

**Listening to suicidal patients in
psychotherapy.
How therapeutic relationships may
expand patient's prospects for living
their lives**

Kristin Østlie,
Spesialist i klinisk voksenpsykologi/ PhD
Lovisenberg Diakonale sykehus



Takk

For prisen, til komiteen som har valgt ut mitt arbeid

Alle pasienter og terapeuter som har bidratt inn i studien

Veiledere: Hanne Haavind og Erik Stänicke, PSI, UiO.

Lovisenberg Diakonale Sykehus: som ga meg anledning til å forske i arbeidstiden, - i stillingen som Rådgiver i selvmordsforebyggende arbeid



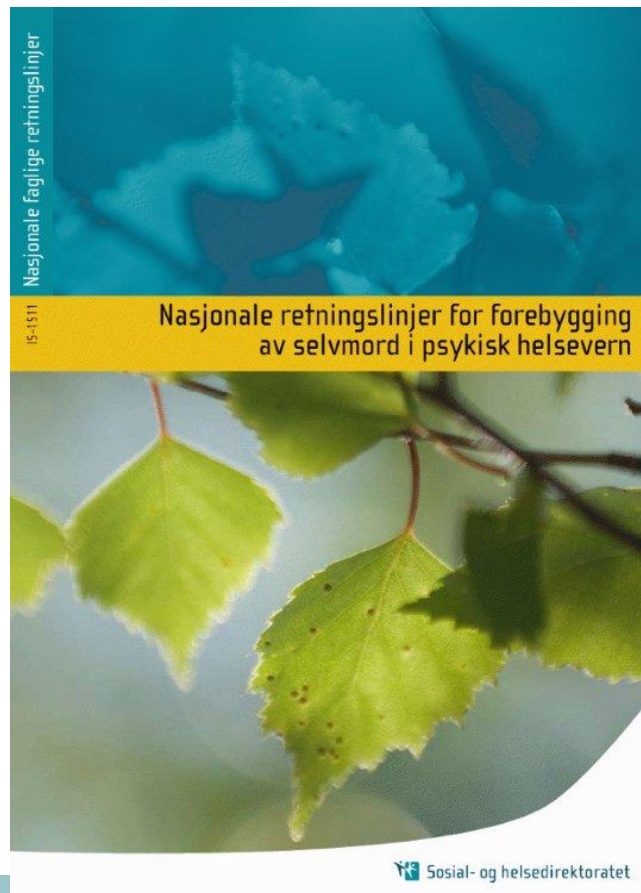
Dreining i holdninger?

- Før: Pasientens beste skulle prioriteres
- Nå: «Å ha ryggen fri» prioriteres
- Eller ett dilemma?
«Å ha ryggen fri» vs. «pasientens beste»

Hvor «klødde» det? Spiss-formulert i etterhånd

- Det terapeuter vurderes/måles/veies i forhold til - er sannsynligvis ikke selvmordsforebyggende
- Mye terapeuter **ikke** vurderes i forhold til - er med stor sannsynlighet selvmordsforebyggende

Nasjonale retningslinjer, (2008).



Utfordringer med de nasjonale retningslinjer:

- Svært lite forskningsbasert kunnskap.
- Vedlegg i retningslinjene har blitt til «normen man skal følge».
- Skiller ikke mellom ulike kontekster, f.eks.: akuttavdeling, legevakt, psykoterapi.
- Kunnskap som handler om selvmord har «forrang»
- Hva når kunnskap drar oss i ulike retninger?

Utfordring: en tilspisset konflikt.



Biomedisinsk modell

*Systematikk og
standardisering*

Adherence



Flere modeller

Skreddersøm

Lytte, være responsiv

Behov for mange teorier

Teorier/modeller er ikke virkeligheten

Teori: to metaforer

- Kart – terreng
- Lyse over en by laget i en sandkasse



For å forstå så mye som mulig:

- Vi trenger ulike teoretiske innfallsvinkler
- Vi trenger ulike forskningsmetodikk, kvalitative studier må til for å forstå suicidalitet og behandling av pasienter med selvmordstanker
- Helsemyndighetene må anerkjenne forskning og teori utenfor det suicidologiske fagfeltet (f.eks. psykoterapiforskning)

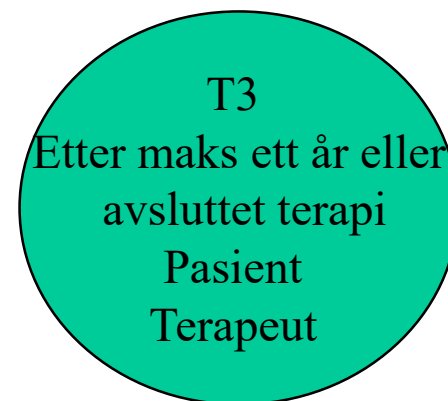
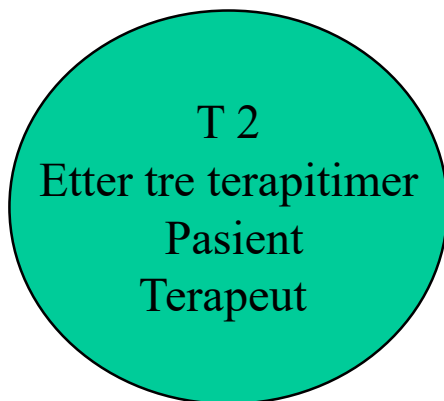
Prosjektet mitt:

- En naturalistisk studie
- 22 pasienter og deres terapeuter er inkludert. 19 av disse ble fulgt opp gjennom ett år i terapi
- Inkluderte pasienter innlagt ved en psykiatrisk akuttavdeling
- Inklusjonskriterier: selvmordsforsøk eller selvmordstanker
- Prosjektet fulgte dem etter utskriving fra akuttavdelingen i opptil ett år
- 9 pasienter ble overført til en terapeut de allerede kjente mens 10 startet ett behandlingsforløp med en ny behandler
- Terapeutene arbeidet ved DPS eller de var psykologer/psykiatere i privatpraksis



Intervjuene (Viktigste data)

- Separate intervjuer med terapeuter og pasienter
- Tre intervjuer med pasienter
- To intervjuer med terapeuter



Instrumenter:

- **Rorschach:** The R-PAS system. (Mihura, Meyer 2011)
- **SSF:** (from CAMS, Jobes D., 2006).
- **WAI:** Working Alliance Inventorey (Horvath 1989, 2006)



Artikler:

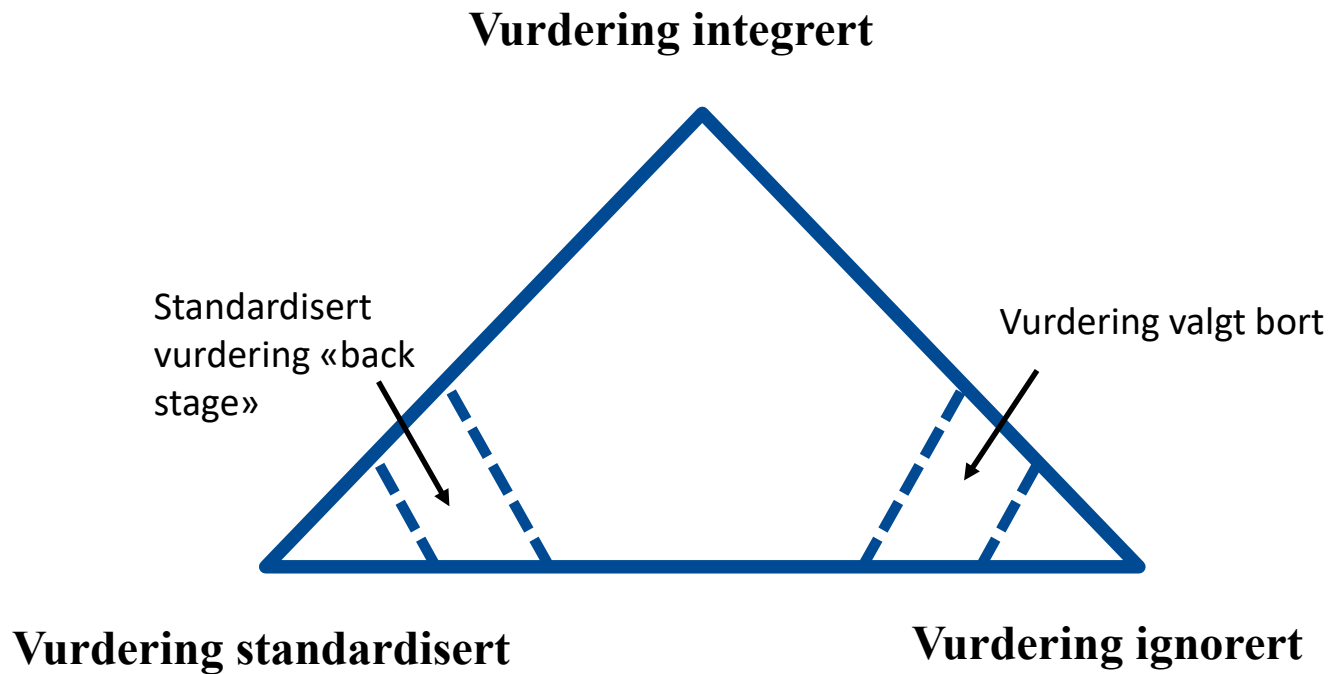
- **A Listening perspective in psychotherapy with suicidal patients: Establishing convergence in therapists´ and patients´ private theories of psychopathology and cure (Publisert: Psychotherapy research).**
- **Ethical aspects of assessments for suicidal patients in psychotherapy: precedence of alliance work.**
- **Working with impasses in therapy with suicidal patients.**

Artikkel 1:

Om selvmordsrisikovurderinger.

- Komplekst
 - *Standardisert eller ikke?*
 - *Forstyrrende eller ikke? (for hvem?)*
 - *Var det nyttig?*

Hvordan forholdt terapeuter seg til vurdering av suicidalitet?



For standardisert:

Bente sier: *Jeg tenker han er veldig, litt overalt, hopper veldig mye, fra det ene til det andre. Det ene blir større enn det andre. Overskygger det andre. Mye ideer om medisiner. Jeg blir veldig forvirret... Jeg skulle ønske vi kom ordentlig i gang med jobbing,... det har vært mer fokus på selvmordstanker og planer.*

Caroline sier: *Jeg tror de har noen prosedyrer, om hva de skal spørre om. Når de spør bare for å ha ryggen fri og ikke fordi de bryr seg, så gidder jeg ikke å svare. Da sier jeg bare noe...*

Ignorerer selvmord:

Mona: Det er ett U-tema (noe unevnelig), som jeg dras mot, det er essensen av alt.Det er flaut å ikke ha vært ærlig med terapeuten om selvmordsplanene.

Terapeuten sier: det er rart av vi ikke har tematisert det mere, men hun har liksom vært, ja det har liksom vært en positiv bedringsprosess for henne. .. Hun har tatt ansvar og skånet meg, kanskje i motsetning til å appellere til meg .. Og jeg har vært litt unnvikende i forhold til det

Risikovurdering

Standardisert

- Statistiske risikofaktorer
- Det formelle i forgrunnen
- Fagperson ekspert
- Vi «overtar» ansvar
- Systematikk -et hovedmål
- Selvmordstema blir noe særegent

Integrert

- Individuell sårbarhet
- Alliansen i forgrunnen
- Forsøker å utjevne makt
- Vi arbeider med å forsterke pasientens ansvar
- Gjennomsiktighet ett mål
- Selvmordstema ett symptom som behandles som andre symptomer



Artikkel 2: Om betydningen av ett bredt lytteperspektiv og sammenfall i private teorier

- Første jeg merket meg – «samstemte» og «ustemte» intervjuer
- Terapeutens lytteperspektiv?
- Privat teori – konvergente eller divergente
- Privat teori - utvikling

Privat teori

- Både terapeut og pasient har sin private teori:
 - *Hvorfor suicidalitet ble en del av pasientens liv?*
 - *Hva kan hjelpe?*



Privat teori

A) Kan konvergere fra starten (9 case)

B) Kan divergere – uten løsning (6 case)

(i 5 case oppdaget/tilkjennega kun pasienten divergens)

C) Kan divergere fra starten men endre seg (3 case)



Konklusjon:

- Suicidale pasienters vansker er forskjellige, personlighetene er forskjellige, og ønsker om behandling er forskjellig.
- Skreddersøm av behandling blir viktig, vi trenger ett mangfold av terapimetoder.

Tredje artikkel: Om angst i terapeuten, og stagnasjoner i terapi.

Mange terapeuter kjente på angst:

- For å dokumentere utilstrekkelig
- For å gjøre noe feil i behandlingen
- For å miste pasienten



Hvordan vanskelige følelser kan påvirke terapeuten og terapien

- Snevrere lytteperspektiv/observasjon
- Reduserer evnen til refleksjon/tenkning
- Reduserer evnen til empatisk inntoning
- Det er om å gjøre å unngå å sitte med svarteper (skylda om noe skjer)
- Stagnasjoner i terapien



Om media (ikke del av min forskning)

- Når media jakter etter feil,
 - *som det ikke er forskningsmessig beligg i at er feil,*
 - *og som ikke ville berget pasienter fra å begå selvmord*
- Da blir fagpersoners angst større

Konklusjon:

- Troen på at en overordnet «instrumentell styring» i psykisk helsevern, er ett gode for pasientene, er feil
- Den instrumentelle styringen av hvordan vi skal vurdere og behandle suicidale pasienter bygger på svak evidens
- Heller er det «underteksten» i det pasienten sier, som vi må utforske for å kunne hjelpe
- Fellesfaktorene er solide funn i psykoterapiforskning og disse fremstår viktigere enn en biomedisinsk forståelse av suicidalitet
- Tidspresset og potensielle anklager fra media og helsemyndigheter gjør terapeuter engstelige
- En tillitsreform vil gavne pasienter fordi den vil gjøre terapeuter tryggere