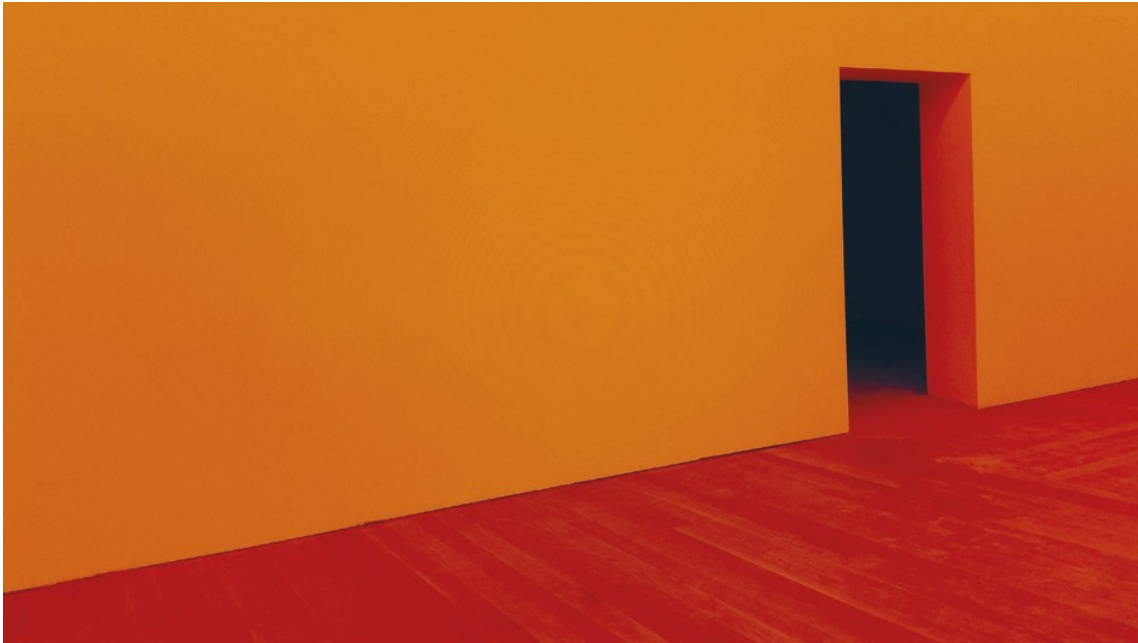


Terapiens bakrom



Når terapeuter blir redde for selvmord og for ikke å gjøre korrekte selvmordsrisikovurderinger, kan de miste evnen til å lytte til pasientens særegne fortelling.

TEKST

Kristin Østlie

PUBLISERT 5. september 2018

Hvordan påvirker pasientenes tanker om selvmord, og faren for selvmord, terapiprosesser? Og hva er det som gjør at det i noen terapier kommer endringsprosesser i gang selv om pasienten i utgangspunktet kjenner at livet er håpløst, mens andre terapier stagnerer? Som rådgiver i selvmordsforebyggende fant jeg ikke disse grunnleggende spørsmålene tematisert i forskningslitteraturen på suicidologi og psykoterapi – dermed ble en studie etablert (Østlie, 2018).

Jeg rekrutterte pasienter til studien mens de var innlagt ved en psykiatrisk avdeling, og fulgte dem i ett år etter utskrivning. Både pasientens og deres terapeuters erfaringer ble utforsket gjennom kvalitative intervjuer, som ga tilgang på det «personlige bakrommet» til terapien, både pasientens og terapeutens.

Private teorier om selvmord

Pasientens og terapeutens forståelse av *hvorfor* selvmord var blitt et tema, og *hva som skulle til* for å finne veier videre i livet, ble i dette prosjektet beskrevet som deres private teori. Den private teorien var ofte ikke eksplisitt formulert, den lå «mellom linjene» i historiene som ble fortalt i forskningsintervjuene. Begrepet «private teorier» er hentet

fra psykoanalysen (Sandler, 1983; Werbart & Levander, 2006) og er former for livsanskuelser, farget av både personlige livserfaringer og generell kunnskap. Et eksempel på en pasients private teori var en ung kvinne som indirekte formulerte at selvmordstrangen kom som et slags «virus» (min tolkning) da hun var 13 år, og hun trengte nå å bli ivaretatt, helst tvangsinnlagt lenge, inntil noen fant en rask kur som kunne gjøre henne helt frisk. En annen kvinnes private teori handlet om at hun bar på en uutholdelig skamfølelse etter å ha mistet omsorgen for sitt barn, hennes allerede skjøre selvfølelse var helt ødelagt. Selvmord ble en mulig utvei. Jeg formulerte ut fra forskningsintervjuene at hennes private teori var å finne meningsfulle sammenhenger mellom egen barndom og det som hadde blitt hennes livshistorie, og slik bedre selvfølelsen, og kanskje avlaste henne fra noe av skamfølelsen. Slike teorier er pasientens, eller terapeutens, forklaring på hvorfor livsvanskene, i denne studien selvmordstanker, er som de er, og hva som skal til for å løse vanskene. Den private teorien er ikke nødvendigvis tydelig formulert og bevisst, den kan være tøyelig og bevegelig, og inkludere materiale som er mer eller mindre ubevisst. Pasientens private teorier kan også være farget av psykologiske forsvar, for eksempel unnvikelser, fortrenninger eller benektelser. Både pasienten og terapeuten har sin private teori. Når jeg sammenliknet pasientens og terapeutens private teorier om pasientens vansker, kunne de være mer eller mindre samstemte. Det avgjørende for å få endringsprosesser i gang var at grunnleggende forskjeller i privat teori beveget seg og ble mer samstemte gjennom terapiforløpet.

«En del var også engstelige for å bli «tatt» av helsemyndigheter og arbeidsgiver fordi de ikke har gjort selvmordsrisikovurderinger ofte nok eller systematisk nok»

Jeg ble overrasket over å finne at i fem av seks terapier, der pasientene og terapeutene ikke fant fram til samstemte private teorier, så oppdaget ikke terapeuten det. I disse fem relasjonene vurderte pasientene den terapeutiske relasjonen som dårligere enn terapeuten gjorde, deres misnøye og kritikk av terapeuten ble sterkere gjennom terapiforløpet, som så ut til å stagnere. Pasientene ønsket ikke å fortelle terapeuten sin om misnøyen, de ville ikke skuffe eller belaste. Men de følte seg i mindre grad forstått av terapeuten, de oppfattet terapeutene som mindre engasjerte i dem, noe vesentlig «gikk under radaren» i terapisamtalene. Det var også interessant at tre terapeuter, som oppdaget at deres egen og pasientens private teori ikke var samstemte, klarte å lede terapien inn i et spor der de ble mer samstemte. Endringsprosesser kom da i gang, pasientene fikk det bedre. Dette handlet ikke bare om at terapeuten tilpasset seg pasientens private teori, det var nødvendig å finne en retning som var forankret i en delt realitet: en bevegelse både pasient og terapeut kunne tro på.

Ett bredt lyttesperspektiv

For å oppdage pasientens og bli bevisst egen private teori var det nødvendig at terapeutene anla et bredt og åpent lyttesperspektiv (Gullestad & Killingmo, 2005). Jeg ble derfor opptatt av hva som kunne snevre inn terapeutenes evne til å lytte. Det viste seg at en god del av terapeutene var engstelige: for at pasienten skulle ta sitt liv eller, for å ikke strekke til faglig. En del var også engstelige for å bli «tatt» av helsemyndigheter og arbeidsgiver fordi de ikke har gjort selvmordsrisikovurderinger ofte nok eller systematisk nok. Engstelsen bidro sannsynligvis til å svekke evnen til å lytte. En terapeut sa: «Hun er det siste jeg tenker på når jeg sovner om kvelden, og det første jeg kommer på når jeg våkner. Det krever utrolig mye å tåle et slikt indre press.» I slike faser, som krever så mye av terapeuten, var trygghet rundt terapien særlig viktig. Trygghet kunne være flere støttespillere, som en psykisk helsearbeider i bydel eller en co-terapeut på DPS, veiledning, god ledelse, forutsigbare rammer rundt terapien, tilstrekkelig tid til terapien og et godt arbeidsmiljø.

For å håndtere egen angst kunne det virke som om noen terapeuter ble for instrumentelle i sin tilnærming til selvmordsproblematikken, eller distanserte, og dermed mindre empatiske og nysgjerrige. Terapiene kunne stagnere, og i noen oppsto en gjensidig beskyldning; terapeuten kunne mene pasienten var særlig vanskelig å hjelpe, og pasienten kunne mene terapeuten var udugelig. Jessica Benjamin (2004) har beskrevet slike posisjoner som «the doer and the done to»; en toveis skyvning av skyld som gjør at det refleksive rommet kollapser, vi kan også kalle det mentaliseringsbrist.

Det motsatte av stagnasjoner er prosesser der endring blir mulig, og det så ut til å avhenge av at terapeuten lyttet bredt og åpent. En slik form for lytting var nødvendig for å bli kjent med og kunne ta hensyn til både pasientens og egen private teori om hva pasientens selvmordsønsker handlet om, og hva som kunne være farbare veier videre i terapiprosessen.

Alle terapeutene var kjent med Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern fra 2008. De kjente også til standardiserte metoder for vurdering av selvmordsrisiko. Men de færreste brukte dem på en standardisert måte. De fleste opplevde at slike metoder gav et spinklere vurderingsgrunnlag enn den løpende kontakten de hadde med sin pasient. Enkelte terapeuter kunne imidlertid bli opptatt av standardiserte måter å vurdere pasienten på, og andre kunne komme til å unngå temaet selvmord, selv om det var vesentlig for pasienten. Begge disse posisjonene så ut til å virke negativt inn på den terapeutiske relasjonen og bidro til stagnasjon. De fleste terapeutene integrerte selvmordsfarevurderingene inn i de terapeutiske samtalene; de tematiserte selvmord på måter som var tilpasset terapiprosessen. En terapeut sa han gjorde standardiserte vurderinger i journal utenfor terapitimene, kun for å sikre seg selv overfor helsemyndighetene. Noen terapeuter la hele selvmordstemaet bevisst til side, fordi det å snakke om selvmord kun førte til maktkamper og dermed stagnasjon. Dette så ikke ut til å ha noen negative effekter på den terapeutiske relasjonen så langt de ikke unnvek det som var viktig for pasienten, det vil si drivkraften bak selvmordsønsket – pasientens helt egne «smertepunkter».

Doktorgrad om psykoterapi med pasienter i selvmordsfare

- En longitudinell naturalistisk studie med 19 pasienter og deres terapeuter.
- Pasientene ble rekruttert mens de var innlagt ved en psykiatrisk akuttavdeling pga. selvmordsfare. De hadde forskjellige diagnoser. Blant pasientene var det flere kvinner enn menn. Alle var voksne, mellom 20 og 60 år.
- Terapeutene hadde ulik teoretisk opplæring.
- Terapeutenes evne til å lytte bredt var viktig for å oppdage forskjeller mellom egen og pasientens personlige teorier om selvmord, og for å skreddersydd terapeutisk tilnærming.
- Terapeuters angst kunne snevre inn deres evne til å lytte.

Benjamin, J. (2004). Beyond doer and done to: an intersubjective view of thirdness. *Psychoanalytic quarterly*, 73, 5–46.

Gullestad, S., Killingmo, B. (2005). *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Jobs, D.A. (2006). *Managing suicidal risk: A collaborative approach*. New York, NY: Guilford Press.

Sandler, J. (1983). Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *International journal of psychoanalysis*, 64, 35–45.

Werbart, A., & Levander, S. (2006). Two sets of private theories in analysands and their analysis: Utopian versus attainable cures. *Psychoanalytic Psychology*, 23, 108–127.

Østlie, K. (2018). *Listening to suicidal patients in psychotherapy: How Therapeutic relationships may expand patients prospects for living their lives*. [Doktoravhandling]. Universitetet i Oslo, Oslo.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 9, 2018, side 833-835

TEKST

Kristin Østlie, psykologspesialist og Ph.D