

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

Rådgiver i selvmordsforebygging ved Lovisenberg Diakonale sykehus /

RVTS – øst

Lysbilde 1

kros1

Kristin Østlie; 22.06.2016

Noen utfordringer med nasjonale retningslinjer

- Min rådgiverfunksjon: Hvordan undervise/veilede om behandlingsprosesser når pasienten er suicidal?
- Nasjonale retningslinjer skiller lite mellom ulike kontekster, f.eks.: akuttavdeling, legevakt, psykoterapi
- Kunnskap som handler om selvmord har «forrang» sammenliknet med annen kunnskap
- Hva når kunnskap drar oss i ulike retninger?

Bakgrunn: konflikt i det
suicidologiske miljøet?



Biomedisinsk modell

Systematikk

Standardisering



Flere modeller

Skreddersøm

Integrere

Teori/modell for å forstå suicidalitet: to metaforer

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

Flere modeller som forklarer ulike aspekt ved selvmord

- Sosiologisk
- Biomedisinske teorier
- Psykologiske teorier - legger vekt på disse

Er den suicidale pasienten helt spesiell?

"Er forskning på vanlige pasienter" relevant på den gruppen pasienter som strever med med suicidalproblematikk, eller krever denne gruppen noe eget/spesielt"

- Negative følelser er vanlig i både terapeut og pasient når pasienten er suicidal (Perry, Bond & Persinack, 2013; Yasseen et al., 2013)

Blant mine informanter fant jeg både irritasjon, angst og avmakt i terapeutene.

Påvirker vanskelige følelser terapeuten?

- Evnen til å lytte/observere?
- Evnen til refleksjon/tenkning?
- Evne til empati?
- Løse opp i stagnerte prosesser?

«Doer and done to» situasjon. Skyld fordeles som ett svarteperspill

Prosjektet mitt (veiledere: Hanne Haavind og Erik Stänicke, UiO psykologisk institutt)

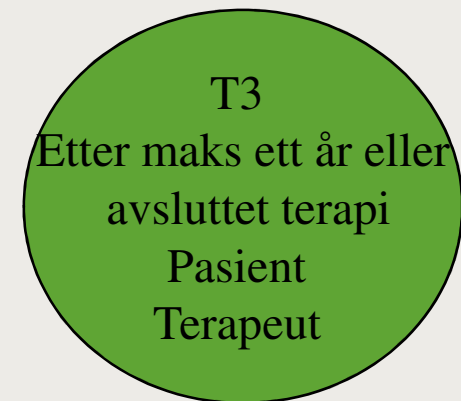
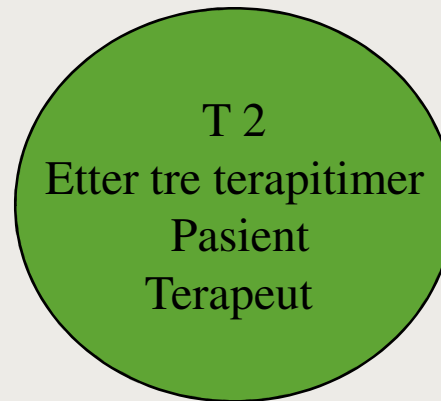
- En naturalistisk studie
- 22 pasienter og deres terapeuter er inkludert. 19 av disse ble fulgt opp ett år i terapi
- Inkluderte pasienter innlagt ved en psykiatrisk akuttavdeling
- Inklusjonskriterier: selvmordsforsøk eller selvmordstanker
- Den terapeutiske relasjonen ved DPS/privatpraktiserende behandler ble fulgt opp 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

Separate intervjuer med terapeuter og pasienter

Tre intervjuer med pasienter

To intervjuer med terapeuter



Innholdet i de semistrukturerte intervjuene:

- Pasientene: deres behandlingshistorie
- For både P og T: hvordan forsto de selvmordsproblematikken
- Hvordan de opplevde den terapeutiske relasjonen
- Forventninger til terapi: frykt og håp
- Hvordan utviklet det seg?
- Hvordan håndterte de selvmords tema?

Instrumenter:

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

Kvalitative analyser:

- Forstå og finne mønstre i materialet (empiri).
- Bygge teori.
- Knytte funn til eksisterende teori.
- Fenomenologisk og hermeneutisk metode.
- Mål: Å lage et teoretisk resonnement forankret i empiri og eksisterende teori.
- Resultat: utvikle teoretisk forståelse av fenomener.

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.**

Analysér første artikkel

- Første jeg merket meg – «samstemte» og «ustemte» intervjuer
- Terapeutens lytteperspektiv?
- Privat teori – ett godt begrep

Artikkel 1

- **A Listening perspective in psychotherapy with suicidal patients: Establishing convergence in therapists' and patients' private theories of psychopathology and cure (Publisert: Psychotherapy research, 2016).**

Privat teori

- Både terapeut og pasient har:
 - Privat teori om suicidalitet (hvorfor?)
 - Privat teori om behandling: Hva kan hjelpe?

Privat teori

- Privat – viser til noe personlig
- Teori – viser til på noe faglig
- Fortid og framtid
- Eksplicit/implicit eller bevisst/ubevisst
- Psykologisk forsvar involvert.

(Joseph Sandler, Andrej Werbart)

Privat teori

Kan konvergere fra starten (9)

- Case Dina

Kan divergere – uten løsning (6)

- Case Sara

Kan divergere fra starten men endre seg (3)

- Case Astrid

Konsekvenser for praksis:

- Pasienter er forskjellige: behandling med skreddersøm
- Ved standardiserte behandlinger må vi være varsomme ved inklusjon; passer pasienten til dette?
- Terapeutene oppdager ofte ikke divergens i privat teori, pasientene holder det oftest for seg selv. Å lytte bredt er viktig.

Artikkel 2: Vurdering av selvmordsfare

Hvordan gjorde behandlere det?

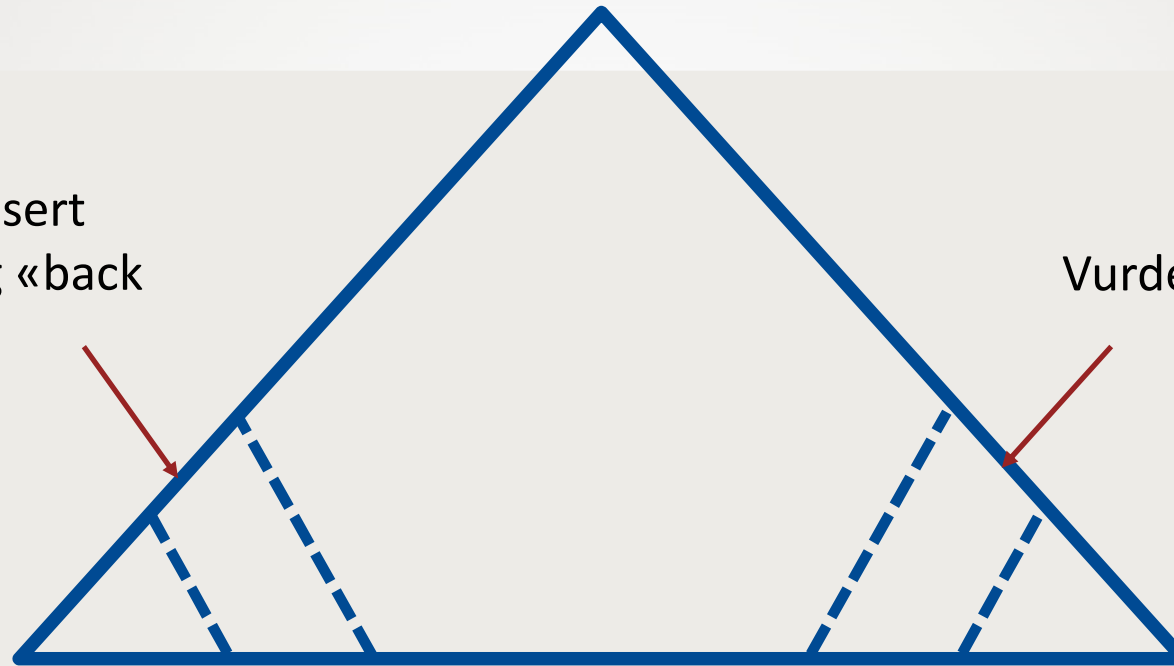
Påvirkes det terapeutiske arbeidet og den terapeutiske alliansen av måten man vurderer selvmordsfare på?

Hvordan ble selvmordsfare vurdert av terapeutene

Vurdering integrert

Standardisert vurdering «back stage»

Vurdering valgt bort



Vurdering standardisert

Vurdering ignorert

Risikovurdering (mine tanker)

STANDARISERT

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

INTEGRERT

- Individuell sårbarhet
- Alliansen i forgrunnen
- Forsøker å utjevne makt
- Vi arbeider med pasientens autonomi og agens
- Gjennomsiktighet/transparence ett hovedmål
- Selvmordstema ett symptom som behandles som andre symptomer

Ulike tilnærminger

- For standardisert (eksempel Bente)
- Ignorerer tema (eksempel Mona)
- Integrerer det (eksempel Ninni)
- Gjør det «back stage» (eksempel Georg)
- Legge temaet bevisst til side (eksempel Astrid)