



**Kari Dyregrov**

Senter for Krisepsykologi, Bergen/Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo

# Hvordan ønsker unge selvmordsetterlatte å bli møtt av psykologer? – en brukerundersøkelse

Mange unge etterlatte ved selvmord trenger og ønsker hjelp. Når terapeuten fremstår som en aktiv og rådgivende medspiller, styrkes de unges tro på egne ressurser og egen mestring.

## Innledning

Som i de fleste vestlige land har Norge et høyt antall selvmord per år. I 2003 tok 502 mennesker sitt liv, herav 374 menn og 128 kvinner. Raten, dvs. antall selvmord per 100 000 innbyggere, var 16.5 for menn og 5.6 for kvinner, og totalraten 11 (Statistisk sentralbyrå, 2005). Ethvert selvmord vil prege nærmeste pårørende over lang tid. Shneidman (1972) uttrykte dette presist: *The person who commits suicide puts his psychological skeleton in the survivor's emotional closet*. Det store årlige antallet selvmord i Norge innebærer at svært mange etterlatte, derav mange unge, sitter tilbake i sjokk og sorg. I tillegg berøres deres øvrige familie, venner, skolekamerater og arbeidskollegaer dypt.

## Ungdom sliter etter selvmord

Gjennom Omsorgsprosjektet utført ved Senter for Krisepsykologi (SfK) fra 1996 til 2003 (Dyregrov, 2001) og andre studier er det dokumentert at barn og

unge sliter i betydelig grad i kjølvannet av selvmord hos en nærstående person (Brent, Moritz, Bridge, Perper & Canobbio, 1996; Cerel, Fristad, Weller & Weller, 1999; Dyregrov & Dyregrov, 2005, 2006; Rakic, 1992; Sethi & Bhargava, 2003). Pfeffer og medarbeidere (1997) konkluderte med at selvmordsetterlatte barn hadde større risiko for spesifikke former for psykososial dysfunksjon i forhold til barn som opplever andre typer dødsfall. Den viktigste forskjellen, ved sammenligning med andre studier, var at posttraumatiske symptomer bare ble observert hos barn som hadde opplevd selvmord, og ikke ved udramatiske dødsfall. Brent og medarbeidere (1993) fant at unge etterlatte søsken etter selvmord oftere hadde depresjon, angst og posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) enn et kontrollutvalg. De unge opplevde mangel på energi, søvnforstyrrelser, appetitt- og vektforstyrrelser, økt følelsesmessig og kroppslig uro, skyld, sosial tilbaketrekking, kon-

sentrasjonsvansker og selvmordstanker. Rakices studie (1992) og Omsorgsprosjektet (Dyregrov, 2001) bekrefter disse funnene. I en studie peker Nelson og Frantz (1996) på at selvmord kan føre til forlenget og komplisert sorgbearbeiding på grunn av at mange unge etterlatte er ute av stand til å dele sine opplevelser og tanker, særlig om skyldfølelsen de sliter med. Sethi og Bhargava (2003) fant at 50 % av unge etterlatte fylte kriteriene for alvorlig depresjon gjennomsnittlig ni og en halv måned etter selvmord av en nærstående person, mens bare 6.6 % i kontrollutvalget fylte kriteriene. Både Rakices studie (1992) og Omsorgsprosjektet viste at mange unge opplevde store vansker med å uttrykke sorgen åpent i familien. I Demi og Howells studie (1991) uttrykte voksne etterlatte, 15 år etter søskens selvmord, sterk frustrasjon rundt det de hadde opplevd som hemmeligholdelse, taushet og blokkert familiekommunikasjon etter dødsfallet. En alvorlig konsekvens fra den vanskelige

Tross dokumentasjonen av alvorlige følgetilstander har det ikke eksistert norsk forskning omkring hvilken oppfølging unge etter selvmord opplever behov for, hvilken hjelp som tilbys, og hvordan eventuelle hjelpetilbud mottas av de unge

totalsituasjonen er utbredte innlærings- og konsentrasjonsvansker i skolesituasjonen (Dyregrov, 2006).

McIntosh og Wroblewski omtalte i 1988 unge etterlatte ved selvmord som «de glemte sørgende», og mye tyder på at det samme gjelder i dag. Omsorgsstudien viste at etterlatte foreldre ved selvmord var svært bekymret for gjenlevende barn og ønsket langt mer og bedre hjelp for dem enn det som var tilbudt. Spesielt ønsket de hjelp fra psykolog til de unge (Dyregrov, 2003). De påpekte at det var vanskelig å få psykologhjelp, og dersom de hadde fått det, så varte kontakten oftest kort, angivelig fordi de unge opplevde at utbyttet var begrenset. Med bakgrunn i klinisk praksis med unge kriserammede tok psykolog Atle Dyregrov, i en tidligere artikkel i Tidsskriftet, til orde for at ungdom må møtes annerledes av hjelperne innen psykisk helsevern enn hva som var tilfellet. Han fremførte misnøyen fra unge som kritiserte «de tause behandlerne – de som ikke sier så mye, og som legger press på ungdommen for at de skal ta ansvar for samtalen» (A. Dyregrov, 2004, s. 723).

Tross dokumentasjonen av alvorlige følgetilstander har det ikke eksistert norsk forskning omkring hvilken oppfølging unge etter selvmord opplever behov for, hvilken hjelp som tilbys, og hvordan eventuelle hjelpetilbud mottas av de unge. For å få slik kunnskap er det nødvendig å lytte til brukeren av tjenester for i større grad å utføre tjenestene på brukerens premisser (Stortingsmelding 21, 1998-99). I Sosial- og helsedirektoratets rapport *Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet* (2006) står det: «Brukere har rett til å medvirke, samtidig som brukermedvirkning har en egenverdi, en terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene» (s. 5). Av relevans for brukerundersøkelser generelt og denne spesielt sies det i avsnittet om klientbehandling:

«Klientens opplevelse av den terapeutiske relasjonen og klientens opplevelse av endring tidlig i behandlingen ser ut til å være de faktorer som best predikerer resultatet av behandlingen» (s. 18). Med mål om å bidra til kritisk drøfting og forslag til utbedring har en samfunnsvitenskapelig forskningstilnærming vært anvendt på ulike områder i psykisk helsevern for å koble brukernes erfaringer til trekk ved helsetjenestetilbud og profesjonsutøvernes refleksjons- og fortolkningsprosesser. Overnevnte perspektiv og forskningstilnærming danner ramme for studien i denne artikkelen.

#### Ny norsk undersøkelse

For å gi unge etterlatte ved selvmord en nødvendig stemme overfor samfunnet og hjelpeapparatet gjennomfører Landsforeningen for etterlatte ved selvmord (LEVE) ungdomsprosjektet «Styrket omsorgsapparat for unge etterlatte ved selvmord». Prosjektet er støttet fra Helse- og Rehabilitering, og består av en aksjons-, forsknings- og informasjonsdel. Første trinn har vært helgesamlinger med unge etterlatte, trinn to en forskningsdel for å kartlegge og analysere de unges selvopplevde behov for hjelp og støtte, mens trinn tre er en formidlingsdel, for å informere potensielle støtemiljøer om hvordan de kan støtte de unge i tiden etter selvmordet. Bare forskningsdelen, gjennomført av forfatteren, omtales i artikkelen. Målet med denne var blant annet å kartlegge ungdommens ønsker og behov for hjelp, hvordan de opplever å bli møtt av sosiale nettverk og hjelpeapparatet, og om eventuelle tilbud om hjelp når frem. Selvhjelpsstrategier og personlig vekst ble også registrert. Artikkelen drøfter hvilken hjelp de unge ønsket seg fra psykologer med hensyn til innhold, omfang og kvalitet.

#### Utvalg

Rekrutteringen til utvalget skjedde via LEVEs ungdomssamlinger i prosjektets

første trinn – gjennom annonser i dagspresse, skole og helsesøstertjeneste, og LEVEs medlemsblad. De unge antas derfor å være representative for ungdom som samtykker i slik deltakelse. Til sammen 32 unge fylte ut spørreskjema og deltok i kvalitative fokusgruppeintervjuer. Ti (31 %) var gutter/menn og 22 (69 %) var jenter/kvinner. Deres alder varierte mellom 13 og 24 år, med en gjennomsnittsalder på nesten 18 år ( $M = 17.8$ ;  $SD = 3.20$ ). De unge var i grunnskole (25 %), videregående skole (50 %), høyskole/universitet (16 %), eller i arbeid (9 %). De representerte alle landets helseregioner, 69 % kom fra byer, mens 31 % bodde på landsbygden. Bare fem (16 %) av de unge var med på å finne den som hadde tatt livet sitt. Seks (20 %) hadde mistet mor eller far, 22 (69 %) hadde mistet bror eller søster, mens de øvrige hadde mistet andre nære sletninger eller venner (11 %). Avdødes alder varierte mellom 12 år og 56 år, med et snitt på nesten 27 år ( $M = 26.69$ ;  $SD = 12.49$ ). Tiden som var gått siden dødsfallene, varierte mellom en måned og syv år (84 mnd.), med et gjennomsnitt på rundt tre år ( $M = 35.5$  mnd.;  $SD = 23.58$ ).

Datainnsamlingen skjedde i etterkant av ungdomssamlingene, ved at de unge fylte ut spørreskjema og deltok i fokusgruppeintervju. Til sammen 11 gruppeintervjuer, med to til fire ungdommer per gruppe, ble gjennomført enten i forbindelse med en samling, på forskerens kontor, eller i den unges hjem. Godkjenning fra Personvernombud (NSD) og Regional Komité for Medisinsk Forskningsetikk (UiB) ble innhentet.

#### Undersøkellesmetode

Undersøkelsen er basert på brukerperspektivet, der informanten regnes som eksperten på sine erfaringer og opplevelser. Det ble anvendt metodetriangulering (spørreskjema og dybdeintervju) (Coyle & Williams, 2000) for å kartlegge ungdommenes erfaringer med hjelp og

støtte fra det offentlige hjelpeapparatet, skolen og det sosiale nettverket. Et fire siders «hjelpskjema», utarbeidet ved SfK, kartla omfanget av mottatt og ønsket hjelp, og bestod av 172 standardiserte spørsmål og fem åpne spørsmål. For å sikre skjemaets validitet og reliabilitet ble skjemaet gjennomgått kritisk av to unge etterlatte, og voksenversjonen av skjemaet er oversatt til engelsk, diskutert med forskere og brukt på sammenlignbare grupper i fire andre land.

Mens hjelpskjemaet kartla omfanget av hjelp, ble fokusgruppeintervju valgt som metode for å få frem den enkelte unges erfaringer. Intervjuene var basert på fenomenologisk tilnærming der målet er «å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene» (Kvale, 1997, s. 21). Gjennom å få frem bredde og variasjon i de unges subjektive opplevelser av møte med behandlingsapparatet ga metoden mulighet til å belyse opplevelser som var viktige for den unge, men som kunne være ukjent for behandlerne. Ved hjelp av en temaguide sikret man at visse temaer systematisk ble berørt<sup>1</sup>. De kvalitative dataene ble analysert etter Kvaless (1996) femtrinns analyse for kvalitative data. Metoden går ut på å fortette uttrykte meninger, for å finne frem til grunnleggende meningsenheter og -prosesser i forhold til problemstillingene. Forskeren uttrykker hovedtemaer for meningsenhetene, før det analyserte materialet fortolkes i forhold til problemstilling, teori på området og tidligere forskning. Deskriptive analyser (frekvensfordelinger, gjennomsnitt og standardavvik) av spørreskjemadata ble utført i STATISTICA 7. I et samfunnsvitenskapelig perspektiv kobles analyseresultatene fra informantens subjektive opplevelser til å si noe om tjenestetilbudet og psykologens tilnærminger.

## Resultat

Et flertall av de unge mente at ungdom vil trenge støtte og hjelp utenfor familien etter et selvmord, jfr.: *Det er veldig få som kan gå gjennom sånne ting uten å få hjelp. Jeg tror de fleste må ha hjelp. Det*

*tror jeg. Jeg tror uansett at det er viktig å snakke med noen utenfor familien* (jente 17 år). Hele 69 % (22) av de unge anga at de opplevde behov for hjelp fra fagfolk i svært stor/nokså stor/en viss grad, mens henholdsvis 19 % og 12 % i liten eller ingen grad hadde behov for slik hjelp (Dyregrov, i trykk).

I intervjuene ga de unge inntrykk av at det var stor variasjon i hvilken hjelp de fikk. Slik de unge så det, virket det nokså tilfeldig hvem som fikk hjelp og hvorfor. Men noen få informanter som hadde vært i kontakt med det offentlige hjelpeapparatet på grunn av andre tidligere vansker, opplevde å få bedre oppfølging enn andre. Hjelperne som informantene oftest hadde snakket med/hatt noen kontakt med etter selvmordet, var psykolog (52 %), lærer (35 %), helsesøster (35 %) og prest (29 %). Psykologen var også den som har gitt flest informasjon (23 %) og praktisk hjelp (16 %), og den som ble ansett å kunne være viktigste hjelper ved siden av helsesøster, prest og lege. Til tross for den sentrale posisjonen som de unge etterlatte ønsket at psykologen skulle ha, var det svært mye frustrasjon i forhold til psykologhjelp. Et flertall hadde avbrutt psykologkontakten etter relativt kort tid eller var utilfredse i relasjonen, mens andre hadde ønsket slik hjelp uten at de hadde fått det. Noen få rapporterte å ha fått god og viktig hjelp fra psykolog. For å kunne lære av de unges frustrasjoner vil de videre resultatene beskrive deres refleksjoner omkring hvorfor mange unge etterlatte ved selvmord ikke får adekvat psykologhjelp.

### Hinder for kontaktetablering til psykolog

Både de unge som hadde fått time hos psykolog, og de som ikke hadde fått det, pekte på en rekke ulike årsaker til mangelfull «kontaktetablering». De pekte på forhold som ikke bare skyldtes hjelperne, men også dem selv, organisering av hjelpen, eller et samspill mellom flere av forholdene (Tabell 1).

### Behov for hjelp fanges ikke opp

Den viktigste barrieren for psykologhjelp som ble nevnt av de unge, var at det ikke fantes et system som fanget opp deres behov for hjelp. De fremhevet

## ABSTRACT

How do young suicide bereaved want to be approached by the psychologist?

There has been scarce user-knowledge about young suicide bereaveds' experience with psychosocial assistance and therapy. Thirtytwo adolescents who had lost a close person through suicide participated in a research project by filling in questionnaires and participating in focus group interviews. The paper explores the youth's experiences with and wishes for help from the psychologist, and shows that the young bereaved do not get the psychological assistance they wish for and need. The shortcomings are discussed in relation to organisation, form, and content of the help. In order to reach youth with adequate assistance in an extreme life situation, it is worth listening to their opinions of how they want to be approached in the wake of a suicide.

*Key words: suicide, young bereaved, trauma, crisis psychology, user research*

at etter et selvmord er en fullstendig i sjokk, og en «vet ikke opp eller ned på situasjonen» og da orker en ikke å ta kontakt og be om hjelp. I tillegg var de unge usikre på hva de trengte av hjelp, eller hva som fantes av hjelp, men de trodde likevel at psykologen var den yrkesgruppen som var nærmest til å hjelpe med alle de slitsomme tankene. Mange foreldre klarte heller ikke å motivere de unge til å ta imot hjelp, eller skaffe dem adekvat hjelp, fordi de hadde nok med seg selv, spesielt like etter dødsfallet. I tillegg var det unge som hadde dårlige eller skuffende møter med hjelperne som gjorde at de ikke hadde tatt nye initiativ til tross for opplevd behov for hjelp. Andre påpekte at de hadde ønsket seg en annen faggruppe enn den som hadde blitt tilbudt dem (f.eks. psykolog heller enn prest).

Et par ungdommer som ikke hadde fått tidlig tilbud om hjelp, fortalte om så store vansker med å få hurtig psykologhjelp når de plutselig trengte det, at det hadde resultert i tvangsinnleggelse i institusjon innen psykisk helsevern. Noen av de eldste ungdommene påpekte at det dessuten er vanskelig å be om hjelp i tenårene. Man er opptatt av hva andre synes, og opplever det som et personlig nederlag å måtte få hjelp, og

<sup>1</sup> Intervjuguide og spørreskjema kan fås ved å kontakte forfatteren.

derfor vegrer noen seg for hjelp som blir tilbudt, jfr.: *Jeg syntes det var verre (å gå til psykolog) da jeg var 17 år enn nå. Ja, helt klart. Jeg tror jeg var mer opptatt av hva andre syntes om meg. Det var sånn videregående setting, og du skulle ikke skulle deg ut (gutt 23 år).*

#### Manglende tilbud når de unge er «klare»

Informanter hadde også opplevd at det var vanskelig å få samtalehjelp på et senere tidspunkt dersom de hadde avslått første gang. Manglende kapasitet hos psykologer gjorde det umulig å få time når de unge var «klare» til å motta hjelp, enten ved at voksne hadde bearbeidet dem, eller de selv gradvis hadde erkjent at de trengte hjelp, jfr.: *Da jeg ringte til Vinderen (for å få time) etter å ha fått meg rekvisisjon fikk jeg svaret: Nei, vi får 20–30 telefoner om dette her per dag, så det vet jeg ikke. Du får sende inn rekvisisjonen, da, så får vi se på det. Jeg kom inn i en bunke... Jeg vet ikke jeg, den er vel gått ut nå den rekvisisjonen (jente 19 år).*

Noen unge hadde brukt lang tid for å motivere seg til psykologhjelp, og sa at de trengte å spørres flere ganger, slik at tanken kunne modnes i takt med et gradvis følt behov for hjelp. Men da var det også viktig at hjelperne forstod dette og ikke sluttet å tilby hjelp for tidlig.

#### Avsluttet påbegynt kontakt

På grunn av den stressende situasjonen, med dårlig konsentrasjonsevne, var det unge som hadde uteblitt fra avtalt hjelp fordi de ikke hadde orket å møte til timer, eller hadde glemt avtaler. Dette

**Tabell 1. Unge etterlattes opplevelse av hinder for kontaktablring til psykologen.**

- Et systematisk og automatisk hjelpetilbud finnes ikke
- Orker eller klarer ikke å ta kontakt selv
- Vet ikke hvem, eller hva, som kan hjelpe
- Manglende tilbud når de unge er «klare»
- Tar ikke nye initiativ etter skuffende møter
- Avslår tilbud om hjelp pga. manglende motivasjon og støtte

**Tabell 2. Unges etterlattes kritikk av psykologhjelp etter selvmord.**

- Tok ikke tak i problemene
- Manglende empati og ekte innlevelse – ga ikke tillit
- Signaliserte faglig og emosjonell utrygghet

hadde gjort dem så flauet at de ikke hadde tort å ta kontakt, og ettersom psykologen heller ikke tok kontakt, ble dette slutten på deres psykologbistand. Noen unge hadde sluttet i påbegynt samtaletilbud i gruppe med familien fordi de ikke følte seg tilstrekkelig ivarettatt ettersom hovedfokuset hadde vært på foreldrene. Andre som hadde blitt tilbudt samtaler sammen med andre nære familiemedlemmer, hadde takket nei fordi de ønsket å være mer private eller å skjerme foreldrene fra å høre hvor vondt de hadde det. De fleste av de unge som hadde avbrutt kontakten med psykologen, gjorde det fordi de var skuffet og lite tilfredse med hjelpetilbudet de hadde fått. Kritikken dreide seg i hovedsak om hjelpens innhold og hjelpeform.

#### Hvorfor var ikke de unge tilfredse med psykologen?

De unge som var lite tilfredse med hjelpen fra psykologen pekte på ulike grunner til dette (Tabell 2).

#### Tok ikke tak i problemene

Gjennom intervjuene uttrykte mange unge at de ikke fikk den kvalitative hjelpen de hadde trengt. Man merket fort om psykologen hadde en tilnærming som hjalp eller ikke, og mange ga uttrykk for at de «ikke skjønnte vitsen med» å snakke med psykologen. Flere uttrykte at de skulle ønsket at psykologen hadde vært mer aktiv og kanskje spurt enkeltspørsmål som de hadde kunnet svare på, men uten å presse dem for fort. De hadde ofte følt seg presset til å berette historien om det som hendte mens de egentlig ikke kunne sette ord på det vonde. De så heller ikke poenget med å fortelle «hele livshistorien sin», jfr.:

- *Jeg var på BUP i ... og der sluttet jeg etter ganske kort tid, for jeg følte at jeg ikke fikk noe ut at det. Når jeg kom dit, så måtte jeg begynne å fortelle, og så visste jeg ikke hva jeg skulle si, så ble det mye stillhet liksom. Og kanskje det ikke passet den dagen, at jeg ikke hadde lyst å snakke om det, og så følte jeg meg presset fordi jeg hadde fått time der for å komme dit (gutt 14 år).*
- *Den (psykologen) jeg kom til måtte*

*jeg fortelle alt jeg husker fra livet mitt begynte, holdt jeg på å si, liksom ikke noe poeng i det hele tatt (jente 17 år).*

- *Hun sa veldig, veldig lite, jeg ville gjerne ønsket at hun fortalte meg litt om hva som er normale reaksjoner etter at å ha mista noen i selvmord. Det gjorde hun ikke i det hele tatt. Første timen så satt hun og svarte på et par spørsmål, mye pinlige pauser og litt kjeksspising og sånne ting, og neste gang ble det ikke noe bedre heller (jente 18 år).*
- *Så fikk jeg tilbud om noe psykologgreie, men det var bare tull. Jeg var der inne og jeg synes ikke det var noe vits i å sitte der og høre på at de to ukjente folka skulle prate masse vas om broren min, og det var liksom ... Det var mye lettere for meg å prate med de som kjente ham, enn to sånne ukjente luringer (gutt 17 år).*
- *Jeg var hos psykologen bare et par ganger så gadd jeg ikke mer. Så snakket jeg bare med vennene mine, det var mye bedre det (gutt 16 år).*
- *Jeg gikk til rådgiveren på skolen og helsesøster på skolen, som tok kontakt med PPT for meg. Så da jeg kom til hun psykologen på PPT, så var det liksom vi skulle bare ha fremt alt sammen, hva jeg tenkte og bla, bla, bla, det blir helt sånn ... å skulle legge hele livshistorien min til en vilt fremmed person, det funker ikke (jente 17 år).*

En del informanter var kritiske til at psykologen ikke tok tak i det som virkelig plaget dem: tanker om skyld, spørsmål om hvorfor, sinne mot den som var død, angst for nye tap, skremmende drømmer og mareritt om selvmordet, eller vansker med å takle hverdagen fordi så mye tid og energi gikk til å holde det vonde på avstand. De påpekte at psykologene dvelte for mye med fortiden, enten den unges eller avdødes, mens de hadde ønsket at psykologene heller skulle vært mer orientert mot det som plaget dem og som hadde snudd opp ned på livet. Derfor hadde noen tanker om hvilken hjelp psykologen burde gi unge etterlatte, jfr.: *Det er veldig viktig at de tenker på individet som sitter foran deg og ikke individet som er død. Selv om du kanskje kan gi en personschildring*

## De unges fortellinger tyder på at en del psykologer var uerfarne med unge etterlatte etter selvmord, og innga manglende tillit fordi de selv var utrygge i å møte unge i sorg og krise

og fortelle åssen mennesket var som er død, så tror jeg det er viktig at de på en måte kommer inn i deg og får vite åssen du har det. Og så skal de ha kunnskap til å ordne det, det er kjempeviktig. For hvis du bare sitter og snakker om været som jeg har hørt at de gjør, og den som er død, så det hadde i hvert fall ikke hjulpet meg så særlig. Det hadde det ikke (jente 17 år).

Andre unge var skuffet over å bli møtt med manglende forståelse for at deres problemer var alvorlige nok til å trenge psykologhjelp, jfr.: *Det var en belastning å gå til psykologen fordi han fikk meg til å føle at mine problemer var bagateller* (jente 22 år).

### Manglende empati og ekte innlevelse – ga ikke tillit

De unge som hadde tatt skrittet og fått time hos psykolog, stilte store krav til at det måtte være «kjemi», basert på tillit, empati og ekte innlevelse, mellom dem og psykologen for at de skulle gå der. Hvis tilliten deres til psykologen sviktet, fordi de ikke opplevde at han/hun hadde en ekte interesse og innlevelse for dem i deres svært sårbare situasjon, så sluttet de fort, jfr.: *Jeg hadde psykolog, og da jeg kom inn, han var bare ikke til stede da jeg begynte å fortelle. Og jeg hadde jo ikke fortalt det til så mange, da, så det er liksom å utlevere det innerste av deg selv, og så fulgte han ikke helt med og fikk ikke helt med seg det jeg sa og sanne ting. Jeg tror han hadde en annen oppfatning av hva jeg var her for, og ellers så var han ikke til stede med kroppsspråk og hørte etter og sann. Det gjorde meg ordentlig irritert, og da ble jeg enda surere. Jeg kom ikke noe mer* (jente 18 år).

De unge var også veldig vare for om avdøde ble omtalt med respekt, og reagerte sterkt dersom psykologen ble for «kameratslig», f.eks. ved å snakke som om de kjente avdøde godt når de ikke gjorde det, jfr.: *De (psykologene) må passe på at de ikke prater som om de skulle ha kjent den de prater om de siste 30 årene. For det er liksom ... Det*

*som trengs er tillit og at de fokuserer på riktige ting* (gutt 16 år).

### Signaliserte manglende erfaring og trygghet på feltet

De unges fortellinger kunne også tyde på at en del psykologer var uerfarne med unge etterlatte etter selvmord, og innga manglende tillit fordi de selv var utrygge i å møte unge i sorg og krise. En ungdom som hadde slitt i stor grad og selv søkt psykologhjelp, fortalte: *Så kom jeg til psykologen, og hun var nyutdannet, og hun kunne ikke hjelpe meg i det hele tatt. Hun skjønnte ikke hvorfor jeg var der, og det eneste hun spurte meg om var hvorfor jeg ikke ville bruke navnet på hun som var død. Det var det eneste hun spurte om og hvorfor jeg plutselig hadde funnet ut at jeg ville gå til psykolog da. Hun spurte ikke om noe som helst annet. Og så sa hun at nei, tror ikke det er nødvendig at du kommer hit. Sorg kunne hun ikke hjelpe meg med, det måtte jeg komme over selv. Hun spurte ikke hvordan jeg hadde det ...* (jente 18 år).

Andre terapeuter hadde belært unge ut fra teoretisk kunnskap og avslørt at de «vet ikke helt hva poenget egentlig er i praksis», jfr.: *Det hjelper meg ingenting å sitte og fortelle til en person hva som skjer når den andre personen ikke vet hva som faktisk foregår, men bare har lest det* (jente 17 år).

Noen unge påpekte betydningen av at fagfolk torde å være direkte i sin kommunikasjon om selvmordet, og ikke pakket det inn, jfr.: *Hvorfor kan de ikke heller si: Når moren din hengte seg ... for når de sier de ordene gang på gang, så er det med på å ufarliggjøre det. Det gjør vondt som bare det å høre det, men det er noe med å vende hodet til hva som faktisk har skjedd, at en snakker litt fra levra* (jente 18 år).

### Push oss litt mer!

Mange unge innrømmet at de nok selv hadde medvirket til at de ikke hadde fått den hjelpen de i ettertid skulle ha ønsket seg. De var ikke alltid så flinke

til å uttrykke og gi helperne beskjed om at de ikke hadde det godt, og noen hadde avslått tilbud om hjelp. Fordi de unge av ulike grunner prøvde å skjule problemene, innså de at det heller ikke var lett for andre rundt å hjelpe dem. Om dette sier de fleste: «push oss litt mer», og gjenta tilbud om hjelp. De påpekte at helpere må tørre å være litt mer offensive, og ikke bare ta den første avvisningen «for god fisk». Andre unge som aldri hadde fått hjelp, trodde det ville kunne være vanskelig å ta imot tilbud, særlig fra fremmede voksne, men mente de ville ha gjort det dersom de rette hadde motivert dem.

Samtidig uttrykte flere at de var skeptiske til å bli presset for fort til å åpne seg (for mye), og da gjelder det som en ungdom sa «å finne slurepunktet», jfr.: *Den psykologen jeg hadde skulle liksom få meg til å si absolutt alt. Jeg ville egentlig ikke si så veldig mye, men han fikk meg faktisk til å si veldig mye. Så det er sikkert det som ødela det at jeg ikke fikk den hjelpen jeg trengte. Kanskje ikke presse, men på en måte litt presse ... finne slurepunktet liksom. Men vi må være med å bestemme* (jente 17 år).

De unge forstod at det ikke vil være lett for fagfolk eller familiemedlemmer å finne «slurepunktet», eller å vite hvor mye de skal «pushe» den enkelte unge for å gi den hjelpen de til enhver tid trenger eller klarer å ta imot. Mange unge fortalte at de i starten hadde holdt reaksjoner unna, for å være i stand til å holde seg oppegående. Like etter selvmordet måtte de ta virkeligheten inn litt og litt, og da klarte de ikke å forholde seg til villige helpere eller familiemedlemmer som intenst ville hjelpe dem. Nærværelse og gjentatte forsiktige tilbud om hjelp og støtte ville derfor være løsningen. Det ville også være en stor hjelp dersom familiemedlemmer eller andre kunne gi psykologen et innblikk i hva som hadde hendt, slik at de kunne slippe å fortelle hele historien på nytt ved første konsultasjon. De ønsket seg også psykologer som ut fra tidligere erfaring og innsikt

kunne gi konkrete råd om forventede reaksjoner, om hva de kunne gjøre selv for å lette situasjonen, og hvordan de kunne støtte foreldre og søsken best mulig. Ikke minst poengterte de at deres erfaringer hadde lært dem betydningen av oppfølging og engasjement over tid. De unge etterlyste derfor et rutinemessig profesjonelt hjelpe tilbud, tilpasset den enkeltes unges særegne behov for hjelp, som tilbys dem på gjentatte tidspunkt. De poengterte at hjelperne ikke må spørre om man trenger hjelp – den må bare tilbys fordi en ikke klarer å be om hjelpen selv (Dyregrov, i trykk).

### Diskusjon

Betydningen av å lytte til brukerne av helsetjenester er et viktig utgangspunktet for studien. Særlig er det viktig å belyse unge sårbare gruppers møte med hjelpere fordi disse av ulike årsaker ofte ikke høres. Forhåpentlig kan de unges subjektive erfaringer og forskeres tolkning av dette utgjøre et bidrag til kritisk refleksjon over klinisk praksis. Diskusjonen av de unges opplevelser i møte med psykologen og andre helpere må derfor ses i lys av brukerperspektivet og de metodiske betraktningene.

### Metodiske betraktninger

Selv om utvalget er landsdekkende, er det relativt lite til å generalisere fra for de kvantitative analysene. Utvalget kan være skjevt, fordi undersøkelsen etterfulgte ungdomssamlinger der unge etterlatte ved selvmord fikk treffe andre i samme situasjon. Man kan således ha rekruttert personer som er mer opptatt av studiens problemstilling fordi de sliter, eller som i større grad er seg bevisst sine reaksjoner. Studiens unge kan være mer ressurssterke eller mer konfronterende enn andre unge etterlatte. Selv om det er vanskelig å tenke seg at informantene konstruerte nye opplevelser og erfaringer rundt sin særegne situasjon ut fra å høre andres beskrivelser, er det sannsynlig at gruppeintervjuene, samlingene og den forutgående spørreskjema-besvarelsen kan ha preget intervjuene ved at de unge har fått økte assosiasjoner til egne opplevelser og tanker (Bloom, Frankland, Thomas & Robson, 2001). Det kvalitative materialets gyldighet og

generaliserbarhet, teoretisk og analytisk, vil være knyttet til i hvilken grad det er plausibelt og bekreftes gjennom gjenkjennelse blant unge etterlatte, i teori og hos klinikere (Kvale, 1996). Det er en styrke at det kvalitative materialet er omfattende i forhold til artikkelens fokus. To unge etterlatte gjennomleste

### I henhold til krisepsykologisk tenkning, vær aktiv og hjelp de unge til å skape struktur og orden i en kaotisk livssituasjon

og «validerte» den ferdige rapporten uten innsigelser mot fremstillingene, psykologer ved Senter for Krisepsykologi gjenkjente de unges vansker, mens det finnes lite norsk litteratur som kan støtte funnene.

### Ønsket hjelp når vanskelig frem

De unges ønsker om et automatisk, proaktivt og kvalifisert hjelpe tilbud innrettet mot den enkeltes unike situasjon over tid samsvarer med voksne etterlattes ønsker for hjelp etter selvmord (Dyregrov, 2003). I likhet med de voksne betrakter også de unge psykologen som en av sine viktigste potensielle helpere i tiden etter selvmordet. Det blir derfor særlig problematisk at så mange unge opplever at denne type hjelp ikke når frem. Hovedproblemet i møtet mellom unge etterlatte ved selvmord og psykologen synes todelt. Enten får ikke de unge, av ulike grunner, etablert en terapeutisk relasjon til psykologen, eller så oppleves kontakten som lite meningsfull, og mange slutter. Svikten ved hjelpe tilbudet, som opplevd av de unge, tolkes å ha forklaringsvariabler knyttet til organisering, form og innhold.

### Mangelfull organisering av psykologtjenester?

De unges beskrivelser av at ønsket psykologhjelp ikke har nådd frem til dem i nødvendig og ønsket grad, kan henge sammen med at tjenestetilbudets organisering og ideologi ikke er tilpasset unge etterlattes særegne situasjon. Tross opplevelsen av at de trenger terapeutisk

hjelp, forteller de unge at de ikke orker å ta kontakt til hjelpeapparatet, mangler kunnskap om hvem eller hva som kan hjelpe, ikke er «klare» når psykologhjelp er der, eller avslår tilbud om hjelp fordi de mangler motivasjon og støtte. De unge påpeker imidlertid behovet for å bli kontaktet med et hjelpe tilbud for sin situasjon. Mangel på nødvendige organiserende tiltak for å imøtekomme de unge kan henge sammen med at store deler av hjelpeapparatet fungerer etter den tradisjonelle pasient–behandler-modellen, der det er opp til pasienten å definere sitt problem og deretter oppsøke hjelp. Variasjonen mellom kommunene, som antydnet av de unge, kan således henge sammen med at det eksisterer ulike ideologier i forhold til oppfølging av kriserammede – skal en tenke forebyggende, behandlende, eller la det utelukke være opp til det sosiale nettverket å hjelpe etterlatte ved selvmord? (Dyregrov, 2005)

Når en vurderer de unges beskrivelser av mottatt hjelp, er det riktig å ta i betraktning at de fleste selvmordene som her omtales, skjedde for noen år tilbake. Det er tendenser i materialet til at ungdom etter nyere selvmord noe oftere tilbys hjelp. Det kan i så fall avspeile at mange kommuner nå arbeider mer aktivt med psykososial oppfølging etter selvmord enn tidligere. Da kommunenes psykososiale oppfølging av etterlatte ved selvmord ble kartlagt i 1998 i den landsdekkende Omsorgsstudien, var det knapt en tredjedel av kommunene som hadde opprettet kriseteam, 43 % hadde skriftlige rutiner for oppfølging, mens bare 16 % hadde slik formalisering mellom 1.- og 2.-linjetjenestene (Dyregrov, Dyregrov & Nordanger, 1999). Kommunene pekte selv på at slike organiserende tiltak, særlig skriftlige rutiner og kriseteam, var avgjørende for å sikre god oppfølging av etterlatte ved brå død. Dette ble også bekreftet i studien, ved at etterlatte som fikk oppfølging i kommuner med organiserende tiltak, var mer tilfredse med hjelp og fikk bedre hjelpe tilbud (Nordanger, Dyregrov & Dyregrov, 2003). Lov om helsemessig og sosial beredskap, som trådte i kraft 1. juli 2001, krevde tverrfaglig og tverretattlig samordning, og pålegger alle

virksomheter som er involvert i oppfølgingen etter kriser og ulykker, å lage beredskapsplaner (LOV 2000). Selv om det er grunn til å tro at den nye loven har bidratt til at flere fanges opp av hjelpeapparatet etter selvmord, er man fortsatt ikke helt i mål.

### Mangelfull krisekunnskap gir usikker form?

Det kan også synes som at mangelfull kunnskap om selvmord, traumer og kriser kan medvirke til usikkerhet i behandlingsrelasjonen med de unge. Usikkerheten forsterkes av at psykologer flest sjelden er i kontakt med unge etterlatte etter selvmord, og at slik kontakt er emosjonelt belastende. De unge bekrefter flere av Atle Dyregrovs betraktninger i en tidligere artikkel i Tidsskriftet (A. Dyregrov, 2004). Der påpeker han betydningen av en aktiv og sensitiv relasjonsbygging i det første møtet med kriserammede unge. Som flere av de unge påpekte: terapeuten må ikke legge opp til at den unge skal fortelle alt første gangen, og ta ansvar for å holde samtalen i gang. Ved at terapeuten er avventende og passiv, skyves de unge bort. De unges frustrasjon i den terapeutiske alliansen kan således tenkes å henge sammen med en behandlingstradisjon som er uhensiktsmessig i forhold til det de unge sliter med.

### Adekvat behandlingstradisjon?

Noen kjennetegn ved den tradisjonelle behandlingsfaglige tradisjonen kan virke meningsløs for unge etterlatte i forhold til det de sliter med og ønsker hjelp til. Det kan være en motsetning mellom de unges behov for informasjon om og et aktiv forhold til det som har hendt, egne reaksjoner og mestringsmuligheter, og psykologens mer passive, avventende og tilbakeskuende holdning i sitt møte med de unge. Når psykologen forventer at den unge skal føre ordet og fortelle, kan det henge sammen med mangelfull fagkunnskap om unge etterlatte ved selvmord. I henhold til krisepsykologisk tenkning vil det være sentralt å være aktiv og hjelpe de unge til å skape struktur og orden i en kaotisk livssituasjon (Dyregrov, 2001). Psykoedukasjon vil være et viktig virkemiddel (Pfeffer

**Tabell 3. God ivaretagelse fra psykologen vil innebære:**

<b>Organisering</b>
• Automatisk tilbud om hjelp – slippe å lete frem og be om hjelp
• Tidlig hjelptilbud, som gjentas ved skiftende behov/motstand over tid
• Hjelp i beredskap hvis og når en trenger det
<b>Form</b>
• Fleksibilitet som hovedregel, ikke få noe «tredd ned over hodet»
• Empatisk og interessert hjelper – kjemien må stemme
• Ønsker eget fokus/individuelle samtaler – for å kunne snakke fritt
<b>Innhold</b>
• Samtalehjelp – fra terapeut med kjennskap til selvmord/krisepsykologi
• Hjelp for spesifikke problemer i kjølvannet av selvmordet
• Informasjon om reaksjoner, hvordan støtte andre, råd om selvhjelp

et al., 2002). Ved å ta utgangspunkt i informasjon om vanlige reaksjoner etter selvmord vil psykologen også bidra til nødvendig tiltro og tillit til at han eller hun kan hjelpe den unge. Krisepsykologisk tenkning vektlegger betydningen av at terapien tar utgangspunkt i det som den unge opplever som mest plagsomt, og tidlig gir selvhjelpsrad (Dyregrov & Dyregrov, 2005; Murray et al., 2000). Deretter kan en bruke mer spesifikke traumeterapeutiske metoder som eksponeringsterapi, kognitiv terapi og EMDR, for å motvirke plagene de sliter med (Bryant et al., 1998; Cohen, 2004).

Ved at terapeuten fremstår som en aktiv og rådgivende medspiller, styrkes de unges tro på egne ressurser og egen mestring. Mange unge etterlatte ved selvmord trenger og ønsker hjelp fra psykologen, og bidrar herved med sine råd (Tabell 3).

#### Kari Dyregrov

Senter for Krisepsykologi  
Fabrikkgt. 5  
5059 Bergen  
Tlf 55 59 61 80  
E-post kari@krisepsy.no

#### Referanser

- Bloom, M., Frankland, J., Thomas, M., & Robson, K. (2001). *Focus groups in social research*. London: Sage Publications.
- Brent, D. A., Moritz, G., Bridge, J., Perper, J., & Canobbio, R. (1996). The impact of adolescent suicide on siblings and parents: A longitudinal follow-up. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 26, 253–259.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Liotus, L., Schweers, J., Roth, C., Balach, L., & Allman, C. (1993). Psychiatric impact of the loss of an adolescent sibling to suicide. *Journal of Affective Disorders*, 28, 249–256.
- Bryant, R. A., Harvey, A. G., Dang, S. T., & Sackville, T. (1998). Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counselling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 862–866.
- Cerel, J., Fristad, M. A., Weller, E. B., & Weller, R. A. (1999). Suicide-bereaved children and adolescents: A controlled longitudinal examination. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 672–679.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Knudsen, K. (2004). Treating childhood traumatic grief: A pilot study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 1225–1233.
- Coyle, J., & Williams, B. (2000). An exploration of the epistemological intricacies of using qualitative data to develop a quantitative measure of user views of health care. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 1235–1243.
- Demi, A. S., & Howell, C. (1991). Hiding and healing: Resolving the suicide of a parent or sibling. *Archives of Psychiatric Nursing*, 5, 350–356.
- Dyregrov, A. (2001). Telling the truth or hiding the facts. An evaluation of current strategies for assisting children following adverse events. *Association for Child Psychology and Psychiatry Occasional papers nr. 17*, 25–38.
- Dyregrov, A. (2004). De tause behandlerne – Hvordan få bedre kontakt med ungdommer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41, 723–724.
- Dyregrov, K. (2001). Søsken etter selvmord. I A. Dyregrov, G. Lorentzen, & K. Raaheim (red.), *Et liv for barn. Utfordringer, omsorg og hjelpetilbud* (ss. 146–158). Bergen: Fagbokforlaget.
- Dyregrov, K. (2003). *The loss of child by suicide, SIDS, and accidents: Consequences, needs and provisions of help*. Doktoravhandling. HEMIL, Psykologisk fakultet. Universitetet i Bergen.
- Dyregrov, K. (2005). Umyndiggjør fagfolk sørgende og kriserammede? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 125, 75–77.

- Dyregrov, K. (2006). Skolens viktige rolle etter selvmord. Ny forskning om unge etterlattes ønsker for hjelp og støtte. *Bedre Skole*, nr. 1/2006.
- Dyregrov, K. (i trykk). Hva sliter unge etterlatte etter selvmord med? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*.
- Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2005). Siblings after suicide – «the forgotten bereaved». *Suicide and Life Threatening Behaviour*, 35, 714–724.
- Dyregrov, K., Dyregrov, A., & Nordanger, D. (1999). Omsorg for etterlatte etter selvmord – «Kommunestudien». *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 119, 4010–4015.
- Giorgi, A. (1975). An application of phenomenological method in psychology. I A. Giorgi, C. Fischer, & E. Murray (Eds.), *Duquesne studies in phenomenological psychology, II* (ss. 82–103). Pittsburg, PA: Duquesne University Press.
- Kvale, S. (1996). *InterViews. An introduction to qualitative research interviewing*. London: Sage Publications.
- LOV 2000. *Lov om helsemessig og sosial beredskap* av 23.6. 2000 nr. 56.
- McIntosh, J., & Wroblewski, A. (1988). Grief reactions among suicide survivors: An exploratory comparison of relationships. *Death Studies*, 12, 21–39.
- Murray, J. A., Terry, D. J., Vance, J. C., Battistutta, D., & Connolly, Y. (2000). Effects of a program of intervention on parental distress following infant death. *Death Studies*, 24, 275–305.
- Nelson, B. J., & Frantz, T. T. (1996). Family interactions of suicide survivors and survivors of non-suicidal death. *OMEGA*, 33, 131–146.
- Nordanger, D., Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2003). Betydningen av skriftlige rutiner for omsorgen etter krybbedød og barneulykker. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 123, 933–935.
- Pfeffer, C. R., Jiang, H., Kakuma, T., Hwang, J., & Metsch, M. (2002). Group intervention for children bereaved by the suicide of a relative. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 505–513.
- Pfeffer, C. R., Martins, P., Mann, J., Sunkenberg, R. N., Ice, A., Damore, J. P., Gallo, C., Karpenos, I., & Jiang, H. (1997). Child survivors of suicide: Psychosocial characteristics. *Journal of American the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 65–74.
- Rakic, A. S. (1992). *Sibling survivors of adolescent suicide*. Doctoral dissertation. The California School of Professional Psychology Berkeley, Alameda, USA.
- Sethi, S., & Bhargava, S. C. (2003). Child and adolescent survivors of suicide. *Crisis*, 24, 4–6.
- Shneidman, E. (1972). Foreword. I A. C. Cain (Ed.), *Survivors of suicide*, Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Sosial- og Helsedirektoratet (2006). *Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptreppingsplanen for psykisk helse*. Rapport. IS-1315.
- Stortingsmelding nr. 21: (1998–99). Ansvar og meistring*.