekke tilbake følelsesmessig energi fra det tapte objektet for til slutt å bryte alle bånd til den avdøde. Da kan psykologisk likevekt gjenopprettes, tidligere funksjoner gjenvinnes, og motivasjon for å investere energi i nye relasjoner utvikles. Han omtaler sorg som arbeid. I det ligger en forståelse av at sorg ikke er en passiv tilstand, men at sorg krever en aktiv innsats av den sørgende.

Begrepet er senere tatt inn i sorgteoriene til Lindemann (1944) og Bowlby (1980). Lindemann baserte sin forståelse av sorg i stor grad på Freud, men han utvidet og nyanserte begreper knyttet til sorgarbeid. Lindemann opererte med en modell som hadde 3 faser: sjokk og benekting, akutt sorg og løsrivelse. Modeller og teorier om sorg som ble utviklet frem til omkring 1990 bygde på arbeidene til Freud og Lindemann, og var basert på følgende to hovedantakelser:

- 1) Sorg er tidsavgrenset og burde være avsluttet etter ca. 1 år. Den sørgende kan da fungere omtrent som før tapet.
- 2) Hovedoppgaven i sorgprosessen er å legge sorgen bak seg og la tankene og følelsene knyttet til den døde bli borte.

John Bowlby beskrev i sin tilknytningsteori sorg som en biologisk prosess (Bowlby, 1980). Bowlby mente at den som sørger må gjennom 4 faser: a) nummenhet (sjokk og benekting), b) skrik og leting (ofte preget av sinne og protest), c) disorganisering og fortvilelse (depresjon og kraftløshet), og d) reorganisering (akseptering). Sorgmodellen til Bowlby dannet grunnlaget for at det ble utviklet flere modeller som beskrev sorgforløpet i faser. De fleste modellene bygger på den forståelsen at det er nødvendig å gjøre sorgarbeid for å unngå negative helsemessige konsekvenser. Unngåelse og benekting av tapet ses på som uheldig og øker risikoen for sykdom. Selv om denne forståelsen er bredt akseptert reiser den mange spørsmål blant sorgforskere i dag (Stroebe, Hansson, Stroebe, & Schut, 2001b). Må man gjennomføre sorgarbeid for å tilpasse seg tapsopplevelser? Er det mulig at benekting og undertrykking kan føre til god tilpasning? Kan sorgarbeid gi dårlig tilpasning for noen? Og hvor går grensen mellom sunt sorgarbeid og usunn dveling ved tapet?

De senere årene har det kommet teoretiske og forskningsmessige bidrag som har imøtegått fasemodellene. Noe av kritikken er at de kun vektlegger de følelsesmessige og tankemessige sidene ved sorg, og at de setter opp bare en måte å mestre sorg på. Dette er en begrensende måte å forstå sorg og mestring av sorg på. Hovedkonklusjonen fra disse studiene er at en fullstendig løsrivelse fra den døde er både umulig og uønsket. Målet er å finne måter å opprettholde en følelsesmessig kontakt med den døde, samtidig som man lever videre i nye relasjoner og aktiviteter. Fasemodellene er også blitt kritisert for at de ved å beskrive de ulike fasene lett kan komme til å signalisere at noen sørger "riktig" mens andre som ikke følger fasene eller innholdet i disse da sørger "feil" (Sandvik, 2003). Horacek (1991) har fremmet en teori om at sorgen er livslang og vil prege de etterlatte hele livet, selv om de etter kort tid gjenopptar sin vanlige fungering i dagliglivet. På tross av kritikken mot fasemodellene, har de fortsatt en stor plass i forståelsen av sorg i dag. Man er i dag mer opptatt av at forløpet i sorg er mer flytende med overlappende faser, og at man kan bevege seg frem og tilbake mellom fasene. Vi vil i det følgende presentere de mest rådende og aktuelle sorgteoriene.

### *Stress- og kriseteori*

Mange undersøkelser viser at plutselige dødsfall gir større helsemessige konsekvenser for etterlatte enn forventede dødsfall (Lehman, Wortman, & Williams, 1987; Parkes & Weiss, 1983). Dette gjelder også for barnedødsfall og dødsfall som skjer voldsomt ved dramatiske hendelser og vold. I tillegg til tapsopplevelsen må de etterlatte også forholde seg til en traumeopplevelse. Stressteorien bygger på at dersom dyr utsettes for fare så reagerer de på bestemte fysiologiske og psykologiske måter som øker overlevelsesevnen. Et eksempel kan være posttraumatisk stresslidelse, hvor mennesker kan utvikle oversensitivitet for påvirkninger som minner om den livstruende hendelsen de har opplevd. Kriseperspektivet tar utgangspunkt i det grunnleggende menneskelige behovet for å opprettholde balanse mellom de utfordringene man står overfor, og de mestringsressursene man har (Cullberg, 1981). Når man



møter uvanlige utfordringer som tap eller trusler om tap, settes denne balansen på prøve. Dersom våre tidligere erfaringer ikke er tilstrekkelige til å mestre situasjonen, kommer vi i en psykisk krisetilstand.

### *Familie- og relasjonsteori*

De senere årene har det kommet noen arbeider som ser på hvordan familier utvikler mening knyttet til et dødsfall (Nadeau, 2001). Andre har sett på sorg som en del av en familieutviklingsprosess (Shapiro, 2001). Sorgen kommer til uttrykk og bearbeides i våre relasjoner. Tapsopplevelser påvirker også relasjonene. Relasjonsperspektivet bidrar til å synliggjøre hvordan samspillet mellom mennesker virker inn på den enkeltes mestring av sorg. Nadeau påpeker at den mening en familie gir et dødsfall er avgjørende for utviklingen av sorgprosessen. Relasjonsperspektivet kan også gi et annet fokus for sorgbearbeiding.

### *Menings- og utviklingsmodeller*

De fleste mennesker som mister en nær person beskriver en følelse av tomhet og meningsløshet. I tillegg til det konkrete tapet snakker man også om et meningstap; meningen med eget liv er borte eller svekket. Baumeister (1991) skriver at en vanlig opplevelse etter tap er meningsvakuum der de grunnleggende forbindelsene mellom fortid, nåtid og fremtid er brutt. Det som skulle komme av planer, ønsker, lengsler og håp for fremtida er nå uaktuelt og meningsløst. Baumeister (1991) og Marris (1986) er opptatt av mening som grunnleggende for vår oppfatning av egne erfaringer og følelser, og dermed vår forståelse av oss selv og verden. Tapet av mening gjør at den sørgende i større eller mindre grad mister grunnlaget for handlingsvalg, identitet og virkelighetsfortolkning. En side ved sorgprosessen kalles meningsgjenskaping og ses i forskning som positivt opplevde effekter av tap.

### *Toprosessmodellen*

Til slutt vil vi gi en presentasjon av en sorgmodell som prøver å integrere sentrale trekk ved mange av de tidligere modellene. Den er utviklet i Nederland av M. Stroebe og H. Schut, (1999). De kaller den toprosessmodellen (*Dual process model*). Se Vedlegg 1. Den skiller mellom to typer stressorer ved sorg: tapsstressorer med fokus på den døde og tapet og sekundære stressorer med vekt på utfordringer som er et resultat av tapet. Den sørgende må forholde seg til begge disse. I tråd med dette skilles det mellom tapsorientert mestring (loss orientation) og løsningsorientert mestring (restoration orientation). Sentralt i modellen er dynamikken mellom konfrontering og benekting i sorgprosessen. I tradisjonelt syn beskrives benekting som uheldig. I toprosessmodellen beskrives derimot vekslingen mellom konfrontasjon og unngåelse av de to hovedutfordringene som viktig. Toprosessmodellen beskriver en persons mestringsstil som hovedsaklig tapsorientert eller løsningsorientert. Spørsmålet ut fra denne modellen er ikke om den ene stilen er bedre enn den andre, men om det er tilstrekkelig bevegelse mellom de to. Det er så langt gjort lite forskning som bekrefter toprosessmodellen. Det er derfor vanskelig å vurdere nytten av den som teoretisk forståelse av sorg, og for gjennomføring av sorgstøttetiltak. Men modellen har vakt stor oppmerksomhet og fått gehør.

### *Oppsummering*

Sorg har blitt beskrevet som et individuelt fenomen. Man har forsøkt å forklare forløp og konsekvenser av tap først og fremst som følelsemessige reaksjoner ut fra personvariabler. Etter hvert har man fokusert på mangfoldet i sorgreaksjoner og tilpassingsstrategier, samt orientert seg mer mot relasjoner og systemperspektiver. Sorg blir i dag sett på mer som et flerdimensjonalt fenomen enn et rent individuelt, men med utgangspunkt i individet med sine særegne opplevelser. Kritikken mot fasemodellene og sorgarbeidshypotesen kan oppfattes som en bred nyorientering i forståelsen av sorg (Sandvik, 2003). I dag legger man mindre vekt

på faser og man utvider sorgbegrepet til å gjelde andre tap. Man anerkjenner å opprettholde en forbindelse med den døde og man vektlegger andre sider ved sorg enn den følelsesmessige. Man utvikler sorgmodeller som vektlegger prosessene som sorg skjer gjennom og ser en større opptatthet av vekst og utvikling hos sørgende (Sandvik, 2003). Vi har i dag en mer omfattende forståelse av sorgbegrepet og det eksisterer ikke en samlet sorgteori.

Boken "Handbook of Bereavement Research" (Stroebe et al., 2001a), gir en forskerorientert oversikt over kunnskapsfeltet sorg. Det er enighet blant forskere når det gjelder å beskrive normale sorgreaksjoner, selv om disse kan være kulturspesifikke og kjønnsespesifikke. Det uttrykkes bekymring i forhold til at sorgreaksjoner kun blir sett på som symptomer som skal behandles, altså som sykdom og et medisinsk problem. Forskning viser at sorg gir risiko for økt helsefare. Dette er nå en veletablert kunnskap. Det er heller ingen tvil om at sorg kan gi til dels ekstreme helsekonsekvenser. Sorg gir høyere risiko for depresjon, angst, psykiatrisk lidelse og somatiske plager som infeksjoner og andre fysiske symptomer.

Sorgbegrepet er som vi ser beskrevet og forsket på over lang tid. Det er i stadig utvikling og endring. Under punkt 4.2 går vi over til å se på sorg etter selvmord.

## **4.2 Hva kjennetegner sorg etter selvmord når det gjelder opplevelser, reaksjoner og følger?**

### **4.2.1 Reaksjoner etter å miste en nær person i selvmord**

#### *Et vanskelig tap*

Å miste en person som har stått deg nær ved selvmord er en livshendelse som er sterkt belastende. Det er et dødsfall som en ikke kan forholde seg til som en forventet og naturlig død. I det følgende vil både individuelle og relasjonelle vansker belyses. De etterlatte vil oppleve sorgreaksjoner etter et tap, men også få reaksjoner knyttet til et traume. Traumatiske tap er forbundet med dødsfall knyttet til en eller flere av følgende kriterier: brå og uventet død, død ledsaget av sterke sanseintrykk, alt for tidlig død eller flere dødsfall som skjer samtidig (Dyregrov, 2003). I nyere forskning vises det ofte til at likhetene med andre traumatiske dødsfall er større enn forskjellene. Død ved selvmord gir ikke større problemer for etterlatte, hva gjelder psykososiale problemer, enn for etterlatte ved andre plutselige dødsfall. (Cleiren, Diekstra, Kerkhof, & van der Wal, 1994; Clark & Goldney, 2000; Dyregrov, Nordanger, & Dyregrov, 2003).

Reaksjoner hos etterlatte etter selvmord kan knyttes til ulike dimensjoner av livet slik som emosjonelle, tankemessige, sosiale, kroppslige, atferdsmessige og eksistensielle. De fleste opplever sjokkreaksjoner slik som uvirkelighet, nummenhet eller opplevelse av å være utenfor seg selv. Følelser som ofte kommer etter hvert er typiske sorgreaksjoner som gråt, fortvilelse, ensomhet, forlatthetsfølelse, tristhet og savn. Mange opplever sinne og raseri mot den som har tatt sitt liv eller mot andre som en synes har et ansvar i det som har skjedd. Angst og depresjon, men også lettelse, kan forekomme (Mehlum, 1997). Faktorer som har betydning for sorgreaksjonene er de etterlattes alder, kjønn, kulturtilhørighet og holdninger til tapet, kvaliteten i relasjonen til avdøde og avdødes alder. Andre forhold som innvirker er stresstilstander før dødsfallet, om dødsfallet var helt uventet eller ikke, form for støtte som er gitt til de etterlatte og hvor "dyp" sorgen er de første månedene (Clark & Goldney, 2000).

### *Traumerelaterte reaksjoner*

Ettervirkninger av traumatiske tap kan bli alvorlige og langvarige. Vi vil beskrive tre kategorier som de traumatiske reaksjonene ofte deles inn i. Mange ganger er det familien eller andre nære som finner den døde. Dersom denne er ille tilredt kan dette skape sterke sanseintrykk som gir opphav til senere plager. Men også de fantasibilder en lager seg rundt hendelsen og hvordan den døde ser ut, kan gi sterke inntrykk. Dette kan resultere i plagsomt påtrengende tanker og minnebilder, iblant i form av ”flash-back” (personen opplever plutselig å være i situasjonen) eller gjentatte mareritt. En kan også oppleve den avdødes nærvær meget distinkt. Disse reaksjonene rubriseres som gjenopplevelser (*intrusion*). Sterke minnebilder bidrar til konsentrasjonsproblemer, angst, søvnproblemer, kroppslig uro, irritabilitet og nummenhet. Disse reaksjonene går under benevnelsen aktivering (*arousal*). Personen kan være i en mer eller mindre varig tilstand av økt aktivering med overdreven vaksomhet og økt mental beredskap, eller reagerer med skvettenhet på noe som kan forbindes med det som skjedde. Vanlig er også unngåelse av det som minner om dødsfallet (*avoidance*). En unngår å slippe til følelser og tanker, eller unngår ulykkesstedet eller steder og situasjoner, som kan minne om hendelsen. Stor grad av unngåelse kan resultere i nedsatt interesse og deltakelse i tidligere betydningsfulle aktiviteter. En kan oppleve seg fjern og tom for følelser og etter hvert resignere og miste tro på fremtiden (Dyregrov, 2002a; Dyregrov, 2003; Senter for Krisepsykologi, 2003).

### *Redusert helse*

Plutselige dødsfall, slik som selvmord, medfører større helsemessige konsekvenser for de etterlatte enn etter forventede dødsfall (Dyregrov, Nordanger, & Dyregrov, 2000a). Dette gjelder både alvorlighetsgrad og varighet av problemer. En har blant annet funnet økt grad av depressive tilstander, debuterende eller forverrede sykdommer og økning i helseskadelig atferd, slik som alkoholforbruk, røyking og medikamentforbruk (Reed, 1998). Noen reagerer mer kroppslig enn psykisk. De som undertrykker tanker og reaksjoner etter en traumatisk hendelse ser ut til lettest å utvikle kroppslige plager (Dyregrov et al., 2000a). Kroppslige reaksjoner ses som muskelverk, hodepine, mage-tarm-forstyrrelser m.m. En har også funnet en sammenheng mellom traumatiske tap og utvikling av infeksjoner, kreft, kardiovaskulære sykdommer, muskel-skjellettsykdommer og for tidlig død. Den økte beredskapstilstanden eller årvåkenheten en ofte finner som en del av en traumereaksjon, kan gi opphav til fysiske reaksjoner som nevnt. Denne startle-reaksjon (skvettenhet) der en reagerer sterkt på brå bevegelser eller lyder, medfører også konsentrasjonsproblemer og vanskeligheter med å ta inn ny informasjon (Dyregrov, 2003). I en større studie fra Danmark av foreldre som mistet barn er det beskrevet økt dødelighet. Dette gjaldt spesielt mødre (Li, Precht, Mortensen, & Olsen, 2003). Økt selvmordsatferd blant etterlatte etter selvmord er påvist, spesielt blant unge og eldre mennesker (Prigerson & Jacobs, 2001). Blant mennesker som har mistet foreldre eller ektefelle siste to år er det beskrevet en selvmordsrate som er fem ganger høyere enn i normalbefolkningen. Faren er forhøyet i fem år med den største risikoen det første året (Straume, 2003).

### *Eksistensiell krise*

Et selvmord ryster grunnvollene i livet til de etterlatte. Det som før har vært trygt og forutsigbart blir revet bort. Når slike grunnvoller i livet forandres så tvinges etterlatte til å forandre gamle mønster for tanker, følelser og handlinger for å kunne fungere sosialt (Dyregrov et al., 2000a). En mor som mistet sin sønn i selvmord forteller:

Når sånt skjer får du helt sjokk. Du... du mister bunnen. Du detter helt ned. Og du skal sakte bygge deg opp igjen. For meg så følte jeg at hjertet revnet i to, og han tok med seg halve delen. Så sitter jeg igjen med et halvt hjerte som jeg skal fordele på resten. Jeg har datteren

min, jeg har mannen min og jeg har jobben jeg skal fordele det på. Jeg har meg selv som jeg skal bygge opp igjen. Jeg har hjemmet, samtidig som jeg skal la sorgen komme og få lov til å vise den. Og vi skal forsøke å ta vare på kamerater. Du detter i bunnen og du skal sakte bygges opp igjen. Og hvor begynner du hen? Du må starte pent. Og da er det ikke bare ut igjen i jobb å bruke kreftene dine der. For det tar så mye krefter å bygge det opp igjen.

Dyregrov et al., 2000a, side 29

En slik eksistensiell krise er krevende og vil på sikt ofte bety en endret oppfatning av egen identitet, verdier og syn på livet. De etterlatte i studien til K. Dyregrov ble spurt om i hvilken grad de har endret oppfatning om hva som er viktig i livet etter dødsfallet. De fleste, både foreldre og søsken, svarte at livsverdier endret seg i svært stor grad. Et fåtall (under 10 %) sier at dette ikke har endret seg eller har endret seg i liten grad. De endringer som de fleste oppga var at ikke-materielle verdier har blitt mer viktige, slik som samhold og nærhet til familie og venner. Videre er fremtiden blitt mer usikker samt at en må gripe dagen og mulighetene. En far som ble intervjuet sier:

Utsett aldri det du har lyst til å si eller gjøre. Kanskje får du aldri mer sjansen til det.

Dyregrov et al., 2000a, side 31

### *Temaer i sorgen*

Müller (1992) fremhever skyldfølelse og opptatthet av å finne forklaring på det som har skjedd, som uttalt ved sorg etter selvmord. Jordan (2001) viser også til dette. Følgende temaer er i følge han typiske for etterlatte etter selvmord.

- a) Spørsmål om årsak/mening. Hvorfor gjorde han/hun det?
- b) Mer skyld, selvanklager og ansvar for dødsfallet. Unntaksvis også opplevelsen av å være direkte årsak til selvmordet. Hvorfor stoppet jeg ikke han/henne? Kunne jeg ha gjort mer for å hindre han/henne?
- c) Føler seg avvist og forlatt av avdøde og har sinne mot denne. Hvordan kunne han/hun gjøre dette mot meg?

Skyldfølelse, med eller uten reelle grunner, er vanlige sier Mehlum (1997). Disse kan knyttes til reaksjoner på eget sinne, vonde konfrontasjoner, følelsen av å ikke ha formidlet nok kjærlighet til avdøde eller ikke å ha gjort tilstrekkelig for å forhindre selvmordet. Følelse av mislykkethet og nederlag kan også henge sammen med følelse av skam. Skamfølelsen har nok fortsatt rot i eldre tiders fordømmende holdninger og handlinger knyttet til selvmord (Mehlum, 1997). Jordan (2001) påpeker at etterlatte etter selvmord føler seg mer isolerte og stigmatiserte enn andre sørgende. Når det gjelder skyldfølelse så fant K. Dyregrov i sin studie at dette ikke var forbeholdt etterlatte etter selvmord. Likhetene i skyldfølelse var større enn forskjellene når en jamførte intervjudata mellom etterlatte etter selvmord, barneulykker og krybbedød (Dyregrov et al., 2003).

### *Sosiale relasjoner*

Mange etterlatte opplever mye støtte den første tiden. Men den er ofte kortvarig og medfører at de etterlatte etter en tid føler seg alene og glemte. Dette gjelder også kontakten med familie og venner. Etterlatte kan oppleve at andre unngår dem eller unngår samtaler om hvordan de har det. Mange blir også presentert gode råd for hvordan de kan "komme seg videre". Dette oppfattes ofte som liten forståelse fra omgivelsene og mange etterlatte unngår å gi uttrykk for hvordan de har det, eller unngår kontakt og trekker seg unna. Omgivelsene kan også oppfatte dette som at den etterlatte ikke vil ha kontakt. Dette kan i neste omgang føre til at den sosiale støtten reduseres (Dyregrov, 2002a). Jordan (2001) viser til at etterlatte kan trekke seg fra kontakt utfra skamfølelse, som i sin tur kan skape frustrasjon i omgivelsene og tilsvarende tilbaketrekning der. Müller (1992) peker på at etterlatte etter selvmord får mindre sosial støtte

enn andre sørgende. I K. Dyregrov sin undersøkelse oppga nesten 50 % av foreldrene at de hadde trukket seg unna andre og mer enn 50 % at andre hadde trukket seg unna dem. De begrunnelser for dette som en oppgav var skyldfølelse, manglende energi, posttraumatiske reaksjoner som hukommelsestap og konsentrasjonsproblemer eller hjelpeløshet hos omgivelsene: andres manglende eller lite adekvate respons (Dyregrov et al., 2003; Dyregrov, in press). K. Dyregrov fant stor grad av isolering blant alle de tre grupper etterlatte som inngikk i studien. Mest isolasjon fant en hos etterlatte etter barneulykker.

Mange etterlatte beskriver relasjonelle problemer på hjemmebane. Opplevelser og bearbeidingsstakten kan variere blant medlemmer av samme familie. Krisebearbeiding ser ut til å være ulik mellom menn og kvinner og kan sette parforholdet på prøve. Menn mestrer oftere gjennom å fortrenge reaksjoner og holde på avstand med f. eks. aktiviteter. Kvinner slipper i større grad til reaksjonene og konfronterer dem (Dyregrov, 2002a). Selv om parforhold går i oppløsning, er det ikke ut fra forskning entydighet om at skilsmissefrekvensen hos foreldre som har mistet barn er forhøyet. En del studier finner snarere et styrket enn svekket samhold hos disse. I studien til K. Dyregrov er det langt flere som beskriver at familien har kommet nærmere sammen enn de som oppgir å ha kommet lenger fra hverandre etter dødsfallet (Dyregrov et al., 2000a).

Å miste et familiemedlem betyr også at de roller som fra tidligere fantes blir utfordret, og rolleforandringer eller nye roller oppstår i familien. Store rolleendringer oppstår der en mor eller far dør i familien, men også familier som mister barn blir utfordret på dette området. Behov for å beskytte/overbeskytte andre familiemedlemmer kan oppstå, og redselen for nye selvmord eller andre uventede katastrofer kan prege voksne så vel som barn. Spesifikke relasjonelle problemer som kom frem i studien til K. Dyregrov var familiemedlemmer som sørget ulikt eller i utakt (jmf. tidligere beskrevne kjønnsforskjeller), vansker med å snakke om sorgen med hverandre samt omsorgsoppgaver overfor andre som blir vanskelige å ivareta (Dyregrov et al., 2000a). Økt irritabilitet og manglende energi kan påvirke kommunikasjon og familiesamhold (Dyregrov, 2002a). Blant familier med suicidale personer er det funnet økt forekomst av relasjonsproblemer og dårligere samhold enn i andre familier (Jordan, 2001). Videre er det blant etterlatte funnet økt forekomst av psykisk sykdom, flere tapsopplevelser, mer konflikthulle eller avhengige relasjoner til den avdøde samt dårlig støtte i sorgen (Clark & Goldney, 2000). Det er derfor ikke uventet at noen familier vil oppleve spesielt store vanskeligheter. Jordan viser til familier som holder dødsårsaken hemmelig for barn etter et selvmord. Disse familiene kan bli utsatt for skadelige langtidsvirkninger med hensyn til kommunikasjon og åpenhet i familien.

### *Reaksjoner hos barn og ungdom*

Mindreårige blir også berørt av et selvmord. Dette kan være i rollen som søsken, barn, barnebarn eller andre slektsforhold, venn/klassekamerat, kjæreste eller nabo til den avdøde. Hvilken betydning tapet får og hvordan den enkelte reagerer er avhengig av omstendigheter rundt dødsfallet, alder og relasjon til den avdøde, både type og kvalitet. Videre vil personlighetsfaktorer, psykisk fungering og mottatt støtte ha stor betydning. Barn som opplever selvmord blant nære, vil slik som voksne oppleve både et traume og et tap. Det traumatiske innholdet blir større der barnet finner/ser den døde og kanskje samtidig møter sjokkreaksjoner hos voksne/foreldre (Dyregrov, 2002a). A. Dyregrov påpeker at selv om barns reaksjoner er avhengige av alder og modenhetsnivå, er likhetene store med voksnes reaksjoner. Variasjonene mellom ulike alderstrinn er også relativt små. Hos barn finner en ikke sjelden at de danner seg fantasier om den døde, tar på seg skylden for dødsfallet uten reell grunn og holder tilbake og ikke forteller andre om sine reaksjoner og hva de sliter med (Dyregrov, 2002a).

Andre reaksjoner en finner hos barn og unge er søvnproblemer, nedsatt konsentrasjon og dermed dårligere skoleprestasjoner, somatiske plager, hjelpeløshet og lite tiltakslyst, irritasjon og sinne eller egne selvmordstanker. Søsken kan oppleve mer skyldfølelse enn foreldre når søsken tar livet sitt. Dette er begrunnet i at søsken mange ganger mener å ha fått signaler om faren for selvmord, uten at de har gjort noe for å forhindre det (Dyregrov, 2001; Dyregrov, 2003).

Barn og ungdom kan bli de usynlige sørgende i familier der voksne ikke har overskudd til å se og ivareta dem (Meling, 1999). De kan trekke seg tilbake når de opplever at foreldrene har det så mye verre og trenger deres støtte. Noen tar på seg omsorgsoppgaver overfor andre søsken eller foreldre. Eller de kan bli passet på og beskyttet i altfor stor grad. Barn kan også oppleve å skulle erstatte den døde og gå i hans/hennes fotspor. Dette kan kompliseres dersom en holder tilbake informasjon for barnet om det som har hendt.

Om voksne oftere er mer vedvarende i kontakt med sorgen så ser en hos ungdom, og spesielt hos barn, at de går inn og ut av følelser knyttet til sorgen. Søsken fra studien til K. Dyregrov viste en mer aktiv og pågående måte å møte sin sorg enn foreldre. De kunne i større grad legge vekt på ulike aktiviteter og gjøre hyggelige ting sammen med venner, uten at dette var et uttrykk for at de sørget mindre (Dyregrov et al., 2000a). Unge har ofte behov for å trekke seg bort fra hjemmet. De trenger støtte fra venner, noe mange også beskriver å få den første tiden. Men med tiden føler de ofte en "bråmodning" i erfaringer der de jevnaldrende kamerater ofte oppleves som barnslige. Slik som voksne, beskriver ungdom at nettverket ikke har forståelse for at sorg tar tid (Dyregrov, 2001). For ungdom er mange ganger venner vel så viktige som familie. Undersøkelser har vist større grad av depresjon blant nære venner til ungdom som har tatt sitt liv enn blant søsken til avdøde (Clark, 2001).

#### **4.2.2 Sorgreaksjoner som blir kompliserte**

##### *Stresslidelser*

Etterlatte etter selvmord er en gruppe som er i faresonen for å utvikle kompliserte reaksjoner med vedvarende redusert helse og funksjonsnivå. Knyttet til de traumatiske reaksjonene ser en mange ganger kompliserende tilstander: akutt stresslidelse (ASD) og posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Begge er beskrevet i diagnosesystemet DSM-IV fra 1994 (Diagnostic Statistic Manual). ASD er en spesielt sterk reaksjon på en traumesituasjon som kjennetegnes av intens angst, hjelpeløshet og dissosiative symptomer, slik som nummenhet, fjernhet, nedsatt oppmerksomhet, hukommelsestap eller følelse av at omgivelsene er forandret eller av å selv være forandret. Den traumatiske hendelsen gjenoppleves stadig med symptomer som unngåelse og økt reaksjonsberedskap. Tilstanden går sterkt ut over personens fungering, sosialt og arbeidsmessig. Det kan forhindre personen fra å klare nødvendige oppgaver, skaffe seg hjelp eller å fortelle andre om hendelsen (Senter for Krisepsykologi, 2003). De fleste av de ovennevnte plagene rapporteres fra etterlatte etter selvmord i større eller mindre grad. Varer slike symptomer over en måned kan dette kvalifisere til diagnosen PTSD. En har her de samme grunnsymptomene med stadige gjenopplevelser, unngåelse og økt beredskap i kroppen, samt klinisk betydningsfulle plager eller nedsatt funksjon. Dersom symptomer vedvarer mer enn tre måneder diagnostiseres dette som kronisk PTSD. En kan også ha en forsinket symptomstart. Kommer disse først seks måneder eller lenger tid etter hendelsen snakker en om utsatt PTSD. Disse klassifiseringene er beskrevet i DSM-IV. I ICD-10 (International Classification of Diseases), som er vanligst i klinisk bruk i Norge, er PTSD definert med noe mindre strenge krav. I tillegg til PTSD kan traumeeksponerte personer også utvikle depresjoner, fobier og andre følgetilstander. De traumatiske etterreaksjonene medfører mye problem og lidelse. For

at sorgen skal kunne forløpe normalt må etterlatte ved traumatiske dødsfall først få bearbeidet disse spesifikke traumeettervirkningene, noe som oftest krever spesifikke behandlingsintervensjoner (Dyregrov, 2002a).

### *Komplisert sorg*

Forskere har introdusert begrepet komplisert sorg (i det senere også kalt traumatisk sorg). Selv om komplisert sorg har flere likheter med PTSD og depresjon, er det en adskilt tilstand. Man kan se to hovedformer av komplisert sorg: kronisk sorg og utsatt sorg. Kronisk sorg er sorgreaksjoner som er sterke og varer over tid. Ofte er disse reaksjonene relatert til det traumatiske ved dødsfallet som hindrer at sorgen får et naturlig forløp. Ved utsatt sorg holdes sorgreaksjoner på avstand. En kan være opptatt av å måtte være sterk og støttende for andre. Ved å gi mer oppmerksomhet til sine omgivelser holdes de skremmende reaksjonene på avstand og en utsetter å forholde seg til det som har hendt (Dyregrov et al., 2000a). Komplisert sorg omfatter reaksjoner etter dødsfall som kan knyttes til atskillelsen fra den døde og til den traumatiske hendelsen (Prigerson & Jacobs, 2001). For å klassifiseres som komplisert sorg skal en ha visse symptomer med en varighet på minst seks måneder, i tillegg til betydningsfulle plager eller funksjonssvikt. Disse symptomene er stor grad av påtrengende tanker, søken og lengsel etter den avdøde eller sterk ensomhet. Videre vanskeligheter med å erkjenne dødsfallet, gråt, følelsesløshet eller nummenhet, meningsløshet og tapt tillit til tilværelsen og fremtiden. En kan også se overdrevet sinne eller bitterhet relatert til dødsfallet, opplevelsen av at en del av en selv er død eller at den etterlatte viser symptomer eller skadelig atferd typisk for den avdøde (Dyregrov, 2002a). Tilstanden vurderes tatt med i neste revisjon av DSM. Det er oppgitt ulike tall på hvor mange av etterlatte etter traumatiske dødsfall som kan få kompliserte sorgreaksjoner: fra 20-30 % (Prigerson et al., 1995) til 20-50 % (Dijkstra, 2000).

Undersøkelsen til K. Dyregrov viste at over halvparten av foreldrene som mistet barn ved selvmord skåret over grenseverdien på tre områder, for å utvikle alvorlige psykososiale og fysiske plager (Dyregrov et al., 2003). Foreldrene ble undersøkt på generell helse (General Health Questionnaire), på å være utsatt for posttraumatisk stress (Impact of Event Scale) og å ha tegn på komplisert sorg (Inventory of Complicated Grief). Størst overvekt fant en i forhold til komplisert sorg (78 %).

### *Depresjon og angst*

Andre kompliserende tilstander en kan se etter et selvmord er depresjon av ulik grad og angsttilstander. Depresjon er beskrevet som vanligere enn angst (Woof & Carter, 1997; Prigerson et al., 1997; Clark, 2001). Når symptomene medfører betydelige funksjonstap og isolering fra andre er aktiv hjelp med adekvat behandling påkrevet. Mange ganger kan det være vanskelig å skille de depressive reaksjonene fra sterke, men naturlige sorgreaksjoner. En pekepinn kan være at reaksjonene oppleves av personen som "ikke å være meg" og ikke heller virke rimelige relatert til tapet (Straume, 2003).

### *Risikofaktorer*

Hva er det som avgjør hvem som får problemer og hvor alvorlige de blir? Flere risikofaktorer for utvikling av kompliserte sorgreaksjoner er beskrevet. K. Dyregrov fant i sin studie at den viktigste faktoren, som knyttet etterlatte ved traumatiske tap til redusert psykososial helse, var selvisolasjon ("Jeg har trukket meg unna andre"). Andre viktige risikofaktorer viste seg å være å ikke ha flere barn igjen, lav utdanning, ikke ha arbeid utenfor hjemmet samt å være kvinne (Dyregrov et al., 2003). Det ser ut at flere kvinner enn menn opplever kronisk sorg. Kvinner dveler mer ved tapet og ser ut til å akseptere det endelige ved det senere enn menn (Straume, 2003). En avgjørende faktor for utfallet er slektskap til avdøde. Cleiren og medar-

beidere fant at foreldre, spesielt mødre, enker og søstre hadde større problemer enn voksne barn, brødre og enkemenn (Cleiren et al., 1994). Kvaliteten i relasjonen, f. eks. ”psykologisk” nærhet til avdøde, spiller også en rolle i forhold til grad av problemer. Videre har styrken i den traumatiske opplevelsen betydning. Ser en etter psykologiske risikofaktorer er tidligere mentale problemer, tidligere traumer og innadvendthet beskrevet (Dyregrov, 2002a). A. Dyregrov viser videre til at etterlatte som har en mestringsstrategi med vekt på unngåelse, er de som har mest depresjon og vedvarende plager. På den andre siden ser en at de som kan skape en mening i det meningsløse klarer seg bedre. Men jo yngre den som dør er, jo vanskeligere er det å skape noen mening.

### 4.2.3 Har etterlatte etter selvmord i psykiatrien spesifikke reaksjoner?

De søk vi har gjort for å finne relevant litteratur til dette spørsmålet har gitt få treff. Vi finner at det er gjort lite forskning på dette området. Det vi finner er erfaringer fra pårørende som har skrevet bøker etter å ha opplevd at noen av deres nærmeste tok sitt eget liv samtidig som de var under behandling i psykiatrien. Vi vil referere til noe av det vi har funnet. I ”Blåmann. Ung psykisk lidelse- familiens smerte”, beskriver Nina B. J. Berg (2002) hvordan hun opplevde sønnens psykiske sykdom og innleggelse på psykiatrisk institusjon. Sønnen tar til slutt sitt eget liv. Hun er kritisk til den behandlingen sønnen fikk, og ikke minst uenig og frustrert over hvordan hun som mor og pårørende ble møtt og forstått. Boken har først og fremst fokus på det som skjer før sønnen tar sitt eget liv, men referer kort til det som skjer fra institusjonens side etter selvmordet. Her står:

For første gang slapp vi å be om en samtale. Nok en absurd og uvirkelig situasjon. Slike hendelser hadde man klare rutiner for. Det var gjort i stand til å ta imot oss i en peisestue. Det var lys og blomster på bordet, kaffe og påsmurte rundstykker. De var der, alle som hadde hatt med Helge å gjøre det siste året: overlege, psykolog, miljøterapeutene. Avdelingsoverlegen var ikke der. Jeg husker ikke hva vi snakket om. Akkurat da var det ingenting å snakke om. Alt var for sent.

Berg, 2002, side 120

Litt senere beskriver moren hvordan hun opplevde å gå inn på sønnens rom.

I søppelkurven ligger et par brukte engangshansker og et papiromslag som det står ”Hakebind” på. Det tar noen sekunder før jeg skjønner hvorfor disse tingene ligger i papirkurven. De skulle ikke tatt deg ut før jeg kom. Jeg skulle jo ha strøket deg over håret først. Det vakre, gylne håret ditt. Latt fingrene gli over pannen og neseryggen din, slik jeg måtte gjøre da du var liten og du ikke kunne få til å sove. Sunget for deg så du kunne sove rolig. Blåmann, Blåmann, gutten min.

Berg, 2002, side 122

I boken ”Sorgen ved selvmord. En bog til de efterladte” (Anneberg, 2002), skriver U. Bille-Brahe i innledningskapittelet til boken om erfaringer og tanker rundt det å være etterlatt. Hun har forsket og arbeidet med temaet selvmord i Danmark over flere tiår. Av interesse for vår oppgave finner vi det hun skriver om ulike grupper av etterlatte. Hun knytter ikke sine refleksjoner og erfaringer spesielt til psykiatrisk sykdom eller selvmord innenfor psykiatrien. Bille-Brahe peker på tre forskjellige grupper av etterlatte. Gruppe 1 består av de som har sørget på forhånd. Selvmordet kommer ikke uventet. Familien kan ha vært gjennom forskjellige faser av bekymring, uvisshet og smerte, og har på en måte vært tvunget til å avskrive personen som et fullverdig familiemedlem. De etterlatte kan noen ganger ha gjennomgått en viss form for sorg og avskjed. I noen tilfeller er selvmordet en avslutning på en lang prosess



og kan derfor også være en lettelse. Gruppe 2 kan beskrives som de som ikke har sørget på forhånd. Familien lever i tett kontakt med hverandre, og er involvert i å hjelpe vedkommende ut av sine problemer. Mange ganger kan de ta på seg mye ansvar for dette menneskets liv. Selvmordet understreker på en brutal måte at innsatsen til de pårørende ikke strakk til. Selvmordet fratrar dem verdien av alle anstrengelsene og dermed også ofte deres selvverdi. Når anstrengelsene har vært store over lang tid, kan selvmordet virke som en akutt lettelse. Dette kan samtidig føre til en økt byrde av skyld. Til slutt nevner hun Gruppe 3 som de tilfeller der selvmordet er fullstendig uventet og hvor man kan definere de etterlatte som vitner til plutselig død. De vil ofte ha et meget stort behov for å forstå. Den første sjokkfasen kan være spesielt voldsom for denne gruppen. De som har vært vitne til plutselig død vil ofte fokusere mye på selvmordsmetoden, spesielt når de selv har funnet den avdøde. Først meget senere får de et behov for å håndtere den dype sorgen og følelsen av skyld, hevder Bille-Brahe. Til slutt i boken er et eget kapittel om psykiatrien og de etterlatte. Vi siterer forfatteren:

Jeg tror jeg kunne have fylt en hel bog alene med pårørendes frustrasjoner over, hvordan de bliver mødt eller snarere "ikke mødt" i psykiatrien.

Anneberg, 2002, side 275

Kapittelet om psykiatrien forteller historiene til flere pårørende. Felles for de fleste er en beskrivelse av grunnleggende mangel på kommunikasjon, av ikke å bli hørt og bli utestengt fra et samarbeid om behandlingen. Som i boken "Blåmann" er hovedfokuset det som skjer før selvmordet. Få har opplevd å bli tatt kontakt med i etterkant, og det etterlyses heller ikke spesifikt fra de som er blitt intervjuet i boken. En liknende refleksjon som Bille-Brahe gjør finner vi hos Clark (Clark, 2001). Hun skriver at en gruppe av etterlatte vil være de familiene som lenge har hatt et familiemedlem med psykisk lidelse, og som har levd lenge med redselen for selvmord. Hun beskriver også at disse vil ha startet en sorgprosess i forkant av dødsfallet, og at de etterpå vil kunne føle en form for lettelse.

Boken "I fremmed land - at leve med en datters psykiske sykdom og selvmord" (Nielsen, 2001) gir heller ikke mye oppmerksomhet til ønsket eller behovet for oppfølging etter selvmordet. Den har sitt hovedfokus på å fortelle historien om datterens sykdom. Foreldrene til Lise beskriver en sterk uro og skepsis til om datteren får tilstrekkelig hjelp når de oppfatter henne som svært dårlig. Hun tok sitt eget liv kort tid etter at hun ble utskrevet fra psykiatrisk sykehus. Hva familien selv kunne ønske seg av oppfølging etter selvmordet nevnes kun i sporadiske kommentarer. Vi siterer følgende fra boken:

Som død blev Lise ganske overtaget af offentlige myndigheder, og i henseende til de pårørendes tilsidesættelse var det nesten mer konsekvent, end hva vi undervejs havde oplevet på Psykiatrisk Hospital.

Nielsen, 2001, side 85

Straks da Lise var blevet fundet, lot politiet hende blive kørt til kommunehospitalet, selv om hun var erklæret død, og før vi blev underrettet. Derfor måtte vi tage afsked med Lise i et fremmed og trist kapellrum i stedet for i hennes lejlighed omgivet af hendes personlige ting. Vi blev overhovedet ikke spurgt.

Nielsen, 2001, side 84

Umiddelbart efter Lises død, havde overlegen på hospitalet tilbudt os en samtale. Det blev vi glade for, men først ville vi gerne have begivenheterne lidt på afstand og have gjennomlest Lises 100 sider lange journal.

Nielsen, 2001, side 85

Når familien til en pasient får vite om et selvmord vil dette være en særdeles stressende situasjon. Familien vil ofte reagere med å anklage de ansatte. Dette er en normal reaksjon, og den er nødvendig for sorgprosessen. Det vil være u hensiktsmessig for de ansatte å gå i forsvar i en slik situasjon. Dette hevder de la Cour i en artikkel om selvmord på institusjon (de la Cour, 2000).

#### *Egne erfaringer*

Vi har begge arbeidserfaring fra voksenpsykiatriske avdelinger ved UNN. Siden miljøet er oversiktlig og selvmord ikke skjer så ofte kan vi ikke nevne våre erfaringer knyttet til spesifikke selvmord. Det vil bli for lett å kjenne igjen. Derfor blir våre refleksjoner av mer generell karakter. Noen betraktninger kommer fra å ha møtt etterlatte i sorggrupper og andre typer av oppfølging. Vi har møtt noen familier som har rettet formelle klager mot behandlingen som har blitt gitt ved den aktuelle institusjonen. Slike klagesaker drar ofte ut i tid (år) før en avgjørelse fattes. I denne tiden kan familiemedlemmer få det vanskelig med å komme i gang med eller komme seg videre i sorgbearbeidingen, før avklaringen er der. Dette kan være forbundet med sinne og bitterhet rettet mot behandlingen. Flere etterlatte beskriver også at de er blitt fortalt at "de kan slappe av" etter innleggelsen fordi vedkommende nå er "i trygge hender". Slike forsikringer kan gis både fra institusjonen selv og fra hjelpeapparatet utenfor. Etterlatte har gitt uttrykk for at uttalelsene har blitt oppfattet som krenkende og overfladiske. Mange av de etterlatte vi har møtt vil kunne passe i det Bille-Brahe kaller for Gruppe 1. Her har familiene levd med psykisk lidelse og redsel for selvmord over tid. Lettelse har vært en av flere reaksjoner etter selvmordet.

#### **4.2.4 Hvordan reagerer personalet når de mister en pasient i selvmord?**

I forskning om personalets reaksjoner etter selvmord hos en pasient, finner vi beskrevet terapeuters reaksjoner. Clark og Goldney (2000) refererer til den forskning som har blitt gjort de siste årene. Hendin og medarbeidere beskriver tilsvarende reaksjoner (Hendin, Lipschitz, Maltzberger, Haas, & Wynecoop, 2000). Studier viser at profesjonelle hjelpere opplever følelser som personlig tap, inkludert sjokk, tristhet, lettelse, mislykkethet, lav selvtillit som fagperson og sinne overfor den avdøde. Clark og Goldney beskriver videre forekomst av varige personlige ettervirkninger som fysisk sykdom, depresjon, ubegrunnet angst og problemer i mellommenneskelige og profesjonelle relasjoner. Distansering fra pasienter og kollegaer, eller det motsatte, overinvolvering, redsel for sinne fra familien til den avdøde eller trussel om rettssak, mye fravær fra jobb, og noen ganger skifte av jobb har også vært beskrevet.

Det er få andre hendelser som kan fremkalle en slik opplevelse av å ha sviktet og å gi opphav til skyldfølelse hos hjelperen, som en pasients selvmord. Selvmord blir nesten alltid betraktet som en hendelse vi skulle ha vært i stand til å forebygge. Vi kunne ha gjort en bedre risikovurdering av den selvmordsnære pasienten, vi kunne ha tatt hans suicidale signaler mer alvorlig og tatt bedre kontroll over situasjonen (Lloyd, 1995). Kvinnelige terapeuter ser ut til å føle mer skyld og skam, de tviler mer på egen faglighet og oppsøker oftere hjelp. Man finner ingen forskjell i reaksjoner etter hvor lang erfaring eller hvilket yrke man har (Grad, Zavasnik, & Groleger, 1997).

Enkelte beskriver en prosess hvor ens egen personlige og profesjonelle innsikt blir økt ved å lære av hendelsen. Men dersom man undertrykker sine følelser kan det bli vanskelig å få til en læring eller å få gitt uttrykk for sorgen, noe som igjen kan gjøre det vanskelig å ta seg av de oppgavene man har ansvaret for. Dilemmaet med å ivareta sine egne reaksjoner samtidig med

å ha ansvaret for å tilrettelegge oppfølging for familiemedlemmer, medpasienter og eget personale er det mange som opplever som vanskelig (Clark & Goldney, 2000).

#### *Egne erfaringer*

Samtaler med ansatte innenfor psykiatrien, og egne erfaringer levner liten tvil om at å miste en pasient i selvmord medfører sterke følelsesmessige reaksjoner hos personalet. Personlige erfaringer fra psykiatrisk institusjon hvor flere mennesker tok sitt eget liv, har gjort et sterkt inntrykk. Varierende grad av skyldfølelse, følelse av faglig mislykkethet og tristhet kan nevnes som noen av de følelsene som oppstod. Men det har også bidradd til en økt kompetanse i forhold til å kunne forstå egne og andres reaksjoner. I diskusjoner med ansatte har det kommet til uttrykk mange tanker og følelser rundt selvmordet. En sykepleier som hadde hatt mye kontakt med en av disse pasientene, sa hun følte seg veldig nedfor i lang tid etterpå. En psykiater ga uttrykk for savnet av et forum hvor man kunne dele disse vanskelige opplevelsene. Nå flere år etterpå kunne vedkommende anklage seg selv for noen av sine handlemåter i etterkant av selvmordet. Som sykepleiere har vi opplevd selvmord i institusjon på nært hold. De av personalet som har arbeidet nærmest den avdøde, har blitt nokså "satt ut" i den akutte situasjonen. Andre i personalgruppa med et noe mer distansert forhold har påtatt seg flere av oppgavene overfor familien, medpasienter og personalet. Dette har vært ad hoc løsninger og ikke et resultat av nedfelte rutiner.

### **4.3 Oppfølging av etterlatte etter et selvmord**

#### **4.3.1 Oppfølging av familien**

Det finnes en del litteratur når det gjelder oppfølging av familier etter selvmord. Om oppfølgingen bør være annerledes når selvmordet har skjedd i en psykiatrisk døgninstitusjon finner vi lite spesifikk litteratur eller forskning rundt. Når det gjelder oppfølging av familien vil vi i hovedsak benytte Etterlattestudien til K. Dyregrov (Dyregrov et al., 2000a; Dyregrov, 2002b). Vi anser den som særlig relevant siden den er en landsdekkende kohortstudie, den er gjennomført nokså nylig og de etterlatte sine opplevelser og ønsker kommer tydelig frem. Om få år vil en få komparative resultater fra USA, Australia og Belgia som ønsker å undersøke etter samme metode.

Men først noen funn fra internasjonal litteratur. Clark (2001) beskriver oppfølging etter selvmord (*suicide postvention*) som et neglisjert område. Hun peker på at sorgen ofte er usynlig i samfunnet, og at sorgens natur gjør at de sørgende selv ikke klarer å være talsmenn for sin egen sak. Av de 52 landene som er medlemmer av IASP (International Association of Suicide Prevention), og som hun da antar har en spesiell interesse for selvmordsforebygging, var det i 1997 bare 14 land (27 %) som hadde egne støttegrupper spesielt for etterlatte etter selvmord. Clark skriver videre at det er gjort forskning som viser at støtteprogrammer for etterlatte kan være effektive. Men viser også til at en i noen studier har funnet at enkelte deltagere faktisk fikk det verre etter et oppfølgingsprogram, selv om alle hadde beskrevet programmet som en hjelp for dem. De som fikk det verre var menn som hadde oppgitt å ha lite plager. Kvinner som hadde oppgitt mye plager fikk det bedre. Dette kan forklares i kjønnsforskjellene i sorgprosessen og oppfølgingens karakter, der kommunikasjon og aktivitet er kjønnsespesifikk. Clark (2001) viser til den økning en har sett de siste årene i materiell som bøker og videoer, skrevet av etterlatte selv. En ny utvikling skjer nå på Internett. Web-sider kan være nyttige både for å gi informasjon til etterlatte, men også som formidler til lokale støttepersoner eller organisasjoner. Hvilken effekt dette har for etterlatte gjenstår det å finne ut.

Clark (2001) peker på at i det videre arbeidet for å hjelpe etterlatte må man ta inn over seg at etterlatte etter selvmord ikke er en ensartet gruppe. Nyere forskning viser oss variabler som må få konsekvenser for fremtiden. Forskjellige utfall blant slektninger, kjønn, alder, kultur, personlighet og mestringsstil gjør at vi må undersøke mer den enkeltes sorgforløp, og se hva som er relevant oppfølging. Evidensbaserte retningslinjer er svært savnet på dette området, skriver hun. Hvordan en familie opplever et selvmord er også et område som må utforskes. En annen vei videre er å benytte seg av all forskning rundt etterlatte generelt. Dette er en verdifull kilde fordi likhetene er større enn forskjellene når det gjelder reaksjoner og oppfølging ved ulike dødsårsaker. Fortsatt forskning vil gi oss svar som kan være med på å sette nye standarder for oppfølging av etterlatte, noe hun mener det er behov for verden over. Oppfølgingen må være oppsøkende, da de med størst behov vil være de siste til å oppsøke hjelp, avslutter Clark.

Systematiske behandlingstilbud for barn og voksne har i en årrekke vært etterlyst av fagfolk som arbeider med etterlatte etter selvmord (Svenberg, 1987; Müller, 1992). Den største innsatsen i det selvmordsforebyggende arbeid i Norge har vært rettet mot de som er selvmordsnære (Mehlum, 2000). Man har først i de senere år fått en økende erkjennelse av hvilke problemer etterlatte etter selvmord kan slite med, både når det gjelder omfang og art.

Hvilken hjelp og støtte etterlatte etter selvmord i Norge opplever å ha behov for fra hjelpeapparatet og sosialt nettverk har vi visst relativt lite om inntil K. Dyregrov sin undersøkelse ble gjennomført (Dyregrov et al., 2000a; Dyregrov, 2002b). Prosjektet "Omsorg for etterlatte ved selvmord" hadde som hovedmålsetting å belyse etterlattes sorg, deres behov for hjelp og støtte, samt eksisterende hjelpetilbud. I det følgende avsnittet vil vi beskrive nærmere hovedfunnene i denne undersøkelsen når det gjelder ønsker og behov for oppfølging av etterlatte etter selvmord innen familien.

#### *Hvilken hjelp har etterlatte fått som de beskriver som viktig?*

Nær 70 % av informantene nevner familie og nære venner som den viktigste hjelpen i tiden etter selvmordet. Betydningen av nære venner nevnes like ofte som familien, og hjelpen som nevnes er samtaler, støtte og praktisk hjelp. Knappt en tredjedel (31 %) av foreldrene og ca. 15 % av søsknene beskriver at fagfolk har vært den viktigste hjelpen etter selvmordet. Dette tallet må ses i sammenheng med manglende tilbud om hjelp, og etterlattes savnede tilbud om hjelp som også er beskrevet i undersøkelsen. Ca. halvparten av de som beskriver fagfolks hjelp som viktigst, oppgir samtaler med presten som mest betydningsfull, mens resten trekker frem enten lege, psykolog, politi eller psykiatrisk sykepleier. En mor beskriver det slik:

Den viktigste hjelpen var politiets måte å opptre på den første natten de kom hit, deres måte å håndtere tragedien på. Fra andre dag var vårt møte med prest og psykolog den aller, aller viktigste hjelpen.

Dyregrov et al., 2000a, side 124

I undersøkelsen nevnes at de som har fått tidlig profesjonell hjelp og videre oppfølging av de samme fagpersonene eller kriseteam, vurderer dette høyt og trekker oftest dette frem som den viktigste hjelpen. At hjelperne har kommet hjem til dem, oppgis også som særlig verdifullt. Tjueto % av foreldrene og 20 % av søsknene nevner arbeidet som viktigste hjelp etter dødsfallet. Å kunne ha et sted å gå til som ga "mulighet til å tenke på noe annet", rom for samtaler, forståelse og medmenneskelighet var av stor betydning. At arbeidsplassen kunne gi rom for fleksibilitet og være støttende over tid blir nevnt som verdifullt. Det er svært få som nevner hjelp fra sorggrupper eller kontakt med andre i samme situasjon som viktigste hjelp, kun 4 % av foreldrene og 2 % av søsknene. Dette kan skyldes at det finnes få sorggrupper for

etterlatte etter selvmord, og det kommer også frem at det kan være vanskelig for den enkelte å delta i slike. Med hensyn til hva etterlatte har kunnet gjøre selv nevnes åpenhet, fysisk aktivitet og det å snakke om det som har skjedd.

### *Hvilken hjelp ønsker etterlatte?*

Undersøkelsen understreker at etterlatte trenger støtte fra det offentlige. Når de fleste påpeker at: ”Vi trenger også offentlig hjelp”, siktes det til at mange opplever en forskjellsbehandling når det skjer ulykker og tragedier. Hvordan kan det ha seg at det synes å være et apparat parat med fagfolk og rutiner når flere mennesker omkommer i ulykker, mens det samme ”apparatet” er fraværende når enkeltfamilien opplever det verst tenkelige: å miste en ungdom i selvmord? En mor mener forskjellsbehandlingen kan øke følelsen av skyld og skam:

Det har slått meg en og annen gang når det er mange som omkommer i tragiske ulykker. Da er det ikke måte på hvordan man skal hjelpes. Men jeg kan ikke skjønne annet en at tragedien er like stor for den ene som omkom i en tragisk situasjon. Når det er fire eller fem som dør, er jo forskjellen bare at det er snakk om fire-fem familier samtidig. Det føles kanskje som om vår tragedie ikke er så grei som de andre. Det gir et veldig feil signal synes jeg.

Dyregrov et al., 2000a, side 125

Etterlatte poengterer at de trenger offentlig hjelp selv om en har god støtte fra det sosiale nettverket. Viktige momenter for de etterlatte er å snakke med noen som kjenner feltet og at ansatte i det offentlige har taushetsplikt. Sine nære venner skal man leve videre med resten av livet, og mange tenker at ikke alt bør eller kan sies til dem. Det offentlige kan også gi en annen type hjelp enn det sosiale nettverket. Sekstiåtte % av søsken og 48 % av foreldre gir uttrykk for at de ønsker hjelp fra fagfolk i et team. De mener det burde være skriftlige rutiner som trådte i kraft automatisk ved selvmord. Teamet burde gjerne ha med seg noen som ”hadde opplevd det samme”, mener mange. Medlemmene i teamet burde kjenne hverandres roller godt, slik at de visste hva den enkelte skulle gjøre når en situasjon oppstod. De etterlatte må bli kontaktet fra det offentlige om tilbud, ikke omvendt. En far sier:

Jeg har fått den hjelpen jeg har bedt om, men det er ingen som har tilbudt meg hjelp. Og det er en vesentlig forskjell. En trenger også å bli tilbudt hjelp fordi en ikke vet hva en trenger eller hva som finns av hjelpetilbud.

Dyregrov et al., 2000a, side 128

Det fremheves at det er viktig at tilbud om hjelp gjentas. På grunn av sjokket og mekanismer som benekting og fortrenging, vil man kunne avslå tilbud som man ville sagt ja til på et senere tidspunkt. Et avgjørende moment for oppfølging ser ut til å være når og hvordan kontakt med hjelpere blir etablert. Utmattelse og mangel på energi kan forklare hvorfor etterlatte ikke søker den hjelp de trenger (Dyregrov, 2002b). Amaya-Jackson og medarbeidere (1999) sammenlignet en gruppe som hadde opplevd en traumatisk hendelse med en kontrollgruppe fra normalbefolkningen. Blant de traumatiserte fant de 3-4 ganger større sannsynlighet for å unngå å be om somatiske helsetjenester, og en enda større barriere mot å be om hjelp fra psykisk helsevern. At de føler seg stigmatisert er også en grunn til at de ønsker å bli kontaktet og tilbudt hjelp. Opplevelse av skam og skyld og respektløse kommentarer fra nettverket kan resultere i at de ikke søker hjelp selv (Provini, Everett, & Pfeffer, 2000). En annen viktig grunn til at etterlatte ønsker gjentakelse av hjelpetilbud er at de ser at sorgen og smerten varierer over tid og dermed også hjelpebehovet. Det vil også variere hvordan den enkeltes sosiale nettverk vil fungere over tid. Dessuten hvordan de enkelte vil takle krisesituasjonen personlig og i relasjon til resten av familien. Etterlatte er også enige i at hjelpen må trappes ned gradvis i en felles forståelse med hjelpeapparatet. Tryggheten ved å vite at noen som var

til stede i begynnelsen også vil ta kontakt etter et par år for å høre hvordan det går, beskrives av mange som ”en livbøye i det fjerne”.

### *Akutt krisehjelp*

Beskrivelser av hvilken hjelp som ønskes kan sorteres i to hovedgrupper: akutthjelp og langtidsoppfølging. De fleste etterlatte ønsker begge deler. Når det gjelder akutt hjelp har mange brukt beskrivelsen ”å bli tatt hånd om”. Katastrofen oppleves som stor, og en mor beskriver det sånn:

Etter en slik hendelse vet man ikke hva man vil og trenger, og en kan gå helt til grunne.

Dyregrov et al., 2000a, side 129

Søsken er stort sett mer tilbakeholdne enn foreldrene i ønske om akutt hjelp. Etterlatte er mer sikre på at de trenger hjelp, enn hva hjelpen skal være. De nevner momenter som at det er viktig at det offentlige kommer tidlig inn i bildet, før symptomer og plager kommer og ikke etterpå. Mange påpeker også at behovet for akutt hjelp er tydeligere å se når det har gått en stund.

### *Langtidsoppfølging*

Det som kommer frem når man sammenlikner hjelp som er gitt, er at både foreldre og søsken får mest hjelp på andre tidspunkt enn de selv ønsker. De fleste sier at i den grad de har fått noe hjelp har den vært gitt i den første tiden når man er i sjokk. Støtten fra det sosiale nettverket er også størst i starten. Søsken oppgir å få mer hjelp enn foreldre den første måneden. Etter et halvt år får bare 6 % av søsknene offentlig hjelp, mens nesten halvparten ønsker å få hjelp. Hos foreldrene oppgir 73 % at de ønsker hjelp etter et halvt år, mens 28 % får hjelp. Etterlatte ønsker at oppfølgingen skal ha et lengre tidsperspektiv enn det som er tilfelle i dag. Mange mener den bør vare i opptil et par år. Samtidig påpeker de at varigheten og intensiteten selvsagt vil variere. De foreslår obligatorisk kontakt hver uke i starten som senere kan reduseres til månedlig oppfølging.

### *Spesiell hjelp ved traumatiske reaksjoner*

I noen tilfelle kan etterlatte få så sterke reaksjoner at personalet må formidle hjelp til et akutt behandlingstilbud. Dette kan være hos spesielt sårbare personer og/eller der familiemedlemmer har funnet den avdøde. En detaljert gjennomgang av hendelsen kan fremme den tankemessige bearbeidingen. Det finnes ulike typer selvhjelpsråd for å motvirke påtrengende minner eller fantasier, noe som kan styrke den daglige fungeringen (Dyregrov, 2002a).

### *Informasjon*

De fleste ønsker informasjon om fysiske og psykiske reaksjoner på den sjokkerte hendelsen de har opplevd. I tillegg trenger etterlatte råd for å ta vare på seg selv og familien. De ønsker informasjon fra politiet om omstendighetene rundt dødsfallet og om politiets etterforskningsoppgaver ved selvmord. Dette siste for å unngå å føle seg mistenkeliggjort. Familier som hadde fått tidlig informasjon om normale reaksjoner ved kriser, opplevde seg bedre rustet til å takle det som kom. Noen opplevde juridiske problemer og etterlyste juridisk bistand og informasjon. I tillegg ønsket man informasjon om ulike hjelpetilbud.

### *Sorgstøttetiltak*

Svært mange ønsker å kunne snakke med andre i samme situasjon. Men det er viktig at tilbudet ikke kommer for tidlig, helst etter 3-4 måneder. Før det klarer de ikke å ta imot andres sorg. Gruppene bør være for de som har mistet noen i selvmord, ikke blandet med andre typer sorg. De etterlatte mener at sørgende ved andre dødsårsaker ikke har skyld, skam og stigma-

tisering knyttet til seg. Noen etterlatte som hadde erfaring fra sorggrupper mente at disse burde inneholde faste temaer og ledes av erfarne fagfolk. Dette ville kunne gi mer progresjon i sorgen og mer tilbakemelding underveis. Fagfolk ble også oppfordret til å knytte kontakt mellom etterlatte etter selvmord.

#### *Familieperspektiv*

Det er foreldrene som får mest og best hjelp fra det offentlige. Etterlatte sier at hjelpen må være til alle i familien. Ikke minst trekkes det frem at mindreårige søsken og søsken som ikke er hjemmeboende, trenger mer ivaretagelse. Mindreårige søsken må ivaretas fordi foreldrene ser at de selv er så utslått at de ikke makter det. Barna kan lett ta på seg en rolle hvor de passer på foreldrene, mens de egentlig trenger hjelp selv.

Som en avsluttende kommentar fra undersøkelsen (Dyregrov et al., 2000a) tar vi med at etterlatte poengterer at de ikke må sykeliggjøres i kontakten med fagpersoner, men at de i utgangspunktet har normale reaksjoner i en unormal situasjon. De ønsker hjelp til selvhjelp for å komme tilbake til et så normalt liv som mulig.

#### *Støtter forskning i andre land det som etterlatte i Norge opplever og forteller?*

Noen studier har de siste årene konkludert med at etterlatte ønsker seg offentlig støtte og hjelp i tillegg til sosial støtte (Clark, 2001; Murphy, 2000; Provini et al., 2000). Studier peker også på nytten av offentlig støtte nettopp fordi ens eget sosiale nettverk ikke kan være tilstrekkelig over tid (Murphy, 2000). Mens 88 % av foreldrene i den norske undersøkelsen ønsket seg profesjonell hjelp, ønsker bare 26 % av de nærmeste pårørende det samme i en liknende studie (Provini et al., 2000). Forskjellen kan eventuelt forklares ved at det i undersøkelsen til Provini var 17 % foreldre, mens den norske hadde nærmere 70 % foreldre. Undersøkelsen var gjort 5 måneder etter dødsfallet. Den norske fant sted gjennomsnittlig 14 måneder etterpå. Dette kan ha gitt ulike resultater med hensyn til at reaksjonene kan øke utover i det første året og dermed også behovet for hjelp. Det sosiale nettverket er sterkest den første tiden etter dødsfallet. Det er også et poeng å se foreldrenes ønsker i lys av forventningene til den norske velferdsstaten. Provini sin undersøkelse ble gjort i USA hvor forventningene til offentlig hjelp nok er lavere. Etterlatte i Provini og medarbeidere (2000) sin undersøkelse rapporterer det samme som den norske når de understreker betydningen av at hjelpen i den akutte fasen må tilbys gjentatte ganger. Dette fordi de selv ikke har overskudd til å be om hjelp og at behovet for hjelp vil variere over tid. Når det gjelder behovet for tidlig informasjon og hjelp med praktiske ting, juridisk og økonomisk hjelp, finner en også dette uttrykt i andre studier (Clark, 2001; Murphy, 2000).

### **4.3.2 Oppfølging av personalet**

Vi vil først si noe generelt om hva som kan være til hjelp for personale som opplever selvmord og deretter vise til anbefalte tiltak. Hva sier terapeuter selv har vært til hjelp for dem etter en pasients selvmord? I studien til O. Grad (1999) svarte flertallet av det spurte personalet at det å snakke med noen av sine nærstående hadde vært til stor hjelp (56 %). Å arbeide videre som vanlig hjalp ytterligere 16 %, og noen få hadde følt det som en hjelp å prøve å finne ut årsakene til selvmordet (5 %). Videre beskrives det å få hjelp til å snakke om egne følelser og refleksjoner sammen med en annen person eller i gruppe som en av flere måter å hjelpe terapeuter på. Dette bør skje sammen med noen som har opplevd det samme, eller som har erkjent at de kan komme til å oppleve det.

Gitlin (1999) gjennomgår en case hvor en psykiater opplever at en pasient som går i individualterapi tar sitt liv. Etter å ha beskrevet reaksjonene, lister han opp tre punkter han anser som viktige for å kunne mestre situasjonen best mulig. Disse er å unngå å isolere seg, arbeide konstruktivt med temaet, og å bruke spesielle kognitive tenkemåter. Her nevner han å ta inn over seg det faktum at selvmord er en mulig utgang ved alvorlig psykisk lidelse, spesielt ved alvorlig depresjon. Det er viktig å erkjenne at når en pasient ikke lenger er i tvil, kan selvmord være uunngåelig. I denne sammenhengen nevner Gitlin at det ikke finnes presise måleinstrumenter for å predikere selvmordsfare.

Den eller de som først finner en pasient etter et selvmord vil være utsatt for en rystende og stressfull opplevelse. Det er av betydning at disse vises en spesiell oppmerksomhet. Personalet som blir involvert i et selvmord vil ha et oppfølgingsbehov som er avhengig av hvor nært en har vært pasienten og hvor lenge kontakten har vart. Spesielt uttalt kan oppfølgingsbehovet bli for dem som er ansvarlige kontakter for pasientens behandling. Men også personale som var på vakt da pasienten tok sitt liv eller da vedkommende forlot avdelingen, for siden å ta sitt liv, blir ofte mer berørt (Mehlum, 2003; Weisæth, 2003). Hvordan kan da personalet best hjelpes og støttes? I tillegg til støtte fra ledelse og kolleger er det anbefalt umiddelbar utsnakking (defusing) og en senere etterfølgende psykologisk debriefing. Den psykologiske debriefingen holdes vanligvis 1-3 døgn etter hendelsen. Det kan for noen også bli behov for en forlenget oppfølging p.g.a. sterke reaksjoner knyttet til en traumatisk opplevelse (Dyregrov, 2002a; Mehlum, 2003; Weisæth, 2003).

Kaye og Soreff (1991) beskriver i en artikkel det ansvar som påhviler den ansvarlige psykiater etter et selvmord og hvordan personalet bør ivaretas. Det er viktig at hele personalet blir orientert om dødsfallet snarlig. Dette gjøres best ved felles samling av personalgruppen. Dette må ved behov gjentas slik at alle skift blir informert. Det skal tilrettelegges for at deltakerne kan gi hverandre støtte og at en får mulighet til å ventilere følelser. Kaye og Soreff poengterer at en som behandler ikke skal bli stående alene med mye ansvar etter et selvmord blant en av sine egne pasienter. Det bør raskt opprettes en kontakt med en mer erfaren kollega som kan ha en støttende rolle de første dagene etter selvmordet. Spørsmål som "hva gjorde jeg feil?" må bli møtt. Det vil også være nyttig å gå igjennom og lage en liste over de praktiske ting som må ordnes. De viser til at det er viktig at behandlere, som også har en lederfunksjon, er tilgjengelige for personalet og viser interesse for hvordan de opplever det som har hendt. Ofte er det behov for flere møter for å gjennomarbeide det som har skjedd, fortsetter Kaye & Soreff (1991). Dette kan skje både i gruppe og som personlig veiledning av en erfaren veileder (Michel, Armson, Fleming, Rosenbauer, & Takahashi, 1997). Kaye og Soreff beskriver et tilfelle der en kunne avslutte bearbeidingen av et selvmord først et år etter at det hadde funnet sted. I tillegg til dette viser Bartels til at den uformelle kollegastøtten har blitt beskrevet som den viktigste støtten i undersøkelser, og derfor ikke må undervurderes (Bartels, 1987). Bartels konkluderer med at en dårlig ivaretagelse av personalets reaksjoner og den faglige utfordringen i dødsfallet kan lede til demoraliserende og depressive tendenser i personalgruppen.

Rituelle seremonier er viktige. Minnestund /-samling bør holdes for personal og medpasienter, innen to uker etter dødsfallet (Bartels, 1987). Deltakelse i begravelse og andre måter å vise respekt for avdøde og familien, er viktig for at berørt personale skal kunne avslutte og ta farvel. Dette kan også være å sende et kort, blomster eller annet.

Det anbefales å gjennomføre en strukturert selvmordsgjennomgang (*psychological autopsy*) for å gi mulighet til å fritt ventilere alle følelser og dra lærdom av det som har skjedd og skape forbedringer i sin praksis. Dette motvirker unnvikelse av temaet, og er med på å øke kompe-



tansen hos de ansatte (Kaye & Soreff, 1991; Haga, 1990). Tidspunktet for en slik selvmordsgjennomgang bør utsettes til den første sjokkopplevelsen i personalet er bearbeidet (Bartels, 1987). Dette vil variere i de ulike tilfelle, men betyr som regel noen uker etter selvmordet. Gjennomgangen bør ledes av en person utenfor den avdeling/enhet der selvmordet skjedde. Bartels peker på den utfordring en har i å bearbeide og skape en forståelse etter et selvmord. Her må en balansere mellom to ytterligheter. På den ene siden at de selvmord som skjer er uunngåelige og ikke kan forhindres. På den andre siden at alle selvmord skjer fordi en gjør faglige feil i vurderinger, diagnostisering eller empatisk støtte (Bartels, 1987). Selv om skyld ikke skal være fokus, så er det viktig å heller ikke bagatellisere eller ignorere det som kunne vært gjort annerledes. Målet er å dra lærdom fra det inntrufne. En må da tydeliggjøre realistiske begrensninger i behandling og omsorg og i å forutse selvmord. Det er vist at en slik selvmordsgjennomgang kan være en stressfaktor og skape dårlig faglig selvtilitt hos behandlere, om den ikke blir utført på en adekvat måte (Hendin et al., 2000).

Institusjoner som jevnlig er i kontakt med selvmordsnære pasienter, har et ansvar for å hjelpe den enkelte til å bearbeide et selvmord. De bør sette opp skriftlige retningslinjer for dette (Michel et al., 1997; Grad, 1999). Det å ha en slik prosedyre er foruten å sikre rutinemessig oppfølging også med på å bevisstgjøre behandlere på det faktum at pasienter kan ta sitt eget liv. J. de la Cour beskriver slike aktuelle retningslinjer (de la Cour, 2000). Noen relevante er tatt med her:

- Debriefing / samling av personell er viktig for å ventilere følelser, formidle informasjon, lage handlingsplan og forutse spesielle problem.
- Et oppfølgingsmøte for personalet som var involverte i pasienten skal komme i stand snarest mulig. Det er en fordel om dette ledes av en utenforstående fagperson. Videre møter avtales etter behov.
- Et møte der en går gjennom hendelsen og hvilke faktorer som evt. kan ha bidratt til selvmordet skal avholdes. Deltakere er pasientens behandlere / kontakter samt personalet som var på vakt da selvmordet skjedde. Møtet gir mulighet til å reflektere rundt hendelsen og å dra lærdom, og derigjennom evt. kunne forhindre fremtidige selvmord. En erfaren fagleder bør lede møtet. En kan finne ut at selvmordet ikke kunne forutses eller at det kunne vært avverget. Møtet bør referatføres.
- Ledelsen har et ansvar for å følge med på hvordan ansatte reagerer på selvmordet i ettertid. Ekstern oppfølging / behandling bør være tilgjengelig for det involverte personalet og spesielt personalet som var på vakt da selvmordet skjedde. Problemer kan også komme lenger tid etter hendelsen.
- Ledelsen kan også trenge å bistå personalet i rettslige etterspill. Fagpersoner som innkalles til evt. rettslige avhør bør ha med seg en erfaren fagleder.

de la Cour, 2000, side 40

K. Michel og medforfattere sier at en allerede i helseutdanningene må forberedes på at arbeid med psykiatriske pasienter kan bety å miste noen i selvmord. Utfallet av en god håndtering av et selvmord i avdelingen kan bety øket vekst både faglig og personlig (Michel et al., 1997). Bartels (1987) beskriver at en god bearbeiding kan føre til et mer realistisk syn på faglige begrensninger og forsoning med seg selv. En kan ikke sikre seg mot nye selvmord. I stedet må en ha en åpenhet og være forberedt på at det kan skje igjen.

### *Egne erfaringer*

Våre egne erfaringer har vi fra å delta i samlinger for personalet hvor det blir gitt informasjon og anledning til å gi uttrykk for egne følelser og tanker i forhold til selvmordet. Dette har utelukkende vært oppfattet som positivt. Egne spenninger har blitt redusert og det har gitt en styrket følelse av fellesskap i personalgruppa rundt håndteringen av situasjonen. Å være tilhører til andre sine tanker var en hjelp for å sortere sitt eget. Deltagelse i minnestund på

posten og i begravelsen har også vært positive erfaringer. En av oss har mottatt veiledning i en veiledningsgruppe hvor temaet var et selvmord som ikke var blitt gitt mye oppmerksomhet på posten. Veiledningen som skjedde flere år etter selvmordet var en opplevelse som understreker at selvmord kan sette dype spor hos personalet. I dette tilfellet var det å komme i kontakt med en dyp følelse av tristhet en befriende opplevelse.

#### **4.4 Hvilket formelt ansvar har psykiatriske døgninstitusjoner for oppfølging av etterlatte etter selvmord?**

I offentlige dokumenter er håndtering av et selvmord i psykiatriske institusjoner og oppfølging av etterlatte ikke direkte beskrevet. Vi vil se på målsettinger og oppgaver for den psykiatriske spesialisthelsetjenesten slik de kommer frem mer generelt. De helselover som regulerer spesialisthelsetjenestens virksomhet beskriver i liten grad at etterlattes behov for støtte eller oppfølging skal ivaretas. I oppfølging av etterlatte er det et forebyggende perspektiv som er vektlagt i denne oppgaven. I Lov om spesialisthelsetjenesten (Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m., § 1-1) står at formålet er å ”fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming”. Det ble i forarbeidene til loven lagt vekt på at forebyggende og helsefremmende arbeid er en del av lovens virkeområde, sammen med diagnostikk, behandling og rehabilitering. Dette er ikke spesifikt tatt opp i lovens oppgavekapittel. Sykehusene skal, etter intensjonen, ivareta sekundærforebyggende oppgaver for å fremme folkehelsen. Dette skjer i for liten grad (Drangsholt, 2002). Drangsholt etterlyser at helseforetakenes ansvar blir tydeliggjort fra sentrale helsemyndigheter.

I Opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006 (Sosial- og helsedepartementet, 1999a, 1999b) er arbeid rettet mot selvmordsutsatte mennesker fremhevet som et prioritert område. I planen som gjelder for kommunene er det i denne sammenheng også tatt med etterlatte etter selvmord, noe som ikke nevnes i planen for fylkeskommunene (sykehusene). I den førstnevnte anbefales kommunene i samarbeid med sykehus og lokalpsykiatriske enheter å etablere systematiske oppfølgingsrutiner for mennesker i selvmordskriser inkludert etterlatte.

Andre dokumenter som omtaler etterlatte etter selvmord sine behov er Oppfølgingsprosjekt Tiltak mot selvmord 2000 – 2002. Etterlatte er definert som et av seks satsingsområder under avsnittet ”øvrige satsingsområder” (Statens helsetilsyn, 2000). Her beskrives blant annet å styrke oppfølgingstilbudet for etterlatte og få integrert etterlattes hjelpebehov i strukturer som bygges opp på kommunalt og fylkeskommunalt nivå. Regionale ressursmiljøer har en pådriverfunksjon.

For etterlatte etter selvmord, som har et behandlingsbehov knyttet til en kompliserende tilstand med somatisk og/eller psykisk lidelse, så er helsetjenestene ivaretatt slik som ved sykdom hos mennesker for øvrig. Forebyggende helsearbeid er tradisjonelt og lovmessig hovedsaklig forankret i kommunehelsetjenesten (Lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene, sist endret ved Lov av 29. august 2003 nr. 87). Dette gjelder både miljørettet og individrettet arbeid knyttet til somatisk så vel som psykisk helse (Dalgard, 2000).

## 5 Diskusjon

### 5.1 Hovedfunn av reaksjoner hos etterlatte etter et selvmord

Teorikapittelet starter med en gjennomgang av begrepet sorg. Som vi ser har forståelsen av sorg forandret seg mye de siste hundre årene. I dag får toprosessmodellen mye oppmerksomhet (Stroebe & Schut, 1999). Den integrerer trekk fra tidligere sorgmodeller. Den viser til sorg som noe som varer livet ut, men som vanligvis avtar og endres over tid. Tidligere anså man at en gjennom aktivt sorgarbeid i faser kunne bryte båndene med den avdøde, for så å kunne orientere seg mot fremtiden og nye relasjoner. I toprosessmodellen blir sorgen beskrevet som en veksling mellom tapsorientert og løsningsorientert mestring. Modellen fokuserer på viktigheten av tilstrekkelig bevegelse mellom disse to fokus, og at sorgprosessen er sammensatt av både konfrontasjon og unngåelse. Dette sier noe om den karakter sorgprosessen har. Sorgprosessen kan bli vanskeligere av mange ulike årsaker. Der dødsfallet er traumatisk kan det føre til ulike reaksjoner og komplikasjoner. Dette understrekes i stress- og kriseteorien.

#### *Familiens reaksjoner*

Reaksjonene etter et selvmord og konsekvensene av reaksjonene er sterke og langvarige. Dette viser mange studier med stort samsvar. Som vist i teorien vil et selvmord kategoriseres som et traumatisk dødsfall. Brå, uventede og voldsomme dødsfall, spesielt hos barn og unge, oppleves særdeles traumatisk. Det er dette og ikke om døden skyldes selvmord eller trafikkulykker, som gir opphav til de alvorlige effektene. Andre faktorer som har betydning for reaksjonene er bl. a. etterlattes alder, holdninger til tapet, relasjon til avdøde, om dødsfallet var uventet eller ikke, stresstilstander før dødsfallet og avdødes alder. Sorg øker risikoen for helsesvikt og for tidlig død; ved selvmord, men også av andre årsaker.

Slik vi forstår litteraturen vil forskning generelt rundt etterlatte, og spesielt ved traumatiske tap, være nyttig kunnskap for å forstå de som har opplevd selvmord. Studier av etterlattes reaksjoner etter et selvmord beskriver med stort samsvar sterke reaksjoner og konsekvenser, noe som en finner igjen i klinisk arbeid. En kan med ulike målinstrumenter kvantifisere sorgreaksjoner. K. Dyregrov fant i sin studie at over halvparten av foreldre som mistet barn i selvmord var i risikozonen for posttraumatisk stresslidelse, komplisert sorg og generelt nedsatt helse. Spesielt uttalt var dette for komplisert sorg (78 %) (Dyregrov et al., 2003). Andre studier viser også høye tall, men dog lavere enn i den norske undersøkelsen. En mulig forklaring til dette kan være at utvalget i Dyregrovs studie var homogent: foreldre og søsken. Andre studier har mindre homogene utvalg av etterlatte. En kan da forvente at noen er mer og noen mindre berørte. Foreldre som mister barn ser ut til å være en svært utsatt gruppe.

Vi har tidligere vist at utover alvorlige psykiske og fysiske konsekvenser vil etterlatte oppleve et vidt spekter av problemer på mange områder i livet. Noen sentrale temaer som preger sorg etter selvmord er skyldfølelse, å finne forklaring til selvmordet og å føle seg avvist av den avdøde. For mange etterlatte kan det bli en årelang elting av spørsmål om årsaken til selvmordet uten at noen svar kommer. Skyldfølelse er i teorien beskrevet som spesielt uttalt blant etterlatte etter selvmord. Det kan se ut som dette kan være like vanlig blant andre etterlatte ved traumatisk død, i følge studien til Kari Dyregrov. Men det gjør det ikke mindre plagsomt for de etterlatte. Slik grubling om årsaker i tillegg til skyldfølelser kan bli meget energitappende.

Både Müller (1992) og Jordan (2001) viser i sine review til stigmatisering og mindre sosial kontakt som mer uttalt for etterlatte etter selvmord. I Dyregrovs studie fant en imidlertid at de

etterlatte trakk seg fra kontakt med andre p.g.a. skyldfølelse, energiløshet knyttet til den eksistensielle krisen, skremmende posttraumatiske reaksjoner eller manglende støtte og hjelpeløshet hos det sosiale nettverket (Dyregrov et al., 2003). De etterlatte som hadde opplevd selvmord var heller ikke mer isolerte enn ved andre traumatiske dødsfall. Jordan viser i stor grad til forskning fra USA og Müller til noe eldre forskning. Det kan tenkes at det er tids- og kontekstuelle forskjeller som slår ut her. Den oppmykning som har skjedd av tabuet rundt selvmord i Norge de siste årene kan ha bidratt til at denne gruppen opplever seg mindre stigmatisert. Det er derfor vanskelig å forklare isolasjon hos etterlatte etter selvmord med å legge hovedvekt på skam og stigmatisering. Isolasjon bør heller knyttes til traumatiske sorgaspekter. På den andre siden kan det ikke utelukkes at de som avsto å bli med i Dyregrovs studie kan ha opplevd seg mer stigmatisert enn de som valgte å delta.

Et flertall etterlatte beskriver endring av egne verdier p.g.a. den eksistensielle krisen ved at verden blir snudd opp ned. Denne verdimeslige nyorienteringen kan teoretisk knyttes til menings- og utviklingsmodeller i teoridelen. Et selvmord påvirker kommunikasjonen mellom familiemedlemmer og fører til forandring av roller i familien. Reaksjonene er relatert til kjønn og alder. Flere kvinner enn menn opplever kronisk sorg, og man finner at mødre, søstre og enker har større problemer enn brødre og ektemenn. Kvinner blir beskrevet å dvele mer ved tapet, mens menn kan ta mer pauser fra sorgen og være mer orientert mot aktiviteter. Kvinner rapporterer også reaksjoner mer enn menn. Ses dette i lys av toprosessmodellen kan en kanskje hevde at kvinner har en sterkere tapsorientert mestring, mens menn har hovedvekt på løsningsorientert mestring. Mange sliter også i sine par-relasjoner etter å ha opplevd et selvmord, mens andre beskriver å ha kommet nærmere hverandre. Når barn har mistet søsken oppgir mange at de kan bli usynlig sørgende i familien. De voksne strekker ofte ikke til og barn kan påta seg for store omsorgsoppgaver. Barn og unge har en tendens til å holde sine reaksjoner for seg selv, og de går mer inn og ut av sorgen enn voksne. De ser ut til å ha en friere veksling mellom dimensjonene i toprosessmodellen enn voksne. Disse forskjellene i måter å håndtere sorgen bør kanskje få konsekvenser for hjelpetiltak som tilbys.

### *Selvmord i psykiatrien*

Som nevnt i teorikapittelet finner vi ingen forskning knyttet til etterlatte som har mistet noen innenfor psykiatrien. Vår grunnantakelse er at det som er beskrevet av reaksjoner etter selvmord også vil ha gyldighet når selvmordet skjer ved en psykiatrisk døgninstitusjon. Våre erfaringer og det materiale vi har fra skjønnlitteratur støtter denne antakelsen. Det er nærliggende å tenke at mange av de familier som opplever å miste en nær person når denne er innlagt i psykiatrisk institusjon, har levd med vissheten om psykisk sykdom i kortere eller lenger tidsrom. Mange kan ha hatt frykt for selvmord og har kanskje møtt selvmordstrusler. Disse forhold kan samstemme med det Bille-Brahe beskriver som den gruppe etterlatte som har sørget noe på forhånd (Anneberg, 2002). Noen av disse kan oppleve mer lettelse. Den andre gruppen hun beskriver er de mange pårørende som er slitne etter langvarig hjelpeinnsats og bekymring overfor den andre. En kan her finne mye bebreidelse og energiløshet. Vår erfaring tilsier at det ansvar som institusjoner har for pasienten noen ganger skaper vanskelige forhold for sorgbearbeidingen. Dette kan skape sinne mot institusjonen og personalet, og blir muligens spesielt vanskelig der etterlatte er inne i en klageprosess.

Når det gjelder reaksjoner hos personalet ser vi at forskning viser i hovedsak til de samme reaksjonene hos behandlere som hos familiemedlemmer og venner. Her vil det være store variasjoner alt etter hvor nært man har vært den avdøde, hvilket ansvar man har hatt for behandlingen og om man har vært med og funnet den avdøde. Noen kjønnsforskjeller er det tidligere også vist til. Personalets reaksjoner kan bli kraftige og langvarige. Det er blant annet

rapportert skifte av yrkeskarriere. En god oppfølging er nødvendig for å minke byrden og konsekvensene etter å miste en pasient i selvmord.

## 5.2 Hvilken oppfølging bør den psykiatriske døgninstitusjonen tilby familien?

Reaksjoner hos etterlatte etter selvmord er forholdsvis godt dokumentert i forskningslitteraturen. Hva slags oppfølgingstiltak som er effektive er derimot dårligere beskrevet. Når det gjelder behovene og ønskene til etterlatte etter selvmord har vi i oppgaven hovedsakelig brukt studien til Kari Dyregrov (Dyregrov et al., 2000a; Dyregrov, 2002b). Andre undersøkelser som finnes samsvarer på vesentlige punkt med denne (Clark, 2001; Murphy, 2000; Provini et al., 2000; Amaya-Jackson et al., 1999). Dyregrov sin studie er gjort i forhold til foreldre og søsken som har opplevd selvmord der den avdøde var under 30 år. Undersøkelsen henvender seg ikke spesielt til etterlatte innenfor psykiatrien. De etterlatte hun undersøker har gitt opplysninger om oppfølging fra kommunehelsetjenesten. Ingen har vært spurt konkret om de har mottatt oppfølging fra en psykiatrisk døgninstitusjon, eller om hvilke ønsker de eventuelt ville ha for en oppfølging derfra. Til tross for dette mener vi at hennes funn har en sannsynlig overføringsverdi til vår oppgave og kan danne grunnlag for faglige føringer innenfor psykiatrien. At hun i sin studie bruker en homogen gruppe informanter, foreldre og søsken, er en styrke. Det vil etter hvert bli interessant å sammenlikne resultatene fra Norge med de andre land som gjør undersøkelser med samme metode og fokus.

Etterlattes ønsker og erfaringer og den kunnskap vi har om reaksjoner etter dødsfall blir viktige premissleverandører for de oppfølgingstiltak vi mener er nødvendige. Hvilke konsekvenser får dette for den oppfølging en psykiatrisk døgninstitusjon skal tilby når en pasient har tatt sitt liv? Vårt utgangspunkt blir det vi vet om oppfølging generelt etter selvmord og de erfaringer vi har fra egne og kollegers erfaringer, i tillegg til kunnskapen fra Etterlattestudien. Det er grunnleggende at personalet slår fast at etterlatte etter selvmord alltid skal tilbys hjelp. Når, hvor ofte og hvilken hjelp som skal tilbys må være nedfelt i skriftlige rutiner. Hovedmålsettingen når det gjelder oppfølging vil være å motvirke redusert psykososial helse og kompliserte sorgreaksjoner gjennom å anerkjenne både den traumatiske hendelsen og tapet. Etterlatte vil ikke sykeliggjøres i møte med hjelpeapparatet, men ønsker hjelp til å komme raskt tilbake til et så normalt liv som mulig.

### *Oppfølgingstiltak*

En av de første oppgavene man står overfor når det skjer et selvmord er å gi informasjon til familien om at pasienten har tatt sitt liv og hvordan dette har skjedd. Som beskrevet i studien til K. Dyregrov er det vesentlig hvordan dette gjøres. Dette betyr at hvem som skal gi informasjon og hvordan, skal være gjennomtenkt før situasjonen oppstår. Dødsbudskapet skal formidles personlig, og det er viktig at den som skal formidle det har fått tilstrekkelig informasjon om det som har skjedd. Det er vanlig at prest eller lensmann utfører denne oppgaven. Hvis familien bor i nærheten av sykehuset kan alternativt noen fra posten dra hjem til familien. Hvem dette skal være må basere seg på både kompetanse og kjennskap til familien. Man må være forberedt på å ta hånd om mennesker med sterke reaksjoner. Å miste noen i selvmord vil av de fleste beskrives som en katastrofe. Avgjørende for forløpet er å kunne møte disse følelsene ved å være emosjonelt støttende og samtidig gi saklig informasjon og å starte samarbeidet om videre oppfølging. I møte med de etterlatte kan personalet formidle informasjon om omstendigheter rundt dødsfallet, gi råd om reaksjoner og selvhjelp samt informasjon om juridiske forhold. Ut i fra ønskene til etterlatte blir det viktig at tilbud om samtaler og annen hjelp gjentas. Dette blir slått fast i undersøkelsen til K. Dyregrov, og støttet

av forskning av Provini og medarbeidere (2000). Noen familier vil også ha behov for å møte personalet på et tidspunkt lenger ut i sorgbearbeidingen, for å få supplerende informasjon eller av andre grunner. Dette bør en være imøtekommende til.

Som beskrevet i begge de skjønnlitterære bøkene opplevde de etterlatte at det offentlige tok seg til rette med i det ene tilfellet å flytte den avdøde, og i det andre å stille den avdøde. Her vil vi understreke betydningen av å være i en kontinuerlig dialog med de etterlatte. Det er de som må bestemme når og hvordan de vil ta farvel med den avdøde. Samtidig må man informere om at den avdøde skal obduseres og at politiet vil gjøre undersøkelser. Man må veie etterlattes ønsker opp mot hva som er gjennomførbart inne på en post. Her vil hensynet til medpasienter ha betydning.

I den akutte fasen må man raskt ta kontakt med det lokale hjelpeapparatet. Å knytte kontakt mellom familien og det lokale hjelpeapparatet blir viktig for kontinuiteten i oppfølgingstilbudet. De etterlatte ber om at fagpersoner samarbeider. I studien til Dyregrov var fokus på oppfølging fra kommunen. Det er nærliggende å anta at de familier som har opplevd selvmord i psykiatriske institusjoner ville svart at de også ønsket at institusjonen koordinerte sitt hjelpetilbud med andre faggrupper, om de hadde blitt spurt. Derfor må kontakt opprettes mellom de instanser som er involverte: sykehuspersonalet, kommunelege/fastlege og/eller annen representant fra kommunehelsetjenesten, prest, begravellesbyrå, politi m. fl. Disse bør komme sammen for å planlegge den videre oppfølgingen. Det er hensiktsmessig at en person har ansvar for å koordinere dette (Dyregrov, Nordanger, & Dyregrov, 2000b).

Hvem som vil være best skikket til å følge opp de etterlatte er et kjernesporsmål slik vi ser det. Personalet kan være sterkt følelsesmessig berørt etter et selvmord, og det bør gjøres en vurdering om noen med større avstand også skal være til stede i møte med de etterlatte. Etterlatte foreldre beskriver at de kan de bli så berørte at de kan ha vanskeligheter med å ivareta sine barn. Dette kan også skje med personalets evne til å ivareta etterlatte. Det å miste en pasient i selvmord er en påkjenning som kan gjøre en uegnet til å ivareta andre i en krisesituasjon.

Den kontakten som har vært i forkant av selvmordet mellom familien og den som er innlagt må etter vårt skjønn prege hvordan etterlatte opplever situasjonen. Der samarbeidet har vært godt og forventningene til oppholdet og behandlingen har vært diskutert og er basert på enighet og en felles forståelse, har man et godt utgangspunkt for å få færre fastlåste konflikter. Det kan dessverre virke som at det er mange som ikke har slike erfaringer. Lite informasjon, uenighet om behandlingen og en følelse av å ikke bli tatt med i samarbeidet formidles via litteratur. Familien må være en deltagende part ved selvmordsproblematikk. Deres engstelse og kjennskap til pasienten må tas på alvor. De må informeres om realitetene i hva man kan tilby av tilsyn ved selvmordsfare og må slippe å oppleve den falske tryggheten noen formidler. Det har i mange år vært et økende fokus på brukermedvirkning i helsevesenet (Talseth, 2003). Et sterkere brukerperspektiv og fremtidig samarbeid med brukerorganisasjoner kan være med på å utvikle ny praksis. LEVE (Landsforeningen for etterlatte ved selvmord) er en relativt nystartet organisasjon. Det at vi nå ser at etterlatte organiserer seg kan være et uttrykk for et behov som ikke er blitt møtt av det offentlige.

Hvem i familien skal få hjelp? Alle i familien som føler seg berørte av det som har skjedd bør få et tilbud om oppfølging. De som skal organisere tilbudet må ta hensyn til sammensetningen i familien, og være opptatt av at mindreårige også blir tilbudt hjelp. Det etterlyses egne tilbud om samtaler til barn og ungdom slik at de lettere kan få slippe til med sine følelser.

I teoridelen blir det fra flere hold nevnt at det finnes et kjønnsperspektiv i måten å forholde seg til sorg. Clark (2001) er inne på tanken om at tilbud om oppfølging etter selvmord kanskje må være kjønnsspesifikk. Helsepersonell bør kjenne til de funnene som står beskrevet i litteraturen, og være oppmerksomme på at menn og kvinner ofte sørger forskjellig og at de tradisjonelle tilbudene som samtaler og sorggrupper kan se ut til å fungere best for kvinner.

Deltakelse i begravelsen vil mange ganger føles naturlig for de i personalet som har hatt nær kontakt med pasienten. Det er beskrevet at dette er noe som oftest blir oppfattet positivt i familien (Kaye & Soreff, 1991). Det blir en anledning å holde kontakt med de etterlatte og å vise respekt og medfølelse.

Fagpersoner ved psykiatriske døgnenheter må ha en aktiv og oppsøkende holdning til etterlatte etter selvmord innen familien. Det er viktig å ha respekt for at enkelte etterlatte ikke er klare til å ta mot et hjelpetilbud eller at de trenger hjelp fra annet hold. Videre må oppfølgingen tilpasses individuelt. Hvor lenge fagpersoner fra psykiatrien skal være aktive i en oppfølging vil variere. Det kan blant annet avhenge av hvor lenge man har kjent pasienten, familiens ønsker samt ressurser hos institusjonen og hos dem som skal overta oppfølgingsansvaret. Det er kommunene som er pålagt hovedansvaret for langtidsoppfølging, jmf. Kommunehelsetjenesteloven og Opptappingsplan for psykisk helse 1999–2006. I lys av det vil den akutte fasen og det å planlegge videre oppfølging sammen med det lokale hjelpeapparatet være det viktigste ansvaret for den psykiatriske institusjonen.

### **5.3 Hvilken oppfølging bør den psykiatriske døgninstitusjonen tilby eget personale?**

Reaksjoner og anbefalte oppfølgingstiltak blant psykiatrisk personale er beskrevet i forskningslitteratur til en viss grad. Når personalet blir spurt om hva som har hjulpet dem fremheves det å snakke med noen som står en nær og kollegaer, og da spesielt kollegaer som har opplevd det samme. En har behov for å dele både tanker om det som har skjedd og følelser. Videre beskriver mange at det hjelper å fortsette å arbeide som vanlig. Det er i stor grad samsvar mellom det ulike forskere og klinikere beskriver som verdifull og hensiktsmessig oppfølging.

Det vil være mange likheter mellom oppfølging av personale og familie, både i begrunnelser og tiltak. Personale som blir berørt av et selvmord bør møtes med en aktiv og oppsøkende holdning. Dette innebærer at institusjonene må ha nedfelte rutiner for hvordan dette skal håndteres, slik at tiltak iverksettes automatisk. Det er heller ikke her den som er berørt som skal be om hjelp. Vanligvis vil ansvaret ligge på de som har lederansvar på en post/enhet. I de tilfeller der ledelsen er blant de mest berørte, må ledelsen over deres nivå ha ansvaret for å iverksette tiltak.

Ut i fra teorien ser vi det som hensiktsmessig å dele personalet i tre kategorier. Den første er de som har et behandlingsansvar. Det er grunn til å mene at det er de som kan få de mest langvarige reaksjonene, med skyld, sorg, tvil på egen kompetanse m.m. Den andre gruppen vil være de som har vært utsatt for de sterkeste sanseintrykkene i forbindelse med å finne den avdøde, eller å ha vært på vakt når selvmordet skjedde. Den siste gruppen vil være de som arbeider på den posten som pasienten var innlagt. Dette vil være en grov inndeling og noen vil kunne tilhøre mer enn en gruppe.

Vi tenker at det å ivareta personalet starter forut for et selvmord. Det er viktig å være mentalt forberedt på at selvmord kan finne sted, og at man vet at den personen en arbeider på har rutiner for hvordan dette skal håndteres. Da kan man lettere ta inn over seg at selvmord er en mulig utgang ved psykisk lidelse og sjokket vil kanskje bli noe mindre. Alle institusjoner og behandlingssenheter som jevnlig er i kontakt med selvmordsnære pasienter bør ha skriftlige og konkrete retningslinjer for tilfeller av selvmord (Michel et al., 1997; Grad, 1999). Dette vil etter vårt skjønn kunne motvirke den urealistiske forventningen noen behandlere kan ha til eget ansvar for andres liv.

Når et selvmord har skjedd vil ulike tiltak være aktuelle alt etter hva personalet har opplevd. De som har vært utsatt for traumatiserende opplevelser må få tilbud om en umiddelbar samtale for å få snakket ut om sine opplevelser. Deretter bør det legges til rette for en psykologisk debriefing. Det pågår en debatt om psykologisk debriefing gir den ønskede effekten på lang sikt, som er å forebygge sykdom og redusere psykiske plager, eller om den også kan være uheldig (Wessely & Deahl, 2003). Slik vi har orientert oss i denne faglige uenigheten velger vi å anbefale psykologisk debriefing som tilbud til personal. Vi oppfatter det som et velbegrunnet tiltak overfor (innsats)personal (Weisæth, 2000, 2003). En debriefing skal ledes av personale som har fått egen opplæring i dette. Som poengtert i teoridelen skal det ikke være det eneste tilbudet, men ett av flere tiltak.

Hele personalgruppen vil ha et behov for å bli informert om det som har skjedd. De som har hatt tilbud om debriefing deltar også her. Dette må organiseres slik at man er sikker på at ansatte på alle skift nås. Et møte en av de første dagene etter hendelsen hvor alle får anledning til å gi uttrykk for sine følelser og å få tilgang til korrekt informasjon beskrives som gunstig. Våre egne erfaringer støtter dette. Effekten av emosjonell utlufting er at det legges til rette for at læring kan finne sted etter hvert. Det er naturlig at de som har hatt den tette kontakten deltar i begravelsen. Dette beskrives som viktig både med hensyn til at berørt personale kan avslutte og ta farvel, og som en måte å vise respekt for den avdøde og familien.

En strukturert selvmordsgjennomgang med fokus på å dra lærdom av det som har skjedd anbefales gjennomført etter at de sterkeste emosjonelle reaksjonene hos personalet er bearbejdet. I følge Bartels (1987) kan en god håndtering av et selvmord bety økt vekst både faglig og personlig. Behandlere skal også delta i faglig gjennomgang av selvmordet sammen med den øvrige personalgruppa. Å motta veiledning er nokså innarbeidet for ansatte i psykiatrien, og vil nok for mange være tilstrekkelig for å møte behovene for videre refleksjon rundt hendelsen. Det vil likevel kunne være hensiktsmessig for en post å legge til rette for flere samlinger for personalet. En må som leder være observant på at noen vil kunne trenge ekstern profesjonell hjelp i etterkant. I det hele så bør ledelsen ha en aktiv og støttende rolle i en personalgruppes bearbejding av et selvmord hos en pasient. En stor utfordring blir å unngå en holdning om at ingenting nytter for å hindre selvmord eller at personalet er mislykket eller udugelig. I steden må en medvirke til en realistisk, men også håpefull holdning blant personalet om at selvmord i stor grad kan forebygges.

Slik vi ser det er det mye som er felles for oppfølging av personalet og familien. Hovedoppgaven er å motvirke redusert arbeids- og livskvalitet og å forebygge langtidsskader. Det vil likevel være klare forskjeller. Å miste et familiemedlem rammer med en mye større grad av nærhet og får helt andre konsekvenser for fremtiden enn det å miste en pasient for en fagperson.



#### **5.4 Hva kan vanskeliggjøre oppfølgingen fra psykiatrien sin side, og hvordan kan dette arbeidet styrkes?**

Psykiatrien har tradisjonelt en diagnostiserende og behandlende kultur, der det forebyggende perspektivet i liten grad er ivarettatt. Drangsholt (2002) skriver at sykehusene etter intensjonen skal ivareta sekundærforebyggende tiltak for å fremme folkehelsen, noe de i for liten grad gjør. De føringer som finnes er formålet til Lov om spesialisthelsetjenesten, som er å fremme folkehelsen og å motvirke sykdom. Å følge opp etterlatte etter selvmord vil være et slikt sekundærforebyggende tiltak. Som de etterlatte har understreket vil de ikke bli sykeliggjort i møtet med fagfolk, men fremholder at de reagerer normalt på en unormal hendelse. Istedenfor å tenke utredning og behandling i forhold til sykdom vil personalet møte normalreaksjoner som ikke nødvendigvis skal behandles. Dette kan være noe det er mangelfulle kunnskaper om. Kunnskaper om helseforebygging generelt og om etterlatte spesielt må mer inn i grunnutdanningene for ulike helseprofesjoner samt i undervisningstiltak for ansatte.

I Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 anbefales kommunene, i samarbeid med sykehus og lokalpsykiatriske enheter, å etablere systematiske oppfølgingsrutiner for mennesker i selvmordskrise inkludert etterlatte. Når det gjelder oppfølging av mennesker som innlegges i sykehus etter et selvmordsforsøk har helsemyndighetene kommet med forholdsvis detaljerte anbefalinger om ulike tiltak. Helsemyndigheter har her en mulighet til å komme med mer konkrete føringer for å styrke forebygging i spesialisthelsetjenesten for etterlatte etter selvmord. Det trengs også en grunnleggende debatt og tydeliggjøring på dette området, ikke minst innenfor de psykiatriske sykehusene. Man kan stille seg spørsmål om den mangelen på rutiner for konkrete tiltak vi fant ved de psykiatriske postene på UNN kan ha sammenheng med et diffust lovverk.

Konflikten mellom å ivareta innlagte pasienter kontra å drive utadrettet oppfølging av etterlatte er også et spørsmål om ressurser. En psykiatrisk døgninstitusjon vil ha sitt hovedfokus på å gi behandling til innlagte pasienter. Som psykiatriske sykepleiere er vi kjent med den travle hverdagen som preger en psykiatrisk døgnavdeling. Det rapporteres ofte om overbelegg. I en slik situasjon kan det være vanskelig å frigjøre ressurser fra de daglige gjøremål på posten. Å styrke ressursene handler ikke bare om å tilføre penger og stillinger, men også kunnskaper. Områder der en har lite kunnskaper om hva en kan gjøre nedprioriteres lett. Det er et ledelsesansvar å sørge for at fagfolk får kunnskaper om og ressurser til å følge opp etterlatte etter selvmord.

Som vi har beskrevet blir hjelperne også berørt når det skjer et selvmord. Kan dette være med på å forhindre at etterlatte får et godt tilbud? Vi tror at det å miste en pasient i selvmord er en av de mest stressende og utfordrende situasjonene man som fagperson vil møte innen psykiatrien. Det er nærliggende å tenke at den følelsesmessige påkjenningen vil påvirke både evnen og motivasjonen til å møte etterlatte. Vi vet at temaet selvmord vekker sterke følelser, og at mange fagfolk ikke har hatt anledning til å bli kjent med sine egne følelser og holdninger. Michel og kolleger (1997) mener at temaet bør belyses allerede på de ulike helseutdanningene. Det vil være en utfordring å legge til rette for velegnede fora innenfor psykiatrien der de ansatte kan dele følelser og erfaringer rundt selvmordsproblematikk.

Jordan (2001) viser i sin review at skyldfølelse, selvanklager og tanker om eget ansvar i forhold til dødsfallet er fremtredende hos etterlatte etter selvmord. Dette vil også være temaer som personalet opplever for egen del. Når familien retter anklager om ansvar og skyld mot institusjonen oppstår en krevende og sårbar situasjon. Egen skyldfølelse i tillegg til anklager

fra familien kan gi et behov for å beskytte seg selv. Kan dette være en måte å forstå alle historiene fra etterlatte om fagfolk som går i forsvar og ikke vil se på sin egen rolle i det som har skjedd? Uansett svaret på dette, tror vi at ansatte i psykiatrien er nødt til å belyse og søke å forstå denne problematikken. For de etterlatte vil det oppleves som vanskelig og noen ganger umulig å motta tilbud om oppfølging fra de samme personene som man anklager.

For den enkelte institusjonen er det å utarbeide skriftlige rutiner for oppfølging av familie og personal etter et selvmord noe som bidrar til at oppfølgingen ivaretas. I rutinene må det utpekes hvem som skal ha ansvar for ulike oppfølgingstiltak. Vi har tidligere poengtert hvor viktig det er at den psykiatriske døgninstitusjonen tidlig tar kontakt med instanser i førstelinjen for samarbeid om oppfølging av etterlatte etter selvmord. Dette er en utfordring for alle de ulike nivåene i hjelpeapparatet. Å styrke et slikt samarbeid kan gjøres ved å beskrive konkrete retningslinjer.

## 6 Konklusjon

Studier viser at etterlatte etter selvmord utgjør en risikogruppe for økte helseplager, sykdom og redusert livskvalitet. Etterlatte har også økt risiko for forkortet livslengde, blant annet p.g.a. selvmord. Etterlatte etter selvmord er en gruppe som i liten grad selv klarer å be om hjelp.

Selv mord innenfor psykiatriske institusjoner har økt de siste tiårene. Det er hvert år mange mennesker som blir etterlatte i denne gruppen. Forskning hittil har ikke gjort studier knyttet spesifikt til etterlatte etter selvmord innenfor psykiatrien. Så langt er det ikke noe som tilsier at denne gruppen har reaksjoner og hjelpebehov som skulle være mindre enn andre etterlatte etter selvmord. Den oppfølging som i dag tilbys de etterlatte fra psykiatrien er preget av for stor grad av tilfeldigheter. Det er derfor nødvendig å styrke og sikre oppfølgingstiltak for å imøtekomme de etterlattes hjelpebehov. En sorgprosess kan lettes dersom personalet klarer å møte familien adekvat og omsorgsfullt. Det er videre vesentlig at oppfølgingen samordnes med kommunehelsetjenesten.

Personalet i psykiatriske institusjoner blir sterkt berørt av å miste en pasient i selvmord. Dette er reaksjoner som kan bli alvorlige og langvarige. Denne gruppen har behov for egne oppfølgingstiltak fra sin arbeidsplass.

Hvordan psykiatrien skal utvikle gode rutiner for oppfølging av de etterlatte må få et større fokus fra flere hold. Institusjonen har selv et ansvar for at problematikken løftes frem og arbeides systematisk med. Dette kan gjøres ved å øke kunnskapsnivået hos den enkelte og ved å satse på kvalitetssikring gjennom skriftlige rutiner. Helsemyndighetene har ansvar for at viktige oppgaver blir ivarettatt i helseforetakene. De kan påvirke gjennom eksisterende tilsynsordninger eller ved å utarbeide anbefalinger til helseforetakene. Videre har de selvmordsforebyggende miljøer, det nasjonale kompetansesenteret og de regionale ressursentrene en spesiell oppgave i å påvirke til økt fokus på området oppfølging av etterlatte.

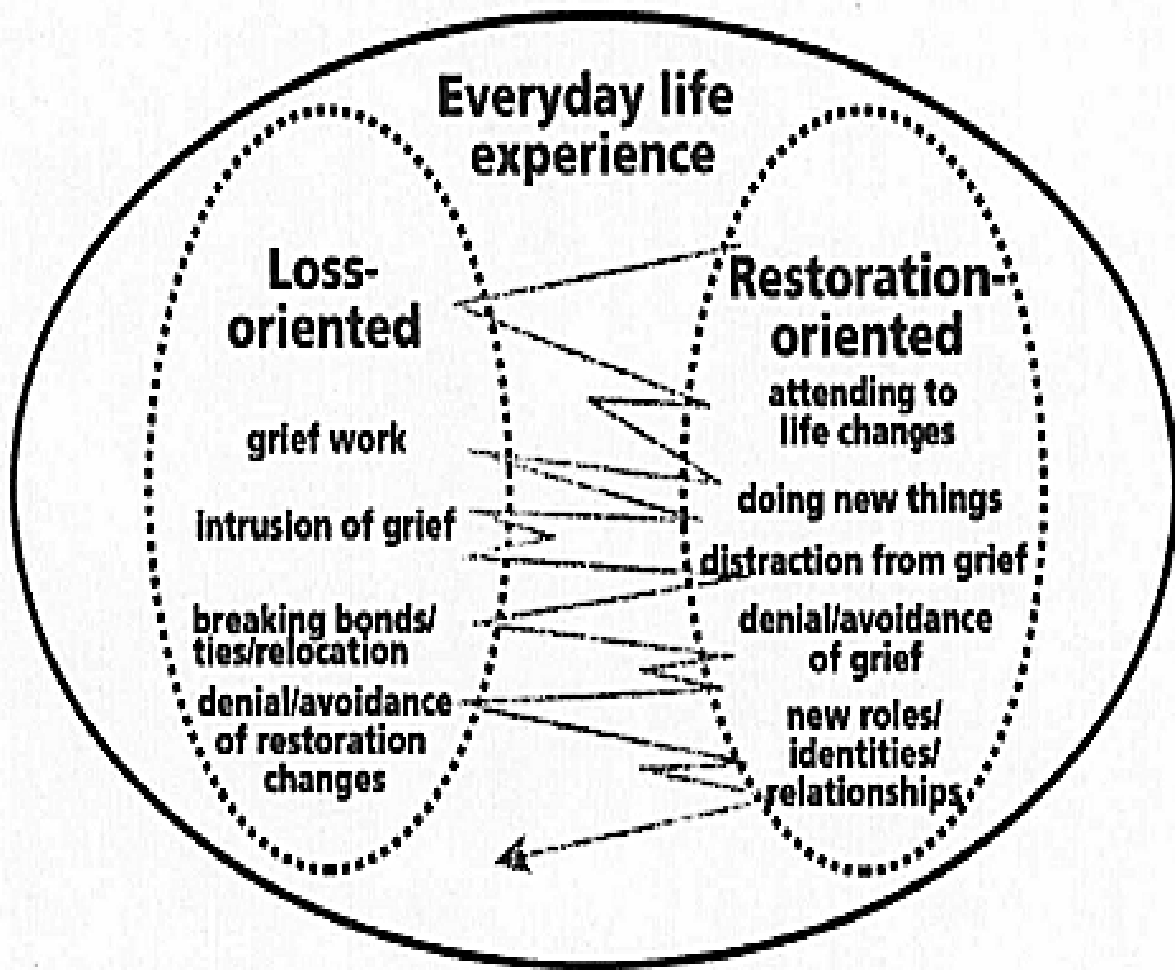
Skal man få større kunnskap om reaksjonene blant etterlatte i psykiatrien og deres behov for oppfølging, må egne studier iverksettes. Studier av hvilken virkning oppfølging har er sentralt. Det er av interesse å gjennomføre undersøkelser rettet både mot etterlatte i familien og de ansatte i psykiatrien.

## Referanser

- Amaya-Jackson, L., Davidson, J. R., Hughes, D. C., Swartz, M., Reynolds, V., George, L. K., & Blazer, D. G. (1999). Functional impairment and utilization of services associated with posttraumatic stress in the community. *Journal of Traumatic Stress, 12*, 709-724.
- Anneberg, I. (2002). *Sorgen ved selvmord. En bog til de efterladte*. København: Høst & Søn.
- Bartels, S. J. (1987). The aftermath of suicide on the psychiatric inpatient unit. *General Hospital Psychiatry, 9*, 189-197.
- Baumeister, R. F. (1991). *Meanings of life*. New York: Guilford Press.
- Berg, N. B. J. (2002). *Blåmann. Ung psykisk lidelse - familiens smerte*. Oslo: Aschehoug.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bugge, K. E., Eriksen, H., & Sandvik, O. (2003) (red.). *Sorg*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Clark, S. (2001). Bereavement after suicide – How far have we come and where do we go from here? *Crisis, 22*, 102-108.
- Clark, S. C., & Goldney, R. D. (2000). The impact of suicide on relatives and friends. I K. Hawton & K. van Heeringen (red.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (side 467-484). Chichester: John Wiley & Sons.
- Cleiren, M., Diekstra, R. F., Kerkhof, A. J., & van der Wal, J. (1994). Mode of death and kinship in bereavement: Focusing on "who" rather than "how". *Crisis, 15*, 22-36.
- Cullberg, J. (1981). *Mennesker i krise og utvikling*. Oslo: Aschehoug.
- Dalgard, O. S. (2000). Forebyggende psykiatri i offentlige utredninger og planer. I L. Weisæth & O. S. Dalgard (red.), *Psykisk helse. Risikofaktorer og forebyggende arbeid* (side 68-78). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- de la Cour, J. (2000). Suicide in the ward setting. *Nursing Times, 96* (40), 39-40.
- Dijkstra, I. C. (2000). *Living with loss: Parents grieving for the death of their child*. Doctoral dissertation. Nederland: Utrecht University, Faculty of Social Sciences.
- Drangsholt, K. (2002). Helsefremmende og forebyggende oppgaver i spesialisthelsetjenesten – en utfordring til helseforetakene og helseministeren. *Liv og helse* (3), 20-21. Sosial- og helsedirektoratet.
- Dyregrov, A. (2002a). *Katastrofepsykologi* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Dyregrov, K. (2001). Søsken etter selvmord. I A. Dyregrov, G. Lorentzen, & K. Raaheim (red.), *Et liv for barn: Utfordringer, omsorg og hjelpetiltak. Festskrift for Magne Raundalen* (side 146 - 158). Bergen: Fagbokforlaget.
- Dyregrov, K. (2002b). Assistance from local authorities versus survivors' needs for support after suicide. *Death Studies, 26*, 647-668.
- Dyregrov, K. (2003). *Unges sorg ved traumatiske tap*. Foredrag ved konferanse om psykisk helse blant barn og unge. Rådet for psykisk helse. Lillestrøm, mars.
- Dyregrov, K. (in press). *The loss of child by suicide, SIDS, and accidents: Consequences, needs and provisions of help*. Doctoral dissertation (dr. philos.). Bergen: HEMIL, Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen.
- Dyregrov, K., Nordanger D., & Dyregrov, A. (2000a). *Omsorg for etterlatte ved selvmord. Etterlattestudien*. Rapport. Senter for krisepsykologi, Bergen.
- Dyregrov, K., Nordanger D., & Dyregrov, A. (2000b). *Omsorg for etterlatte ved brå, uventet død. Evaluering av behov, tilbud og tiltak*. Rapport. Senter for krisepsykologi, Bergen.
- Dyregrov, K., Nordanger D., & Dyregrov, A. (2003). Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Studies, 27*, 143-165.
- Freud, S. (1917/1957). Mourning and melancholia. I J. Strachey (red.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth.
- Gitlin, M. J. (1999). A psychiatrist's reaction to a patient's suicide. *American Journal of Psychiatry, 156*, 1630-1634.
- Grad, O. (1999). Helsepersonell som etterlatte ved selvmord. *Suicidologi, 4* (3), 16-17.
- Grad, O., Zavasnik, A., & Groleger, U. (1997). Suicide of a patient: Gender differences in bereavement reactions of therapists. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 27*, 379-386.

- Haga, E. (1990). Selvmordsgjennomgang – psykologisk autopsi. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 110, 3643-3644.
- Hendin, H., Lipschitz, A., Maltsberger, J. T., Pollinger Haas, A., & Wynecoop, S. (2000). Therapists' reactions to patients' suicides. *American Journal of Psychiatry*, 157, 2022-2027.
- Hoffmann, K. (2002). Mangler tall for selvmord. *Nationen*, 21.08.2002.
- Horacek, B. J. (1991). Toward a more viable model of grieving and consequences for older persons. *Death Studies*, 15, 459-472.
- Jordan, J. R. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 91-102.
- Kaye, N. S., & Soreff, S. M. (1991). The psychiatrist's role, responses, and responsibilities when a patient commits suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 739-743.
- Lehman, D. R., Wortman, C. B., & Williams, A. F. (1987). Long-term effects of losing a spouse or child in a motor vehicle crash. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 218-231.
- Li, J., Precht, D. H., Mortensen, P. B., & Olsen, J. (2003). Mortality in parents after death of a child in Denmark: a nationwide follow-up study. *The Lancet*, 361, 363-367.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- Lloyd, G. G. (1995). Suicide in hospital: Guidelines for prevention. *Journal of Royal Society of Medicine*, 88, 344-346.
- Marris, P. (1986). *Loss and change*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Mehlum, L. (1997). Etterlatte ved selvmord. Hva er de vanlige reaksjonene og hvordan kan vi hjelpe? *Nytt i suicidologi*, 2 (1), 18-20.
- Mehlum, L. (2000). Støttetiltak for etterlatte ved selvmord. *Suicidologi*, 5 (2), 3-4.
- Mehlum, L. (2003). *Selvmordsgjennomgang og personalstøtte*. Foredrag ved Videreutdanning i selvmordsforebyggende arbeid. Universitetet i Oslo. Oslo, mai.
- Meling, A. (1999). Den etterlevende familien. *Suicidologi*, 4 (2), 16-17.
- Michel, K., Armson, S., Fleming, G., Rosenbauer, C., & Takahashi, Y. (1997). After suicide: Who counsels the therapist? Report from a workshop at the 29<sup>th</sup> Congress of the IASP. *Crisis*, 18, 128-139.
- Murphy, S. A. (2000). The use of research findings in bereavement programs: A case study. *Death Studies*, 24, 585-602.
- Müller, O. (1992). Etterlatte etter selvmord: Reaksjoner og behandlingsbehov. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 29, 189-199.
- Nadeau, J. W. (2001). Meaning making in family bereavement: A family systems approach. I M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (red.), *Handbook of bereavement research. Consequences, coping, and care* (side 329-347). Washington, DC: American Psychological Association.
- Nielsen, P. A. (2001). *I fremmed land - at leve med en datters psykiske sykdom og selvmord*. Valby: Unitas forlag.
- Parkes, C. M., & Weiss, R. S. (1983). *Recovery from bereavement*. New York: Basic Books.
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds, C. F. III, Shear, M. K., Day, N., Beery, L. C., Newsom, J. T., & Jacobs, S. (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry*, 154, 616-623.
- Prigerson, H. G., & Jacobs, S. C. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. I M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (red.), *Handbook of bereavement research. Consequences, coping, and care* (side 613-645). Washington, DC: American Psychological Association.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F. III, Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., & Miller, M. (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59, 65-79.
- Provini, C., Everett, J. R., & Pfeffer, C. R. (2000). Adults mourning suicide: Self-reported concerns about bereavement, needs for assistance, and help-seeking behavior. *Death Studies*, 24, 1-19.
- Reed, M. D. (1998). Predicting grief symptomatology among the suddenly bereaved. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28, 285-301.
- Retterstøl, N. (1995). *Selvmord* (5. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

- Sandvik, O. (2003). Hva er sorg, og hvordan kan den forstås? I K. E. Bugge, H. Eriksen, & O. Sandvik (red.), *Sorg* (side 15-42). Bergen: Fagbokforlaget.
- Senter for Krisepsykologi (2003). Websider på <http://www.krisepsyk.no>. Bergen: Senter for Krisepsykologi, august.
- Shapiro, E. R. (2001). Grief in interpersonal perspective: Theories and their implications. I M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (red.), *Handbook of bereavement research. Consequences, coping, and care* (side 302-327). Washington, DC: American Psychological Association.
- Shuchter, S. R., & Zisook, S. (1993). The course of normal grief. I M. S. Stroebe, W. Stroebe, & R. O. Hansson (red.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (side 23-43). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sosial- og helsedepartementet. (1999a). Opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006. Utbygging av kommunale tiltak. Rundskriv I-4/99.
- Sosial- og helsedepartementet. (1999b). Opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006. Planer for fylkeskommunale tjenester. Rundskriv I-24/99.
- Statens helsetilsyn (2000). *Oppfølgingsprosjekt Tiltak mot selvmord*. Prosjektplan utarbeidet av Statens helsetilsyn høsten 2000. *Suicidologi*, 5, Supplement, 1-15.
- Straume, M. V. (2003). Når sorg får et komplisert forløp. I K. E. Bugge, H. Eriksen, & O. Sandvik (red.), *Sorg* (side 169-187). Bergen: Fagbokforlaget.
- Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Stroebe, W., & Schut, H. (2001a) (red.). *Handbook of bereavement research. Consequences, coping, and care*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Stroebe, W., & Schut, H. (2001b). Introduction: Concepts and issues in contemporary research on bereavement. I M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (red.), *Handbook of bereavement research. Consequences, coping, and care* (side 3-22). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.
- Svenberg, G. (1987). *Etterlatte: behov for hjelp og omsorg til etterlatte etter dødsfall*. Rapport. Oslo: Nasjonalforeningen for Folkehelsen.
- Talseth, R. (2003). *Brukerperspektivet - hva betyr det?* Foredrag ved konferanse om forebygging av psykiske problemer blant barn og unge. Regionkonferanse. ABUP, Universitetet i Tromsø. Tromsø, oktober.
- Weisæth, L. (2000). Briefing and debriefing: Group psychological interventions in acute stressor situations. I B. Raphael & J. P. Wilson (red.), *Psychological debriefing. Theory, practice and evidence* (side 43-57). Cambridge: Cambridge University Press.
- Weisæth, L. (2001). Personlig meddelelse.
- Weisæth, L. (2003). *Håndtering av den døde ved selvmord*. Foredrag ved Videreutdanning i selvmordsforebyggende arbeid. Universitetet i Oslo. Oslo, mai.
- Wessely, S., & Deahl, M. (2003). Psychological debriefing is a waste of time. *British Journal of Psychiatry*, 183, 12-14.
- Woof, W. F., & Carter, Y. H. (1997). The grieving adult and the general practitioner: A literature review in two parts (part 1). *British Journal of General Practice*, 47, 443-448.



Figur 1: "A dual process model of coping with bereavement."

Stroebe & Schut, 1999, side 213

## **Obligatorisk pensumlitteratur**

### **Videreutdanning i selvmordsforebyggende arbeid.**

#### **Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging. UiO. 2002-03**

Antonovsky, Aron: Helbredets mysterium. København: Hans Reitzels forlag, 2000 (202 sider)

Holten, Kari: Handlingsplan mot selvmord 1994-98. Statens helsetilsyn, 1995. (Teksten er tilgjengelig på [www.selvmord.info](http://www.selvmord.info)) (35 sider)

Hawton & van Heeringen (eds) :The international handbook of suicide and attempted suicide. Chicester: Wiley, 2000. (725 sider)

Schibby, Anne-Lise Løvlie: Å bli kjent med seg selv og den andre : om selvrefleksivitet og undring i dialektisk relasjonsteori. I Andersen & Karlsson: Psykiatri i endring. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1998. Kap. 6. (20 sider)

Mehlum, Lars (red): Tilbake til livet. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 1999. (450 sider)

Oppfølgingsprosjekt Tiltak mot selvmord 2000-2002. SSFF 2000 . (Teksten er tilgjengelig på [www.selvmord.info](http://www.selvmord.info)) (15 sider)

Retterstøl, N (red): Selvmord: et personlig og samfunnsmessig problem. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2002. Kap. 4, 5, 15 og 24. (62 sider)

Ramsay, R.F m.fl: ASIST, Trainers manual, Standard procedures. Kap I - IV. Calgary: LivingWorks Education, 2000. (Utdeles på Vivats kurslederkurs) (219 sider)

Seikkula, Jakko: Åpne samtaler. Oslo: Tano Aschehoug, 2000. Kap. 2, 3, 4 og 9. (63 sider)

Silverman, Morton: Approaches to suicide prevention: a focus on models. I Ramsay, R.F. & Tanney, B.L: Global trends in suicide prevention: toward the development of national strategies for suicide prevention. Mumbai: Tana Institute of Social Sciences, 1996. Kap. 2.(s. 25 - s. 94) (69 sider)

Van Heeringen, Kees (ed): Understanding suicidal behaviour : the suicidal process approach to research, treatment, and prevention. Chicester: Wiley, 2001. (307 sider)

Weisæth, Lars & Dalgard, Odd Steffen: Psykisk helse: risikofaktorer og forebyggende arbeid. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2001. Kap. 19. (12 sider)

# Selvvalgt pensumlitteratur

## Videreutdanning i selvmordsforebyggende arbeid

Ingrid Nesje og Hans Lander

Felles litteratur	Antall sider
Amaya-Jackson, L., Davidson, J. R., Hughes, D. C., Swartz, M., Reynolds, V., George, L. K., & Blazer, D. G. (1999). Functional impairment and utilization of services associated with posttraumatic stress in the community. <i>Journal of Traumatic Stress, 12</i> , 709-724.	16
Anneberg, I. (2002). <i>Sorgen ved selvmord. En bok til de efterladte</i> . København: Høst & Søn.	373
Bartels, S. J. (1987). The aftermath of suicide on the psychiatric inpatient unit. <i>General Hospital Psychiatry, 9</i> , 189-197.	8
Berg, N. B. J. (2002). <i>Blåmann. Ung psykisk lidelse - familiens smerte</i> . Oslo: Aschehoug.	226
Bugge, K. E., Eriksen, H., & Sandvik, O. (2003) (red.). <i>Sorg</i> . Bergen: Fagbokforlaget.	208
Clark, S. (2001). Bereavement after suicide – How far have we come and where do we go from here? <i>Crisis, 22</i> , 102-108.	6
Cleiren, M., Diekstra, R. F., Kerkhof, A. J., & van der Wal, J. (1994). Mode of death and kinship in bereavement: Focusing on "who" rather than "how". <i>Crisis, 15</i> , 22-36.	15
de la Cour, J. (2000). Suicide in the ward setting. <i>Nursing Times, 96 (40)</i> , 39-40.	2
Drangsholt, K. (2002). Helsefremmende og forebyggende oppgaver i spesialisthelsetjenesten – en utfordring til helseforetakene og helseministeren. <i>Liv og helse (3)</i> , 20-21. Sosial- og helsedirektoratet.	2
Dyregrov, A. (2002). <i>Katastrofepsykologi (2. utg.)</i> . Bergen: Fagbokforlaget. Kap.1, 5 og 7.	110
Dyregrov, K. (2001). Søsken etter selvmord. I A. Dyregrov, G. Lorentzen, & K. Raaheim (red.), <i>Et liv for barn: Utfordringer, omsorg og hjelpetiltak. Festskrift for Magne Raundalen</i> (side 146 - 158). Bergen: Fagbokforlaget.	12
Dyregrov, K. (2002). Assistance from local authorities versus survivors' needs for support after suicide. <i>Death Studies, 26</i> , 647-668.	22
Dyregrov, K., Nordanger D., & Dyregrov, A. (2000). <i>Omsorg for etterlatte ved selvmord. Etterlattestudien</i> . Rapport. Senter for krisepsykologi, Bergen.	165
Dyregrov, K., Nordanger D., & Dyregrov, A. (2000). <i>Omsorg for etterlatte ved brå, uventet død. Evaluering av behov, tilbud og tiltak</i> . Rapport. Senter for krisepsykologi, Bergen.	70
Dyregrov, K., Nordanger D., & Dyregrov, A. (2003). Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. <i>Death Studies, 27</i> , 143-165.	23
Gitlin, M. J. (1999). A psychiatrist's reaction to a patient's suicide. <i>American Journal of Psychiatry, 156</i> , 1630-1634.	5
Grad, O. (1999). Helsepersonell som etterlatte ved selvmord. <i>Suicidologi, 4 (3)</i> , 16-17.	2
Grad, O., Zavasnik, A., & Groleger, U. (1997). Suicide of a patient: Gender differences in bereavement reactions of therapists. <i>Suicide and Life-Threatening Behavior, 27</i> , 379-386.	8
Haga, E. (1990). Selvmordsgjennomgang – psykologisk autopsi. <i>Tidsskrift for Den norske lægeforening, 110</i> , 3643-3644.	2
Hendin, H., Lipschitz, A., Maltsberger, J. T., Pollinger Haas, A., & Wynecoop, S. (2000). Therapists' reactions to patients' suicides. <i>American Journal of Psychiatry, 157</i> , 2022-2027.	6



Jordan, J. R. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. <i>Suicide and Life-Threatening Behavior</i> , 31, 91-102.	11
Kaye, N. S., & Soreff, S. M. (1991). The psychiatrist's role, responses, and responsibilities when a patient commits suicide. <i>The American Journal of Psychiatry</i> , 148, 739-743.	5
Li, J., Precht, D. H., Mortensen, P. B., & Olsen, J. (2003). Mortality in parents after death of a child in Denmark: a nationwide follow-up study. <i>The Lancet</i> , 361, 363-367.	5
Mehlum, L. (1997). Etterlatte ved selvmord. Hva er de vanlige reaksjonene og hvordan kan vi hjelpe? <i>Nytt i suicidologi</i> , 2 (1), 18-20.	3
Mehlum, L. (2000). Støttetiltak for etterlatte ved selvmord. <i>Suicidologi</i> , 5 (2), 3-4.	2
Meling, A. (1999). Den etterlevende familien. <i>Suicidologi</i> , 4 (2), 16-17.	2
Michel, K., Armson, S., Fleming, G., Rosenbauer, C., & Takahashi, Y. (1997). After suicide: Who counsels the therapist? Report from a workshop at the 29 <sup>th</sup> Congress of the IASP. <i>Crisis</i> 18, 128-139.	11
Müller, O. (1992). Etterlatte etter selvmord: Reaksjoner og behandlingsbehov. <i>Tidsskrift for Norsk Psykologforening</i> , 29, 189-199.	10
Nielsen, P. A. (2001). <i>I fremmed land - at leve med en datters psykiske sykdom og selvmord</i> . Valby: Unitas forlag.	110
Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds, C. F. III, Shear, M. K., Day, N., Beery, L. C., Newsom, J. T., & Jacobs, S. (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. <i>American Journal of Psychiatry</i> , 154, 616-623.	8
Provini, C., Everett, J. R., & Pfeffer, C. R. (2000). Adults mourning suicide: Self-reported concerns about bereavement, needs for assistance, and help-seeking behavior. <i>Death Studies</i> , 24, 1-19.	18
Reed, M. D. (1998). Predicting grief symptomatology among the suddenly bereaved. <i>Suicide and Life-Threatening Behavior</i> , 28, 285-301.	17
Retterstøl, N. (1995). <i>Selvmord</i> (5. utg.). Oslo: Universitetsforlaget. Kap.18	16
Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Stroebe, W., & Schut, H. (2001) (red.). <i>Handbook of bereavement research. Consequences, coping, and care</i> . Washington, DC: American Psychological Association. Kap. 1, 2 og 27	68
Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. <i>Death Studies</i> , 23, 197-224.	27
Vråle, G., B. (2000). <i>Møte med det selvmordstruede mennesket</i> . Oslo: Gyldendal Akademisk.	150
Weiseth, L., & Dalgaard, O. S. (2000). <i>Psykisk helse. Risikofaktorer og forebyggende arbeid</i> . Oslo. Gyldendal Akademisk. Kap. 5 og 17.	45
Wessely, S., & Deahl, M. (2003). Psychological debriefing is a waste of time. <i>British Journal of Psychiatry</i> , 183, 12-14.	3
Woof, W. F., & Carter, Y. H. (1997). The grieving adult and the general practitioner: A literature review in two parts (part 1). <i>British Journal of General Practice</i> , 47, 443-448.	6

Sum: 1798

**Individuell litteratur for Hans Lander:**

Shawn, C., S. (1999). <i>The Practical Art of Suicide Assessment</i> . New York: John Wiley & Sons, Inc.	247	<u>Sum 2045</u>
--	-----	-----------------

**Individuell litteratur for Ingrid Nesje:**

Coelho, P. (1999). <i>Veronica vil dø</i> . Oslo: Ex Libris.	217	<u>Sum 2015</u>
--	-----	-----------------