

**Psykologers reaksjoner på arbeid med selvmordsnære  
pasienter: En undersøkelse av et utvalg psykologer i Hordaland**

Tanja Notø , Ranveig Olsen , Kira Normann og Tor Løberg

## **Psykologers reaksjoner på arbeid med selvmordsnære pasienter: En undersøkelse av et utvalg psykologer i Hordaland**

Arbeid med selvmordsnære pasienter blir av mange behandlere sett på som en betraktelig belastning. Målet med denne undersøkelsen er å beskrive hvilken påvirkning det har på psykologer, og hvilke forhold som kan være til hjelp og støtte.

### **Innledning**

Selv mord har lenge vært et sentralt tema i helsearbeid. Selvmord og selvmordsforsøk har sterk sammenheng med psykiske lidelser, som angst og særlig depresjon (Gitlin, 1999). Behandlere vil derfor ofte være oppmerksomme på risikoen for at pasienter kan forsøke å ta sitt liv under behandling (Kleespies & Dettmer, 2000). I to undersøkelser rapporterte henholdsvis 22 % og 29 % av psykologene å ha opplevd å miste en pasient (Chemtob, Hamada, Bauer, Torigoe, & Kinney, 1988). I en studie rapporterte 97 % av antall psykologer at de var redde for å miste en pasient på grunn av selvmord (Kleespies & Dettmer, 2000). Denne utbredelsen har ført til at arbeid med selvmordsnære pasienter av mange blir sett på som en betraktelig belastning (DeAngelis, 2001). Med tanke på hvor vanlig det er at behandleren berøres, har temaet vært lite drøftet innen selvmordsforskning.

Å være selvmordsnær vil si å gi uttrykk for eller utføre en form for selvmordsatferd, fra uttrykk for dødsønsker og selvmordstanker, til konkrete selvmordsplaner og selvmordshandlinger (Maris, Berman & Silverman, 2000). Retterstøls (1995) definisjon av *selvmord* er blant de mest anvendte definisjoner i Norge: «Selvmord er en bevisst og villet handling som individet har foretatt for å skade seg selv, og hvor skaden har ført til døden» (s. 12). Selvmordsforsøk, parasuicid, selvpåførte skader og villet egenskade er noen av begrepene som blir brukt for å beskrive selvmordsatferd som ikke ender med døden (Statens helsetilsyn, 2001). Retterstøl (1995) definerer *selvmordsforsøk* som «en bevisst og villet handling som individet har foretatt for å skade seg selv, og som individet ikke kunne være sikker på å overleve, men hvor skaden ikke har ført til døden» (s. 12).

### **Forekomst**

Fra 1988 og fram til 2001 har antall selvmord blitt gradvis redusert, fra 708 til 549 selvmord per år. Det er klare kjønnsforskjeller. I 2001 var det 411 menn som tok sitt eget liv i Norge, mens antallet kvinner var 138 (Statistisk sentralbyrå, 2003). Tallene på registrerte selvmord bør betraktes med forbehold, da det i en del tilfeller kan være tvil om dødsfallet skal oppfattes som ulykke eller

selvmord, som ved overdosedødsfall og uforklarlige bilulykker. Det er av den grunn vanlig å legge til 10 % når det antatt reelle selvmordstallet skal fastsettes. Tallfesting av *selvmordsforsøk* er vanskelig da det ikke er registreringsplikt på selvmordsforsøk slik det er for selvmord. Siden selvmordsforsøk ikke registreres for nasjonal statistikk, foreligger det ingen reelle tall på dette området, men det antas at det er ca. ti ganger så mange selvmordsforsøk som selvmord i Norge (Retterstøl, 1995).

### **Vurdering av selvmordsrisiko**

Det finnes ingen fasit på hvordan suicidalitet skal forstås. Det har imidlertid blitt samlet informasjon om flere grupper med risikofaktorer for selvmord og selvmordsforsøk. En av disse risikogrupperne er psykiske lidelser. På bakgrunn av informasjon innhentet i ettertid, er det funnet at minst 90 % av dem som har begått selvmord antas å ha hatt en psykisk lidelse. For ungdommer gjelder dette omkring 70 %. Lidelsene med den sterkeste sammenhengen til selvmordsfare er depresjoner, personlighetsforstyrrelser, rusmisbruk og psykoser (Dieserud & Ekeberg, 2002). Sosiodemografiske, psykososiale og biologiske faktorer er andre grupper av risikofaktorer for selvmordsatferd. Det viser seg at selvmordsfare varierer avhengig av kjønn, alder, familieforhold, arbeidsløshet, økonomiske problemer og sosial gruppetilhørighet. Videre har livsbelastninger som relasjonsbrudd, kriser, sosial isolasjon, fengsling, overgrep, mobbing, homofili og tilhørighet til minoritetsgrupper vist seg å øke risikoen for selvmordsatferd (Dieserud & Ekeberg, 2002).

Forekomst og meddelelse av tanker og/eller trusler om selvskading og selvmordstanker, et negativt fremtidsperspektiv, og følelse av håpløshet, er viktige faktorer å inkludere i en selvmordsevaluering. Disse faktorene er retningsgivende i forhold til evaluering av selvmordsrisiko, men er samtidig uttrykk for tendenser som kan variere hyppig. Intensiteten i selvmordsfare er også avhengig av hvordan omgivelsene og behandleren reagerer (Dieserud & Ekeberg, 2002).

Suicidologi utgjør summen av ulike faglige tilnæringsmåter, og har vært preget av til dels konkurrerende forståelsesmodeller. Selv om dette ikke er unikt for suicidologien, kan konsekvensene av en mangelfull faglig forståelse bli mer dramatiske for suicidale individer, deres pårørende og hjelpepersonell enn for mennesker i andre typer kriser. Mangel på gode prediksjonsvariabler for gjentatt selvmordsatferd, på felles definisjoner og felles begrepsapparat gjør at hva som vil være i fokus ved vurdering av suicidalitet og tiltak også vil variere avhengig av teoretisk forståelse (Dieserud & Ekeberg, 2002).

## Behandlers emosjonelle reaksjoner

Den empatiske evnen er essensiell for involvering i relasjonen til pasienten, men kan samtidig gjøre behandler sårbar med tanke på emosjonell belastning. Påkjennningene ved pasienters selvmord kan medføre symptomer som kan sammenliknes med symptomer på utbrenthet, og i enkelte tilfeller subkliniske PTSD-symptomer (Kleespies & Dettmer, 2000). Behandlers reaksjoner i etterkant av et selvmord vil, i motsetning til pårørendes reaksjoner, være av *både* personlig og profesjonell art (Grad & Zavasnik, 1998; Mehlum, 1999). I tillegg til de emosjonelle reaksjonene som tilsvarer pårørendes reaksjoner (Grad & Zavasnik, 1998), vil behandler kunne oppleve sin egen profesjonelle identitet truet (Mehlum, 1999), samtidig som den profesjonelle rollen også kan fungere som et forsvar i forhold til den mer personlige reaksjonen (Grad & Zavasnik, 1998). Skillet mellom personlige og profesjonelle reaksjoner kan imidlertid være uklart. Det kan også synes som om det er en tendens blant behandlere til ikke å tillate seg å reagere emosjonelt i arbeid med selvmordsnære pasienter (Goldstein & Buongiorno, 1984). Det profesjonelle aspektet ser slik ut til å kunne komplisere og hemme de personlige reaksjonene, og dermed vanskeliggjøre god mestring (Kleespies, Niles, Mori, & Deleppo, 1998).

Det er flere faktorer som er med på å forme behandlers reaksjoner på pasienters selvmord og selvmordsatferd. Størst betydning har trolig relasjonen mellom behandler og pasient, og personlige egenskaper hos behandleren. Relasjonens intensitet og varighet, samt i hvilken grad behandlingen involverer andre profesjonelle, vil ha innvirkning på behandlers opplevelse av ansvar, tap og psykologisk belastning ved selvmord. Tvangspreget personlighetsstil, internaliseringstendens, og sårbarhet i forhold til angst og depresjon, er personlige egenskaper ved behandler som også ser ut til å kunne påvirke reaksjoner på selvmordsatferd (Gitlin, 1999). Behandlers alder og grad av erfaring har også vært diskutert som mulige påvirkningsfaktorer (Kleespies & Dettmer, 2000). Det kan imidlertid se ut til at det er delvis enighet om at behandlers emosjonelle reaksjoner er uavhengig av alder og erfaring (Kleespies et al., 1998). Videre ser også alvorlighetsgraden i pasientens selvmordsatferd ut til å virke inn på behandlers emosjonelle reaksjoner, ved at reaksjonens styrke øker i takt med alvorlighetsgraden i selvmordsatferden (Kleespies & Dettmer, 2000).

## Konsekvenser av å arbeide med selvmordsnære pasienter

En vanlig konsekvens av de emosjonelle reaksjoner i arbeid med selvmordsnære pasienter, er økt vektlegging av vurdering av selvmordsfare, i form av eksplisitt utspørring og utforsking av selvmordstanker og -handlinger (Kleespies & Dettmer, 2000). Enkelte behandlere kan oppleve dette

arbeidet som så belastende at de unngår mulige selvmordsnære pasienter. Andre opplever det derimot som utfordrende og givende, og søker ytterligere kunnskap og erfaring på området (Jobes, Luoma, Hustead, & Mann, 2000).

### **Tiltak for å bistå behandler**

I en undersøkelse rapporterte alle deltakerne at bearbeiding i etterkant av et selvmord er en måte å komme seg på etter traumet, selv om følelsene vil følge behandler videre når han eller hun blir konfrontert med liknende situasjoner (Goldstein & Buongiorno, 1984). Bearbeiding av behandlers reaksjoner kan dessuten bidra til utvikling av ny innsikt og hensiktsmessige mestringsstrategier (Vråle, 1998). Det har videre vist seg at det å dele sin erfaring med andre gjennom å hjelpe andre med å mestre lignende erfaringer, kan være til hjelp for egen bearbeiding (Gitlin, 1999). Slik kan behandlere med veiledningsansvar både formidle kunnskap videre og samtidig bearbeide egne opplevelser (Vråle, 1998). I kontakt med andre behandlere vil imidlertid frykten for deres syn på håndteringen av den selvmordsnære pasienten kunne blokkere denne mestringsmetoden (Kleespies & Dettmer, 2000). Enkelte behandlere foretrekker å bearbeide reaksjonene alene, noe som tilsier at det bør være rom for individuelt tilpasset bearbeiding (Grad, 1999). Det å snakke med pårørende har i enkelte tilfeller også vist seg å være til hjelp som ledd i behandlers bearbeidingsprosess (Hendin, Lipschitz, Maltzberger, Haas, & Wynecoop, 2000). Andre tiltak som har vist seg å være til hjelp er samtalegrupper med andre behandlere i samme situasjon, og oppfølging med hensyn til langtids effekter (Kleespies et al., 1998).

Alle arbeidsplasser hvor behandler kan komme i kontakt med selvmordsnære pasienter vil, i tillegg til kliniske rutiner i forhold til slike pasienter, kunne ha nytte av fastlagte rutiner for oppfølging av behandler. Disse rutineene bør være fleksible og individuelt tilpasset den enkelte behandler (Grad, 1999). Ved hjelp av fastlagte rutiner kan behandler redefinere sine personlige og profesjonelle forventninger ved å akseptere sine begrensninger, innse at en ikke alltid lykkes, at en ikke er omnipotent og at denne type erfaring er en viktig del av utviklingen som behandler (Tanney, 1995).

Målet med denne undersøkelsen er å beskrive påvirkningen klinisk arbeid med selvmordsnære pasienter har på psykologer, samt å identifisere forhold som kan være til hjelp og støtte i dette arbeidet.

## Metode

Utvalget bestod av psykologer som jobber ved poliklinikker innen psykisk helsevern for barn og ungdom (BUP) og på barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) i Hordaland Fylkeskommune. Tjueåtte (76 %) av psykologene jobbet ved BUP, åtte (21 %) på inneliggende sykehusavdelinger, og en (3 %) på sykehusavdeling. Strategien som ble brukt for å selektere utvalget var en ikke-sannsynlighetsutvelgning, som vil si at ikke alle i populasjonen har like stor sjanse for å bli utvalgt (Burton, 2000).

Det ble sendt ut 61 spørreskjemaer, ett til hver av psykologene innenfor BUP/ BUPA i Hordaland Fylkeskommune. Sytten dager etter at svarfristen gikk ut, ble de samme spørreskjemaene sendt ut på nytt, sammen med en purring til dem som ikke hadde respondert. Undersøkelsen var anonym. Spørreskjemaet som ble brukt i denne undersøkelsen, ble laget for formålet.

Responser etter første brev var 48 % (29), og responser etter purrebrevet var nye 13 % (8). Den totale responsen ble dermed 61 % (37). Responsskjevhet, dvs. den effekt manglende responser har på surveyresultatet, kunne ikke påvises. Resultatene kan dermed anses å støtte at utvalget er representativt for psykologer som jobber med barn og unge under 18 år.

Det ble utført deskriptive analyser av aktuelle variabler i studiet. Analysene gjaldt frekvenser, gjennomsnittsverdier, standardavvik og spredning. Anova ble brukt for å teste ut spesifikke hypoteser.

## Resultater

Av Tabell 1 fremgår det at respondentenes totale kliniske erfaring i gjennomsnitt er 10.2 år, mens de gjennomsnittlig har jobbet i 2.5 år i nåværende stilling. Tre (8 %) oppgir å ha mistet en pasient på grunn av selvmord. Nitten (51 %) oppgir at pasienter de har hatt kontakt med i nåværende stilling, har forsøkt å begå suicid, mens 28 (76 %) har opplevd at pasienter har hatt selvmordstanker. Videre oppgir 31 (84 %) å ha vurdert suicidalitet fra 1 til 30 ganger det siste året, og 24 (65 %) har opplevd at en kollega har tatt kontakt for å drøfte suicidalitet fra 1 til 20 ganger det siste året. I tillegg oppgir 23 (62 %) informanter at andre samarbeidspartnere har tatt kontakt for å drøfte selvmordsfare det siste året. Nitten (51 %) rapporterer at de har gjennomgått ulike former for kurs i suicidologi, og 30 (81 %) rapporterer at de føler seg faglig kompetent i forhold til å jobbe med selvmordsnære pasienter (se Tabell 1).

**Tabell 1. Utvalgskarakteristika.**

	Samlet klinisk erfaring (gjennomsnitt)	10.2 år
Samlet klinisk erfaring	Tid i nåværende stilling (gjennomsnitt)	2.5 år
	Har mistet pasient pga. selvmord	n = 3 / 8 %
	Opplevd selvmordsforsøk hos pasient i nåværende stilling	n = 19 / 51 %
	Har hatt pasienter med selvmordstanker	n = 28 / 76 %
	Vurdert selvmordsfare fra 1–30 ganger det siste året	n = 31 / 84 %
	Kollega har tatt kontakt for å drøfte selvmordsfare 1–20 ganger det siste året	n = 24 / 65 %
	Andre samarbeidspartnere har tatt kontakt for å drøfte selvmordsfare 1–20 ganger det siste året	n = 23 / 62 %
Erfaring med selvmordsatferd	Har gjennomgått ulike former for kurs i suicidologi	n = 19 / 51 %
	Kunnskap ifht. klinisk arbeid med selvmordsnære pasienter	Føler seg faglig kompetent ifht. å jobbe med selvmordsnære pasienter

**Innvirkninger på psykologer**

Av Tabell 2 fremgår det at 25 (68 %) psykologer oppgir at det å vurdere suicidalitet i stor grad oppleves som belastende, og at 20 (54 %) har søkt veiledning på grunn av belastningen det er å jobbe med suicidale pasienter. Tjueni (81 %) informanter oppgir at det i liten grad er vanskelig å ta opp selvmordstemaet med pasienter. Tretten (35 %) rapporterer at det er vanskelig å legge fra seg opplevelsen av et selvmordsforsøk hos en pasient. Videre oppgir 23 (62 %) psykologer at det er givende å jobbe med selvmordsnære pasienter med hensyn til å oppleve at krisen går over, og 19 (38 %) rapporterer at opplevelse av nærhet til pasientene er med på å gjøre jobben givende.

**Tabell 2. Selvmordsnære pasienters innvirkning på psykologer.**

	Å vurdere selvmordsrisiko er i stor grad belastende	n = 25 / 68 %
Opplevd belastning ifht. å vurdere selvmordsrisiko	Har søkt veiledning pga. belastningen det er å jobbe med selvmordsnære pasienter	n = 20 / 54 %
	Det er i liten grad vanskelig å ta opp selvmordstemaet med pasienter	n = 29 / 81 %

	Det er vanskelig å legge fra seg opplevelsen av et selvmordsforsøk hos en pasient	n = 13 / 35 %
	Det er givende å jobbe med selvmordsnære pasienter mht. å oppleve at krisen går over	n = 23 / 62 %
Reaksjoner ifht. klinisk arbeid med selvmordsnære pasienter	Opplevelse av nærhet til pasientene er med på å gjøre jobben givende	n = 19 / 38 %
	Har blitt mer sensitiv ifht. å tolke tegn på selvmordsfare	n = 32 / 86 %
	Lært å akseptere at selvmordsfare ikke er uvanlig ved psykiske lidelser	n = 33 / 89 %
	Har blitt mer herdet ifht. selvmordsnære pasienter	n = 21 / 57 %
	Har blitt tryggere mht. å vurdere selvmordsrisiko	n = 29 / 78 %
	Føler seg dyktigere mht. å vurdere selvmordsrisiko	n = 25 / 68 %
	Har skaffet seg mer kunnskap på fagområdet	n = 32 / 86 %
Konsekvenser av å jobbe med selvmordsnære pasienter	Ønsker å delta på kurs i suicidologi	n = 26 / 70 %
Forhold som kan hjelpe psykologer i arbeid med selvmordsnære pasienter	Får veiledning	n = 21 / 57 %
Veiledning	Har veiledningsansvar	n = 16 / 43 %
	Har erfaring med kliniske rutiner	n = 31 / 80 %
	Har erfaring med kliniske rutiner og ønsker endringer i rutinene	n = 16 / 43 %
Kliniske rutiner ifht. håndtering av selvmordsnære pasienter	Rutiner kan være til hjelp ifht. håndtering av selvmordsnære pasienter	n = 34 / 91 %

Trettito (86 %) respondenter oppgir at de har blitt mer sensitive i forhold til å tolke tegn på selvmordsfare, og 21 (57 %) oppgir å ha blitt mer herdet i forhold til suicidale pasienter. Tjueni (78 %) psykologer rapporterer at de har blitt tryggere, og 25 (68 %) føler seg dyktigere med hensyn til å vurdere selvmordsrisiko. Trettito (86 %) har skaffet seg mer kunnskap om suicidologi, og 26 (70 %) oppgir at de ønsker å delta på kurs i suicidologi.

Tjuen (57 %) av psykologene i undersøkelsen får veiledning og 16 (43 %) har veiledningsansvar. Trettien (80 %) oppgir å ha erfaring med kliniske rutiner i forhold til håndtering av selvmordsnære pasienter. Av disse ønsker 16 (43 %) psykologer endringer i disse rutinene: De uttrykker behov for skriftlige rutiner i forhold til vurdering av suicidalitet, innleggelse og oppfølging,



med rom for klinisk skjønn, samt behov for beredskap for kolleger. Av alle respondentene oppgir 34 (91 %) at rutiner kan være til hjelp i forhold til håndtering av selvmordsnære pasienter (se Tabell 2).

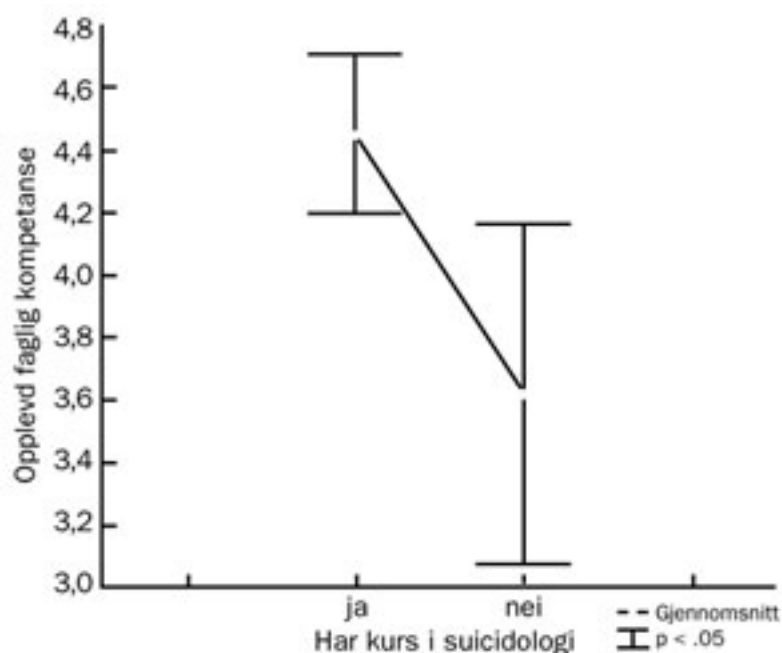
**Tabell 2. Selvmordsnære pasienters innvirkning på psykologer.**

	Å vurdere selvmordsrisiko er i stor grad belastende	n = 25 / 68 %
	Har søkt veiledning pga. belastningen det er å jobbe med selvmordsnære pasienter	n = 20 / 54 %
Opplevd belastning ifht. å vurdere selvmordsrisiko	Det er i liten grad vanskelig å ta opp selvmordstemaet med pasienter	n = 29 / 81 %
	Det er vanskelig å legge fra seg opplevelsen av et selvmordsforsøk hos en pasient	n = 13 / 35 %
	Det er givende å jobbe med selvmordsnære pasienter mht. å oppleve at krisen går over	n = 23 / 62 %
Reaksjoner ifht. klinisk arbeid med selvmordsnære pasienter	Opplevelse av nærhet til pasientene er med på å gjøre jobben givende	n = 19 / 38 %
	Har blitt mer sensitiv ifht. å tolke tegn på selvmordsfare	n = 32 / 86 %
	Lært å akseptere at selvmordsfare ikke er uvanlig ved psykiske lidelser	n = 33 / 89 %
	Har blitt mer herdet ifht. selvmordsnære pasienter	n = 21 / 57 %
	Har blitt tryggere mht. å vurdere selvmordsrisiko	n = 29 / 78 %
	Føler seg dyktigere mht. å vurdere selvmordsrisiko	n = 25 / 68 %
	Har skaffet seg mer kunnskap på fagområdet	n = 32 / 86 %
Konsekvenser av å jobbe med selvmordsnære pasienter	Ønsker å delta på kurs i suicidologi	n = 26 / 70 %
Forhold som kan hjelpe psykologer i arbeid med selvmordsnære pasienter	Får veiledning	n = 21 / 57 %
Veiledning	Har veiledningsansvar	n = 16 / 43 %
	Har erfaring med kliniske rutiner	n = 31 / 80 %
	Har erfaring med kliniske rutiner og ønsker endringer i rutinene	n = 16 / 43 %
Kliniske rutiner ifht. håndtering av selvmordsnære pasienter	Rutiner kan være til hjelp ifth. håndtering av selvmordsnære pasienter	n = 34 / 91 %

## Kurs i suicidologi og opplevd kompetanse

Det ble funnet en statistisk signifikant sammenheng mellom det å ha gjennomgått ulike former for kurs i selvmordslære, og opplevelse av faglig kompetanse,  $F(1, 34) = 8.60, p = .01$ . De som har kurs opplever større grad av faglig kompetanse i forhold til vurdering av selvmordsrisiko enn de som ikke har kurs (Figur 1).

Figur 1. Opplevd faglig kompetanse sett i sammenheng med kurs i selvmordslære.



## Diskusjon

Relevante feilkilder i denne undersøkelsen er responsfeil, responskjevhet og prosesseringsfeil.

Responsfeil skyldes at respondentene gir feilaktige svar, på grunn av misforståelse eller liknende.

Feil som skyldes prosessering, når data kodes og tabuleres, kan reduseres ved at det lages en kodebok og ved at resultatene kvalitetskontrolleres (Burton, 2000), slik det er gjort i denne undersøkelsen.

Responsen i surveyundersøkelser regnes for å være relativt lav. Det er ikke uvanlig at den kan komme ned i 20 % (Burton, 2000). Av den grunn ble sannsynligheten for responskjevhet, som er den effekt manglende responser har på surveyresultatet (Fowler, 1988), undersøkt. Responskjevhet ble ikke påvist. På grunn av manglende ressurser, var det ikke mulig å vurdere reliabilitet gjennom blant annet test-retest. Vurderingene i forhold til spørreskjemaets reliabilitet ble derfor utført på grunnlag av informantenes egne kommentarer i forhold til skjemaet. Disse kommentarene viser til svakheter

som at enkelte spørsmål ikke var tilstrekkelig presise. Innholdsvaliditeten ble vurdert og funnet tilfredsstillende, kriterievaliditeten er imidlertid ukjent.

Funnene i denne undersøkelsen bekrefter at *selvmordsatferd* er relativt hyppig forekommende i psykologers kliniske arbeide. Psykologer vil ofte komme i situasjoner der de må vurdere selvmordsrisiko både direkte og mer indirekte, ved at kolleger og andre samarbeidspartnere oppsøker dem for å drøfte selvmordsnære pasienter. Siden disse funnene baserer seg på arbeid med barn og unge, og forekomsten av selvmordsatferd statistisk sett er lavere hos barn og ungdom enn hos voksne, er det rimelig å anta at psykologer innenfor psykisk helsevern for voksne har en større forekomst av selvmordsatferd blant sine pasienter enn i denne undersøkelsen.

I følge Kleespies et al. (1998) er stressopplevelse individuelt i forhold til klinisk arbeid generelt. Det én psykolog opplever som vanskelig, kan for en annen være uproblematisk. Et viktig unntak er selvmordsatferd hos pasienter, som oppleves sterkt belastende for alle psykologer. I denne undersøkelsen rapporterer de fleste at det kliniske arbeidet med selvmordsnære er belastende for dem, uavhengig av klinisk erfaring. Dette innebærer at det å jobbe med selvmordsnære pasienter vil fortsette å være belastende for psykologer gjennom hele yrkeslivet.

Over halvparten av psykologene i denne undersøkelsen tenker mye på hva de kunne gjort annerledes i etterkant av et selvmordsforsøk hos pasienten – om de kunne ha forhindre handlingen. I tillegg rapporterer i overkant av en tredel at de har har vanskeligheter med å legge fra seg en slik hendelse. Refleksjon over hvorvidt noe kunne blitt gjort annerledes er både nyttig og nødvendig for læring. Samtidig kan belastningen bli tyngre dersom behandleren ikke får bearbeidet og lagt hendelsen fra seg. Dette kan ha sammenheng med tvil i forhold til om egen innsats var adekvat, frykt for kollegers og pårørendes reaksjoner og sanksjoner, samt forventninger i forhold til psykologrollen og håndtering av slike problemer. Det kan også være lett for psykologer å påta seg ansvar i slike situasjoner da vurdering av selvmordsfare i stor grad baseres på klinisk skjønn. Psykologene må dermed stole på egne vurderinger og beslutninger, ettersom det ikke finnes konkrete redskaper som de utelukkende kan støtte seg til.

Forskningslitteraturen viser at det er en positiv sammenheng mellom *alvorlighetsgraden* i pasienters selvmordsatferd og psykologers opplevelse av belastning. Selv om dette oftest gjelder, er det viktige unntak. Pasienters tanker og idéer om selvmord kan i enkelte tilfeller også være en stor påkjenning for behandlere. Faktisk kan selvmordsatferd uten dødelig utfall medføre like sterk belastning som det å oppleve et selvmord. En av psykologene i denne undersøkelsen opplevde

arbeidet som så belastende at han/hun har vurdert å søke permisjon, slutte i jobben og slutte som psykolog. Dette til tross for at vedkommende ikke hadde opplevd å miste noen pasienter ved selvmord. Psykologen rapporterer imidlertid å ha opplevd selvmordsforsøk hos sine pasienter. Dette underbygger at også mildere former for selvmordsatferd kan oppleves som svært belastende for psykologer. For eksempel vil et selvmordsforsøk trolig medføre at det i etterkant blir intens kontakt mellom psykolog og pasient, noe som kan bli en ekstra påkjenning for psykologen da det kommer i tillegg til egen mestring av hendelsen. En implikasjon av dette kan være at belastningene som følger med dette arbeidet er mer utbredt enn tidligere antatt, da de ikke bare gjelder alvorlig selvmordsatferd.

De fleste psykologene i undersøkelsen rapporterte økt sensitivitet og nyansering i forhold til å gjenkjenne tegn på selvmordsfare og i forhold til selvmordproblematikk generelt hos pasienter, i samsvar med tidligere undersøkelser. Dette kan anses som en kunnskaps- og erfaringsøkning hos psykologene, som vil kunne medvirke til både at selvmordsnære pasienter blir fortere fanget opp og at flere pasienter fanges opp. De fleste i undersøkelsen rapporterte at de ikke har vanskeligheter med å ta opp selvmordstemaet med pasienter. Videre rapporterte de aksept for at terapi har sine begrensninger og at det er mulig å mislykkes til tross for adekvat innsats og kompetanse.

En stor andel av psykologene i undersøkelsen mottok eller ga *veiledning*, i tillegg til at over halvparten hadde opplevd det kliniske arbeidet med selvmordsnære pasienter som så belastende at de har søkt veiledning i enkeltsaker. I veiledning kan psykologen få hjelp til å gjenkjenne, reflektere over og integrere erfaringer, og dermed redusere faren for unnvikelse, redusere opplevd ansvar, angst og frykt for lignende situasjoner. Videre innebærer god veiledning at psykologen får anledning til å veksle mellom veiledning som forberedelse, som bearbeiding og som krisehjelp. På denne måten kan psykologenes behov dekkes når de kommer i kontakt med selvmordsnære pasienter. Gjennom å gi veiledning får en mulighet til å dele sine erfaringer i forhold til selvmordsnære pasienter ved å hjelpe andre å mestre liknende situasjoner, samtidig som egne erfaringer bearbeides. I så måte er veiledning en verdifull måte for behandlere å samarbeide om å mestre arbeidet, lære av sine erfaringer og beskytte seg selv mot belastninger (Vråle, 1998).

De fleste av psykologene i undersøkelsen har erfaring med *kliniske rutiner* og opplever at de kan være til hjelp i forhold til håndtering av selvmordsnære pasienter. I den grad de ønsker endring er det for å få skriftlige rutiner. Det å ha rutiner i form av blant annet veiledning, debriefing og oppfølging, ser ut til å kunne redusere grad av belastning. Rutiner kan være en hjelp til å systematisere hvordan en behandler kan få hjelp til å sortere, evaluere og lære av hendelsen, på en slik måte at

psykologen opplever å bli støttet og får mulighet til å bygge opp og styrke tryggheten i rollen som behandler. Slike kliniske rutiner har fått høy prioritet etter at Nasjonal Handlingsplan ble iverksatt i 1994 i regi av Statens helsetilsyn (2001). Rutiner som er rettet mot ivaretagelse av den enkelte psykolog vil ytterligere kunne redusere opplevd belastning. Standardisering av støtten vil ikke bare kunne tydeliggjøre at selvmordsatferd er en vanlig problemstilling psykologer møter i sitt arbeid, men at det også oftest utgjør en belastning. I tillegg vil det øke sannsynligheten for en raskere iverksetting av ivaretagelse av behandleren. Kolleger vil dessuten kunne oppleve større grad av trygghet i forhold til hva som vil være til hjelp i en slik situasjon, og dermed lettere kunne gi støtte til vedkommende behandler.

Resultatene i denne undersøkelsen viser at det å ha deltatt på ulike former for *kurs* og *videreutdanning* i selvmordslære, ikke uventet henger sammen med opplevelsen av faglig kompetanse i forhold til å vurdere selvmordsrisiko, sammenliknet med det å ikke ha deltatt på kurs. De fleste psykologene i undersøkelsen gir også uttrykk for ønske om å delta på kurs i selvmordslære for å få økt kompetanse. Dette er et tydelig signal om at det foreligger behov og interesse for mer kunnskap på området. Ønsket om og behovet for mer kunnskap blant behandlere har ført til at det fra høsten 2001 har vært mulig å ta en to-årig videreutdanning i selvmordsforebyggende arbeid ved Universitetet i Oslo (Studieplan for videreutdanning i selvmordsforebyggende arbeid, 2002).

Funnene i undersøkelsen tyder på at det å arbeide med selvmordsnære pasienter kan føre til at psykologer blir bedre rustet til å møte nye, tilsvarende situasjoner, dersom hendelser med selvmordsatferd bearbeides og mestres adekvat. Til tross for at enkelte psykologer kan oppleve arbeidet med selvmordsnære som så belastende at de unngår mulige selvmordsnære pasienter, er jobben for mange psykologer så givende og utfordrende at de ønsker å arbeide med denne pasientgruppen, og derfor søker mer kunnskap om selvmordstemaet. Psykologene i undersøkelsen ga uttrykk for stor interesse for temaet og ønske om ytterligere kunnskap. Det å kunne bidra med å redusere smerte og å redde liv kan veie opp for belastningen dette arbeidet medfører.

### Avslutning

Resultatene i undersøkelsen viser at det å arbeide med selvmordsnære pasienter er belastende for behandlere, ofte uavhengig av alvorlighetsgrad, og at det er en vanlig problemstilling for psykologer å møte. Det er en belastning som ikke ser ut til å bli mindre med erfaring. Det kan gi stor uttelling både

for arbeidsplass, psykolog og pasient å synliggjøre problemstillingen på de aktuelle arbeidsplassene. Tre tiltak som bør prioriteres er psykologveiledning, etablering av kliniske rutiner for håndtering av selvmordsnære pasienter, og et bedre kurstilbud i suicidologi.

### Referanser

- Burton, D. (2000). *Research training for social scientists*. London: Sage Publications.
- Chemtob, C. M., Hamada, R. S., Bauer, G. B., Torigoe, R. Y., & Kinney, B. (1988). Patient suicide. Frequency and impact on psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19, 416–420.
- DeAngelis, T. (2001). Surviving a patient's suicide. *Monitor on Psychology*, 32, 70–73.
- Dieserud, G., & Ekeberg, Ø. (2002). Etter selvmordsforsøket. I M. H. Rønnestad, & A. von der Lippe (Red.), *Det kliniske intervjuet* (ss. 487–525). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Gitlin, M. J. (1999). A psychiatrist's reaction to a patient's suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 1630–1634.
- Goldstein, L. S., & Buongiorno, P. A. (1984). Psychotherapists as suicide survivors. *The American Journal of Psychotherapy*, XXXVIII, 392–398.
- Grad, O. T., & Zavasnik, A. (1998). The caregiver's reactions after suicide of a patient. I R. J. Kovsky, H. S. Eshkevari, R. D. Goldney, & R. Hassan (Eds.), *Suicide prevention – The global context* (ss. 287–293). New York: Plenum Publ.
- Hendin, H., Lipschitz, A., Maltzberger, J. T., Haas, A. P., & Wynecoop, S. (2000). Therapists' reactions to patients' suicides. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 2022–2027.
- Jobes, D. A., Luoma, J. B., Hustead, L. A. T., & Mann, R. E. (2000). In the wake of suicide: Survivorship and postvention. I R. W. Maris, A. L. Berman, & M. M. Silverman (Eds.), *Comprehensive textbook of suicidology* (ss. 536–562). New York: Guilford Press.
- Kleespies, P. M., & Dettmer, E. L. (2000). The stress of patient emergencies for the clinician: Incidence, impact, and means of coping. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1353–1369.
- Kleespies, P. M., Niles, B. L., Mori, D. L., & Deleppo, J. D. (1998). Emergencies with suicidal patients. I P. M. Kleespies (Ed.), *Emergencies in mental health practice* (ss. 379–398). New York: Guilford Press.
- Maris, R. W., Berman, A. L., & Silverman, M. M. (2000). *Comprehensive textbook of suicidology*. New York: Guilford Press.

- Mehlum, L. (Eds.). (1999). *Tilbake til livet – selvmordsforebygging i teori og praksis*. Oslo: Høyskoleforlaget.
- Retterstøl, N. (1995). *Selv mord*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Shea, S. C. (1999). *The practical art of suicide assessment*. New York: John Wiley & Sons.
- Statens helsetilsyn (2001). *Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter innlagt i norske sykehus etter parasuicid*. IK-nr. 2743. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Statistisk sentralbyrå (2003). *Selv mord blant menn og kvinner, etter alder*. Oslo: Statistisk årbok 2003.
- Studieplan for videreutdanning i selvmordsforebyggende arbeid (2002). Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging (SSFF). Oslo: Universitetet i Oslo.
- Tanney, B. (1995). After a suicide: A helper's handbook. I B. L. Mishara (Ed.), *The impact of suicide* (ss. 100–123). New York: Springer Publishing Company.
- Vråle, G. B. (1998). Om hjelperollen i møte med det selvmordsnære mennesket. *Suicidologi*, 2, 17–19.