



UiO • Universitetet i Oslo

«Det er skremmende å føle seg ansvarlig for et menneskes liv»

En kvalitativ metasyntese om terapeuters opplevelse av arbeid med selvmordsproblematikk

Karoline Pauli Martinsen

Innlevert som hovedoppgave ved profesjonsstudiet i psykologi
30 studiepoeng

Psykologisk institutt
Samfunnsvitenskapelig fakultet
Universitetet i Oslo
Våren 2022

22.04.22

© Karoline Pauli Martinsen

2022

«Det er skremmende å føle seg ansvarlig for et menneskes liv»

En kvalitativ metasyntese om terapeuters opplevelse av arbeid med selvmordsproblematikk

Karoline Pauli Martinsen

<https://www.duo.uio.no>

Sammendrag

Forfatter: Karoline Pauli Martinsen

Tittel: «Det er skremmende å føle seg ansvarlig for et menneskes liv» – En kvalitativ metasyntese om terapeuters opplevelse av arbeid med selvmordsproblematikk

Hovedveileder: Line Indrevoll Stänicke

Medveileder: Erik Stänicke

Bakgrunn: Klinisk arbeid med pasienter som erfarer selvmordsproblematikk kan være særlig krevende for terapeuter. Forskning viser at terapeuter ofte overveldes av sterke følelser, noe som synes å ha innvirkning på det terapeutiske arbeidet. Terapeuters subjektive opplevelser er relevante når vi skal forstå terapiprosesser, og behandling av selvmordsproblematikk bør relateres til kunnskap om terapeutfaktorer. Det er derfor behov for mer systematisk kunnskap om terapeuters indre opplevelse.

Formål: Formålet med oppgaven er å oppsummere, syntetisere og nyansere kvalitativ forskning om terapeuters subjektive opplevelser av å arbeide med pasienter som strever med selvmordsproblematikk. Å belyse terapeuters subjektive opplevelser i samspillet med pasientene, kan gi ytterligere forståelse av problematikken terapeuter står overfor. Dette kan styrke kunnskapsgrunnet i terapeutisk arbeid i selvmordsforebyggingen.

Metode: Arbeidet er et selvstendig forskningsprosjekt. Ved bruk av metoden metaetnografi har jeg gjennomført en metasyntese av kvalitative primærstudier, som undersøker terapeuters førstepersons opplevelser i arbeid med selvmordsproblematikk. Med grunnlag i et systematisk litteratursøk, ble 1070 primærstudier systematisk screenet. Det resulterte i 15 studier som møtte de valgte inklusjonskriteriene. Funn fra de inkluderte studiene ble deretter systematisk sammenlignet og syntetisert, med hensikt om å danne nye metatemaer, temaer og subtemaer.

Resultater: Analysen resulterte i fire metatemaer: 1) *Et utfordrende arbeid – fra desperasjon til mestring*; 2) *Terapeutens ansvar – etikken settes på strekk*; 3) *Relasjonens betydning – interaksjonen er sårbar*; og 4) *Viktig å ta grep – omstendigheter preger opplevelsen av arbeidet*. Hvert metatema inkluderer assosierte temaer og subtemaer som viser nyanser i terapeuters opplevelse.

Diskusjon: Resultatene støtter eksisterende forskning om at terapeuter opplever sterke følelsesmessige reaksjoner i arbeidet. Samtidig bidrar funnene til en nyansering ved å fremheve at terapeuter opplever å bli satt på strekk, særlig i lys av ansvaret og forventningene knyttet til arbeidet. Arbeidet oppleves spesielt krevende fordi terapeutene kan ha vansker med

å stole på kontakten med pasienten, og de må ta grep med støtte fra omgivelsene. Resultatene drøftes i lys av forståelsesmodeller om selvmord og terapeutens behandlingsansvar, og spesielt i forhold til begrepene sekundær og vikarierende traumatisering og motoverføring.

Konklusjon: Denne oppgaven understreker betydningen av å normalisere følelsesmessig aktivering i klinisk arbeid med selvmordsproblematikk, samt å anerkjenne kompleksiteten i arbeidet. Terapeuter som arbeider med problematikken bør få en aktiv oppfølging i den konteksten de arbeider i, med veiledning og eventuelt mulighet for egenerapi. Det er behov for videre forskning som kan komplementere funnene. Spesielt vil det være nyttig med en systematisk oppsummering og syntese av pasienters opplevelse av å være i en terapiprosess når de erfarer selvmordsproblematikk.

Forord

Arbeidet med denne metasyntesen har påvirket meg både personlig og profesjonelt. Jeg har lært hvor nyttig det kan være med innsikt i egne reaksjoner i terapirommet for å bedre forstå meg selv som terapeut. Arbeidet har rustet meg til klinisk arbeid i psykisk helsevern, og vil fortsette å påvirke min egen praksis gjennom min egen terapeututvikling.

Det har vært en utfordrende prosess, der tolkning og abstrahering av data, og videre syntetisering har vært særlig utfordrende. Å stole på ens egen evne til å komme frem til enhetlige temaer var en lang prosess. Over tid opplevde jeg imidlertid en modning ved at funnene ble tydelige for meg.

Jeg ønsker å rette en stor takk til min hovedveileder, Line Indrevoll Stänicke. Takk for at du alltid har vært tilgjengelig. Takk for ditt engasjement, dine innspill og din varme. Takk til medveileder Erik Stänicke for ditt kritiske blikk og faglige innspill. Takk til universitetsbibliotekar Marte Ødegaard for gjennomføringen av litteratursøket. Takk til forfatterne av de kvalitative studiene jeg har inkludert i min metasyntese. Takk til Iselinn for gjennomlesning, og takk til Jon for din tålmodighet.

Oslo, april 2022

Karoline Pauli Martinsen

Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for oppgaven	1
1.2 Psykoterapiforskning på terapeutens innflytelse	2
1.3 Hvordan forstå selvmordsproblematikk	3
1.3.1 Den medisinske modellen	3
1.3.2 Kognitive perspektiver	4
1.3.3 Eksistensielle perspektiver	5
1.3.4 Psykodynamiske perspektiver	5
1.4 Behandling av selvmordsproblematikk – kunnskapsgrunnlag	6
1.5 Terapi og selvmordsproblematikk – hvordan forstå terapeuters opplevelse	8
1.5.1 Sekundær og vikarierende traumatisering	8
1.5.2 Motoverføring og projektiv identifisering	9
1.5.3 Selvmordsrelatert motoverføring og håndtering	11
1.5.4 Terapeutens behandlingsansvar	12
1.6 Oppgavens bidrag i forskningslitteraturen	13
1.6.1 Problemstilling	14
2 Metode.....	15
2.1 Overordnet.....	15
2.2 Epistemologi og det fortolkende paradigmet	15
2.3 Metasyntese og metaetnografi	15
2.4 Innledende interessefokus	16
2.5 Beslutning av relevans og seleksjon av studier	17
2.5.1 Seleksjon basert på brede kriterier	17
2.5.2 Seleksjon basert på smale kriterier	18
2.5.3 Revidering av fokus og smale kriterier	19
2.5.4 Kvalitetsvurdering	21
2.5.5 Karakteristikk ved studiene	22
2.6 Analyse og syntese	23
2.6.1 Datauttrekk	23
2.6.2 Hvordan studiene er relatert	24
2.6.3 Oversettelse	25
2.6.4 Syntetisere oversettelser	25
2.7 Metodologisk integritet og refleksivitet	26
2.7.1 Epistemologisk refleksivitet	27
2.7.2 Personlig refleksivitet	27
2.8 Etiske betraktninger.....	28
3 Resultater.....	29
3.1 Første metatema: Et utfordrende arbeid – fra desperasjon til mestring	30
3.2 Andre metatema: Terapeutens ansvar – etikken settes på strekk	33
3.3 Tredje metatema: Relasjonens betydning – interaksjonen er sårbar	36
3.4 Fjerde metatema: Viktig å ta grep – omstendigheter preger opplevelsen av arbeidet ...	38
4 Diskusjon.....	41
4.1 Terapeutens sterke følelsesmessige reaksjoner	41
4.2 Å bli satt på strekk.....	43
4.3 Terapeutens ansvar	44

4.4 Relasjonens betydning.....	46
4.5 Viktig å ta grep.....	47
4.6 Kliniske implikasjoner	49
4.7 Styrker og begrensninger ved metasyntesen	51
4.7.1 Styrker	51
4.7.2 Metodiske begrensninger	52
4.8 Videre forskning.....	54
4.9 Konkluderende refleksjoner	55
Referanser.....	56
Vedlegg	67

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Norske psykologer opplever situasjoner der pasienter presenterer selvmordsproblematikk som de mest krevende i klinisk virksomhet (Stige et al., 2019). Selvmord kan defineres som «en bevisst og villet handling som individet foretar for å skade seg selv, og hvor skadene er dødelig» (Retterstøl et al., 2002, s. 13). Selvmordsforsøk kan defineres tilsvarende, men der «[...] individet ikke kunne være helt sikker på å overleve, men hvor skaden ikke har ført til døden» (Retterstøl et al., 2002, s. 13). Ifølge Folkehelseinstituttet (2021a) tok 639 personer selvmord i Norge i 2020. Forekomsten har vært i overkant av 600 de siste årene, og er omtrent den samme i Europa, Nord-Amerika og Australia (Folkehelseinstituttet, 2021b).

Sosial- og helsedirektoratet (2008) anslår at mer enn 90 % av de som tar sitt eget liv har en psykisk lidelse, enten denne er kjent eller ikke. Behandling av psykiske lidelser er derfor et vesentlig ledd i arbeidet med forebygging av selvmord (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Helsevesenet er underlagt juridiske forpliktelser, som blant annet innebærer et ansvar om å gi helsehjelp for å avverge alvorlig helseskade når pasienten er i en alvorlig selvmordsfare (Østlie, 2018). Vurderingen av om en pasient er i en alvorlig selvmordsfare viser seg imidlertid å være utfordrende (Franklin et al., 2017; O'Connor et al., 2011). Selvmordsrisikofaktorer, som brukes for å vurdere om pasienten er i en alvorlig selvmordsfare, har ifølge Larsen og Teigen (2015) lav treffsikkerhet.

Det er store forventninger til selvmordsforebygging i psykisk helsevern, og ifølge Helsedirektoratet (2021) er 71 % av voksne nordmenn enige i at man alltid kan hjelpe en person som har selvmordstanker. Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025 introduserte en nullvisjon for selvmord i Norge, og formidlet et verdisyn om at vi som samfunn ikke har noen å miste (Berg & Walby, 2022; Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Ifølge Berg og Walby (2022) opplever mange behandlere en manglende anerkjennelse av selvmordsproblematikkens kompleksitet og et manglende kunnskapsgrunnlag i selvmordsforebyggingen. Med tanke på de juridiske forpliktelsene frykter helsepersonell at nullvisjonen vil bety økt tvang og mer krav til dokumentasjon for å holde ryggen fri.

Opgaven tar for seg terapeuters opplevelse av arbeid med selvmordsproblematikk. Formålet er å belyse terapeuters subjektive opplevelse både i samspeilet med den selvmordstruede pasienten, og i systemet de arbeider i. Dette kan bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget for terapeutisk arbeid i selvmordsforebyggingen. Oppgaven tar i bruk metoden metaetnografi, som er en form for kvalitativ metasyntese, i et forsøk på å syntetisere

funn fra kvalitative primærstudier. Innledningsvis vil jeg vise til det empiriske grunnlaget for terapeutens innflytelse i terapeutisk behandling, ulike måter å forstå selvmordsproblematikk, det empiriske grunnlaget for behandling av selvmordsproblematikk med særlig vekt på terapeuters opplevelse, samt teori som kan gi ytterligere forståelse. Avslutningsvis i innledningen vil jeg også vise til oppgavens bidrag i forskningslitteraturen samt presentere problemstilling.

1.2 Psykoterapiforskning på terapeutens innflytelse

Denne oppgaven undersøker terapeuters opplevelse av arbeid med selvmordsproblematikk i en terapeutisk setting. Det essensielle ved terapi bæres av terapeuten, og den enkelte terapeut ser ut til å utgjøre et stort bidrag når man ser på behandlingseffekt (Wampold & Imel, 2015). Ifølge Rønnestad (2008) viser terapeuteffekt til andelen av et terapeutisk utfall som kan forklares ved terapeutens bidrag. Hvilken *type* behandling som gis, selve metoden, forklarer kun ca. 1 % av variasjonen i behandlingsutfall (Wampold & Imel, 2015), mens terapeuteffekten ser til sammenligning ut til å forklare rundt 5-7 % (Baldwin & Imel, 2013).

Terapeut-pasient-relasjonen, også kalt den terapeutiske alliansen, er særlig sentral i psykoterapiforskningen. En metastudie fra 2018 viser at den terapeutiske alliansen forklarer 5-7 % av variasjonen i behandlingsutfall (Flückiger et al., 2018; Nissen-Lie et al., 2017), og utgjør ifølge Norcross (2010) antakelig det mest stabile funnet i hele psykoterapiforskningsfeltet. Ifølge Gelso og Carter (1985) omfatter den terapeutiske relasjonen alle de følelser og holdninger terapeuten og pasienten har overfor hverandre, samt hvordan disse kommer til uttrykk i den terapeutiske prosessen. Terapeutens og den terapeutiske alliansens bidrag til behandlingsutfall legitimerer dermed en undersøkelse av faktorer ved terapeuten når psykoterapeutisk arbeid med selvmordsproblematikk skal forstås.

Flere studier har undersøkt ulike personlige og interpersonlige kvaliteter ved terapeuten som ligger til grunn for terapeuteffekten. Jeg skal i det følgende trekke frem et utvalg. Overordnet trekker Beutler og kolleger (2004) frem terapeutens grunnleggende relasjonelle ferdigheter, og at varme, trygge, ærlige og interesserte terapeuter, som fasiliterer en følelsesmessig opplevelse i terapitimen, assosieres med god allianse. Distanserte og rigide terapeuter assosieres derimot med dårligere allianse (von der Lippe et al., 2008). Pasientens opplevelse av å bli forstått er sentralt, noe som fordrer en empatisk terapeut (Greenberg et al., 2001). Den terapeutiske relasjonen er iboende asymmetrisk. Samtidig fordrer en effektiv behandling agens i pasienten, noe som fordrer at terapeuten tar grep for å balansere asymmetrien (Oddli & Rønnestad, 2012; Yalom, 1980/2011).

Som nevnt innledningsvis er arbeid med selvmordsproblematikk den mellommenneskelige situasjonen terapeuter opplever som den mest krevende (Stige et al., 2019). Terapeutens evne til å håndtere utfordrende mellommenneskelige møter ved bruk av følelsesmessig uttrykk og overtalelsesevne er relatert til utfall (Anderson et al., 2009). Det samme er det å motstå aggresjon når terapeuten devalueres av pasienten (von der Lippe et al., 2008). Skeptiske pasienter kan gjøre terapeuter sårbare for følelse av utilstrekkelighet, og hvis det ikke håndteres, kan det vekke terapeutens egen fiendtlighet (von der Lippe et al., 2008). Terapeuten kan oppleve sterke følelsesmessige reaksjoner i psykoterapeutisk arbeid, og terapeutens evne til å håndtere disse er forbundet med utfall (Hayes et al., 2011).

Psykoterapeutisk arbeid kan være komplekst. Det å være seg bevisst utfordringene og usikkerheten gjør at terapeuter arbeider mer effektivt (Macdonald & Mellor-Clark, 2015). Terapeutens selvomsorg og personlige selvtilhørighet kombinert med en kapasitet til å kritisk evaluere (dvs. tvile på) sitt terapeutiske arbeid, ser ut til å hjelpe terapeuten med å respektere kompleksiteten i arbeidet (Nissen-Lie et al., 2017). Ifølge Nissen-Lie og kolleger (2017) ligger dermed terapeuteffekten i skjæringspunktet mellom terapeutens profesjonelle og private selv.

1.3 Hvordan forstå selvmordsproblematikk

Hvordan kan vi forstå at et menneske ønsker å ta sitt eget liv? Ingen enkel årsak eller universell teori forklarer alle selvmord, det å forstå selvmordsproblematikk er dermed komplekst (Østlie, 2018). Det er gjort flere forsøk på å forklare selvmordet teoretisk, og i det følgende vil jeg presentere den medisinske modellen, samt kognitive, eksistensielle og psykodynamiske perspektiver.

1.3.1 Den medisinske modellen

Selvord ble fra antikken og frem til opplysningstiden i hovedsak ansett som et moralsk fenomen (Thorvik, 2005a). I opplysningstiden understreket flere forfattere og intellektuelle at selvmord burde anses som et medisinsk fenomen – som uttrykk for psykisk lidelse, som angikk leger og en begynnende psykiatri (Thorvik, 2005a). Ifølge den medisinske modellen er det sykdommen som dreper ved selvmord (Rasmussen, 2020). Iboende i dette perspektivet er troen på psykiatriske diagnoser som bestemmende for behandlingsmetoder, og hvis den psykiske lidelsen avdekkes og behandles så forhindres selvmordet (Østlie, 2018). Dette er i tråd med nasjonale retningslinjers vektlegging av kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko.

1.3.2 Kognitive perspektiver

Ifølge Beck ligger en kognitiv sårbarhet til grunn for selvmordet (Beck, referert i Stänicke, 2018; Weishaar, 1996). Kjerneantakelser som kjennetegnes av et negativt fremtidssyn og et selvkonsept med lav selvfølelse preger sårbarheten. Negative hendelser attribueres til indre, stabile og globale faktorer, mens positive hendelser attribueres til eksterne, ustabile og spesifikke faktorer (Weishaar, 1996). Tenkningen er rigid, og individets kjerneantakelser er fiksert. Kjerneantakelsene skaper et «suicidalt modus» som karakteriseres av en gjennomgripende håpløshet. Beck forstår dermed selvmordet som et resultat av en prosess, og ikke en prosess i seg selv (Stänicke, 2018).

Ifølge sosialpsykologen Baumeister (1990) innebærer prosessen mot selvmordet en flukt fra selvet. Motivasjonen for å unngå ubehagelig og smertefull selvbevissthet, som Baumeister betegner som «aversiv selvbevissthet», er sentral for å igangsette flukten. Prosessen starter med en hendelse som gir en stor skuffelse, og individet tillegger seg selv skyld. Bevisstheten om selvets utilstrekkelighet skaper negativ affekt, og selvmordet anses som det ultimate skritt i forsøket på å rømme fra seg selv.

Joiner (2005) har presentert en innflytelsesrik interpersonlig modell om selvmordet. Ifølge modellen skaper tre ulike mellommenneskelige psykologiske tilstander en høy selvmordsrisiko: 1) en opplevelse å være en byrde for andre; 2) manglende tilhørighet; og 3) fryktløshet i møte med døden som følge av en tilvenning til psykologisk smerte. Følelsen av å være en byrde for andre samt manglende tilhørighet fører til antakelsen om at selvmord vil være det beste for alle. Joiner fremhever at det er personens subjektive fortolkning av situasjonen som er vesentlig, og når personen er selvmordstruet vil tendensen til mistolkning forsterkes (Stänicke, 2018). Joiner (2005) presenterer ingen behandlingsmodell, men anbefaler kognitiv og interpersonlig psykoterapi (IPT). Rasjonalet for IPT er at dersom et mellommenneskelig problem tilknyttet symptomdebut blir løst, så vil det kunne generaliseres til andre problemområder og lindre symptomene.

De kognitive perspektivene vektlegger trekk ved den selvmordstruede, der et overordnet trekk er at tenkningen typisk er preget av «tunnelsyn». Perspektivene fremhever kunnskap om risikofaktorer ved selvmord, eksempelvis håpløshet, som er sentralt i selvmordsrisikovurderinger (Stänicke, 2018). Behandlingsfokus rettes mot å endre symptomer som fastlåste tankeprosesser og negative selvanklagelser, samt å øke problemløsningsevnen. Dette til forskjell fra dynamiske perspektiver som forsøker å forstå hva symptomene kan uttrykke.

1.3.3 Eksistensielle perspektiver

I et eksistensielt perspektiv beskriver Yalom (1980/2011) fire universelle «problemer» ved menneskets eksistens: død, frihet, isolasjon og meningsløshet. Eksistensielt er døden en grunnleggende kilde til angst. Selvmordet kan både anses som individets forsøk på å bli kvitt angsten, og et forsøk på å løse dødsproblemet ved å ta kontroll. Det å skape mening i eget liv og ta ansvar for alle livsvalg som er delvis utenfor ens egenkontroll, er en ufattelig prøvelse. Dette er kjernen i det å eksistere – å finne mening uten et universelt mål i sikte. Selvmordet kan da både feste en konkret mening til livet, og motsatt, når spørsmålet om meningen med livet forblir ubesvart og en videre eksistens ikke lenger gir mening.

Nietzsche bemerket at «Tanken på selvmord er en stor trøst; med den kan en komme seg velberget gjennom mang en tung natt» (Nietzsche, referert i Retterstøl et al., 2002, s. 114). Selvmordsproblematikken kan dermed fungere som en støttetanke, og en mestringsstrategi i en meningsløs tilværelse. I eksistensiell terapi rettes søkelys på det å dele pasientens smerte, den eksistensielle sårbarheten, som er felles for alle mennesker.

1.3.4 Psykodynamiske perspektiver

Freud hevdet at psykiske lidelser var et resultat av intrapsyriske konflikter mellom drifter, livsdrift og dødsdrift, noe som utgjorde en kontrast til samtidens medisinske modeller (Freud, referert i Stänicke, 2018). Freud beskrev allerede i 1917 selvmordet som en reaksjon på tap av et ambivalent elsket og hatet objekt, som selvet har identifisert seg med (med vekt på hat) (Bell, 2008). Reaksjonen bærer preg av et raseri som ikke kan uttrykkes direkte, og blir opphav til skyld og bebreidelser (Stänicke, 2018).

Menninger (1966) anså, med utgangspunkt i Freuds teori, selvmordet som en kompleks handling komponert av tre impulser eller ønsker: 1) et ønske om å bli drept som kan tenkes å være knyttet til en streng samvittighet (over-jeg); 2) et ønske om å drepe, for å ramme andre nære personer slik at de skal få kjenne hvor smertefullt livet er (forbundet med hevn); eller 3) et ønske om å dø, som er knyttet til det selvdestruktive, dødsdriften, i menneskets natur. Menninger beskrev dermed selvmordet som en aggressiv handling rettet mot en selv (Menninger, 1966; Thorvik, 2005b).

Shneidman (1993) hevder at selvmordet skyldes «psychache», som referer til en psykologisk smerte i sinnet. Smerten skyldes en langvarig individuell opplevelse av negative følelser som overdreven skam, skyld, ydmykelse, ensomhet, frykt eller angst. Selvmordet skjer når denne smerten vurderes som utholdelig av personen som opplever den. Selvmordsproblematikk forstås som forsøk på å tilfredsstille presserende psykologiske behov

og finne løsninger på en indre krisetilstand og en ytre, krevende situasjon (Shneidman, 1993). Shneidman understreker at det å relatere selvmord til forenklete, ikke-psykologiske variabler (inkludert psykiatriske kategorier som depresjon) er utilstrekkelig, fordi det ignorerer den ene variabelen som er den sentrale ved selvmordet – nemlig uutholdelig psykologisk smerte.

Psykodynamiske perspektiver retter søkelys på individuelle bevisste eller ubevisste bakenforliggende motiver, og kan bidra med å skape forståelse for en tilsynelatende meningsløs handling som selvmordet (Stänicke, 2018). Motivene knyttes til en bestemt dominerende følelsesmessig opplevelse som er for vanskelig å leve videre med. Selvmordet forstås i forhold til tidligere relasjoner, ikke-dekkede behov, relasjonelle vansker og indre fantasier. Dette skaper grunnlaget for det terapeutiske arbeidet – å gå bak symptomene.

1.4 Behandling av selvmordsproblematikk – kunnskapsgrunnlag

Det å forutse selvmord hos den enkelte pasient er utfordrende (O'Connor et al., 2011). Ingen instrumenter eller prosedyrer kan per i dag predikere selvmord på individnivå (Østlie, 2019). Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko er sentralt i nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Dette til tross for at metastudier konkluderer med at risikofaktorer ikke er nyttige for å forutse selvmord hos den enkelte (Franklin et al., 2017).

Studier viser at psykoterapeutiske behandlingsmetoder er effektive i arbeid med selvmordsproblematikk (Calati & Courtet, 2016). I flere systematiske oversikter fremheves behandlingsmodellene kognitiv terapi, dialektisk atferdsterapi og mentaliseringsbasert terapi som effektive for reduksjon av selvskade, depresjonssymptomer og selvmordstanker (se f.eks. Kongerslev et al., 2015). Ulike behandlingsmodeller kan vise relativt lik effekt (Cristea et al., 2017), men ingen behandling hjelper alle (Stänicke, 2020). Det er imidlertid noen viktige felles elementer, blant annet at behandler er empatisk, og arbeider aktivt med behandlingsrelasjonen og følelsesmessige vansker (Bateman et al., 2015). I tillegg er det viktig at terapeuten diskuterer arbeidet og personlige reaksjoner med veileder eller i team (Bateman et al., 2015). Pasientens opplevelse av trygghet, verdighet og tilknytning til behandleren er sentralt (Berg et al., 2017). Behandlinger som virker er sammensatte, og behandlingsmodellene som viser effekt er strukturerte og multimodale (Berg & Walby, 2022; Stänicke, 2020). Sammensatte tiltak kan gi mening fordi fenomenet er vanskelig å jobbe med, og ingredienser fra behandlingsmodeller må relateres til kunnskap om blant annet terapeutfaktorer (Stänicke, 2020).

Kvantitativ forskning viser at arbeid med selvmordsproblematikk fremkaller intense emosjonelle reaksjoner som har stor innvirkning på behandlere (Barzilay et al., 2018; Scocco et al., 2012). Terapeuter opplever generelt en negativ emosjonell respons, samt mer differensierte reaksjoner som nærhet («affiliation»), angst/bekymring («distress») og håp (Barzilay et al., 2018). En kvantitativ oversiktsstudie viser at selvmordsproblematikk fremkaller vonde følelsesmessige responser som manglende interesse («disinterest»), sinne, angst, forvirring og overveldelse (Michaud et al., 2021). Samme studie viser også til opplevelsen av å føle seg fanget, avvist, utilstrekkelig og hjelpeløs, men også engasjement og tilfredshet. Forfatterne konkluderer med at selvmordsproblematikk kan indusere en spesifikk følelsesmessig selvmordsrelatert respons i behandlere, og at denne for det meste er uønsket. Sterke følelser kan ha innvirkning på terapeutens vilje og evne til å bygge terapeutiske relasjoner (Levi-Belz et al., 2020). Det å etablere en genuin terapeutisk allianse er sentralt for behandling av selvmordstruede pasienter (Dunster-Page et al., 2017). Michaud og kolleger (2021) hevder at en håndtering av reaksjonene er en forutsetning for å kunne tilby best mulig behandling.

Kvalitativ forskning viser, i likhet med kvantitativ forskning, at terapeuter opplever sterke følelsesmessige reaksjoner som angst, stress, utbredt bekymring, håpløshet og maktesløshet, noe som gjør terapeuten sårbar (Levy et al., 2019; Moerman, 2012; Scupham & Goss, 2020). Terapeutens behandlingsansvar kan manifestere seg som selvtvil, noe som kan forsterke terapeutens angst (Levy et al., 2019; Moerman, 2012; Reeves & Mintz, 2001). Vanskelige tema og følelser som terapeuten opplever uavhengig av den terapeutiske relasjonen, kan også gjøre seg gjeldende i møtet med selvmordstruede pasienter (Richards, 2000). Podlogar og kolleger (2020) viser at terapeuten må etablere en dynamisk balanse mellom to poler av faktorer som inkluderer forståelse av selvmordsproblematikken, den terapeutiske alliansen, holdninger, emosjonell respons, ansvar og behandlingsfokus. Andre faktorer som har innvirkning på terapeutens opplevelse inkluderer klientfaktorer, systemet og den terapeutiske settingen. Kvalitative funn om terapeuters opplevelse viser dermed til komplekse prosesser.

Meg bevisst finnes det ingen *nyere* kvalitativ kunnskapsoppsummering som undersøker terapeuters opplevelse av arbeid med selvmordsproblematikk. En kvalitativ metasyntese fra 2014 undersøker terapeuters og pasienters syn på terapiprosessen, opplevelser av effektivitet, samt bidragende faktorer til behandlingsutfall (Winter et al., 2014). Deltakerne trekker frem allianse, og dialektisk atferdsterapi som effektivt teoretisk rammeverk. De trekker også frem terapeutfaktorer som det å være forståelsesfull, empatisk og ikke-

dømmende. En annen kvalitativ metasyntese undersøker leger og sykepleieres erfaring med selvmord, og viser til at fenomenet er tabubelagt og induserer sterk skyldfølelse (Malik et al., 2021). En metasyntese om sykepleieres opplevelse av arbeid med selvmordsproblematikk konkluderer med at det er nødvendig med søkelys på den terapeutiske relasjonen og på sykepleieres følelsesmessige opplevelse i møtet med problematikken (Clua-García et al., 2021).

1.5 Terapi og selvmordsproblematikk – hvordan forstå terapeuters opplevelse

Ifølge Bell (2008) skjer alle suicidale handlinger i konteksten av menneskelige relasjoner, og de destruktive kreftene som er iboende i selvmordsproblematikken kan dermed være vanskelig å håndtere i den terapeutiske relasjonen. Orbach (2001) hevder at selvmordet kan være rasjonelt for pasienten, og terapeutens tilgang til rasjonaliteten går via en empatisk holdning. Empati med selvmordsønsket kan være utfordrende fordi terapeuten må balansere empati med et samtidig håp om tilfriskning (Østlie et al., 2018). Terapeuter opplever arbeid med selvmordsproblematikk som krevende. Hvordan kan vi forstå dette ytterligere? I det følgende vil jeg presentere teori som kan gi en forståelse.

1.5.1 Sekundær og vikarierende traumatisering

Terapi forutsetter at terapeuten er åpen, men empati gjør en også sårbar for følelsesmessig smerte (Berge, 2005). Sekundær traumatisering, vikarierende traumatisering og omsorgstretthet («compassion fatigue») er begreper som beskriver den følelsesmessige smerten som terapeuter kan oppleve (Berge, 2005).

Sekundærtraumatisering ble opprinnelig forstått som den naturlige følelsesmessige responsen som personer som har nær kontakt med en traumeoverlevende opplever, som de kan identifisere seg med og ha empati for (Figley & Kleber, 1995; Jenkins & Baird, 2002). Den følelsesmessige responsen er nært identisk med PTSD-symptomer, som gjenopplevelse, unngåelse og vedvarende følelsesmessig aktivering (Jenkins & Baird, 2002). Figley har senere omdøpt begrepet til «omsorgstretthet», og anser det som en normativ yrkesmessig fare for psykisk helsepersonell (Figley, 1995; Jenkins & Baird, 2002). Han mener dette begrepet foretrekkes fordi det er mindre stigmatiserende. Pearlman og Saakvitne (1995) definerer vikarierende traumatisering som en permanent «endring i terapeutens indre opplevelse som oppstår som følge av empatisk engasjement med klienters traumemateriale» (Pearlman & Saakvitne, 1995, s. 31). Alvorlige tilfeller av vikarierende traumatisering kan føre til at terapeuten blir fremmedgjort i forhold til seg selv, og opplever nummenhet og distanse til

andre (Berge, 2005). Terapeuten kan tvile på sin profesjonelle kompetanse, oppleve isolasjon i forhold til andre, miste optimisme og medfølelse, og i verste fall gå inn i en tilstand av eksistensiell ensomhet og fortvilelse. Terapeutens selvbilde kan bli underminert, med økt selvkritikk og svekket evne til selvtrøst og selvempati.

Sekundær og vikarierende traumatisering er begreper som beskriver opplevelser som følge av empatisk innlevelse i andres traumatiske opplevelser. Begrepene er nyttige da de er beskrivende for terapeutens opplevelse i behandlingsprosessen, noe som kan bidra til normalisering og mindre stigmatisering. Begrepene gir terapeuten mulighet til å anerkjenne og akseptere egne reaksjoner. Vi trenger dog et ytterligere teoretisk fundament som kan tilby en forståelse for hvordan terapeutens sterke reaksjoner på andres erfaringer finner sted – hva ligger til grunn for opplevelsen?

1.5.2 Motoverføring og projektiv identifisering

Fenomenet motoverføring er beskrevet i psykoanalytisk og psykodynamisk litteratur, og tilbyr en forståelse av terapeutens reaksjoner i psykoterapeutisk arbeid. Begrepet motoverføring forstås i relasjon til begrepet «overføring», og begge begrepene kan hjelpe terapeuten å få tilgang til pasientens psykiske realitet (Gullestad & Killingmo, 2019). Overføring fremhever pasientens bidrag inn i relasjonen med en annen, og viser til hvordan tidligere relasjonserfaringer kan aktualiseres i relasjonen her og nå (Stänicke, 2012). Gullestad og Killingmo (2019) definerer motoverføring som «terapeutens affektive reaksjoner på ubevisst kommunikasjon fra pasienten» (s. 153). Der begrepet overføring setter søkelys på intrapsykeiske aspekter i pasienten, viser begrepet motoverføring til «intrapsykeiske og subjektive aspekter i terapeuten som aktiveres i møte med pasienten» (Stänicke, 2012, s. 25). Med dette perspektivet kan terapeutens følelsesmessige reaksjoner gi informasjon om pasientens bakenforliggende motiver og ubearbeidede tema.

Freud forstod motoverføring som et resultat av pasientens innflytelse på terapeutens ubevisste følelser (Hayes et al., 2011; Zachrisson, 2008). Han anså dette som en forstyrrelse i den terapeutiske prosessen, noe terapeuten måtte oppdage og overkomme, og oppfordret til egenbehandling for å redusere motoverføringsreaksjoner (Zachrisson, 2008). Freud sitt syn utgjør den klassiske forståelsen av motoverføring, som ikke ser noen fordeler ved fenomenet (Hayes et al., 2011).

Ifølge Heimann (1950) kan motoverføring, i den grad vi klarer å bli oss den bevisst, tas i bruk for å forstå pasienten bedre. Motoverføring kan være en viktig kilde til forståelse av pasientens ubevisste konflikter og er derfor noe ønskelig (Zachrisson, 2008). Ifølge Heimann

(1950) utgjør terapeutens følelsesmessige relasjon til og reaksjoner på pasienten de viktigste redskapene i det terapeutiske arbeidet. Terapeutens følelser er uunngåelige, og ikke utelukkende en forstyrrelse. Det skyldes at følelsene har sin opprinnelse i pasientens, og ikke terapeutens ubevisste sinn, og forstås snarere som terapeutens svar på pasientens følelser.

Racker (2007) skiller mellom «komplementær» og «konkordant» motoverføring. I førstnevnte identifiserer terapeuten seg med objektet i den aktuelle objektrelasjonen. I sistnevnte identifiserer terapeuten seg med selvet i objektrelasjonen. Terapeuten blir da fylt med pasientens affekt, noe som kan oppleves som at pasienten «trekker» i terapeuten (Zachrisson, 2008). Ideelt motstår terapeuten impulsen om å agere på disse «trekkene», og søker heller forståelse for hva pasienten gjør. Dette tillater en forståelse av pasientens interpersonlige stil som legger grunnlaget for effektive intervensjoner. Aktualisering («enactment») skjer når en overføringsfantasi fra pasienten skaper en motoverføringsreaksjon i terapeuten (Gabbard, 2010). Subtile former for påvirkning fra pasienten gjør at terapeuten handler eller kommuniserer på en måte som imøtekommer overføringsønsket, eller beskytter mot ønsket (Roughton, referert i Gabbard, 2010).

Projektiv identifisering er løst relatert til fenomenet motoverføring (Gabbard, 2010). Klein beskrev først fenomenet som en intrapsykisk prosess eller en forsvarsmekanisme, og begrepet var i sin opprinnelige form ikke relatert til motoverføring (Klein, referert i Zachrisson, 2008). Projektiv identifisering viser til en mekanisme som antas å kunne beskytte individet mot sterk angst (Stänicke, 2012). Den overveldende affektive tilstanden avvises og projiseres i den andre, samtidig som mottakeren kan oppleve seg identifisert med det som er blitt projisert (Gabbard, 2010).

Bion koblet begrepsparet «container-contained» til projektiv identifisering, og med utgangspunkt i mor-barn-relasjonen (Gullestad & Killingmo, 2019). Fra barnet er født kan barnets ordløse, overveldende impulser projiseres i mor, som på sin side tar imot, rommer («container») og bearbeider det som er blitt projisert. Mors aksepterende ivaretagelse gjør det mulig for barnet etter hvert å ta tilbake og internalisere impulsene som sine egne (Stänicke, 2012). Bion trakk dette fenomenet også inn i terapirommet – terapeuten blir en «container» for mentalt innhold som har sin opprinnelse i pasientens erfaring (Mitchell & Black, 2016). Bion hevdet at terapeutens inntoning er en forutsetning for å romme og bearbeide projektive identifiseringer.

Motoverføring og projektiv identifisering forutsetter at terapeuten sorterer egne følelser for å få økt forståelse for pasientens vansker. Ved motoverføring er søkelyset på indre temaer og følelser i terapeuten her og nå. Ved projektiv identifisering er imidlertid søkelyset

rettet både på den intrapsyriske forsvarsstrategien i pasienten, og på en primitiv kommunikasjonsform pasienten gjentar fra tidlige relasjoner til nåtidige relasjoner (Stänicke, 2012). Motoverføring kan dermed forstås som et klinisk uttrykk av den psykiske mekanismen projektiv identifisering.

1.5.3 Selvmordsrelatert motoverføring og håndtering

Maltsberger (2004) beskriver selvmordsproblematikk som en aggressiv kraft som angriper selvet, og som medfører selvoppløsning. Den overveldende affektive strømmingen er uutholdelig og den selvmordstruede mister kontroll. Når disse intense destruktive kreftene er i spill, påvirkes også terapeuten. Maltsberger og Bui (1974) hevder at hvis terapeutens negative følelser unngås, og ikke utforskes eller aksepteres, kan det ubevisste hatet øke faren for selvmord. Terapeuten må derfor bli komfortabel med motoverføringshatet ved å erkjenne det, tåle det og sette det i perspektiv. Winnicott anså det som nødvendig å erkjenne hatet som pasienten kan vekke i terapeuten, for å kunne gi pasienten mulighet til selv å oppleve sitt hat mot terapeuten som overføringsobjekt (Winnicott, referert i Zachrisson, 2008). Winnicott anså det som en forutsetning for å oppleve kjærlighet. Det er dog vanlig for terapeuter å etablere forsvarsmekanismer mot slike følelser. Dette kan medføre at terapeuten opplever andre affekter, som angst, håpløshet og frykt.

Gabbard er inspirert av Kleins begrep projektiv identifisering. Han hevder at motoverføringsreaksjoner refererer til noe som skjer i terapeuten, og skapes med bidrag fra både pasient og terapeut (Gabbard, 2010). Ifølge Gabbard (2003) kan den selvmordsrelaterte motoverføringen ta form som nummenhet eller overveldende engstelse, som i sin tur kan medføre tanker om at behandlingen ikke virker, grenseløshet og sterke følelsesmessige reaksjoner. Dette øker faren for uhensiktsmessige aktualiseringer som kan ha innvirkning på pasientens mulighet til å arbeide med underliggende smerte. Ifølge Gabbard (2003) kan behandlerens egen ubevisste angst gi en sårbarhetsfølelse i møte med pasientens intense destruktivitet. Sårbarheten kan f.eks. handle om deres profesjonelle rykte hvis pasienten tar livet sitt. Ifølge Gabbard (2010) er terapeuter sårbare for visse typer motoverføringsreaksjoner som følge av såkalte redningsfantasier («rescue fantasies»). Motoverføringen kan være vanskelig å oppdage fordi den er så overensstemmende med terapeuters syn på seg selv som hjelpere. I frykt for hva som vil skje dersom profesjonelle grenser bevares, kan terapeuten føle seg fristet til å tre ut av den profesjonelle rollen med hensikt om å redde pasienten. Selvmordsproblematikk kan således utfordre selve rammene for behandlingen (Goldblatt, 2008).

Å bli bevisst motoverføringsreaksjoner og bruk av teori for å forstå dem, ser ut til å danne grunnlaget for effektiv håndtering (Hayes et al., 2011). Det kreves et kontinuerlig sorteringsarbeid for å prøve å skille hva som kommer fra pasienten, og hva som er terapeutens eget bidrag. Det foreligger et motsetningsforhold mellom terapeutens profesjonelle og private sfære, noe som ifølge Zachrisson (2008) må holdes atskilt ved arbeid i overførings- og motoverføringsfeltet. Hvis terapeuten forstår sitt eget bidrag, kan terapeutens empati mot pasientens indre psykiske realitet øke (Østlie, 2018). Selvinnsikt og -integrasjon er dermed grunnleggende for håndtering, noe som peker mot den potensielle verdien av personlig terapi og klinisk veiledning (Hayes et al., 2011). Dersom terapeuten ikke oppdager, utforsker eller aksepterer negative motoverføringsreaksjoner, kan muligheten for selvmord forsterkes (Gabbard, 2003; Maltzberger & Buie, 1974).

Å romme og bearbeide («containment») pasientens overføring er en måte håndtere motoverføringsreaksjoner (Gabbard, 2010). Terapeuten beveger seg da mellom to poler av innlevende oppmerksomhet (føle med pasienten) og refleksjon (tenke om pasienten) (Zachrisson, 2008). Dette kan utfordre terapeutens utholdenhet, da terapeuten ifølge Winnicott (1971) må overleve pasientens «angrep» før pasienten kan nyttiggjøre seg terapeuten. Terapeuten må således sitte med følelsene ved å ta imot, bearbeide, reflektere, forstå og gi tilbake i en passelig form, slik at følelsene kan integreres i pasienten. Når pasienten observerer at terapeuten tolererer de vanskelige følelsene kan det oppstå en gjensidig prosess – de kan ta tilbake eierskapet til dem, uten å føle seg så overveldet.

Terapeutens tilrettelegging for et trygt terapeutisk miljø er sentralt i behandling av selvmordsproblematikk, noe som vanligvis skjer gjennom rammen og grensene som skapes (Goldblatt, 2008). Ifølge Zachrisson (2008) skjer viktige deler av det terapeutiske arbeidet i grenselandet der terapeuten er på vei ut av terapeutisk posisjon. For å få kontakt med pasientens følelser og kunne bidra med en hjelpsom bearbeidelse av dem, må terapeuten utsette seg for risikoen for å bli overveldet og brakt ut av følelsesmessig balanse. Den optimale håndteringen av motoverføringsreaksjoner er å oppdage dem i sin tidligste form, før de faktisk blir til grenseoverskridelser (Gabbard, 2010).

1.5.4 Terapeutens behandlingsansvar

Fra et filosofisk ståsted synes det åpenbart at en medisinsk tilstand som i vesentlig grad påvirker stemningsleie og følelsesliv også påvirker menneskets mulighet til å velge autonomt (Thorvik, 2005a). Ifølge Yalom (1980/2011) viser «ansvar», i en mental helsekontekst, både til pasientens evne til å oppføre seg rasjonelt og til terapeutens moralske forpliktelse overfor

pasienten. Ifølge Nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging er hovedregelen at psykisk helsevern ytes på bakgrunn av pasientens samtykke (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). For å etablere tvungent psykisk helsevern må pasienten ha en «alvorlig sinnslidelse», noe som ifølge Sosial- og helsedirektoratet (2008) kan være vanskelig å vurdere og må avgjøres på bakgrunn av en helhetsvurdering. Retningslinjene vender seg således tilbake til terapeutens moralske forpliktelse overfor pasienten.

For å forstå terapeutens posisjon i samspillet med selvmordstruede pasienter benytter Østlie (2018) Benjamin (2004) sin konseptualisering av «den tredje» («thirdness»). Benjamin (2004) beskriver menneskets tendens til å redusere og splitte interpersonlige samspill til at én person gjør noe («the Doer», subjektet) og den andre blir gjort noe med («the Done to», objektet). Benjamin (2004) viser til at konseptet «den tredje», som beskrives som et potensielt mentalt rom, kan motarbeide slike tendenser og øke refleksiv kapasitet. I den terapeutiske dyaden, der en slik tredje ikke er etablert, kan terapeuten og pasienten bli låst i komplementære posisjoner. Østlie (2018) mener dette kan være en passende beskrivelse av terapier med selvmordstruede pasienter. Terapeutens frykt for at pasienten skal ta sitt eget liv gjør hen til «the Doer». Terapeuten beskytter pasienten, og pasienten blir beskyttet og dermed plassert i en passiv posisjon – «the Done to». Hvis pasienten gjør et selvmordsforsøk eller truer med dette, snus posisjonene. Pasienten blir «the Doer», og terapeuten «the Done to» (Østlie, 2018). For å etablere «den tredje» vektlegger Benjamin (2004) terapeutens evne til å bevare empati og en simultan tilstedeværelse der terapeuten bevarer sitt eget perspektiv samtidig som hen også er empatisk mot pasienten. Terapeutens ansvar kan vanskeliggjøre det å etablere «den tredje». Behandleren, «the Doer», er den som behandler, mens pasienten «the Done to» blir behandlet.

1.6 Oppgavens bidrag i forskningslitteraturen

Både kvantitativ og kvalitativ forskning viser at terapeuter kan oppleve intense følelsesmessige reaksjoner i arbeidet med selvmordsproblematikk (Barzilay et al., 2018; Michaud et al., 2021; Scocco et al., 2012). Dette gjør terapeuter sårbare (f.eks. Levy et al., 2019; Moerman, 2012; Scupham & Goss, 2020). Overordnet viser kvalitative funn til at terapeuters opplevelse av arbeidet er kompleks (f.eks. Podlogar et al., 2020).

Teoretiske perspektiver tilbyr en forståelse, men er ikke alltid basert på systematisk innhenting av data fra terapeuter som arbeider med problematikken. Terapeutens følelsesmessige reaksjoner på selvmordsproblematikk kan påvirke grad av selvmordstanker og -atferd hos pasienten (Barzilay et al., 2018). Vi trenger derfor mer kunnskap om

terapeuters indre opplevelse. Kvalitative studier kan bidra til en bedre forståelse for hvordan arbeidet faktisk oppleves og hva som ligger til grunn (Magnusson & Marecek, 2015; Malterud, 2017). En kvalitativ metasyntese har potensialet til å utvide og nyansere kunnskapsgrunnlaget, ved at funn fra kvalitative primærstudier sammenfattes og oppsummeres, før det gjøres en videre syntetisering. Eksisterende metasynteser skiller seg fra denne når det kommer til utvalg, pasientpopulasjon og studiehensikt (Clua-García et al., 2021; Heavy, 2017; Lachal et al., 2015; Malik et al., 2021; Winter et al., 2014).

Funnene kan fremheve terapeuters stemme og utvikle begreper som bidrar til økt forståelse, som videre kan informere helsepersonell som selv arbeider med problematikken. Dette kan gjøre helsepersonell mer oppmerksomme på egne reaksjoner, noe som kan bidra til å skape trygghet i dette vanskelige arbeidet, som i sin tur kan bidra til bedre behandling av selvmordstruede pasienter.

1.6.1 Problemstilling

Problemstillingen for denne metasyntesen er 1) *Hvordan opplever terapeuter å arbeide med selvmordsproblematikk?* 2) *Hvordan opplever terapeuter interaksjonen med pasienten med selvmordsproblematikk?* 3) *Hva er deres opplevelse sett i lys av systemet de arbeider innenfor?* Resultatene vil drøftes i lys av kognitive, eksistensielle og dynamiske perspektiver om selvmord, og spesielt begrepene sekundær og vikarierende traumatisering og motoverføring, samt terapeuters behandlingsansvar.

2 Metode

2.1 Overordnet

For å undersøke terapeuters opplevelse av arbeid med selvmordsproblematikk har jeg valgt forskningsmetoden kvalitativ metasyntese (Malterud, 2017). Denne metoden innebærer en systematisk gjennomgang av kvalitative primærstudier og en videre syntetisering av funnene. Metoden jeg har valgt for metasyntese er Noblit og Hares (1988) metaetnografi. I det følgende vil jeg beskrive det epistemologiske grunnlaget for kvalitativ metasyntese og metaetnografi, samt min bruk av metoden.

2.2 Epistemologi og det fortolkende paradigmet

Det epistemologiske grunnlaget for kvalitative forskningsmetoder er forankret i det fortolkende paradigmet. Paradigmet bygger på humanistiske tradisjoner der virkeligheten oppfattes som subjektive erfaringer, meninger og fortolkninger i en sosial og historisk kontekst (Malterud, 2017). Kvalitativ forskning er fortolkende ved at den søker en forklaring på sosiale eller kulturelle hendelser basert på perspektiver og erfaringer til menneskene som studeres (Noblit & Hare, 1988). En undersøkelse av psykoterapeuters egen opplevelse fordrer en epistemologisk posisjon som ivaretar fenomener i seg selv og den virkeligheten som er deres (Rossouw et al., 2011). I denne kvalitative metasyntesen er fenomenet utforsket ved hjelp av samtale, samhandling og tekst, og er bearbeidet med induktive strategier med hensikt om å løfte frem ulike versjoner av virkeligheten, avhengig av ståsted og perspektiv (Malterud, 2017).

Ifølge Levitt og kolleger (2017b) innehar alle former for kvalitativ forskning fire sentrale karakteristikk, som også kjennetegner denne metasyntesen: 1) Naturlig språk analyseres, noe som bevarer komplekse betydninger; 2) betydningen er et resultat av gjentatt analyse og generering av forståelse, som gjøres på en sirkulær og gradvis måte, slik at forståelsen er et resultat av gjentatte runder med revidering; 3) resultater forstås innenfor konteksten til fenomenene som studeres (også i forskeren selv), fremfor generaliserbare naturlover; og 4) siden forskeren selv er sentral i fortolkning og beskrivelse av mønstre i data, gjøres det en eksplisitt refleksjon rundt hvordan egne perspektiver kan påvirke resultater.

2.3 Metasyntese og metaetnografi

Kvalitativ metasyntese er en samlebetegnelse på forskningsmetoder for identifikasjon, oppsummering og syntese av kvalitative studier (Malterud, 2017). Det foreligger i dag en del kvalitative studier om terapeuters opplevelse av arbeid med selvmordsproblematikk (se

Innledning, 1.4 og 1.6), og en kvalitativ metasyntese tilbyr en bærekraftig forvaltning av denne kunnskapen med gjenbruk og videreutvikling av resultater (Malterud, 2017). Denne metasyntesen har dermed potensialet til å utvikle en omfattende forståelse av terapeutens opplevelse av arbeid med selvmordsproblematikk. Etterfulgt av et systematisk litteratursøk, er det en fortolkende form for oversikt med mål om å abstrahere og syntetisere funn (Malterud, 2017; Noblit & Hare, 1988). Det systematiske litteratursøket identifiserte primærstudier, som er enkeltstående empiriske studier publisert i internasjonale, fagfelleverderte tidsskrifter. Jeg gjorde deretter en kritisk vurdering av disse. Verdien av det å syntetisere funn og hva det kan eller bør oppnå er diskutert i kvalitativ forskningslitteratur (se f.eks. Sandelowski & Barroso, 2007; Thorne et al., 2004; Timulak, 2009), se Diskusjon, 4.7 Styrker og begrensninger ved metasyntesen.

Noblit og Hares (1988) metaetnografi er en metode for utvikling av en induktiv og fortolkende form for kunnskapssyntese. Betegnelsen metaetnografi brukes delvis på grunn av analogien til metaanalyse, der et felles mål er å «sette sammen» all tilgjengelig forskning. Metaetnografi er dog et fortolkende alternativ til metaanalyse, med *oversettelse* av kvalitative studier til hverandre, snarere enn utvikling av overordnede generaliseringer. Oversettelsen blir en analogi mellom og/eller blant studiene, og selve oversettelsen vil alltid delvis være et produkt av den som utfører syntesen. Malterud (2017) sin beskrivelse av hvordan man kan gjennomføre metaetnografi innen helseforskning har informert min tilnærming. Metaetnografi er den mest brukte formen for metasyntese (Malterud, 2017), og jeg hadde flere studier og eksempler å se til i prosessen (se f.eks. Jessen et al., 2021; Stänicke et al., 2018; Wilson et al., 2016).

Ifølge Noblit og Hare (1988) består metaetnografi av syv overlappende faser som gjentas gjennom hele prosessen: 1) Komme i gang; 2) Avgjøre hva som er relevant for interesseområdet; 3) Lese studiene; 4) Avgjøre hvordan studiene er relatert til hverandre; 5) Oversette studiene til hverandre; 6) Syntetisere oversettelser; og 7) Formidle syntesen. I det følgende er min bruk av fase 1 beskrevet under 2.4 Innledende interessefokus. Fase 2 er beskrevet under 2.5 Beslutning av relevans og seleksjon av studier. Fase 3 til 7 er beskrevet under 2.6 Analyse og syntese.

2.4 Innledende interessefokus

Komme i gang utgjør den første fasen i metaetnografi, og innebærer å bestemme et innledende interessefokus, utvikle en søkestrategi og søkestreng, samt gjennomføre litteratursøk. I denne fasen formulerte jeg min initiale interesse som la grunnlag for et initialt forskningsspørsmål.

Dette ble diskutert og avgrenset med min hovedveileder. Deretter utviklet vi en søkestrategi og gjennomførte et litteratursøk. Søkestrategien og søkestrengen ble gjort i samarbeid med universitetsbibliotekar Marte Ødegaard. Et overordnet mål var balanse mellom sensitivitet og spesifisitet (Malterud, 2017). Sensitivitet innebærer å fange så mange relevante studier som mulig, mens spesifisitet innebærer å finne de mest relevante studiene, som samtidig innebærer en risiko for å gå glipp av studier dersom søket er for smalt.

Med søket ønsket jeg å fange opp studier med *terapeuter*, om *selvmordsproblematikk* gjennomført med *kvalitativ* metode. Se Tabell V1 i Vedlegg for et eksempel på en søkestreng. Litteratursøket ble gjort 09.07.2021 av universitetsbibliotekaren i følgende databaser: PsycINFO, MEDLINE, Embase, CINAHL, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Sociological Abstracts (ProQuest) og Web of Science Scopus. Søket produserte 1950 resultater. Etter fjerning av dubletter (både av bibliotekar og manuelt av meg), gjensto 1070 artikler. Se Figur 2.1 som viser hele seleksjonsprosessen.

2.5 Beslutning av relevans og seleksjon av studier

Beslutte hva som er relevant i lys av problemstillingen utgjør den andre fasen i metaetnografi. I denne fasen utviklet jeg inklusjons- og eksklusjonskriter (se Tabell 2.1), gjorde en systematisk seleksjon av studier, og reviderte forskningsspørsmålet fortløpende. Forskningsspørsmålet og inklusjons- og eksklusjonskriterier ble revidert gjennom prosessen, på linje med metaetnografi og kvalitativ forskning (Malterud, 2017; Noblit & Hare, 1988).

2.5.1 Seleksjon basert på brede kriterier

Jeg ledet an seleksjonsprosessen, og gjorde en uavhengig screening av artiklene basert på tittel, og på sammendrag dersom tittel alene ikke ga tilstrekkelig informasjon. Disse ble holdt opp mot brede inklusjonskriter: kvalitativ metode, arbeid med selvmordsproblematikk som tema og terapeutperspektiv. Deretter gjennomførte min hovedveileder en uavhengig screening, før vi deretter diskuterte uenigheter og uklarheter. Her ble inklusjonskriterier igjen drøftet. Til slutt gjorde jeg en endelig beslutning om inklusjon. Artiklene ble screenet i august og september 2021 ved bruk av et verktøy for systematisk gjennomgang, Rayyan (<https://www.rayyan.ai/>). Verktøyet tillater «blinding» av vurderingene. Etter screening ble uenigheter og usikkerhet om inklusjonskriterier diskutert med hovedveileder. Dette gjaldt 131 artikler. Diskusjoner i denne prosessen klargjorde fokus for metasyntesen, problemstillingen og smale inklusjons- og eksklusjonskriterier. Etter diskusjon satt jeg igjen med 99 artikler.

2.5.2 Seleksjon basert på smale kriterier

I denne fasen ble artiklene screenet med smale inklusjons- og eksklusjonskriterier. Disse ble utviklet av meg og revidert av min hovedveileder. Også i denne fasen ble det gjort flere vurderinger slik at fokus ble snevret ytterligere inn. Se Tabell 2.1 for endelige inklusjons- og eksklusjonskriterier. Selve screeningen basert på smale kriterier ble gjort på samme måte som med brede kriterier, og baserte seg primært på sammendrag. Dersom sammendrag alene ikke ga tilstrekkelig informasjon, ble screeningen basert på fulltekst.

For å bevare validitet ble eksplisitt foreliggende sitater benyttet som et inklusjonskriterium. Det å kun benytte fortolkninger til forfattere, fremfor fortolkninger til deltakerne selv, kan skape for stor avstand til fenomenet. Dette kan dermed redusere validiteten (Evans & Pearson, 2001). Førstepersonsperspektiv ble benyttet som et inklusjonskriterium, da jeg var ute etter terapeuters egen opplevelse. Artikler med terapeuter om terapeuter (ikke egen erfaring), med pasientperspektiv, pårørendes perspektiv og andre fagpersoners perspektiver ble derfor ekskludert. Artikler skrevet på andre språk enn engelsk ble ekskludert. Det samme ble ikke-empiriske tekster som bøker, bokkapitler og ikke-vitenskapelige tekster i tidsskrifter. Jeg valgte også å ekskludere doktorgradsavhandlinger. Ifølge Levitt (2018) anses inklusjon av kun fagfelleverderte studier som en form for kvalitetskontroll. Om en doktorgradsavhandling gjennomgår en formell fagfellevurdering kan diskuteres, da også avhandlinger gjennomgår av slags fagfellevurdering ved disputering. Ifølge Malterud (2017) regnes det ikke som tilstrekkelig at artikkelen er vurdert av fagfeller og redaktører før publisering. Samtlige endelig inkluderte artikler gikk derfor gjennom en kvalitetsvurdering, se 2.5.4 Kvalitetsvurdering.

Inklusjonskriterium som omhandlet tema, ble særlig innsnevret i denne fasen. Studier som undersøkte selvmordsproblematikk som fenomen, refleksjoner rundt etiologi, terapeuters vurdering av egen utdanning, eller opplevelse av bruken av en behandlingsmetode, ble ekskludert. Siden jeg ønsket å undersøke terapeuters opplevelse for å forstå terapiprosessen slik den oppleves i det faktiske arbeidet, valgte jeg å ekskludere studier som utelukkende undersøkte refleksjoner og reaksjoner *etter* et selvmord. Refleksjonene i disse studiene ga typisk preg av retrospektive refleksjoner rundt hva som gikk galt, bruk av ritualer for å håndtere sorg samt refleksjoner rundt skyldspørsmål. Reaksjoner som ble beskrevet i disse studiene bar preg av tapsopplevelser – som tristhet og svik, som jeg opplever at ikke nødvendigvis er representativt for opplevelsen av å arbeide med selvmordstruede pasienter. Et siste eksklusjonskriterium som ble benyttet omhandler studier som undersøkte hva terapeutene faktisk gjør i møte med denne pasientgruppen. Typiske refleksjoner i disse

studiene omhandler *hvordan* terapeuter utfører selvmordsrisikovurderinger, beskrivelser av konkrete terapeutiske intervensjoner, og ikke hvordan arbeidet oppleves per se. Dette ble dermed vurdert som utenfor oppgavens formål.

24 artikler ble inkludert for nærlesing av fulltekst etter første screening med smale kriterier. Ved dette stadiet i seleksjonsprosessen gikk jeg også gjennom referanselister i relevant litteratur, referanselister i de inkluderte artiklene, og søkte etter artikler som kunne være publisert på bakgrunn av relevante doktorgradsavhandlinger. To artikler ble inkludert som følge av denne prosessen (Popadiuk et al., 2008; Rossouw et al., 2011), og er såkalt grå litteratur (Malterud, 2017).

2.5.3 Revidering av fokus og smale kriterier

Fjerde og siste screening før analyse innebar en gjentatt nærlesning av de 24 artiklene, som bidro til ytterligere revidering av fokus og tydeliggjøring av smale inklusjonskriterier. Ved nærlesning identifiserte jeg artikler uten sitater og med uklar metodikk, samt artikler som var utenfor tema. Inklusjonskriterium knyttet til tema ble ytterligere spesifisert, der følgende ble vurdert som irrelevant: refleksjoner knyttet til barrierer og fasilitatorer i behandlingsengasjement (Alonzo et al., 2017); faktorer som bidrar til effektiv reduksjon av selvmordsproblematikk (Janackovski et al., 2021); og undersøkelse av teoretiske konstrukt i arbeid med selvmordstruede klienter (Elliott et al., 2018).

Inklusjonskriterium knyttet til utvalg ble spesifisert. Seleksjonsprosessen fanget opp skolerådgiveres («school counselors») opplevelse av å arbeide med selvmordstruede barn og unge (Gallo et al., 2021; Levkovich & Vigdor, 2021). Fenomenet som studeres i disse studiene er preget av skolekonteksten der det i én av artiklene gjøres et eksplisitt skille mellom skolerådgivere («school counselors») og psykisk helsearbeidere («mental health experts») (Gallo et al., 2021). Skolen er en viktig arena for å fange opp denne typen problematikk (Levkovich & Vigdor, 2021). Det kan imidlertid hevdes at det er ulike forventninger i samfunnet knyttet til de ulike yrkesgruppene når det kommer til selvmordsforebygging, noe som videre kan ha innvirkning på opplevelsen av arbeidet. Helsepersonell som utøver psykoterapeutisk behandling i konteksten psykisk helsevern ble dermed valgt som inklusjonskriterium knyttet til utvalg.

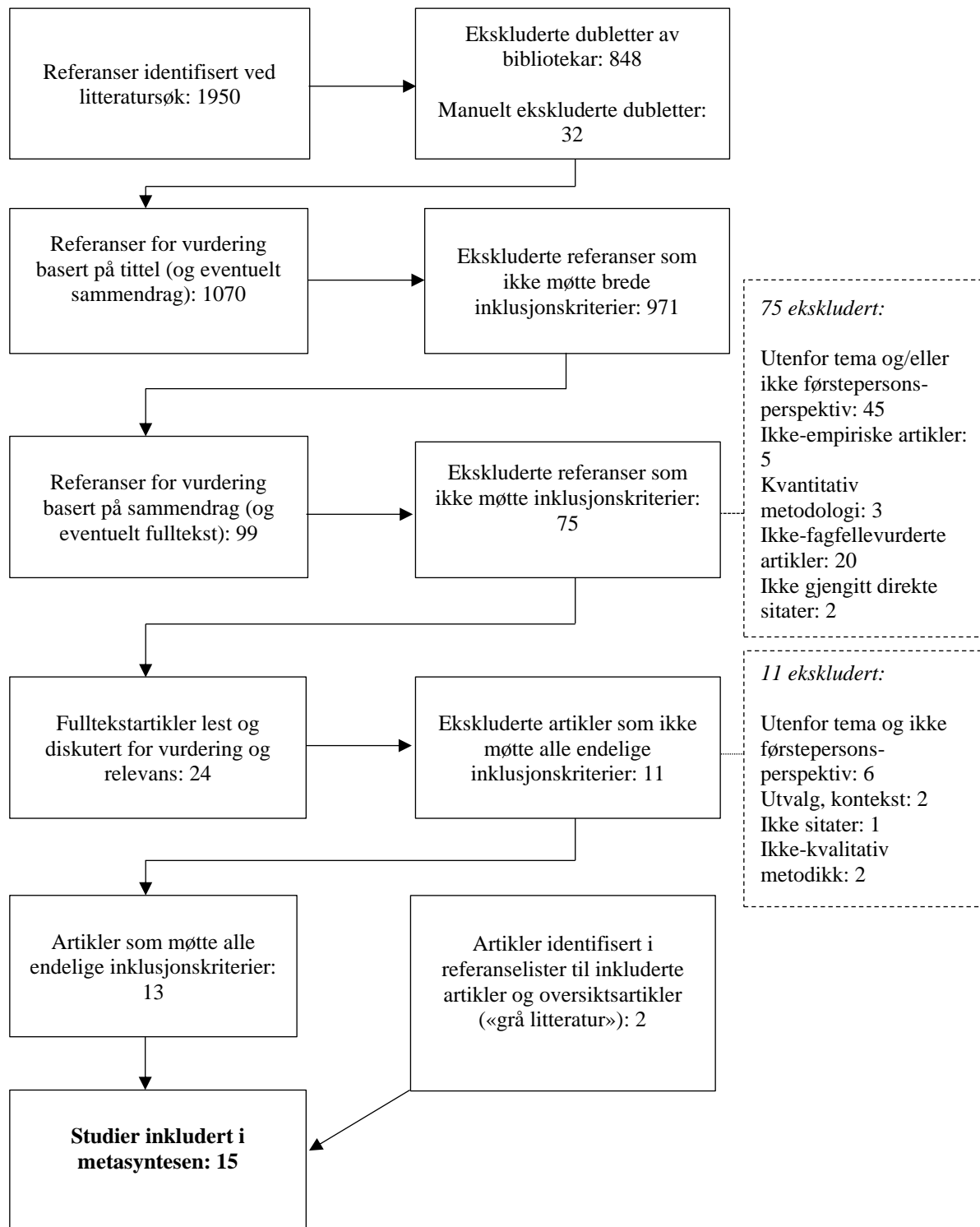
Tabell 2.1*Endelige inklusjons- og eksklusjonskriterier*

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Tema:	Opplevelse av arbeid med selvmordstematikk i terapi, arbeid med pasienter i selvmordsfare, følelsesmessige reaksjoner i møte med selvmordsproblematikk	Opplevelse av selvmord generelt, arbeid med selvskade, vurdering av utdanning i møte med problematikken, hva man spesifikt gjør i møte med problematikken, undersøkelse av bestemte behandlingsmetoder, andre bidragende faktorer til behandlingsutfall, ikke utelukkende om selvmordstematikk
Utvalg:	Psykoterapeuter, helsepersonell psykisk helse (psykolog, psykiater, sosionom og sykepleier), alle kjønn, alle etnisiteter, alle aldre, ulikt antall år i yrke, ulike terapitilnæringer	«School counselors», pasienter, pårørende, veiledere
Perspektiv:	Førstepersonsperspektiv	Andres perspektiv
Metodologi:	Kvalitativ metodologi (datainnsamling ved semistrukturerte og dybdeintervjuer, spørreskjema med åpne spørsmål). «Mixed method» (hvis mulig å ekstrahere kvalitative funn), case-studier (hvis sitater)	Kvantitativ metodologi (datainnsamling ved spørreskjema med lukkede spørsmål). Teoretiske artikler, oversiktsartikler
Sitater:	Direkte sitater fra deltakerne gjengitt	Ikke gjengitt direkte sitater
Artikkeltype:	Fagfellevurderte artikler skrevet på engelsk	Ikke-fagfellevurderte artikler, doktorgradsavhandlinger, bøker, artikler på annet språk enn engelsk

15 artikler ble inkludert som følge av den siste fasen i seleksjonsprosessen. For en fullstendig oversikt over inkluderte studier, se Tabell V2 i Vedlegg. Det initiale forskningsspørsmålet var hvordan psykoterapeutisk arbeid med selvmordsproblematikk oppleves. Forskningsspørsmål i kvalitativ metasyntese avhenger av tilgjengelige data, slik at forskningsspørsmålet tilpasses når man innser hva slags spørsmål som kan besvares (Levitt, 2018; Malterud, 2017; Noblit & Hare, 1988). Levitt (2018) kaller denne prosessen for «considering fit» (s. 371). Etter å ha lest alle de 15 studiene gjentatte ganger opplevde jeg at disse kunne bidra med en dypere forståelse av hvordan terapeuter opplever å arbeide med selvmordsproblematikk. Noen av studiene trakk inn relasjonens betydning for terapeuters opplevelse (se f.eks. Østlie et al., 2018). Dette ble dermed formulert som et eget forskningsspørsmål. Noen av studiene undersøkte også terapeuters opplevelse nært knyttet til konteksten som terapeutene arbeidet i (se f.eks. Hagen et al., 2017a, 2017b). Dermed ble også dette formulert som et eget forskningsspørsmål. Endelige forskningsspørsmål ble dermed: 1) *Hvordan opplever terapeuter å arbeide med selvmordsproblematikk?* 2) *Hvordan opplever terapeuter interaksjonen med pasienten med selvmordsproblematikk?* 3) *Hva er deres opplevelse sett i lys av systemet de arbeider innenfor?*

Figur 2.1

Flytskjema for seleksjon av studier



2.5.4 Kvalitetsvurdering

Dersom jeg skal bruke resultater fra andre artikler som empiriske data i min analyse, må jeg, ifølge Malterud (2017), kreve at resultatene stammer fra en prosess som dokumenterer at

grunnleggende krav til vitenskapelig kvalitet er ivaretatt. Hvordan kvalitet i kvalitativ forskning skal vurderes er diskutert (se f.eks. Morrow, 2005), men anses som et nødvendig steg i kvalitative metasynteser (Levitt, 2018; Timulak, 2009). Å inkludere kun publisert kvalitativ forskning er en nyttig form for kvalitetsvurdering (Levitt, 2018; Timulak, 2009), men regnes av Malterud (2017) ikke som en tilstrekkelig kvalitetsvurdering. Derfor gjorde jeg en kvalitetsvurdering av de inkluderte artiklene. Jeg valgte å bruke Critical Appraisal Skills Programme (2018) (CASP), som er en sjekklister for vurdering av kvalitet i kvalitative studier. Eksklusjon ved bruk av sjekklister er også drøftet i metodelitteraturen (Sandelowski & Barroso, 2007), og kvalitetsvurdering alene utgjør ikke et inklusjonskriterium i denne metasyntesen. Se Diskusjon, 4.7.2 Metodiske begrensninger.

CASP inneholder ti spørsmål om problemstilling, metodens relevans, konsistens mellom problemstilling og design, rekrutteringsstrategi, datainnsamling, relasjon mellom forsker og deltaker, etikk, analyse, resultatpresentasjon og nytteverdi. Alle de 15 inkluderte artiklene ble grundig vurdert. Se Figur V1 i Vedlegg for et eksempel på et utfylt CASP-skjema. Selv om tilfredsstillende kvalitetsvurdering ikke var et inklusjonskriterium, var jeg likevel særlig opptatt av om analysens funn ble presentert med en tilfredsstillende grad av transparens, eksplisittgjøring av analytisk metode, og tydelig presentasjon av kvalitative fortolkninger som var tydelig forankret i eksplisitte sitater fra deltakere. For at denne metasyntesen skulle fremstå transparent, var en viktig forutsetning at studiene som lå til grunn for den også holdt den samme standarden. Jeg var også opptatt av om etiske betraktninger ble diskutert i de inkluderte studiene, se 2.8 Etiske betraktninger. En oversikt over kvalitetsvurderingen finnes i Tabell V3 i Vedlegg.

2.5.5 Karakteristikk ved studiene

For å kunne vurdere funn i lys av deres kontekst, presenteres karakteristikk ved studiene her. En detaljert oversikt over karakteristikk finnes i Tabell V4 i Vedlegg.

Studiesetting. Studiene kommer fra syv ulike land, inkludert Storbritannia, Norge, Canada, USA, Irland, Slovenia og New Zealand. To studier ble utført som nettbaserte spørreskjemaundersøkelser, mens resten ble gjennomført i ulike intervjuformer, ofte på deltakernes arbeidsplasser.

Tema i studiene. Samtlige studier undersøker hvordan terapeuter opplever å jobbe med selvmordsproblematikk og/eller selvmordstruede pasienter/klienter. To studier har særlig søkelys på terapeutens opplevelse av relasjonen. Felles for samtlige er dog terapeutperspektivet på arbeid med selvmordsproblematikk. Jeg har lest studiene og hentet ut

data deretter. Studiene omtaler pasientgruppen på følgende måter: «suicidal patients», «suicidal clients», «suicidal ideation» og «suicide prevention».

Deltakere. Det totale antallet deltakere er 274, der hver studies antall deltakere varierer fra 4 til 110. Antall deltakere med datainnhenting utelukkende gjort ved intervju varierer fra 4 til 19 (totalt 124), mens de to studiene som benyttet spørreskjema med kvalitativt ledd hadde 40 og 110. Samtlige deltakere har arbeidserfaring med selvmordsproblematikk og/eller med selvmordsforebygging. I fire av studiene oppgis det også erfaring med selvmord hos pasient. Samtlige deltakere arbeider som terapeuter i en psykisk helsetjeneste, og regnes som psykiatrisk helsepersonell. Deltakerne har ulik yrkesbakgrunn, og inkluderer psykolog, psykiater, sosionom, psykiatrisk sykepleier, russpesialist etc. To av studiene inkluderer deltakere som jobber på psykiatriske sengeposter, ellers varierer arbeidsplasser fra privat til offentlig sektor. I studiene som oppgir antall års erfaring har samtlige minimum 2 år. I fem av studiene oppgis terapiretning, og disse inkluderer klientsentrert terapi, gestaltterapi, rasjonell emotiv atferdsterapi, psykodynamisk terapi, eksistensiell terapi, kognitiv atferdsterapi, systemisk terapi, transaksjonsanalyse, psykoanalyse, psykodrama, aksept- og forpliktelsesterapi, dialektisk atferdsterapi og integrativ tilnærming.

Metode. Studiene er heterogene med hensyn til metode, der samtlige benytter en form for kvalitativ metode. Datainnsamling er gjort ved semistrukturerte intervjuer i majoriteten av studiene, mens resten er gjort som åpent intervju og fokusgruppe. To studier benytter både kvantitativ og kvalitativ metodologi, og kun kvalitative data fra disse er benyttet i denne metasynthesen. Analysemetoder inkluderer tematisk analyse, systematisk tekstkondensering, fortolkende fenomenologisk analyse, narrativ analyse, «grounded theory», systematisk sammenlignende metode, innholdsanalyse og dybdeanalyse.

2.6 Analyse og syntese

Analyse og syntese ble gjort i fem overlappende faser, i tråd med metaetnografi (Noblit & Hare, 1988).

2.6.1 Datauttrekk

Å lese studiene utgjør den tredje fasen i metaetnografi og innebærer en nøye lesning av inkluderte studier, identifisering av temaer og metaforer, samt datauttrekk og dannelse av meningsenheter som utgjør dataene for syntesen. Jeg leste studiene gjentatte ganger for å identifisere temaer, beskrivelser av temaene og sitater. En «metafor» kan forstås som temaene

i primærstudiene (Noblit & Hare, 1988). Jeg har brukt Levitt (2018) sin fremgangsmåte for identifisering av metaforer. Jeg identifiserte forskernes tolkninger av sine funn (temaer) og utviklet «meningsenheter» for å kunne oversette metaforene til hverandre. Meningsenheter er de minste enheter av data som alene kan formidle en klar betydning (Timulak, 2009). Meningsenheter tillater kategorisering og abstraksjon, samtidig som kontekst bevares. Mine meningsenheter inneholdt navn (tema i originalartikkel), en konsis beskrivelse av tema fra originalforfatter, og fullverdige sitater (Levitt, 2018; Timulak, 2009). Jeg valgte å beholde originalforfatters tema, beskrivelse samt sitater på originalspråket (engelsk). Dette for å bevare integriteten til originalstudienes funn, som dermed også bidrar til integritet i denne metasyntesen. Se Tabell 2.2 som viser et eksempel på en meningsenhet. Originalartiklene inneholdt rike beskrivelser av temaene, så ved abstrahering forsøkte jeg å balansere det å fange essensen, men samtidig bevare konteksten og nyanser. Det totale antallet meningsenheter var 123, og varierte fra 3 til 16 fra hver studie.

Tabell 2.2

Eksempel på meningsenhet

Forfatter, år, sidetall	Sitat	Metafor: Forfatters tema og tolkning
Dundas, Hjeltnes, Schanche & Stige, 2022, s. 5	« <i>Empathically trying to understand that a person would prefer death to life is a great strain on the therapist, who usually feels exactly the opposite. It may take a longer time for a therapist to accept that a choice [of death rather than life] has to be respected, even if this choice goes against everything reckoned as normal for a human being [...]</i> »	Empathy with death-wishes - Therapists described the difficulty of understanding and respecting the patient's wish to die.

Merk: Denne meningsenheten tilhører subtema 2.1.1.

2.6.2 Hvordan studiene er relatert

Å bestemme hvordan studiene er relatert utgjør den fjerde fasen i metaetnografi.

Analyseperspektivet i denne metasyntesen kan sies å være en «lines-of-argument»-syntese (Noblit & Hare, 1988). Primærstudiene undersøkte ulike aspekter av terapeutens opplevelse, i ulike kontekster. Jeg begynte å se etter likheter, som betegnes som «resiprok» oversettelse, og deretter ulikheter, som betegnes som «kontrasyntese», for å si noe om helheten ved å studere enkeltdele (Noblit & Hare, 1988). For å få et overblikk over alle meningsenheter samtidig, jobbet jeg med analoge meningsenheter som var skrevet ut på papir. For å bestemme hvordan studiene var relatert benyttet jeg meg av én indeksstudie som utgangspunkt (Podlogar et al., 2020). Indeksstudien ble valgt fordi den hadde et forskningsspørsmål som tilsvarte mitt, hadde rike data i form av differensierte tema med rike tilhørende sitater, samt fikk full skår på

kvalitetsvurdering ved bruk av CASP (se Tabell V3). Jeg utviklet 16 meningsenheter fra indeksstudien, som ble plassert i én kolonne. Meningsenheter fra de andre studiene ble så plassert i rader som korresponderte med meningsenhetene i indeksstudien (Se Figur V2 i Vedlegg). Studier med temaer med rike sitater ble prioritert i rekken, da rike sitater gir mulighet for nytolkning, kontekstualisering og forankring av dataene (Timulak, 2009). Hvis meningsenheter skilte seg fra meningsenhetene i indeksstudien, ble det laget nye rader for disse. Dette arbeidet ga en helhetlig og samlet oversikt som la grunnlaget for kategorier som meningsenheten kunne sorteres i. Det ble utviklet 8 kategorier, disse inkluderte *følelsesmessig respons, terapeutfaktor, holdning, ansvar, terapifokus, allianse, setting og omstendigheter*.

2.6.3 Oversettelse

Å *oversette studiene til hverandre* utgjør den femte fasen i metaetnografi, og innebærer en systematisk sammenligning av meningsenheter, som etter hvert danner grunnlaget for oversettelser. Oversikten over alle meningsenheter fra den initiale sorteringen i kategorier ble overført til et excel-dokument. Meningsenheter ble så flyttet rundt basert på likheter og forskjeller i mening, med hensikt om å utvikle oversettelser mellom studiene. Oversettelser innebærer å finne og uttrykke en felles forståelse på tvers av studier som fanger både likheter og forskjeller. Oversettelse av studiene og videre syntese er «tolkning av tolkning av tolkning» (Noblit & Hare, 1988, s. 35), som kan forstås som tredjeordenskonstrukt (Malterud, 2017). I denne metasyntesen er førsteordenskonstrukt rådata fra primærstudiene. Dette er deltakernes tolkning av sin opplevelse, og data er i form av sitater. Andreordenskonstrukt er resultatene fra primærstudiene. Dette er primærstudie-forskeres tolkning av deltakerens tolkning, og data er i form av temaer. Tredjeordenskonstrukt er resultater i metasyntesen. Dette er syntetisererens tolkning av forskernes tolkning.

2.6.4 Syntetisere oversettelser

Å *syntetisere oversettelser* utgjør den sjette fasen i metaetnografi, og innebærer oversettelse av meningsenheter basert på kategorisering, før en videre fortolkning og abstraksjon som resulterer i metatemaer, temaer og subtemaer. Målet mitt var å utvikle en mer omfattende forståelse av terapeuters opplevelse av arbeid med selvmordsproblematikk (Malterud, 2017). Ved å bruke meningsenheter og oversettelse, ble temaer (meningsenheter med relatert mening) og metatemaer (clustre av meningsenheter med relatert mening) utviklet. Innad i hvert tema ble det utviklet subtemaer, som utgjorde nyanser og forskjeller innad i temaet. Se Tabell 2.3 for et eksempel på en syntetisert oversettelse.

Tabell 2.3

Eksempel første- andre- og tredjeordenskonstrukter og deltakers sitat

Forfatter, år, sidetall	Dundas, Hjeltnes, Schanche & Stige, 2022, s. 5
Sitat deltaker Førsteordenskonstrukt	«Empathically trying to understand that a person would prefer death to life is a great strain on the therapist, who usually feels exactly the opposite. It may take a longer time for a therapist to accept that a choice [of death rather than life] has to be respected, even if this choice goes against everything reckoned as normal for a human being [...]»
Tema Andreordenskonstrukt	Empathy with death-wishes: Therapists described the difficulty of understanding and respecting the patient's wish to die.
Subtema Tredjeordenskonstrukt	Vanskelig å akseptere dødsønsket (2.1.1)
Tema Tredjeordenskonstrukt	Et etisk utfordrende arbeid (2.1)
Metatema Tredjeordenskonstrukt	Terapeutens ansvar – etikken settes på strekk (2)

3 metatemaer og 10 temaer ble abstrahert og syntetisert. Disse ble drøftet og revidert gjennom diskusjoner med min hovedveileder, og det ble vurdert ulike tolkninger av data. Jeg utviklet deretter subtemaer, som igjen ble lagt frem for og drøftet inngående med min hovedveileder i totalt tre runder. Deretter ble resultatene presentert for og drøftet inngående med både hovedveileder og medveileder. Dette sikret en triangulering av dataanalysen (Timulak, 2009), og metatema, tema og subtema ble ytterligere revidert. Målet med denne prosessen var å holde diskusjonene åpne, og å nå en konsensusbasert forståelse av data. Etter revidering ble resultatene igjen presentert for og drøftet med mine veiledere, og diskusjonene medførte at jeg satt igjen med fire metatemaer, åtte temaer og 22 subtemaer. Se Tabell 3.1 i Resultater.

2.6.5 Formidle syntesen

Å formidle syntesen utgjør den syvende og siste fasen i metaetnografi. Denne fasen innebærer å skrive ut syntesen slik jeg har gjort i denne oppgaven. Fasene overlapper og følger ikke en lineær, trinnvis progresjon. Analyse- og synteseprosessen fortsatte videre mens jeg skrev og reviderte manuskriptet.

2.7 Metodologisk integritet og refleksivitet

Troverdighet er den sentrale kvalitetsindikatoren i kvalitative studier. I følge Stiles (1993) viser prosedural troverdighet til reliabilitet, og troverdighet av tolkninger til validitet. Jeg har tatt flere grep for å øke metasyntesens troverdighet. For å øke metodologisk integritet er særlig anbefalinger fra Levitt (2018) fulgt, og jeg har ellers fulgt metodiske anvisninger laget spesielt for metasynteser i psykoterapiforskning (se f.eks. Levitt et al., 2017a; Timulak, 2009).

Diskusjoner med mine veiledere har fungert som en arena der jeg har blitt bevisst eget bidrag til meningskonstruksjon, som betegnes som refleksivitet. Refleksivitet innebærer å anerkjenne egen subjektivitet og refleksjon omkring hvordan egne perspektiver og synspunkter påvirker forskningsprosessen (Willig, 2013). Jeg har forsøkt å gjøre meg disse bevisst og kritisk reflektere over og utfordre dem, samtidig som jeg er klar over at det ikke er mulig å være objektiv (Noblit & Hare, 1988). Vi kan skille mellom epistemologisk og personlig refleksivitet (Willig, 2013).

2.7.1 Epistemologisk refleksivitet

Epistemologisk refleksivitet omhandler hvordan forskeren former forskningsprosessen som en «tenker» og innebærer en refleksjon rundt hvordan forskningsspørsmålet, forskningsdesign og analysemetode på forhånd har definert og begrenset hva vi kan «finne» (Willig, 2013). På forhånd hadde jeg med meg psykodynamiske og eksistensielle perspektiver, og antok at terapeuter opplever sterke motoverføringsreaksjoner, og at arbeid med dødstemaet rokker ved det eksistensielle i terapeuter.

Siden kvalitativ forskning preges av fleksibilitet, kan forskningsspørsmålet endre seg i løpet av prosessen (Timulak, 2009). For å bevare transparens er tilpasninger gjort i diskusjoner med min hovedveileder, noe som bidrar til å øke metodologisk integritet og metasyntesens troverdighet (Levitt, 2018). Jeg har forsøkt å reflektere over egne perspektiver ved å føre en detaljert logg der jeg har dokumentert beslutninger og inkludert rasjonale for disse. Dette med hensikt om å øke refleksivitet rundt hvordan forventninger kan ha preget syntesen. Dette har vært en gjennomgående praksis – fra formulering av en initial nysgjerrighet, til seleksjon av studier, og videre til analyse og syntese. Jeg har også reflektert rundt hvordan forskningsspørsmålet vil kunne gi annerledes resultater dersom alternative metoder blir benyttet. En kvalitativ metasyntese er prisgitt resultater fra kvalitative primærstudier, noe som dermed har hatt innvirkning på formulering av mitt forskningsspørsmål.

2.7.2 Personlig refleksivitet

Personlig refleksivitet omhandler hvordan forskeren former forskningsprosessen som en «person», og innebærer refleksjon rundt hvordan personlige verdier, erfaringer og interesser har formet forskningen (Willig, 2013). Følgende faktorer ved meg selv syntes særlig relevant; Jeg er en kvinnelig psykologstudent med vestlig kulturell bakgrunn, med interesse for kvalitativ forskning, psykoterapiforskning og terapeututvikling. Jeg har erfaring med arbeid

med selvmordsproblematikk i terapi og med kartlegging av selvmordsrisiko i psykisk helsevern, og har selv opplevd en følelsesmessig aktivering i møtet med dette temaet. Samtidig som jeg gjennomførte denne studien var jeg student ved psykodynamisk praktikum, noe som kan ha spilt inn ved valg av perspektiv og teoretisk grunnlag.

Mine veilederes perspektiver har også unektelig preget denne metasyntesen. Min hovedveileder er en erfaren forsker innen kvalitativ forskning inkludert arbeid med metasyntese. Hun har særlig interesse for selvmord, psykoanalyse og psykodynamisk terapi. Hun ble konsultert gjennomgående i hele prosessen, sjekket prosedyrer, og deltok i diskusjoner rundt metodiske valg og analyse. Mine resultater ble videre lagt frem for og diskutert med min medveileder, som er en erfaren forsker med særlig interesse for psykoanalyse, psykoterapiforskning og filosofi.

2.8 Etiske betraktninger

Siden jeg har benyttet meg av allerede publiserte data har jeg ikke hatt direkte kontakt med hverken deltakerne eller forskerne i de inkluderte studiene. Det var derfor ikke nødvendig å innhente samtykke fra deltakere og forskere, eller å søke godkjenning i Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk eller Norsk senter for forskningsdata. Jeg søkte registrering hos PROSPERO. Søknaden ble imidlertid avvist pga. kapasitetsproblemer ved den pågående pandemien.

I 11 av de 15 inkluderte studiene gjøres det eksplisitte forskningsetiske betraktninger. I de resterende artiklene (Levy et al., 2019; Nicholl et al., 2016; Reeves & Mintz, 2001; Richards, 2000) er det ikke viet en egen del til dette, og det er derfor utøvd en spesiell aktsomhet angående bruk av sitater fra disse studiene (Malterud, 2017).

Det er stor forskjell på det å gjennomføre kvalitative primærstudier og en metasyntese, da man i primærstudier møter deltakerne ansikt til ansikt (Malterud, 2017). Å skape tillit og sikre personvern ligger ikke til syntetisererens ansvar. Jeg har likevel et etisk ansvar for å forebygge at det som ble sagt i originalintervjuene ikke blir misforstått eller forvrengt. Jeg har i min analyse vært forsiktig med å tillegge informantene meninger som ikke er deres.

Denne metasyntesen omhandler hjelpere som behandler mennesker i alvorlige livskriser. Jeg har gjennomgående forsøkt å reflektere over ansvaret jeg har som forsker, overfor både terapeuter som vil kunne ha nytte av denne metasyntesen, og pasient- eller befolkningsgruppen som studien omhandler. All helseforskning har et potensiale for å ha en viss innvirkning på pasientbehandling, og dette er noe jeg har hatt med meg.

3 Resultater

I det følgende vil jeg presentere funn fra metasyntesen om psykoterapeuters opplevelse av arbeid med selvmordsproblematikk. Jeg presenterer fire metatemaer: 1) *Et utfordrende arbeid – fra desperasjon til mestring*; 2) *Terapeutens ansvar – etikken settes på strekk*; 3) *Relasjonens betydning – interaksjonen er sårbar*; og 4) *Viktig å ta grep – omstendigheter preger opplevelsen av arbeidet*. Hvert metatema består av to temaer, og henholdsvis to, tre eller fire assosierte subtemaer, se Tabell 3.1. Se Tabell V5 i Vedlegg for en oversikt over resultater som inkluderer referanser på temanivå.

Tabell 3.1

Metatemaer, temaer og subtemaer

Metatemaer	Temaer	Subtemaer
Første metatema: Et utfordrende arbeid – fra desperasjon til mestring	1.1 Sterke følelser (n = 11, m = 24)	1.1.1 Frykt (n = 3) 1.1.2 Hjelpeløshet (n = 6) 1.1.3 Sinne, avsky og skyld (n = 3) 1.1.4 Håp og tilfredshet (n = 4)
	1.2 Å bli satt på strekk (n = 7, m = 14)	1.2.1 Betydningen av grensesetting og selvomsorg (n = 3) 1.2.2 Vanskelig å skille profesjonelt selv fra privat selv (n = 5) 1.2.3 Følelsesmessig inntoning og empati i møte med hjelpeløshet (n = 2)
Andre metatema: Terapeutens ansvar – etikken settes på strekk	2.1 Et etisk utfordrende arbeid (n = 7, m = 9)	2.1.1 Vanskelig å akseptere dødsønsket (n = 4) 2.1.2 Arbeidet kan oppleves som et privilegium (n = 4)
	2.2 Vanskelig å balansere ansvar og pasientens autonomi (n = 14, m = 25)	2.2.1 Når pasienten ikke tar eierskap (n = 5) 2.2.2 Ansvaret som en byrde (n = 5) 2.2.3 Bevissthet rundt ansvaret (n = 5) 2.2.4 Tynges av skyldspørsmål (n = 3)
Tredje metatema: Relasjonens betydning – interaksjonen er sårbar	3.1 Selvmordsproblematikken overskygger andre viktige terapitemaer (n = 13, m = 22)	3.1.1 Å adressere selvmordstemaet gir trygghet (n = 5) 3.1.2 Selvmordstemaet oppleves ikke relevant (n = 11)
	3.2 Relasjonen har potensiale for vekst, men er vanskelig å stole på (n = 5, m = 9)	3.2.1 Relasjonen beskytter (n = 4) 3.2.2 Relasjonen gir ingen garanti (n = 3)
Fjerde metatema: Viktig å ta grep – omstendigheter preger opplevelsen av arbeidet	4.1 Terapeutens behov for støttende relasjoner (n = 8, m = 17)	4.1.1 Støtte og veiledning (n = 7) 4.1.2 Å rette blikket innover (n = 4)
	4.2 Rammer i psykisk helsevern (n = 8, m = 11)	4.2.1 Dårlig kapasitet i hjelpetjenesten (n = 2) 4.2.2 Tvil om egen kompetanse (n = 5) 4.2.3 Konflikt mellom egen intuisjon og forventninger fra arbeidsplassen (n = 4)

Merk: n angir antall studier som bidrar til hvert tema og subtema. m angir antall meningsenheter som bidrar til hvert tema, og oppgis kun per tema fordi noen meningsenheter bidrar til flere subtemaer.

Resultatene presenteres med illustrerende sitat for transparens med hensikt om å øke troverdighet (Willig, 2013). Sitatene gjengis på engelsk, da analyse og syntese er gjennomført med engelske sitater. Antall studier som bidrar til hvert tema og subtema oppgis i teksten, og frekvensbredde angis med *få* (n = 0-5), *noen* (n = 6-10) og *mange* (n = 11-15). Dette presenteres av hensyn til transparens, og er et aspekt av kredibilitetssjekk som kalles «representativitet til utvalget» (Timulak, 2009, s. 598). Antall studier bør dog ikke vurderes som kvantifisering eller som et indikasjonsmål på relevans. Dette oppgis derfor kun for å gi leseren et inntrykk av vektfordeling av de ulike studiene i syntesen. Jeg bruker konsekvent termen «noen» terapeuter når jeg viser til terapeuters opplevelse, og et språk som har som mål å formidle at disse opplevelsene kan gjelde for *enkelte* terapeuter.

Funnene presenteres fra terapeuters indre opplevelse, til terapeuters opplevelse av interaksjonen med pasienter med selvmordsproblematikk, og til slutt terapeuters opplevelse i lys av deres omstendigheter. Dette er én av mange måter å presentere funnene på. Målet har dog vært å fange opp en helhetlig måte å forstå terapeuters opplevelse.

3.1 Første metatema: Et utfordrende arbeid – fra desperasjon til mestring

Det første metatemaet fanger opp terapeuters opplevelse av selvmordstemaet som utfordrende å arbeide med. Det omfatter terapeuters private opplevelser, som innebærer sterke og for noen vonde og overveldende følelser, som bidrar til en opplevelse av å bli satt på strekk. Samtidig opplever også noen terapeuter gode og vitaliserende mestringsfølelser.

Tema 1.1 Sterke følelser

Dette temaet omfatter terapeuters sterke følelser i møte med selvmordsproblematikk. Mange studier (n = 11) beskriver hvordan terapeuter opplever frykt, hjelpeløshet, sinne, skyld og avsky, samt håp og tilfredshet. En gjennomgående bekymring for at selvmordet skal skje skaper sterke følelser i terapeuter, og den følelsesmessige responsen varierer fra overveldende frykt til en tilfredsstillende mestringsfølelse.

1.1.1 Frykt. Opplevelsen som fremheves i dette subtemaet omhandler en gjennomgående følelse av frykt for at pasienten skal dø i selvmord (n = 3). Noen terapeuter opplever frykten som svært overveldende: «*I was desperately anxious, [...] really never been affected like that before*» (Reeves & Mintz, 2001, s. 174), og at denne opplevelsen er unik i terapiøyemed. Frykten kan for noen terapeuter medføre at de opplever å ikke være tilstrekkelig til stede i terapiprosessen, ved at de blir opptatt av sin egen opplevelse: «*[...] I think we are concerned with our own fear of it [...]*» (Podlogar et al., 2020, s. 982). For noen

terapeuter kan det fryktinduserende selvmordstemaet i seg selv fungere som en hindring for effektiv behandling: «[...] *If you loose your fear of this then you can openly talk to people also about suicide and their suicidal thoughts*» (Podlogar et al., 2020, s. 982).

1.1.2 Hjelpeløshet. Opplevelsene som fremheves i dette subtemaet omhandler en gjennomgripende opplevelse av bekymring for selvmordet og for feilbehandling, noe som medfører en følelse av hjelpeløshet i noen terapeuter (n = 6). Denne opplevelsen kan for noen oppleves som svært utfordrende: «*Feeling completely unequipped to help someone. You listen and you feel a bit useless not knowing what to say to help. It is emotionally draining [...]*» (Scupham & Goss, 2020, s. 529). Noen terapeuter kan oppleve bekymring for feilbehandling og at hjelpeløsheten kontrollerer praksisen: «*The thing about working with suicide is people are worried about malpractice or are controlled by their worry that suicide might actually happen*» (Levy et al., 2019, s. 153).

1.1.3 Sinne, avsky og skyld. Noen terapeuter trekker også frem at selvmordproblematikken kan skape sinne og avsky (n = 3): «*He presented with strong contempt for self, for other helpers, for psychiatry and for me. I probably would have felt some of his contempt*» (Richards, 2000, s. 334). Disse følelsene kommer overraskende på noen terapeuter, og skaper en skyldfølelse: «*Some of my emotions have surprised me. I expected to feel anxious, concerned etc. [when clients threaten suicide] ...But I have been surprised that sometimes I also feel angry or exasperated towards them. This has been difficult for me, as it's accompanied by feelings of guilt*» (Scupham & Goss, 2020, s. 528). Noen terapeuter opplever at særlig disse følelsene må bearbeides for å kunne fortsette med terapien: «*[...] Made me angry afterwards, had to process my own reactions in order to continue therapy*» (Dundas et al., 2022, s. 4).

1.1.4 Håp og tilfredshet. Noen terapeuter opplever det å jobbe med selvmordstemaet som tilfredsstillende (n = 4). Noen kan oppleve arbeidet som vitaliserende, og bidra til mestringsfølelse når de erfarer at behandlingen de har gitt har vært nyttig for pasienten: «*[...] really rewarding. [...] you couldn't pay me enough for that. It's exhilarating. It feels like yeah, I did something [...] if I only do that once in my life it's worthwhile. I really get high on that! [...]*» (Soulié et al., 2022, s. 6). Noen terapeuter kan oppleve håp for pasienten og for behandlingen, som kan fungere som en håndtering, eller en kompensering som følge av de sterke, vondere følelsene som fanges opp i temaet *1.1 Sterke følelser*.

Tema 1.2 Å bli satt på strekk

Dette temaet fanger opp hvordan noen terapeuter opplever å bli satt på strekk i møte med selvmordstemaet. Noen studier (n = 7) beskriver at terapeuter opplever et behov for å roe ned og sette grenser, vansker med å skille profesjonelt selv fra privat selv, samt følelsesmessig inntoning og empati i møtet med hjelpeløsheten. Vansker med grensesetting og det å skille det profesjonelle fra det private skaper for noen terapeuter en indre konflikt som de må forholde seg til. Bruk av empatisk inntoning og tilstedeværelse kan balansere denne indre konflikten.

1.2.1 Betydningen av grensesetting og selvomsorg. Noen terapeuter opplever en bevissthet rundt viktigheten av å sette grenser for hva de tar inn (n = 3). Terapeuter utviser et behov for selvregulering, et indre arbeid, for ikke å bli for overveldet. For noen terapeuter er det å vite hvor grensene skal settes utfordrende: «[...] *There is a part of me now that is cutting off actually that stuff... I get compassion fatigue [...] I can't think about it all... I just cut it out of my life, and it's my way of coping*» (Moore & Donohue, 2016, s. 28). Noen terapeuter opplever det som viktig å roe ned for å kunne være i bedre i stand til å ivareta egne grenser.

You have to check in about burnout. YOU MUST. You must get sleep. Therapists try to pretend that they don't have the same boundaries as everybody else. This is foolish... You are the tool so you must monitor yourself. If you don't anybody who work with high risk folks... will slip in despair with your patients and you will cross a line with yourself or with them and you will end up with despair and you will want to die... You cannot do this. You can't let it go that far. (Levy et al., 2019, s. 154)

Dette reiser spørsmål om hvor mye terapeuter skal ta inn, og hvor mye en skal holde på en viss avstand for å kunne stå i selvmordstematikken over tid. Hvor denne grensen går, er for noen terapeuter vanskelig å se.

1.2.2 Vanskelig å skille profesjonelt selv fra privat selv. Noen terapeuter opplever at selvmordsproblematikken sklir inn og overtar mye av deres privatliv (n = 5): «*I feel like I have given 110% to my clients, and I really have to struggle to have something left for home and I'm very conscious of that [...]*» (Moore & Donohue, 2016, s. 28-29). Noen terapeuter opplever bevissthet rundt dette problemet, og forsøker å sørge for at det ikke tar overhånd: «*Containment and structure feels very important to one's own identity and to enable one to deal with very strong projections of the patient's persecutory internal world into one's own*» (Richards, 2000, s. 335).

1.2.3 Følelsmessig inntoning og empati i møte med hjelpeløshet. Noen terapeuter opplever at det å lene seg inn i pasientens opplevelse er en forutsetning, og en slags siste utvei, for å arbeide med selvmordstemaet på grunn av temaets overveldende karakter (n = 2). Det å «[...] sit and tune in [...]» (Soulié et al., 2022, s. 6) blir som en innstilling og en mestringsstrategi som bidrar som en fasilitator i det terapeutiske arbeidet.

[...] When I can sit there and be present and lean in, and be curious and open to what that person brings in, and really hear them, and I can hold the hope myself, and allow it to be there in the room, and notice [...] the forms of their experience, that goes maybe beyond the hopelessness and despair [...], that suddenly that connection can happen, and that's almost like, suddenly, [...] like being seen for the first time [...]. (Soulié et al., 2022, s. 5)

Utfordringen ligger dog i at terapeuter må romme håpet, samtidig som de opplever andre sterke følelser, vansker med grensesetting og å holde det private ute av relasjonen.

Metatemaet «Et utfordrende arbeid – fra desperasjon til mestring» viser til et bredt spekter av sterke følelser noen terapeuter kan oppleve i møte med selvmordstematikken. Det er et høyt følelsmessig trykk med lite gråsoner. Dette kan bidra til både resignasjon og mestring. En regulering av disse sterke følelsene synes nødvendig for å kunne drive effektiv terapi. Noen terapeuter er bevisst viktigheten av grensesetting og hvordan selvmordstemaet sklir inn i deres private sfære. Noen terapeuter opplever at det å lene seg inn og bruke egne empatiske evner er en forutsetning for å kunne stå i dette utfordrende arbeidet.

3.2 Andre metatema: Terapeutens ansvar – etikken settes på strekk

Det andre metatemaet fanger opp terapeuters opplevelse av sitt ansvar i møte med selvmordsproblematikk, og det etiske aspektet ved terapeuters opplevelse. Terapeuter opplever arbeid med selvmordsproblematikk som etisk utfordrende, og opplever særlig vansker med å balansere ansvar og autonomi i terapirelasjonen.

Tema 2.1 Et etisk utfordrende arbeid

Dette temaet fanger opp terapeuters opplevelse av arbeid med selvmordstemaet som etisk utfordrende. Noen studier (n = 7) beskriver hvordan terapeuter kan oppleve vansker med å akseptere dødsønsket, mens andre kan oppleve arbeidet som et privilegium. Arbeid med selvmordsproblematikk innebærer at man aktivt forholder seg til døden. Noen terapeuter

opplever det utfordrende når dødsønsket strider mot deres egen holdning til livet, mens andre opplever det som et privilegium å få jobbe med pasienter som står i eksistensielle vansker.

2.1.1 Vanskelig å akseptere dødsønsket. Noen terapeuter opplever vansker med å akseptere dødsønsket, og at ønsket strider imot deres egen holdning til livet. Samtidig utviser terapeuter en gjennomgående holdning om at individet har rett til selvmordet (n = 4). Dette medfører en indre konflikt i terapeuter som oppleves utfordrende å stå i:

Empathically trying to understand that a person prefer death to life is a great strain on the therapist, who usually feels exactly the opposite. It may take a longer time for a therapist to accept that a choice [of death rather than life] has to be respected, even if this choice goes against everything reckoned as normal for a human being [...].

(Dundas et al., 2022, s. 5)

Noen terapeuter opplever at selvmordet kan virke logisk, med tanke på pasientens livssituasjon, men at dette blir krevende å ha med seg med tanke på ansvaret terapeuter har som en «[...] *life saver* [...]» (Dundas et al., 2022, s. 5).

2.1.2 Arbeidet kan oppleves som et privilegium. Noen terapeuter opplever å få arbeide med selvmordsproblematikk som en ære og et privilegium (n = 4): «*I've always felt that actually it's rather sort of strange honour to be working with somebody who's talking about killing themselves because you really do know that you're walking a line of true life and death experience for somebody*» (Nicholl et al., 2016, s. 603). Noen terapeuter opplever dette som en personlig, fremfor en profesjonell opplevelse: «*A tremendous... feels like a privilege actually to be there because simply being there and being is enough and the privilege is being allowed to simply be myself as well actually*» (Nicholl et al., 2016, s. 603). Privilegiet kan forstås som et resultat av det å godta der hvor pasienten er, altså at den indre konflikten i terapeuten rundt spørsmålet om liv og død, er løst eller fraværende.

Tema 2.2 Vanskelig å balansere ansvar og pasientens autonomi

Dette temaet fanger opp terapeuters vansker med å balansere deres ansvar for pasienten og for behandlingen pasienten mottar, og pasientens autonomi. Mange studier (n = 14) viser til at det er vanskelig når pasienten ikke tar eierskap til behandlingen, at ansvaret kan oppleves som en byrde, at terapeuter utviser stor bevissthet rundt ansvaret de har, samt at terapeuter opplever å tynges av skyldspørsmål.

2.2.1 Når pasienten ikke tar eierskap. Noen terapeuter opplever det som krevende når de alene blir bærere av pasientens problematikk, men har vansker med å vite hvor grensen

mellom ansvar og autonomi skal gå (n = 5): «[...] *Caring for others, up until what point to look after them, and where to stop. Where to let them take care of themselves*» (Podlogar et al., 2020, s. 982). Noen opplever at når pasienter med selvmordsproblematikk ikke tar eierskap i det hele tatt, skaper det sterke følelser i terapeuter: «*Strong feeling of responsibility and fear in the therapist, and very little of the same in the patient*» (Dundas et al., 2022, s. 4). Noen terapeuter opplever særlig hjelpeløshet når pasienten ikke tar eierskap: «*I felt helpless, yeah. This was perhaps the strongest of all. Was helpless. If the client can't talk about it, I can't do anything, you know*» (Podlogar et al., 2020, s. 983).

2.2.2 Ansvaret som en byrde. Noen terapeuter opplever ansvaret de har for pasienten som en byrde, og at de føler seg alene om det (n = 5):

There are times when you realise that everything has its limitations. You learn the theory of what to do; A B or C and then realise that it all becomes null and void. You realise that theoretical models cannot help you now and it is only you and the person. (Rossouw et al., 2011, s. 6)

Noen opplever at ansvaret går utover privatliv, at det setter grenser for en spontan praksis, noe som medfører at de går inn i en slags «[...] *management mode* [...]» (Rossouw et al., 2011, s. 7).

2.2.3 Bevissthet rundt ansvaret. Noen terapeuter opplever stor bevissthet rundt ansvaret de har (n = 5). De opplever ansvaret som en plikt, og beskriver hvordan de står i en posisjon med stor makt og innflytelse:

Remember where [the clients] are because where they are [being suicidal] is 10 times more scary than it is for you as the therapist. Having the power to hospitalize people is almost like a security blanket for us. We get panicked and anxious – we tend to overuse it. (Levy et al., 2019, s. 154)

Det å leve seg inn i pasientens problematikk, gjør terapeuter bevisste rundt sitt ansvar, og gjør det lettere for dem å stå fast ved ansvaret de opplever at de har for pasienten.

2.2.4 Tynges av skyldspørsmål. Noen terapeuter opplever det å stå i skyldspørsmål fra pårørende og fra storsamfunnet som tyngende (n = 3): «*This came from a place of fear, fear of the culture of, if someone commits suicide there has to be blame*» (Nicholl et al., 2016, s. 604). Terapeuter opplever at det ligger en implisitt forventning om at selvmord skal kunne forhindres, og at denne oppgaven ligger i deres mandat:

It is not communicated either to politicians or society or others that... we are overrated. The society has an expectation that we can predict suicide, and actually, we are pretty bad at that. [...] So we have gotten a task that we are not able to fulfill 100%. But they [society] believe that about us then, that we can. So they believe that when someone takes their life, then someone has made a mistake [...]. (Hagen et al., 2017a, s. 363)

Noen terapeuter opplever at det foreligger en diskrepans mellom denne forventningen og deres faktiske evner.

Metatemaet «Terapeutens ansvar – etikken settes på strekk» viser til etiske problemstillinger som terapeuter opplever å stå i – fra individets rett til døden, til ansvaret de har for pasienten og for behandlingen de utøver, og til opplevelsen av en nødvendig fordeling av skyld dersom en pasient skulle dø i selvmord. Dette er problemstillinger som skaper sterke følelser for terapeuter.

3.3 Tredje metatema: Relasjonens betydning – interaksjonen er sårbar

Det tredje metatemaet fanger opp terapeuters opplevelse av interaksjonen med pasienter med selvmordsproblematikk. Det omfatter hvordan terapeuter opplever at selvmordstemaet tar plass i terapien og hvordan de opplever den terapeutiske relasjonen.

Tema 3.1 Selvmordsproblematikken overskygger andre viktige terapitemaer

Dette temaet fanger opp terapeuters opplevelse av hvordan selvmordstemaet håndteres i interaksjonen med selvmordstruede pasienter. Mange studier (n = 13) viser til at det å adressere selvmordstemaet gir trygghet, at søkelys på selvmordstemaet ikke er relevant for å hjelpe pasienten med sine problemer, samt at noen terapeuter retter fokuset mot egen intuisjon og medfølelse.

3.1.1 Å adressere selvmordstemaet gir trygghet. Noen terapeuter opplever at det å adressere selvmordstemaet tydelig, det å stille konkrete spørsmål, bidrar med å sikre trygghet for sine pasienter (n = 5): «*Everything else is considered as secondary [...] this is the focus of treatment. Because it seems to me that you can't cope with other things until you have ensured basic safety for the client. That, above all*» (Podlogar et al., 2020, s. 982). Noen terapeuter opplever dette som en del av sine standard oppgaver, og en del av det å ta en standard sykehistorie. Noen terapeuter opplever at tvil kan medføre at pasienter ikke er åpne og ærlige: «*If you're uncomfortable, if you come across as hesitant about asking about suicide, the person who's hearing it is going to be hesitant about being open and direct with you*» (Levy et al., 2019, s. 154).

3.1.2 Selvmordstemaet oppleves ikke relevant. Noen terapeuter opplever at søkelys på selvmordsproblematikken i seg selv ikke nødvendigvis er fruktbart for å komme inn i pasientens vansker. Derimot oppleves det nyttig med intuisjon og medfølelse (n = 11): «*That maybe each suicidal thought is not a reason for an alarm. That this can actually overshadow everything else in therapy*» (Podlogar et al., 2020, s. 983). Noen beskriver dette som et press – det å måtte forholde seg til det å skulle øke omsorgsnivå, som noen beskriver som lite hensiktsmessig, både for pasienten og for de som tar over omsorgen: «*It was more about managing the risks of the client from a societal perspective as opposed to really working with what the issues were for the client, more towards safety, caution and watching my professional status as well*» (Nicholl et al., 2016, s. 605). Noen terapeuter reflekterer altså rundt det å skulle behandle pasienten versus det å skulle redde sin egen rygg. Noen terapeuter opplever heller at det å leve seg inn i pasienten, å lene seg på sin egen intuisjon og medfølelse, er viktigere. Noen opplever dog at det kan være vanskelig å artikulere hva som ligger til grunn for intuisjonen:

[...] But if they're very close to death or that they've given up or whatever it is, that's making me... I just know that I trust that instinct, because I think it's something to do with fundamental lifesaving, surviving sort of thing, mechanism or something that we have. And I can't tell you how it works, but I just know that I do trust my spirituality and I do trust myself when I make these judgments. (Soulié et al., 2022, s. 4)

Noen opplever at direkte erfaring med det å være til stede med pasienten her og nå, ligger til grunn for intuisjonen: «*Because when we concluded our sessions, she made a big point out of saying that it was the experience of being seen that was very important for her. That I had tried to listen to her*» (Østlie et al., 2018, s. 156).

Tema 3.2 Relasjonen har potensiale for vekst, men er vanskelig å stole på

Dette temaet omfatter terapeutens opplevelse av den terapeutiske relasjonen med selvmordstruede pasienter. Noen få studier (n = 5) viser at terapeuter kan oppleve at relasjonen beskytter pasienten mot selvmordet, men at relasjonen ikke gir noen garanti og kan være vanskelig å etablere.

3.2.1 Relasjonen beskytter. Noen terapeuter opplever at den terapeutiske relasjonen beskytter pasienter mot selvmord (n = 4), noe som dermed også utgjør en trygghet for terapeuten:

That someone is with you, that someone appreciates you, that you are together, so that you can talk about all these things. This means, a sense of confidentiality, trust, safety, that someone is prepared to be with you, with all these difficult emotions. It is definitely a protective factor. I know that it often becomes a protective factor when they think about me outside of therapy. (Podlogar et al., 2020, s. 981)

Noen terapeuter opplever relasjonen som den viktigste selvmordsforebyggende faktoren: «[...] to get a relationship. It keeps people alive [...]» (Hagen et al., 2017b, s. 101).

3.2.2 Relasjonen gir ingen garanti. Noen terapeuter opplever den terapeutiske relasjonen som skjør, og at den ikke gir noen garanti for at pasienten ikke vil ta selvmord (n = 3): «*On the other hand, I shouldn't expect that they won't hurt themselves because of it*» (Podlogar et al., 2020, s. 981). Noen terapeuter opplever vansker med å etablere en «trygg nok» relasjon med pasienten: «*Absolutely exhausted... I think I gave a lot of energy out... in the beginning to build enough of an alliance*» (Moerman, 2012, s. 217).

Metatemaet «Relasjonens betydning – interaksjonen er sårbar» viser til at terapeuter synes å oppleve relasjonen med pasienten som sårbar og at selvmordstemaet kan ta stor plass. Terapeuter beskriver at det å adressere selvmordstemaet tydelig gir både en trygghet, men at temaet også kan ta *for* stor plass. Selvmordsproblematikken kan her forstås som et symptom, og terapeuter opplever det mer relevant å tematisere andre terapitemaer for å øke integrasjon og innsikt, heller enn å arbeide symptomorientert. Det er også delte meninger om hvorvidt alliansen er beskyttende, men alle virker å legge mye arbeid i å få en «god nok» allianse, noe som kan tyde på at de faktisk opplever denne som en beskyttende faktor.

3.4 Fjerde metatema: Viktig å ta grep – omstendigheter preger opplevelsen av arbeidet

Det fjerde metatemaet fanger opp terapeuters opplevelse av selvmordsproblematikk sett i lys av deres arbeid som terapeut i et system. Det viser til faktorer som terapeuter opplever som viktig for å håndtere tematikken, og hvordan forventninger fra systemet virker inn på deres opplevelse.

Tema 4.1 Terapeutens behov for støttende relasjoner

Dette temaet omfatter terapeuters behov for støttende relasjoner i møte med denne pasientpopulasjonen. Noen studier (n = 8) viser til viktigheten av støtte og veiledning. Dette er nødvendig for å kunne rette blikket innover for å oppnå en innsikt i hva som kommer fra en selv i det terapeutiske samspillet, og for å holde ut i arbeidet.

4.1.1 Støtte og veiledning. Noen terapeuter trekker frem egenomsorg, kollegial støtte og veiledning som avgjørende (n = 7). Dette til tross for visshet om at veiledning ikke nødvendigvis gir noen garanti for at praksisen deres er «riktig»: «*some sort of clarification that my practice has been correct... support, somebody who can give me guarantees, although I know that is impossible*» (Reeves & Mintz, 2001, s. 174). Noen terapeuter opplever veiledning som avgjørende for at terapeuten skal få innsikt i hva det er som kommer fra dem selv og hva det er som kommer fra pasienten:

A lot of times anxiety with suicide or any issue is stuff within the therapist... I mean, there's a lot of different ways you might stumble based off of your own experiences, and you really want to get support in supervision along the way. It doesn't mean you're a bad therapist. It means you're human. Addressing these struggles is exactly the sort of thing you should be addressing with your supervisor. (Levy et al., 2019, s. 153)

På denne måten fungerer veiledning både som en faglig arena, men også som en plattform der de kan utøve refleksjon rundt eget bidrag på en profesjonell måte.

4.1.2 Å rette blikket innover. Noen terapeuter opplever at det å vende blikket innover i form av egenterapi er viktig (n = 4). Dette for å sortere selv-andre og ivareta profesjonelle grenser.

[...] you need to be aware enough of what's going on inside of you in order to be able to be present with that person in the room. And I guess that's probably the thing that [...] would be very difficult to train for some people, is if they are not interested, or really don't want to go near what's happening inside of them. Then, that's going to be very, very hard for them to enter [chuckles], be present in the room properly. (Soulié et al., 2022, s. 5)

Et innblikk i hva som skjer i dem selv beskrives som en forutsetning for å kunne være til stede for pasienten.

Tema 4.2 Rammer i psykisk helsevern

Dette temaet omfatter hvordan kapasitet i hjelpetjenesten, opplevd kompetanse og forventninger fra arbeidsplassen preger terapeuters opplevelse av arbeid med selvmordsproblematikk. Noen studier (n = 8) viser til at dårlig kapasitet preger opplevelsen, at

terapeuter tviler på egen kompetanse, samt at terapeuten kan oppleve diskrepans mellom egen intuisjon og forventninger fra arbeidsplassen.

4.2.1 Dårlig kapasitet i hjelpetjenesten. Noen terapeuter opplever det som en ekstra påkjenning når avstanden til pasienten blir stor, og ved lange ventelister (n = 2): «*When you have long waiting lists [...] that causes me anxiety when you have people that you know are high risk [...] I have to pull myself back and remind myself that there is only so much I can do*» (Moore & Donohue, 2016, s. 27).

4.2.2 Tvil om egen kompetanse. Noen terapeuter tviler på egne evner og kompetanse til å behandle pasienter med selvmordsproblematikk (n = 5). Noen terapeuter opplever et lite søkelys på selvmordsproblematikk i utdanning, og opplever at dette medfører manglende kompetanse på problematikken: «*I don't think that we did enough on suicide and I don't think that it prepared me for working with people who are suicidal*» (Reeves & Mintz, 2001, s. 174).

4.2.3 Konflikt mellom egen intuisjon og forventninger fra arbeidsplassen. Noen terapeuter opplever et press fra arbeidsplassen om dokumentasjon og en vektlegging av selvmordsrisikovurdering, som ikke resonnerer hos dem hverken faglig eller intuitivt (n = 4): «*just by knowing that I need my job and that if I don't abide by them then I am likely to be looked at very closely, for using my own personal view as opposed to what their wishes are*» (Reeves & Mintz, 2001, s. 174).

Metatemaet «Viktig å ta grep – omstendigheter preger opplevelsen av arbeidet» viser til hvordan terapeuter opplever håndtering av tematikken i systemet de arbeider i. Terapeuter trekker frem viktigheten av støtte både på et personlig og profesjonelt plan, og hvordan systemiske faktorer som kapasitet, utdanning og oppgaver har innvirkning på opplevelsen.

4 Diskusjon

Denne oppgaven omhandler terapeuters opplevelse av arbeid med selvmordsproblematikk. Den kvalitative metasyntesen som ligger til grunn for oppgaven undersøker særlig terapeuters følelsesmessige erfaringer i lys av konteksten de arbeider i. Siden den enkelte terapeut sitt bidrag til behandlingseffekt er betydelig (Baldwin & Imel, 2013; Wampold & Imel, 2015), er det relevant å undersøke faktorer ved terapeuten. Terapeuters subjektive opplevelser av arbeidet kan belyse komplekse prosesser i psykoterapi, som videre kan gi oss nyttig kunnskap i selvmordsforebyggingen. Kvalitativ forskning kan fange opp subjektive opplevelser (Magnusson & Marecek, 2015), og en kvalitativ metasyntese kan gi en omfattende forståelse av terapeuters opplevelse av arbeid med selvmordsproblematikk (Malterud, 2017). Det finnes en kvantitativ kunnskapsoppsummering om temaet (Michaud et al., 2021), men ingen nyere kvalitative oppsummeringer.

Metasyntesen ble gjort ved bruk av metoden metaetnografi (Noblit & Hare, 1988). Analyse og syntese av temaer fra de inkluderte studiene (n = 15) resulterte i fire metatemaer, åtte temaer og 22 subtemaer. Resultatene fanger kunnskapsstatus og er i tråd med en del empiriske studier i feltet. Samtidig kaster de lys over nyanser og gir dermed en mer omfattende forståelse. I det følgende vil jeg utdype og diskutere funnene i lys av tidligere empiri og ulike forståelsesmodeller om selvmord, og spesielt i forhold til begrepene sekundær og vikarierende traumatisering og motoverføring, samt terapeutens behandlingsansvar. Kliniske implikasjoner, metodiske problemstillinger inkludert styrker og begrensninger ved metasyntesen, samt anbefalinger for fremtidig forskning vil så bli presentert. Til slutt presenteres konkluderende refleksjoner om sentrale funn.

4.1 Terapeutens sterke følelsesmessige reaksjoner

Et sentralt funn er terapeuters sterke følelsesmessige reaksjoner i møte med pasienter med selvmordsproblematikk, som reflektert i tema 1.1. Reaksjonene ser ut til å ha stor innvirkning på terapeuten. Den følelsesmessige responsen varierer – fra sterke vonde følelser som frykt (subtema 1.1.1), hjelpeløshet (subtema 1.1.2), sinne, avsky og skyld (subtema 1.1.3), til håp og tilfredshet (subtema 1.1.4).

Funnet er i tråd med funnene til Scocco og kolleger (2012) som viser til intense emosjonelle reaksjoner som har stor innvirkning på behandlere. Den varierende følelsesmessige opplevelsen er i tråd med Barzilay og kolleger (2018) som viser at terapeuter opplever både angst og bekymring, men også nærhet og håp. Funnet utforskes nærmere da

helsepersonells følelsesmessige reaksjoner er forbundet med selvmordstanker- og atferd hos pasienten (Barzilay et al., 2018).

Hvordan kan vi forstå de sterke følelsesmessige reaksjonene? Begrepene sekundær og vikarierende traumatisering kan være beskrivende (Jenkins & Baird, 2002). Begrepene kan hjelpe terapeuter med å sette ord på den følelsesmessige reaksjonen de opplever. Dette gir mulighet til å forstå reaksjonene i forhold til pasientens vansker, gi følelsene rom og igangsette tiltak for å håndtere følelsene. Begrepene sekundær og vikarierende traumatisering beskrives som symptomer og opplevelser som oppstår som resultat av empatisk innlevelse (Berge, 2005). For å gå i dybden av terapeuters opplevelse trenger vi et ytterligere teoretisk fundament. Hvor kan de sterke følelsene komme fra?

Selvmordstemaet i seg selv kan indusere sterke reaksjoner. Ifølge Yalom (1980/2011) er døden en grunnleggende kilde til angst, og terapeuters eget forhold til det eksistensielle dødstemaet kan aktualiseres i den terapeutiske dyaden. Terapeuten må forholde seg til en tematikk som kan være angstinduserende for mange mennesker. I eksistensiell terapi rettes søkelys på det å dele pasientens smerte, som kanskje er nettopp det som skjer. Samtidig kan smerten bli overveldende for terapeuten.

De følelsesmessige reaksjonene kan også forstås som motoverføringsreaksjoner. Motoverføring kan i dag forstås som alle reaksjoner som oppstår i terapeuten i en terapeutisk relasjon, men som skapes med bidrag fra både pasient og terapeut (Gabbard, 2010; Heimann, 1950). Terapeutisk arbeid med selvmordsproblematikk kan indusere en spesifikk og for det meste «ugunstig» motoverføring (Gabbard, 2003; Maltzberger & Buie, 1974; Michaud et al., 2021). Frykt og hjelpeløshet kan for terapeuten oppleves som en hindring, noe som er i tråd med den klassiske forståelsen av motoverføring (Hayes et al., 2011). Terapeuten blir opptatt av egen frykt, noe som gjør at de distanserer seg fra terapirelasjonen, som videre kan bidra til en følelse av hjelpeløshet. Frykten og hjelpeløsheten blir således støy i den terapeutiske prosessen, som kan hindre terapeuten i å forstå, hjelpe og holde ut med pasientens vansker. En manglende håndtering av hjelpeløshet kan vekke terapeutens fiendtlighet, som ifølge von der Lippe og kolleger (2008) er relatert til behandlingsutfall.

Dette leder oss over i terapeutens og pasientens respektive bidrag. Frykt og hjelpeløshet oppleves ikke som adaptive reaksjoner i terapiøyemed, men hva med terapeutens sinne og avsky? Funnene indikerer at sinne og avsky gir en skyldfølelse som må bearbeides. Ifølge Baumeister (1990) omhandler selvmordsproblematikk en aversiv selvbevissthet, og ifølge Freud og Menninger omhandler selvmordsproblematikk en ubearbeidet aggresjon (Bell, 2008; Menninger, 1966; Thorvik, 2005b). Med Heimanns (1950) forståelse av motoverføring

kan terapeutens sinne og avsky forstås som informasjon om pasientens indre strev. Pasientens sinne projiseres til terapeuten, og terapeuten identifiserer seg med innholdet. Terapeuten blir dermed «eier» av pasientens opplevelse. Den følelsesmessige reaksjonen kan også forstås som en motoverføringsaktualisering – terapeuten reagerer ubevisst på overføringen med avsky.

Opplevelsen av en skyldfølelse som må bearbeides, kan forstås med Winnicotts oppfordring om at hatet må anerkjennes av terapeuten i motoverføringen (Gabbard, 2010). Skyldfølelsen kan forstås som at terapeuten identifiserer seg med pasientens sinne i lys av begrepet projektiv identifikasjon, og blir satt under et press til å reagere aktivt på tilstanden. Dette kan forstås som aktualisering («enactment») (Feldman, 1997; Gabbard, 2010). Presset bidrar til en tilbøyelighet til å handle – terapeutens sinne anerkjennes ikke, og blir omgjort til skyld som må bearbeides. Frykt og hjelpeløshet kan også medføre aktualiseringer, som økt tvang og andre tiltak med hensikt om å forhindre selvmordet, som kan redusere pasientens agens, og som ikke nødvendigvis bidrar til en hjelpsom bearbeiding av pasientens smerte. Det kan derfor være viktig å bli bevisst motoverføringsreaksjoner, normalisere fenomenet og bruke teori for å forstå dem (Hayes et al., 2011). For som poengtert av Heimann (1950) er motoverføringsreaksjoner en viktig kilde til forståelse av pasientens ubevisste konflikter, men det fordrer et sorteringsarbeid – hva er terapeutens og hva er pasientens? I arbeid med selvmordsproblematikk kan det være at frykten og hjelpeløsheten kommer fra terapeuten, mens sinnet og avskyen kommer fra pasienten, men det er ikke alltid lett å skille.

Hva med de mer vitaliserende følelsene som håp, mestring og tilfredshet? Dette vil utforskes i lys av hvordan terapeuten forholder seg til de følelsesmessige reaksjonene og det å bli satt på strekk.

4.2 Å bli satt på strekk

Metasyntesen viser hvordan sterke følelser blir aktivert i møte med selvmordstematikken. Terapeuten blir brakt ut av følelsesmessig balanse og opplever å bli satt på strekk, som reflektert i tema 1.2. Dette kan bidra til vansker med grensesetting (subtema 1.2.1 og 1.2.2), både i den terapeutiske dyaden og i det profesjonelle og private selv. Metasyntesen fremhever også hvordan terapeuter bruker følelsesmessig inntonning og empati i møte med hjelpeløsheten (subtema 1.2.3). Med en bearbeidet motoverføringshjelpeløshet, kan terapeuter innse at de ikke kan gjøre annet enn å lene seg inn og sitte med pasientens følelse.

Håndtering av utfordrende interpersonlige møter er forbundet med behandlingsutfall (Anderson et al., 2009), og ifølge Stige og kolleger (2019) er de interpersonlige møtene med pasienter i selvmordsrisiko de mest krevende. For å håndtere utfordrende interpersonlige

møter må det først anerkjennes at arbeidet er krevende. Terapeuten bør være kjent med normale motoverføringsreaksjoner samt egne følelser i møtet med dødstemaet, og kompleksiteten i tematikken må anerkjennes (Berg & Walby, 2022; Stänicke, 2020). Dette kan gjøre terapeuter tryggere, noe som er i tråd med Beutler og kolleger (2004) som viser at varme og trygge terapeuter er forbundet med gode terapiutfall.

En dypere forståelse av selvmordsproblematikk som fenomen kan bidra til dette arbeidet. Å anse selvmordsproblematikken som en uutholdelig mental smerte kan booste empatien (Shneidman, 1993), og brukes for å få tilgang til pasientens rasjonelle bakteppe for smerten (Orbach, 2001). Denne tilnærmingen kan forstås som en motsetning til kognitive perspektiver, der selvmordsproblematikken forstås som irrasjonell. Å bruke empati for å forstå selvmordsproblematikken rører ved noe eksistensielt ved oss som mennesker. Yaloms perspektiv kan fasilitere empati i terapeuten – døden er en grunnleggende kilde til angst, og det å skape mening er en ufattelig prøvelse.

Ifølge Nissen-Lie og kolleger (2017) ligger terapeuteffekten i grenselandet mellom det profesjonelle og private selv. Opplevelsen av å bli satt på strekk er i tråd med Maltsbergers forståelse av arbeid med selvmordsproblematikk – terapeuten påvirkes av de intense selvdestruktive kreftene i pasienten, og trer inn i pasientens indre ved aktualisering (Maltsberger, 2004). Dette kan gjøre at grensene overskrides. Denne prosessen kan forstås i lys av begrepet om «konkordant» motoverføring, som kan oppleves som at pasienten «trekker» i terapeuten (Racker, 2007; Zachrisson, 2008). Optimalt så responderer ikke terapeuten på trekkene. Terapeuter som opplever håp og tilfredshet i arbeidet, har kanskje fått tilgang til pasientens interpersonlige stil og indre smerte, forstått som «komplementær» motoverføring. Viktige deler av det terapeutiske arbeidet finner sted i grenselandet der terapeuten er på vei ut av terapeutisk posisjon (Zachrisson, 2008). Kanskje må terapeuten utsette seg for risikoen for å havne i følelsesmessig ubalanse, for å kunne få kontakt med pasientens følelser og bidra til en hjelpsom bearbeidelse av dem. Prosessen der terapeuten føler sterkt, håndterer og gjenvinner posisjon medfører altså en risiko for å bli satt på strekk.

4.3 Terapeutens ansvar

Metasyntesen viser at arbeid med selvmordsproblematikk oppleves som etisk utfordrende, som reflektert i tema 2.1. Terapeuten har ansvaret for behandlingen som pasienten mottar, og ifølge den medisinske modellen er terapeuten i en posisjon der sykdommen skal behandles. Det å akseptere og romme dødsønsket kan dermed oppleves som utfordrende (subtema 2.1.1), særlig hvis ønsket om å dø ikke resonnerer hos terapeuten personlig. Noen terapeuter

opplever arbeidet som et privilegium (subtema 2.1.2). Metasyntesen har også kartlagt at terapeuter opplever vansker med å balansere ansvar og pasientens autonomi, som reflektert i tema 2.2. Terapeuter opplever det vanskelig når pasienten ikke tar eierskap (subtema 2.2.1). De kan oppleve ansvaret som en byrde (subtema 2.2.3) og utviser samtidig stor bevissthet rundt ansvaret (subtema 2.2.3). Noen terapeuter opplever å tynnes av skyldspørsmål (subtema 2.2.4).

Vi kan tenke oss at de følelsesmessige reaksjonene, oppsummert av tema 1.1, eskalerer med statusen terapeuten har som behandler, de juridiske forpliktelsene terapeuten er underlagt og fra øvrige forventninger nedskrevet som nullvisjonen (Berg & Walby, 2022; Helse- og omsorgsdepartementet, 2020; Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Pasienten er i en «medisinsk tilstand», som i vesentlig grad innvirker på stemningsleie, og dermed på muligheten til å velge autonomt (Thorvik, 2005a; Yalom, 1980/2011). Terapirelasjonens asymmetri, samt terapeutens oppgave, som er å behandle den medisinske tilstanden for å forhindre selvmordet, kan bidra til økt bevissthet rundt ansvaret. Forhindring ved bruk av vurdering av risikofaktorer har imidlertid vist seg å være en nærmest umulig oppgave (Franklin et al., 2017). Hvis dødsønsket anses som en sykdom, er det naturlig at ansvaret ligger hos terapeuten (Rasmussen, 2020). Men hva så med fraværende agens, når pasienten ikke tar eierskap til behandlingen?

Ifølge Yalom (1980/2011) kan behandling umulig skje uten at hver av partene tar ansvar. Ifølge Oddli og Rønnestad (2012) kan terapeuten balansere asymmetrien ved å sikre pasientens stemme med åpne og innbydende forhandlinger, men samtidig ta fast grep om samtalen der terapeuten tar tydelig ansvar. Opplevelsen av at pasienten ikke tar eierskap kan forstås i lys av Becks forståelse av selvmordsproblematikk – selvmordsproblematikken gir en kognitiv sårbarhet, og logisk tenkning blir forstyrret (Weishaar, 1996). Pasientens status som pasient og rolle i den asymmetriske relasjonen, setter terapeuten i utgangspunktet i en vanskelig posisjon for etablering av Benjamins (2004) konsept om «den tredje». Med en kognitiv sårbarhet og «forstyrret» logisk tenkning reduserer pasientens evne til å fremheve egen stemme og gå inn i forhandlinger om behandlingen. Terapeuten «må» bli «the Doer», og pasienten blir således «the Done to», som noen ganger kan bli vurdert til å ha behov for innleggelse eller til tvungent psykisk helsevern.

Opplevelsen av ansvaret som en byrde kan også forstås ut fra Benjamins forståelse av samspillet. Sett i lys av juridiske forpliktelser og samfunnets forventninger, er det terapeuten som blir «the Done to» når pasienten faktisk tar selvmord (Østlie, 2018). Dette demonstreres i ett av sitatene «[...] when there is death, there has to be blame [...]» (Nicholl et al., 2016, s.

604), og mange terapeuter tynges av et potensielt skyldspørsmål. Ifølge Joiner (2005) utgjør det en sårbarhetsfaktor for selvmord når pasienten opplever seg selv som en byrde. Dersom terapeuten opplever arbeidet som en byrde, kan det bidra til å forsterke opplevelser som kanskje allerede er aktualisert i pasientens overføring – som å være til bry eller en byrde.

Terapeuters vansker med å akseptere dødsønsket, kan forstås med eksistensielle perspektiver der døden angår oss alle. Vanskene med aksept kan også forstås med Baumeister (1990) sin forståelse av selvmordet, der selvmordet forstås som en flukt fra selvet, som av terapeuten kan oppleves som en flukt fra det terapeutiske arbeidet. Med kognitive perspektiver arbeider terapeuten med det irrasjonelle og håpløsheten. Terapeuten blir en som motarbeider de destruktive kreftene slik at det i sakens natur er vanskelig å akseptere dødsønsket med tanke på oppgaven terapeuten har i det terapeutiske arbeidet. Shneidman (1993) sin forståelse, som anser det å relatere selvmord til ikke-psykologiske variabler som utilstrekkelig, kan bidra til å legge merke til den sentrale utålelige smerten, som kan fasilitere en empatisk holdning til dødsønsket.

Det å forstå det rasjonelle ved døden for den enkelte, som Orbach (2001) oppfordrer til, kan bidra til at arbeidet kan oppleves som et privilegium. Dette kan også motvirke konkordant motoverføring – terapeuten reagerer på projeksjonen, men forblir ikke-identifisert. Den etiske utfordringen (tema 2.1) kan dermed handle om hvilket perspektiv man legger til grunn når man forsøker å forstå og behandle selvmordsproblematikken. Som en av deltakerne ga uttrykk for: «[...] *walking a line of true life and death experience for somebody*» (Nicholl et al., 2016, s. 603) – døden angår oss alle, det kan oppleves som et privilegium å få bli mer kjent med temaet gjennom en behandling.

4.4 Relasjonens betydning

Metasyntesen belyser hvordan terapeuter opplever at selvmordstemaet tar plass i det terapeutiske arbeidet, og kan overskygge andre viktige terapitemaer, som reflektert i tema 3.1. Noen terapeuter opplever at det å adressere selvmordstemaet gir trygghet (subtema 3.1.1), mens andre ikke opplever temaet i seg selv som relevant (subtema 3.1.2). Terapeuter trekker frem relasjonens betydning, og noen kan oppleve at relasjonen har potensiale for vekst, men er vanskelig å stole på, som reflektert i tema 3.2. Noen opplever at relasjonen beskytter (subtema 3.2.1). Terapeutens ansvar, sammenholdt med opplevelsen av arbeidet som utfordrende, kan gjøre det vanskelig å stole på terapeutens faglighet i kontakt med pasienten. Videre kan dette gi en opplevelse for terapeuten om at relasjonen ikke fungerer som noen garanti (subtema 3.2.2).

Opplevelsen av at den terapeutiske relasjonen beskytter er i tråd med psykoterapiforskningen om alliansens betydning for utfall (Flückiger et al., 2018). Manglende agens i pasienten kan ligge til grunn for vansker med å stole på kontakten. Terapeuten må således ta eksplisitt ansvar for å bygge opp agens i både seg selv og i pasienten (Oddli & Rønnestad, 2012). Dette kan skje med oppfordringen til Nissen-Lie og kolleger (2017) om å elske seg selv som person, men tvile på seg selv som terapeut. Alle suicidale handlinger skjer i konteksten av menneskelige relasjoner, og terapeuten blir unektelig påvirket (Bell, 2008). Det å stole på kontakten kan ligge i dette – terapeuten påvirkes, og det må terapeuten stå i. Det å predikere selvmord har vist seg vanskelig, slik at terapeuten må stole på sin faglighet – nemlig at alliansen beskytter. Terapeuten har ingen garanti å lene seg på.

Terapeuten kan også bygge agens i seg selv ved å bli klar over egne motoverføringsreaksjoner. Å oppleve det å adressere selvmordstemaet som en trygghet kan forstås som en motoverføringsaktualisering. Pasientens overføring er preget av selvmord, og terapeuten tar aktivt tak i det for å sørge for at det ikke skjer. Dette kan dog forstås som en falsk trygghet, dersom man legger evidens for prediksjon til grunn (Franklin et al., 2017; O'Connor et al., 2011). Tryggheten kan dermed forstås som et resultat av retningslinjer terapeuter oppfordres til å arbeide etter og en medisinsk forståelse av selvmordsproblematikken. Noen terapeuter sosialiseres inn i en tankegang om viktigheten av kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko. Dette kan bidra til en opplevelse av at man gjør jobben sin, og redder sin egen rygg i juridisk forstand dersom selvmordet skulle skje.

Motoverføring kan bringe terapeuten ut av en terapeutisk holdning. Den terapeutiske holdningen i seg selv er et redskap for å lokalisere tegn på motoverføring (Zachrisson, 2008). Når terapeuter ikke opplever selvmordstemaet som relevant og heller blir opptatt av intuisjon og medfølelse, kan dette indikere at terapeuten har bevart den terapeutiske holdningen. Kontekstens oppfordring til prioritering av kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko kan utfordre den terapeutiske holdningen fordi terapeuten får andre oppgaver. Terapeuten kan oppleve å bli oppfordret til å gå ut av den terapeutiske holdningen, og evnen til å jobbe med proaktiv identifikasjon og oppdage motoverføring reduseres. Dette kan virke inn på terapeutens empati, som igjen påvirker utfall (Greenberg, 2001).

4.5 Viktig å ta grep

Terapeuter har behov for støttende relasjoner, som reflektert i tema 4.1. Metasyntesen viser at terapeuter opplever sterke følelser, opplever å bli satt på strekk og har vansker med å stole på kontakten med pasienten. Samlet kan dette ha innvirkning på terapeuters trygghetsopplevelse

i møte med problematikken, noe som er relatert til behandlingsutfall (Beutler et al., 2004). Terapeuten må derfor ta aktive grep i samarbeid med en veileder eller terapeut (subtema 4.1.1) for å rette blikket innover (subtema 4.1.2). Rammer i psykisk helsevern har innvirkning på terapeuters opplevelse av arbeid med selvmordsproblematikk, som reflektert i tema 4.2. Noen terapeuter opplever kapasitetsproblemer (subtema 4.2.1) som kan forklares av at terapeuten allerede opplever å være på strekk. Det er store forventninger til arbeidet, noe som kan bidra til at terapeuter tviler på egen kompetanse (subtema 4.2.2) når de opplever at de ikke kan hjelpe pasienten, og heller ikke møter samfunnets og arbeidsplassens forventninger. Tvilen kan også bidra til at det skapes en konflikt mellom egen intuisjon og arbeidsplassens forventninger (subtema 4.2.3).

Selvtvil er forbundet med gode behandlingsutfall (Baltes & Smith, 1990; Macdonald & Mellor-Clark, 2015; Nissen-Lie et al., 2017). Noen ganger møter terapeuter på fenomener som terapeutiske modeller og risikofaktorer ikke kan forklare. Likevel opplever terapeuter det som obligatorisk å hjelpe når liv står på spill (Gabbard, 2010). Østlie (2018) oppfordrer til å akseptere egen utilstrekkelighet og forsake ambisjonen om å helbrede, noe som kan redusere frykt. Dette kan videre være nødvendig for evnen til å etablere «den tredje».

Det ligger en potensiell verdi i personlig terapi og klinisk veiledning for å bli bevisst og forstå motoverføringsreaksjoner (Hayes et al. 2011). Denne metasyntesen viser at dette er behov som terapeutene selv trekker frem. Å bli bevisst eget bidrag i motoverføringsreaksjoner krever et kontinuerlig sorteringsarbeid som er vanskelig å gjøre alene, da mange av motoverføringsreaksjonene oppstår ubevisst (Gabbard, 2001; Zachrisson, 2008). Terapeuter reagerer ikke bare på pasientens overføring. Pasientens vansker og tematikk kan også aktivere terapeutens tidlige relasjonserfaringer og indre objektrelasjoner, og vekke følelser som har utspring i terapeuten selv. Metasyntesen har vist at terapeuter opplever skillet mellom profesjonell og privat som særlig krevende i arbeidet med selvmordsproblematikk, noe som kan tematiseres i både veiledning (profesjonell) og egenerapi (privat).

Bions begrepspar «container-contained» kan benyttes for å forstå terapeuters opplevelse i lys av sin kontekst (Mitchell & Black, 2016). Metasyntesens funn indikerer at noen terapeuter mangler ressurser til å romme og bearbeide pasientens smerte. Noen opplever arbeidet som krevende og overveldende, og noen opplever å være på strekk. Terapeuters egne ubearbeidede følelsesmessige tema og vansker, som i utgangspunktet kan ha motivert hen inn i en hjelpeprofesjon, kan aktualiseres i arbeidet (Mitchell & Black, 2016). Bions formulering gir terapeuter et rammeverk for å bedre kunne tolerere og bli fascinert av sine reaksjoner. Det som fremstår som uorganisert og meningsløst må terapeuten aktivt forholde seg til, bearbeides

og gis tilbake til pasienten i en tilstrekkelig prosessert form slik at innholdet kan integreres i pasienten over tid. Begrepsparet «container-contained», opprinnelig forstått som mor-barn, så terapeut-pasient, kan videre trekkes ut til terapeut-system. Terapeuter har behov for støtte, da terapeutens utholdenhet kan være en betydningsfull faktor når det kommer til terapeutisk endring (Gabbard, 2010).

Ifølge Seager (2008) er psykologisk trygghet et manglende konsept for terapeuter i selvmordsforebygging. Han hevder at alvorlige hendelser innskrenker nysgjerrigheten, og søkelyset rettes mot skyld og kritikk. Seager hevder at helsevesenet er bygd opp på grunnlag av en risikofokusert politikk som bidrar til en slags «overvåkningsmentalitet», som fasiliterer en engstelig, defensiv og «paranoid» profesjonell praksis. Terapeuter har behov for å bli rommet av dyktige veiledere, støttende ledere og meningsfylte retningslinjer. Opplevelsen av å bli emosjonelt speilet gir muligheten til å utvikle en realistisk selvfølelse, som kan fungere som en resiliensfaktor i møte med stress (Østlie, 2018). Dette kan videre gjør dem i bedre stand til å være sensitive og emosjonelt romme pasientens strev. Seager (2008) viser til at staten selv er den ultimate «container» for utviklingen av trygge terapeutiske relasjoner i en offentlig psykisk helsetjeneste.

Prediksjonsutfordringen ved selvmord (Franklin et al., 2017; O'Connor et al., 2011) kan være en sentral kilde til selvtvilen. Den kan også ligge til grunn for en mulig konflikt mellom egen intuisjon og arbeidsplassens forventninger. Kartlegging av selvmordsrisiko kan for terapeuter oppleves som en oppfordring til å skru av sin egen intuisjon for å gjøre obligatoriske arbeidsoppgaver, som har vist seg å ikke være selvmordsforebyggende. Kanskje vi, som Berg og Walby (2022) oppfordrer til i sin artikkel, heller bør lete etter faktorer forbundet med selvmordsrisiko på samfunnsnivå. Dette ble gjort av den franske sosiologen Durkheim gjorde på slutten av 1800-tallet (Thorvik, 2005a). Enn så lenge må terapeuten og systemet akseptere kompleksiteten og det å komme til kort (Østlie, 2018). Ekstern støtte kan gi terapeutens selvtvil rom, uten at det går utover terapeutens evne til å «elske» seg selv som person (Nissen-Lie et al., 2017).

4.6 Kliniske implikasjoner

Funnene fra denne metasyntesen kan informere terapeuter om typiske reaksjoner ved arbeid med selvmordsproblematikk. Å være klar over hva man som terapeut kan oppleve, kan bidra til normalisering av egne reaksjoner, som videre kan gjøre det lettere for terapeuten å oppdage motoverføringsreaksjoner. For å forstå, tåle og søke støtte i arbeidet, er det sentrale å oppdage reaksjonene. Det å bli aktivert og stå i vanskelige følelser kan være en viktig fase i

behandlingen. Å gi pasienten opplevelsen av at terapeuten deler og tåler pasientens vansker og smerte, kan legge til rette for at de sammen finner en vei ut. Denne metasyntesen har vist at dette er et utfordrende arbeid, noe som understreker Winnicotts (1971) oppfordring om utholdenhet. Terapeuten må tåle å stå i problematikken, noe som på sikt kan fasilitere pasientens kjærlighet mot seg selv.

Ingen enkel teori eller modell forklarer alle selvmord. Terapeuten må godta kompleksiteten, og konteksten må anerkjenne at dette er et krevende arbeid. Terapeuten opplever sterke følelser, opplever å bli satt på strekk, noe som kan gi vansker med å stole på sin faglighet og den terapeutiske relasjonen. Å jobbe med å oppdage, håndtere og jobbe terapeutisk med motoverføringsreaksjoner kan hjelpe terapeuten i det krevende arbeidet, noe som krever et kontinuerlig sorteringsarbeid (Gabbard, 2010; Zachrisson, 2008). Paris (2007) hevder at det å oppdage og håndtere motoverføringsreaksjoner ikke er nøkkelen til suksess i behandling av selvmordstruede pasienter. Han oppfordrer heller terapeuter til å ha med seg hva terapi kan og ikke kan gjøre, da behandling ikke hjelper alle (Stänicke, 2020). Det å vedkjenne seg hva man faktisk kan tilby kan kanskje bedre beskytte terapeuter mot å bli overveldet av de vanskelige følelsene som frykt, sinne, avsky og skyld. Paris (2007) viser til viktigheten av å dele byrden, og at selvmordstruede pasienter ikke kan håndteres uten konsultasjon, noe som støtter viktigheten av veiledning. Så dersom det å jobbe med motoverføring ikke resonnerer hos terapeuten, vil veiledning uansett være en viktig arena der terapeuten blir påminnet kompleksiteten i arbeidet. For at terapeuten skal evne å stå i problematikken, og romme pasienten, trenger også terapeuten å bli rommet. Dette kan bidra til at terapeuten i større grad evner å holde på rammen.

Det er klart at terapeuten har ansvaret for behandlingen som pasienten mottar. Det må dog anerkjennes at det kan oppleves krevende å ha ansvar for et menneskes liv. Mennesket er grunnleggende fritt, og agens i pasienten er særlig viktig i terapeutisk behandling. Terapeuten tar grep, men understreker samtidig pasientens frihet. Dette er utfordrende for terapeuten å stå i – når friheten til å ta sitt eget liv er på forhandlingsbordet. Berg og Walby (2022) argumenterer for at vi må skape en kultur som ivaretar helsepersonell og ikke legger skylden på den enkelte behandleres vurderinger, noe resultatene fra denne metasyntesen støtter.

Terapeuter har behov for støtte, og systemet må ta grep. Både for å kunne romme pasienten, men også det å stå i dette krevende arbeidet over tid som en del av sine arbeidsoppgaver. I APAs retningslinjer for amerikanske terapeuter fremkommer det at en forutsetning for behandling av selvmordsatferd, er å bli klar over og lære hvordan de kan håndtere motoverføringsreaksjoner (American Psychiatric Association, 2003, s. 61). De

amerikanske retningslinjene anerkjenner terapeutens bidrag i behandlingsprosessen, og oppfordrer til en aktiv håndtering av motoverføringsreaksjoner, som litteraturen oppfordrer til å skje med bistand fra en ytre part. I de norske retningslinjene vises det til at behandlere som har opplevd selvmord bør bli godt ivaretatt i oppfølgingssamtaler med leder (Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s. 44). Motoverføring og de som jobber med pasienter med selvmordsproblematikk nevnes dog ikke. I retningslinjens forord anerkjenner direktør i Sosial- og helsedirektoratet Bjørn-Inge Larsen at selvmordsforsøk er en stor påkjenning for helsepersonell. Det er dog ikke viet en egen retningslinje til oppfølging av helsepersonell, annet enn en anbefaling om ivaretagelse gjennom oppfølgingssamtaler med leder. At leder anbefales å ta samtalen kan underbygge terapeutens opplevelse av ansvaret som en byrde – terapeuten blir kalt inn på teppet, og veiledning, prosess samt terapeutens bidrag i terapiprosessen anerkjennes ikke av helsemyndigheter. Dette leder oss til nullvisjonen, der det kan synes å være et gap mellom mål og ideal, som kan skape utfordringer med implementering i klinisk virksomhet. Nullvisjon kan ikke implementeres uten at det samtidig anerkjennes at selvmordsforebygging er komplekst og krever stor fleksibilitet (Berg & Walby, 2022).

4.7 Styrker og begrensninger ved metasyntesen

Metodisk integritet fordrer refleksjon om hvorvidt resultatene anses som verdifulle, om prosedyren er hensiktsmessig for å besvare forskningsspørsmålet, samt studiens evne til å demonstrere troverdighet (Levitt et al., 2017a). Funnene i denne metasyntesen forstås som tredjeordenskonstrukt. Funnene i primærstudiene er representasjoner av samkonstruert mening skapt i interaksjon mellom deltakeren og forskeren. Dette er videre blitt abstrahert og tolket av primærforskeren ved bruk av ulike metoder med ulike epistemologiske perspektiver. Til slutt er dette abstrahert og tolket som en kvalitativ metasyntese ved bruk av metoden metaetnografi. Mine funn bør dermed anses som erfaringer uttrykt av deltakere i en bestemt kontekst, til bestemte forskere med bestemte mål, som igjen er blitt tolket (Sandelowski & Barroso, 2007).

4.7.1 Styrker

Det finnes, til min kjennskap, ingen metasyntese som har kartlagt terapeuters opplevelse av arbeid med selvmordsproblematikk, slik at denne metasyntesen har potensialet til å bidra til kunnskapsgrunnlaget. Jeg har, som beskrevet i metodekapitlet, gjort grep for å sørge for en grundig tilnærming, med transparens, refleksivitet og grundig analyse og syntese. Det kan

dermed argumenteres for at prosedyren var hensiktsmessig for å besvare forskningsspørsmålet, noe som utgjør en styrke ved denne metasyntesen. Dette er en fortolkende metasyntese der min subjektivitet unektelig har preget utformingen og forståelsen av metasyntesens funn. Jeg har dog gjort tiltak for å utvise refleksivitet underveis i analyseprosessen og ved å gjøre mine forståelsesperspektiver eksplisitt som beskrevet i metodekapitlet. Min hovedveileder har fulgt prosessen gjennomgående, og analysen ble presentert for og drøftet inngående med mine veiledere i totalt fem runder. Dette er prosesser som har økt studiens reliabilitet og validitet, og dermed kvalitet, noe som utgjør en styrke.

4.7.2 Metodiske begrensninger

Verdifulle funn i kvalitativ forskning handler om overføringsverdien, altså om og hvordan man kan bruke funnene i andre kontekster (Levitt, 2018). Ett viktig aspekt i denne sammenheng er deltakerne i primærstudiene. Denne metasyntesen har inkludert terapeuter i ulike behandlingskontekst, med ulike utdanningsbakgrunn, kjønn og kulturell kontekst, noe som kan være en begrensning ved studien. For eksempel vil arbeid på en sengepost (f.eks. Hagen et al., 2017a, 2017b) mulig oppleves annerledes enn arbeid på et terapikontor i privat praksis (f.eks. Nicholl et al., 2016). Terapeut er ikke en beskyttet tittel, og mitt utvalg inkluderte både psykologer og psykiatere (f.eks. Hagen et al., 2017a), og andre terapeuter med ulike utdanningsbakgrunn (f.eks. Scupham & Goss, 2020). Utdanning kan ha innvirkning på både objektiv kompetanse og opplevd kompetanse, noe som kan ha bidratt til et av metasyntesens funn, subtema 4.2.2 Tvil om egen kompetanse. Utdanningsbakgrunn kan ha innvirkning på rolleforventning, forståelse av selvmordsproblematikken, samt opplevelsen av ansvaret. En inkludering av kun psykologer og psykiatere ville kunne ha gitt mer konsistente funn, men ville igjen ha redusert nyansene som jeg ønsket å fange opp. Dette kan ligge til grunn for variasjonen i den følelsesmessige opplevelsen som resultatene i denne metasyntesen viser. Kanskje de med innsikt i typiske motoverføringsreaksjoner i større grad opplever arbeidet som et privilegium (f.eks. Richards, 2000; Soulié et al., 2022).

I de fleste studiene var deltakerne i flertall kvinner. Det er usikkert om opplevelsen av arbeid med selvmordsproblematikk er kjønnsnøytral, eller mindre gyldig for mannlige terapeuter. Deltakerne i de inkluderte studiene var terapeuter som jobbet i land fra Sentral- og Vest-Europa, Nord-Amerika og New Zealand. De ulike landene kan ha ulike praksis og ulike retningslinjer å forholde seg til. Dette kan ha innvirkning på terapeuters opplevelser, og variasjonen i mine funn kan skyldes nettopp dette, og ikke arbeid med selvmordsproblematikk per se.

Refleksjon rundt hvem som ikke er representert i forskningen er en etisk problemstilling (Paquin et al., 2019). I denne metasyntesen valgte jeg å ekskludere terapeuter som jobber i en skolekontekst da jeg ønsket å holde søkelyset på psykisk helsevern. Skolekonteksten kan være en viktig arena for selvmordsforebygging, slik at en inkludering av studier kanskje ville ha gitt en nyansering av resultatene. Denne metasyntesen inkluderer kun engelskspråklige artikler. Flückiger og kolleger (2018) viser til viktigheten av å vurdere den kulturspesifikke konteksten til psykoterapi, og med tanke på opprinnelsesland til de inkluderte studiene kan det være at mine funn ikke vil være relevant for psykoterapi i ikke-vestlige land.

Den systematiske gjennomgangen av de inkluderte studiene for kvalitetsvurdering viste at epistemologisk grunnlag ofte ikke ble gjort rede for, altså hvordan informasjon fra intervjuene ble forstått (Moerman, 2012; Reeves & Mintz, 2001; Richards, 2000) (se Tabell V2 i Vedlegg). Det er særlig problematisk at analysemetode og rasjonale for dette ikke redegjøres for. Siden kvalitative studier har ulike epistemologiske posisjoner og metoder, har noen argumentert mot en syntetisering av funn (Sandelowski & Barroso, 2007). Thorne (2017) argumenterer for at metasyntese må forbli en dypt tolkningsbasert forskningstilnærming som alltid bør innebære en systematisk og kritisk sammenligning av studier, der metoder og sosial og historisk kontekst granskes. Dette for å kunne dekonstruere hvordan kunnskap utvikles og representeres (Thorne, 2017). At epistemologisk grunnlag ikke er gjort rede for kan dog skyldes plassbegrensninger fra tidsskriftet artikkelen er publisert i. Skal vi dog følge Thorne (2017) sin argumentasjon, utgjør dette en mulig svakhet ved denne metasyntesen.

Primærstudienes kvalitet er et aspekt ved vurdering av troverdigheten til funnene i denne metasyntesen. Det finnes dog ikke et enhetlig konsept om hva høy kvalitet innebærer, noe som vanskeliggjør eksklusjon basert på kvalitetsvurdering. De som er kritiske til kvalitetsvurdering som et eksklusjonskriterium, hevder at praksisen strider mot den iboende metodologiske og epistemologiske diversiteten i kvalitative studier generelt (Malterud, 2017). Dette kan potensielt bidra til en feilaktig favorisering av visse metoder. De som vurderer kvalitet påvirkes også av egne biaser og av metodisk opplæring, noe som gjør vurderingsprosessen subjektiv i seg selv (Timulak, 2009). Det er foreslått at kvalitet heller da kan anses som én av mange karakteristikk ved studiene (Sandelowski & Barroso, 2007). Jeg valgte å ikke ekskludere studier basert på kvalitetsvurdering ved bruk av CASP, og anså denne prosessen som en anledning til å undersøke de inkluderte studiene på en systematisk måte. I kvalitetsvurderingen fant jeg at fire av mine inkluderte studier ikke ga tilstrekkelig informasjon om etiske betraktninger (Levy et al., 2019; Nicholl et al., 2016; Reeves & Mintz,

2001; Richards, 2000). At slik informasjon ikke er gjort rede for betyr ikke nødvendigvis at etiske vurderinger ikke er blitt gjort, men kan være på grunn av publiseringskriterier fra tidsskriftet (f.eks. plassbegrensninger i artikkel).

Et annet aspekt ved troverdighet er om definisjonen til fenomenet som utforskes er likt i de inkluderte studiene. De inkluderte studiene brukte ulike definisjoner av selvmordsproblematikk («suicidal patients», «suicidal ideation», «suicidal clients», «suicide prevention»), slik at studiene kan ha undersøkt ulike nyanser av fenomenet. Samtlige studier undersøkte terapeuters opplevelse av arbeid med selvmordsproblematikk. Noen av deltakerne hadde også opplevd selvmord, selv om primærstudier som utelukkende undersøkte dette ble ekskludert i seleksjonsprosessen. Det kan tenkes at disse deltakernes refleksjoner rundt arbeid med selvmordsproblematikk var preget av denne erfaringen, slik at dette kan ha hatt innvirkning på deres opplevelse, og derav mine resultater. Oversettelser fra første- og andreordenskonstrukt til tredjeordenskonstrukt, som utgjør mine resultater, ble gjort fra engelsk til norsk. Dette kan ha bidratt til en større avstand mellom fenomenene slik de er forstått i primærstudiene, og mine resultater, enn hvis oversettelse hadde vært gjort ved samme språk. Dette utgjør en mulig svakhet med denne metasyntesen.

4.8 Videre forskning

Denne oppgaven belyser terapeutens bidrag og har gitt en sammenfattet og nyansert fremstilling av terapeuters opplevelse av arbeidet med selvmordsproblematikk. Det er imidlertid behov for mer forskning knyttet til hvordan man kan arbeide med selvmordsproblematikk i terapi som er til det beste for pasienten. En tilsvarende metasyntese om pasientens opplevelse av arbeid med selvmordsproblematikk i terapi kan potensielt komplementere mine funn for å gi en ytterligere forståelse av terapiprosessen.

Funnene i denne oppgaven peker mot betydningen av veiledning og eventuelt egenerapi. En studie som undersøker effekten av arbeid med følelsesmessige reaksjoner hos terapeuter som arbeider med selvmordsproblematikk på behandlingsutfall hos pasienten hadde vært nyttig for å bekrefte og eventuelt utvide mine funn. En undersøkelse av hva slags type terapeutatferd som er forbundet med selvmordsrelaterte motoverføringsreaksjoner hadde vært interessant for å forstå terapiprosessen bedre.

Et annet sentralt funn i denne oppgaven er terapeutens opplevelse av ansvaret som en byrde. Det ville vært interessant med en kvalitativ studie som undersøker særlig hvordan ansvaret oppleves når pasienten erfarer selvmordsproblematikk. En siste ting jeg savner i forskningen er en sammenheng mellom arbeid med selvmordsproblematikk og faktisk

sykefravær hos helsepersonell. Kanskje kan en kartlegging av dette fremheve kompleksiteten og hvor krevende arbeidet er for helsemyndighetene.

4.9 Konkluderende refleksjoner

Følelsesmessig aktivering i møte med en selvmordstruet pasient er normalt og nødvendig for en empatisk tilstedeværelse. Samtidig er følelsesmessig utmattelse en av de vanligste bidragsyterne til utbrenthet (McCormack et al., 2018). Denne oppgaven har hatt til hensikt å undersøke hvordan terapeuter opplever arbeidet. Jeg har vært særlig interessert i deres følelsesmessige opplevelse, hvordan de opplever interaksjonen med den selvmordstruede pasienten, samt deres opplevelse i lys av systemet de arbeider innenfor. Oppgaven har vist at terapeuter opplever sterke følelser, at de blir satt på strekk, har vansker med å stole på kontakten med pasienten, og at omstendighetene preger opplevelsen av arbeidet. Resultatene er overordnet i tråd med empiriske studier i feltet (Barzilay et al., 2018; Michaud et al., 2021; Scocco et al., 2012). Samtidig kaster resultatene lys over nyanser i terapeuters opplevelse og gir dermed en mer nyansert forståelse. Kunnskap om fenomenet selvmord og motoverføringsreaksjoner kan bidra med forståelse og gjøre terapeuten tryggere på egne reaksjoner. Funnene i denne oppgaven argumenterer for viktigheten av innsikt og at terapeuten trenger støtte for å evne å lytte til reaksjonene som oppstår, slik at terapeuten ikke overveldes. Bruk av ulike teoretiske perspektiver og begreper som motoverføring kan bidra til å forstå terapeutens reaksjoner, og det kan være viktig med en mer aktiv oppfølging av terapeuter som arbeider med pasienter med selvmordsproblematikk.

Arbeid med selvmordsproblematikk skaper vansker med å skille profesjonelt og privat selv, og terapeuten er på vei ut av følelsesmessig balanse. Her i dette grenselandet ligger et stort terapeutisk potensial. Dersom terapeuten kun sitter igjen med angst og bekymring kan informasjon om den selvmordstruede pasienten gå tapt, og dessuten medføre utbrenthet og sykefravær, og påfølgende negative konsekvenser for pasienten. Dersom det legges til rette for veiledning og støtte kan det ligge en mulig gevinst hos både terapeuten, pasienten og systemet. Terapeuten vil da kunne ha overskudd til å være empatisk overfor pasienten, som potensielt vil være endringsbevirkende og dermed selvmordsforebyggende. Kanskje kan dette øke opplevelsen av mestring i et vanskelig arbeid, samt redusere sykefraværet. Enn så lenge står ikke dette i stil med retningslinjer for forebygging av selvmord, og heller ikke i psykisk helseverns mandat, der forventningen først og fremst er at terapeuten skal behandle og forhindre.

Referanser

Referanser markert med stjerne (*) indikerer studier som er inkludert i metasyntesen.

- Alonzo, D., Moravec, C. & Kaufman, B. (2017). Individuals at Risk for Suicide. *Crisis*, 38(3), 158-167. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000427>
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J. & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65(7), 755-768. <https://doi.org/10.1002/jclp.20583>
- American Psychiatric Association. (2003). *Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors*. Psychiatryonline. https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf
- Baldwin, S. A. & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. utg., s. 258-297). Wiley & Sons, Inc.
- Baltes, P. B. & Smith, J. (1990). Toward a psychology of wisdom and its ontogenesis. I R. E. Sternberg (Red.), *Wisdom: Its origins, and development* (s. 87-120). Cambridge University Press.
- Barzilay, S., Yaseen, Z. S., Hawes, M., Gorman, B., Altman, R., Foster, A., Apter, A., Rosenfield, P. & Galynker, I. (2018). Emotional Responses to Suicidal Patients: Factor Structure, Construct, and Predictive Validity of the Therapist Response Questionnaire-Suicide Form. *Frontiers in Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00104>
- Bateman, A. W., Gunderson, J. & Mulder, R. (2015). Treatment of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 735-743. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61394-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61394-5)
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90-113. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.97.1.90>
- Bell, D. (2008). Who is killing what or whom? Some notes on the internal phenomenology of suicide. I S. Briggs, W. Crouch & A. Lemma (Red.), *Relating to Self-Harm and Suicide* (s. 45-60). Routledge.
- Benjamin, J. (2004). Beyond Doer and Done To: an Intersubjective View of Thirdness. *The Psychoanalytic Quarterly*, 73(1), 5-46. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2004.tb00151.x>

- Berg, S. H., Rørtveit, K. & Aase, K. (2017). Suicidal patients' experiences regarding their safety during psychiatric in-patient care: a systematic review of qualitative studies. *BMC Health Services Research*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2023-8>
- Berg, S. H. & Walby, F. A. (2022). Nullvisjon for selvmord. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(1), 30-35. <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2021/11/nullvisjon-selvmord>
- Berge, T. (2005). Sekundær traumatisering, vikarierende traumatisering og omsorgstretthet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42(2), 125-127. <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2005/02/sekundaer-traumatisering-vikarierende-traumatisering-og-omsorgstretthet>
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. & Wong, E. (2004). Therapist variables. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. utg., s. 227-306). Wiley & Sons, Inc.
- Calati, R. & Courtet, P. (2016). Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. *Journal of Psychiatric Research*, 79(8), 8-20. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.04.003>
- Clua-García, R., Casanova-Garrigós, G. & Moreno-Poyato, A. R. (2021). Suicide care from the nursing perspective: A meta-synthesis of qualitative studies. *Journal of Advanced Nursing*, 77(7), 2995-3007. <https://doi.org/10.1111/jan.14789>
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C. & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(4), 319-328. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4287>
- Critical Appraisal Skills Programme. (2018). *CASP Qualitative Checklist*. <https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/01/CASP-Qualitative-Checklist-2018.pdf>
- *Dundas, I., Hjeltnes, A., Schanche, E. & Stige, S. H. (2022). Does it get easier over time? Psychologists' experiences of working with suicidal patients. *Death Studies*, 46(2), 458-466. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1740831>
- Dunster-Page, C., Haddock, G., Wainwright, L. & Berry, K. (2017). The relationship between therapeutic alliance and patient's suicidal thoughts, self-harming behaviours and suicide attempts: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 223, 165-174. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.040>

- Elliott, G. M., Audsley, R. W., Runck, L., Pechek, A. A., Raet, A. d., Valdez, A. & Wilde, B. J. (2018). The Development of Self-Efficacy to Work with Suicidal Clients. *The Qualitative Report*, 23(12), 3004-3018.
<https://www.proquest.com/scholarlyjournals/development-self-efficacy-work-with-suicidal/docview/2159618031/se-2?accountid=14699>
- Evans, D. & Pearson, A. (2001). Systematic reviews of qualitative research. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 5(3), 111-119. <https://doi.org/10.1054/cein.2001.0219>
- Feldman, M. (1997). Projective identification: the analyst's involvement. *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 227-241.
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. I C. R. Figley (Red.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (s. 1-20). Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. & Kleber, R. J. (1995). Beyond the "victim": Secondary traumatic stress. In R. J. Kleber, C. R. Figley, & B. P. R. Gersons (Red.), *Beyond trauma: Cultural and societal dynamics* (s. 75-98). Plenum.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340.
<https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Folkehelseinstituttet. (2021a, 10. juni). *Dødsårsaksregisteret - statistikkbank*. Hentet 26. mars 2022 fra <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- Folkehelseinstituttet. (2021b, 10. juni). *Selv mord i Norge*. Hentet 31. januar 2022 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/selv-mord-i-norge/>
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P. & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187-232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- Gabbard, G. O. (2001). A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *Journal of Clinical Psychology*, 57(8), 983-991. <https://doi.org/10.1002/jclp.1065>
- Gabbard, G. O. (2003). Miscarriages of psychoanalytic treatment with suicidal patients. *The International Journal of Psychoanalysis*, 84(2), 249-261.
<https://doi.org/10.1516/WEDV-CUFA-9T91-ELDY>
- Gabbard, G. O. (2010). Identifying and Working With Countertransference. I G. O. Gabbard (Red.), *Long-term psychodynamic psychotherapy: A Basic text* (2. utg., s. 149-168). American Psychiatric Pub.

- Gallo, L. L., Rausch, M. A., Beck, M. J. & Porchia, S. (2021). Elementary School Counselors' Experiences with Suicidal Students. *Journal of Child and Adolescent Counseling*, 7(1), 26-41. <https://doi.org/10.1080/23727810.2020.1835419>
- Gelso, C. J. & Carter, J. A. (1985). The Relationship in Counseling and Psychotherapy: Components, Consequences, and Theoretical Antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13(2), 155-243. <https://doi.org/10.1177/0011000085132001>
- Goldblatt, M. J. (2008). Hostility and suicide: the experience of aggression from within and without. I S. Briggs, A. Lemma & W. Crouch (Red.), *Relating to Self-Harm and Suicide* (s. 95-108). Routledge.
- Greenberg, L. S., Elliott, R., Watson, J. C. & Bohart, A. C. (2001). Empathy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 380-384. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.380>
- Gullestad, S. E. & Killingmo, B. (2019). *Underteksten* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- *Hagen, J., Hjelmeland, H. & Knizek, B. L. (2017a). Connecting with suicidal patients in psychiatric wards: Therapist challenges. *Death Studies*, 41(6), 360-367. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1284955>
- *Hagen, J., Hjelmeland, H. & Knizek, B. L. (2017b). Relational Principles in the Care of Suicidal Inpatients: Experiences of Therapists and Mental Health Nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(2), 99-106. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1246631>
- Hayes, J. A., Gelso, C. J. & Hummel, A. M. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy*, 48(1), 88-97. <https://doi.org/10.1037/a0022182>
- Heavy, T. (2017). *A qualitative exploration of how risk is conceptualised and worked with in mental health services* [Doktorgradsavhandling, Lancaster University].
- Heimann, P. (1950). On Counter-Transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84.
- Helsedirektoratet. (2021). *Befolkningsundersøkelse - forebygging av selvmord - 2021*. Hentet 12. april 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/selvskading-og-selvmord>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020, 10. september). *Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025*. Hentet 12. april 2022 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/ef9cc6bd2e0842bf9ac722459503f44c/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-2020-2025.pdf>
- Janackovski, A., Deane, F. P. & Hains, A. (2021). Psychotherapy and youth suicide prevention: An interpretative phenomenological analysis of specialist clinicians'

- experiences. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(4), 828-843.
<https://doi.org/10.1002/cpp.2536>
- Jenkins, S. R. & Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of Traumatic Stress*, 15(5), 423-432.
<https://doi.org/10.1023/A:1020193526843>
- Jessen, R. S., Haraldsen, I. R. H. & Stänicke, E. (2021). Navigating in the dark: Meta-synthesis of subjective experiences of gender dysphoria amongst transgender and gender non-conforming youth. *Social Science & Medicine*, 281.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114094>
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Kongerslev, M. T., Chanen, A. M. & Simonsen, E. (2015). Personality Disorder in Childhood and Adolescence comes of Age: a Review of the Current Evidence and Prospects for Future Research. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 3(1), 31-48. <https://tidsskrift.dk/sjcapp/article/view/20828>
- Lachal, J., Orri, M., Sibeoni, J., Moro, M. R. & Revah-Levy, A. (2015). Metasynthesis of Youth Suicidal Behaviours: Perspectives of Youth, Parents, and Health Care Professionals. *PLOS ONE*, 10(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127359>
- Larsen, K. & Teigen, K. H. (2015). Hvorfor misforstås forskning om selvmord? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52(7), 606-612.
<https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2015/07/hvorfor-misforstas-forskning-om-selv-mord>
- Levi-Belz, Y., Barzilay, S., Levy, D. & David, O. (2020). To Treat or Not to Treat: The Effect of Hypothetical Patients' Suicidal Severity on Therapists' Willingness to Treat. *Archives of Suicide Research*, 24(3), 355-366.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1632233>
- Levitt, H. M. (2018). How to conduct a qualitative meta-analysis: Tailoring methods to enhance methodological integrity. *Psychotherapy Research*, 28(3), 367-378.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1447708>
- Levitt, H. M., Motulsky, S. L., Wertz, F. J., Morrow, S. L. & Ponterotto, J. G. (2017a). Recommendations for designing and reviewing qualitative research in psychology: Promoting methodological integrity. *Qualitative Psychology*, 4(1), 2-22.
<https://doi.org/10.1037/qup0000082>
- Levitt, H. M., Pomerville, A., Surace, F. I. & Grabowski, L. M. (2017b). Metamethod study of qualitative psychotherapy research on clients' experiences: Review and

- recommendations. *Journal of Counseling Psychology*, 64(6), 626-644.
<https://doi.org/10.1037/cou0000222>
- Levkovich, I. & Vigdor, I. (2021). How school counsellors cope with suicide attempts among adolescents – A qualitative study in Israel. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 31(1), 63-75. <https://doi.org/10.1017/jgc.2020.14>
- *Levy, R. L., Koehler, A. N. & Hunt, Q. A. (2019). A Phenomenological Investigation of Therapists' Experiences When Working with Suicide. *Journal of Feminist Family Therapy*, 31(4), 147-164. <https://doi.org/10.1080/08952833.2019.1603922>
- Macdonald, J. & Mellor-Clark, J. (2015). Correcting Psychotherapists' Blindsidedness: Formal Feedback as a Means of Overcoming the Natural Limitations of Therapists. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(3), 249-257.
<https://doi.org/10.1002/cpp.1887>
- Magnusson, E. & Marecek, J. (2015). *Doing interview-based qualitative research: a learner's guide*. Cambridge University Press.
- Malik, S., Gunn, S. & Robertson, N. (2021). The Impact Of Patient Suicide on Doctors and Nurses: A Critical Interpretive Meta-Synthesis. *Archives of Suicide Research*, 1-20.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1885533>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Maltsberger, J. T. (2004). The descent into suicide. *The International Journal of Psychoanalysis*, 85(3), 653-668. <https://doi.org/10.1516/3C96-URET-TLWX-6LWU>
- Maltsberger, J. T. & Buie, D. H. (1974). Countertransference Hate in the Treatment of Suicidal Patients. *Archives of General Psychiatry*, 30(5), 625-633.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1974.01760110049005>
- McCormack, H. M., MacIntyre, T. E., O'Shea, D., Herring, M. P. & Campbell, M. J. (2018). The Prevalence and Cause(s) of Burnout Among Applied Psychologists: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01897>
- Menninger, K. (1966). *Man against himself*. Harcourt Brace Jovanovich.
- Michaud, L., Greenway, K. T., Corbeil, S., Bourquin, C. & Richard-Devantoy, S. (2021). Countertransference towards suicidal patients: a systematic review. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01424-0>
- Mitchell, S. A. & Black, M. J. (2016). *Freud and beyond: A history of modern psychoanalytic thought*. Basic Books.

- *Moerman, M. (2012). Working with suicidal clients: The person-centred counsellor's experience and understanding of risk assessment. *Counselling and Psychotherapy Research*, 12(3), 214-223. <https://doi.org/10.1080/14733145.2011.628031>
- *Moore, H. & Donohue, G. (2016). The impact of suicide prevention on experienced Irish clinicians. *Counselling and Psychotherapy Research*, 16(1), 24-34. <https://doi.org/10.1002/capr.12060>
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 250-260. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.250>
- *Nicholl, E., Loewenthal, D. & Gaitanidis, A. (2016). "What meaning does somebody's death have, what meaning does somebody's life have?" Psychotherapists' stories of their work with suicidal clients. *British Journal of Guidance & Counselling*, 44(5), 598-611. <https://doi.org/10.1080/03069885.2015.1089430>
- Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C. & Monsen, J. T. (2017). Love Yourself as a Person, Doubt Yourself as a Therapist? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 48-60. <https://doi.org/10.1002/cpp.1977>
- Noblit, G. W. & Hare, R. D. (1988). *Meta-ethnography: Synthesizing Qualitative Studies*. Sage Publications, Inc.
- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. I B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Red.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (s. 113-141). American Psychological Association. <https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1037/12075-004>
- Noyce, R. & Simpson, J. (2018) The experience of forming a therapeutic relationship from the client's perspective: A metasynthesis. *Psychotherapy Research*, 28(2), 281-296. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1208373>
- O'Connor, R. C., Platt, S. & Gordon, J. (2011). Achievements and Challenges in Suicidology: Conclusions and Future Directions. I R. C. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (Red.), *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice* (s. 625-642). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119998556.ch36>
- Oddli, H. W. & Rønnestad, M. H. (2012). How experienced therapists introduce the technical aspects in the initial alliance formation: Powerful decision makers supporting clients' agency. *Psychotherapy Research*, 22(2), 176-193. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.633280>

- Orbach, I. (2001). Therapeutic empathy with the suicidal wish: Principles of therapy with suicidal individuals. *American Journal of Psychotherapy*, 55(2), 166-184.
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2001.55.2.166>
- Paquin, J. D., Tao, K. W. & Budge, S. L. (2019). Toward a psychotherapy science for all: Conducting ethical and socially just research. *Psychotherapy*, 56(4), 491-502.
<https://doi.org/10.1037/pst0000271>
- Paris, J. (2007). *Half in love with death: managing the chronically suicidal patient*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. W. W. Norton.
- *Podlogar, T., Poštuvan, V., De Leo, D. & Žvelc, G. (2020). The model of dynamic balance in therapists' experiences and views on working with suicidal clients: A qualitative study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(6), 977-987.
<https://doi.org/10.1002/cpp.2484>
- *Popadiuk, N., Young, R. & Valach, L. (2008). Clinician Perspectives of the Therapeutic Use of the Self-confrontation Procedure with Suicidal Clients. *Journal of Mental Health Counseling*, 30(1), 14-30. <https://doi.org/10.17744/mehc.30.1.h37181171u4986n0>
- Racker, H. (2007). The meanings and uses of countertransference. *The Psychoanalytic Quarterly*, LXXVI(3), 725-777. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2007.tb00277.x>
- Rasmussen, M. L. (2020). Nye perspektiv på selvmordsforebygging. *Tidsskriftet den Norske Legeforening*, 13. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0708>
- *Reeves, A. & Mintz, R. (2001). Counsellors' experiences of working with suicidal clients: An exploratory study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 1(3), 172-176.
<https://doi.org/10.1080/14733140112331385030>
- Retterstøl, N., Ekeberg, Ø. & Mehlum, L. (2002). *Selv mord: Et personlig og samfunnsmessig problem*. Gyldendal Akademisk.
- *Richards, B. M. (2000). Impact upon therapy and the therapist when working with suicidal patients: Some transference and countertransference aspects. *British Journal of Guidance & Counselling*, 28(3), 325-337.
<https://doi.org/10.1080/03069880050118975>
- *Rossouw, G., Smythe, E. & Greener, P. (2011). Therapists' Experience of Working with Suicidal Clients. *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*, 11(1), 1-12.
<https://doi.org/10.2989/IPJP.2011.11.1.4.1103>

- Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(4), 444-454.
<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2008/04/evidensbasert-praksis-i-psykologi>
- Sandelowski, M. & Barroso, J. (2007). *Handbook for Synthesizing Qualitative Research*. Springer Publishing Company.
- Scocco, P., Toffol, E., Pilotto, E. & Pertile, R. (2012). Psychiatrists' Emotional Reactions to Patient Suicidal Behavior. *Journal of Psychiatric Practice*, 18(2), 94-108.
<https://doi.org/10.1097/01.pra.0000413275.09305.d5>
- *Scupham, S. & Goss, S. P. (2020). Working with suicidal clients: Psychotherapists and allied professionals speak about their experiences. *Counselling and Psychotherapy Research*, 20(3), 525-534. <https://doi.org/10.1002/capr.12288>
- Seager, M. (2008). Psychological safety: a missing concept in suicide risk prevention. I S. Briggs, A. Lemma & W. Crouch (Red.), *Relating to Self-harm and Suicide* (s. 210-223). Routledge.
- Shneidman, E. S. (1993). Commentary: Suicide as Psychache. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(3), 145-147.
<https://doi.org/10.1097/00005053-199303000-00001>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2008, januar). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Hentet 21. april 2022 fra
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/selvskading-og-selvmord>
- *Soulié, T., Levack, W., Jenkin, G., Collings, S. & Bell, E. (2022). Learning from clinicians' positive inclination to suicidal patients: A grounded theory model. *Death Studies*, 46(2), 485-494. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1744201>
- Stige, S. H., Dundas, I., Schanche, E. & Hjeltnes, A. (2019). What kind of interpersonal situations do Norwegian psychologists experience most frequently and most difficult? *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 56(8), 573-590.
<https://doi.org/10.52734/P3K74Wu9>
- Stiles, W. B. (1993). Quality control in qualitative research. *Clinical Psychology Review*, 13(6), 593-618. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(93\)90048-Q](https://doi.org/10.1016/0272-7358(93)90048-Q)
- Stänicke, L. I. (2012). Relasjonelle utfordringer i en ungdomsterapi - sett i lys av noen psykodynamiske grunnbegreper. *Mellanrummet - Nordisk tidsskrift för barn- och ungdomspsykoterapi*, 26, 22-35. <https://www.mellanrummet.net/nr26-2012/Artikel-Relasjonelle-utfordringer.pdf>

- Stänicke, L. I. (2018). Selvmord og vurdering av selvmordsrisiko. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd & E. Stänicke (Red.), *Psykiatriboken* (2. utg., s. 380-395). Gyldendal Akademisk.
- Stänicke, L. I. (2020). Behandling av selvskaade - hva virker, og hva virker ikke? *Suicidologi* 25(3), 16-27. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.8531>
- Stänicke, L. I., Haavind, H. & Gullestad, S. E. (2018). How Do Young People Understand Their Own Self-Harm? A Meta-synthesis of Adolescents' Subjective Experience of Self-Harm. *Adolescent Research Review*, 3(2), 173-191. <https://doi.org/10.1007/s40894-018-0080-9>
- Thorne, S. (2017). Metasynthetic Madness: What Kind of Monster Have We Created? *Qualitative Health Research*, 27(1), 3-12. <https://doi.org/10.1177/1049732316679370>
- Thorne, S., Jensen, L., Kearney, M. H., Noblit, G. & Sandelowski, M. (2004). Qualitative Metasynthesis: Reflections on Methodological Orientation and Ideological Agenda. *Qualitative Health Research*, 14(10), 1342-1365. <https://doi.org/10.1177/1049732304269888>
- Thorvik, A. (2005a). Suicidets etikk. I H. Herrestad & L. Mehlum (Red.), *Utholdelige liv* (1. utg., s. 207-226). Gyldendal Norsk Forlag.
- Thorvik, A. (2005b). Å drepe, bli drept og dø. I H. Herrestad & L. Mehlum (Red.), *Utholdelige liv* (1. utg., s. 60-75). Gyldendal Norsk Forlag.
- Timulak, L. (2009). Meta-analysis of qualitative studies: A tool for reviewing qualitative research findings in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 591-600. <https://doi.org/10.1080/10503300802477989>
- von der Lippe, A. L., Monsen, J. T., Rønnestad, M. H. & Eilertsen, D. E. (2008). Treatment failure in psychotherapy: The pull of hostility. *Psychotherapy Research*, 18(4), 420-432. <https://doi.org/10.1080/10503300701810793>
- Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work* (2. utg.). Routledge. <https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.4324/9780203582015>
- Weishaar, M. E. (1996). Cognitive Risk Factors in Suicide. I P. M. Salkovskis (Red.), *Frontiers of Cognitive Therapy* (s. 226-250). Guilford Press.
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology* (3. utg.). McGraw Hill Open University Press.

- Wilson, H. M. N., Davies, J. S. & Weatherhead, S. (2016). Trainee Therapists' Experiences of Supervision During Training: A Meta-synthesis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(4), 340-351. <https://doi.org/10.1002/cpp.1957>
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. Tavistock.
- Winter, D., Bradshaw, S., Bunn, F. & Wellsted, D. (2014). A systematic review of the literature on counselling and psychotherapy for the prevention of suicide: 2. Qualitative studies. *Counselling and Psychotherapy Research*, 14(1), 64-79. <https://doi.org/10.1080/14733145.2012.737004>
- Yalom, I. D. (2011). *Eksistensiell psykoterapi* (M. Solli, Overs.). Arneberg. (Opprinnelig utgitt 1980).
- Zachrisson, A. (2008). Motoverføring og endringer i synet på den psykoanalytiske relasjonen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(8), 939-948. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2008/08/motoverforing-og-endringer-i-synet-pa-den-psykoanalytiske-relasjonen>
- Østlie, K. (2018). *Listening to suicidal patients in psychotherapy: how therapeutic relationships may expand patients' prospects for living their lives* [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo].
- Østlie, K. (2019). Om skyld og ansvar i terapi når pasienten er i selvmordsfare. I E. Stänicke, H. Strømme, S. Kristiansen & L. I. Stänicke (Red.), *Klinisk tenkning og psykoanalyse* (1. utg., s. 89-106). Gyldendal Norsk Forlag.
- *Østlie, K., Stänicke, E. & Haavind, H. (2018). A listening perspective in psychotherapy with suicidal patients: Establishing convergence in therapists and patients private theories on suicidality and cure. *Psychotherapy Research*, 28(1), 150-163. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1174347>

Vedlegg

Tabell V1

Eksempel på søkestreng fra databasene Embase, Medline og Psycinfo (Ovid)

Date of search: 2021-07-09
Embase Classic+Embase <1947 to 2021 July 08>, Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to July 08, 2021>, APA PsycInfo <1806 to July Week 1 2021>
Number of retrieved references: EMBASE 240, Medline 163, Psycinfo 631

1	(therapist? or psychotherapist? or counselor?).tw,kf,kw.	272612
2	(Psychotherapists/ or Counselors/) use medall	437
3	(therapists/ or psychotherapists/ or counselors/) use psych	27978
4	counselor/ use emczd	2828
5	or/1-4	275401
6	(suicid* or self killing?).tw,kw,kf.	264864
7	(suicide/ or attempted suicide/ or suicidality/) use psyh	36568
8	exp suicide/ use medall	66573
9	(suicide/ or suicidal behavior/) use emczd	75890
10	or/6-9	301468
11	(exp Qualitative Methods/ or exp Interviews/ or Narrative Analysis/) use psyh	32477
12	(exp Qualitative Research/ or exp Grounded Theory/ or exp Interviews as Topic/ or exp Interview, Psychological/ or Focus Groups/ or exp Anecdotes as Topic/ or exp Personal narratives as topic/ or exp Narration/) use medall	162224
13	(qualitative research/ or grounded theory/ or interview/) use emczd	294570
14	(qualitative* or "grounded theor*" or interview* or "focus group*" or anecdote* or narrative* or ethnograph* or phenomenol* or "discourse analys*" or "thematic analys*" or (case adj3 stud*)).tw,kw,kf.	2769468
15	or/11-14	2838376
16	5 and 10 and 15 Embase 240 Medline 163 PsycInfo 631	1034
17	remove duplicates from 16	783

Merk: psyh= search in PsycInfo, medall=search in Medline, emczd=search in Embase. / = subject heading, tw = title, abstract, kw = author supplied keywords in Embase, kf = author supplied keywords in Medline, ADJn = word distance of maximum n words.

Tabell V2

Studier inkludert i metasyntesen

Forfatter (årstall)	Tittel
Dundas, Hjeltnes, Schanche & Stige (2022)	Does it get easier over time? Psychologists' experiences of working with suicidal patients
Hagen, Hjelmeland & Knizek (2017a)	Connecting with suicidal patients in psychiatric wards: Therapist challenges
Hagen, Hjelmeland & Knizek (2017b)	Relational Principles in the Care of Suicidal Inpatients: Experiences of Therapists and Mental Health Nurses
Levy, Koehler & Hunt (2019)	A Phenomenological Investigation of Therapists' Experiences When Working with Suicide
Moerman (2012)	Working with suicidal clients: The person-centred counsellor's experience and understanding of risk assessment
Moore & Donohue (2016)	The impact of suicide prevention on experienced Irish clinicians
Nicholl, Loewenthal & Gaitanidis (2016)	"What meaning does somebody's death have, what meaning does somebody's life have?" Psychotherapists' stories of their work with suicidal clients
Podlogar, Poštuvan, De Leo & Žvelc (2020)	The model of dynamic balance in therapists' experiences and views on working with suicidal clients: A qualitative study
Popadiuk, Young & Valach (2008)	Clinician Perspectives of the Therapeutic Use of the Self-confrontation Procedure with Suicidal Clients
Reeves & Mintz (2001)	Counsellors' experiences of working with suicidal clients: an exploratory study
Richards (2000)	Impact upon therapy and the therapist when working with suicidal patients: Some transference and countertransference aspects
Rossouw, Smythe & Greener (2011)	Therapists' Experience of Working with Suicidal Clients
Scupham & Goss (2020)	Working with suicidal clients: Psychotherapists and allied professionals speak about their experiences
Soulié, Levack, Jenkin, Collings & Bell (2022)	Learning from clinicians' positive inclination to suicidal patients: A grounded theory model
Østlie, Stänicke & Haavind (2018)	A listening perspective in psychotherapy with suicidal patients: Establishing convergence in therapists and patients private theories on suicidality and cure

Tabell V3*Kvalitetsvurdering*

Author and year	Research design	Sampling	Data collection	Relationship between researcher and participant	Ethical issues	Data analysis	Findings	Value of research
Dundas, Hjeltnes, Schanche & Stige (2022)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hagen, Hjelmeland & Knizek (2017a)	✓	✓	✓	–	✓	✓	✓	✓
Hagen, Hjelmeland & Knizek (2017b)	✓	✓	✓	–	✓	✓	✓	✓
Levy, Koehler & Hunt (2019)	✓	✓	✓	–	–	✓	✓	✓
Moerman (2012)	✓	✓	✓	Partially	✓	Partially	Partially	✓
Moore & Donohue (2016)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Partially	✓
Nicholl, Loewenthal & Gaitanidis (2016)	✓	✓	✓	✓	–	✓	✓	✓
Podlogar, Poštuvan, De Leo & Žvelc (2020)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Author and year	Research design	Sampling	Data collection	Relationship between researcher and participant	Ethical issues	Data analysis	Findings	Value of research
Popadiuk, Young & Valach (2008)	✓	✓	✓	–	✓	✓	✓	✓
Reeves & Mintz (2001)	✓	Partially	Partially	–	–	Partially	Partially	✓
Richards (2000)	✓	✓	Partially	–	–	Partially	Partially	✓
Rossouw, Smythe & Greener (2011)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Partially	✓
Scupham & Goss (2020)	✓	✓	✓	–	✓	✓	✓	✓
Soulié, Levack, Jenkin, Collings & Bell (2022)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Østlie, Stänicke & Haavind (2018)	✓	✓	✓	Partially	✓	✓	✓	✓

Merk: Kvalitetsvurderingen er gjort med sjekklisten Critical Appraisal Skills Program (CASP). Overskriftene er basert på Noyce og Simpsons (2018) tabell for kvalitetsvurdering. Symbolet «✓» viser til tilfredsstillende informasjon, symbolet «–» viser til at informasjonen ikke foreligger, «Partially» viser til delvis tilfredsstillende informasjon. I kombinasjonsstudier ble kun informasjon om kvalitativ metode undersøkt.

Tabell V4*Karakteristikker ved de inkluderte studiene*

Forfatter (år)	Tittel	Land	Deltakere, studiesetting	Utvalgsstørrelse (n), kjønn	Datainnsamling	Forskningsdesign og analyse	Begrep
Dundas, Hjeltnes, Scanche & Stige (2022)	Does it get easier over time? Psychologists' experiences of working with suicidal patients	Norge	Formidling via e-post til et representativt utvalg autoriserte kliniske psykologer.	n = 40 Kjønn ikke oppgitt i kvalitative data.	Nettbasert spørreundersøkelse, med ett «open ended item»	Både kvantitativ og kvalitativ metodologi Tematisk analyse av kvalitative data	Suicidal patients
Hagen, Hjelmeland & Knizek (2017a)	Connecting with suicidal patients in psychiatric wards: Therapist challenges	Norge	Psykiatere og psykologer ansatt ved psykiatriske sengeposter.	n = 8 3 kvinner 5 menn	Semistrukturerte intervjuer	Kvalitativ metode Tematisk analyse	Suicidal patients
Hagen, Hjelmeland & Knizek (2017b)	Relational Principles in the Care of Suicidal Inpatients: Experiences of Therapists and Mental Health Nurses	Norge	Psykiatere, psykologer og psykiatriske sykepleiere ansatt ved psykiatriske sengeposter.	n = 16 10 kvinner 6 menn	Semistrukturerte intervjuer, inkludert feltnotater	Kvalitativ metode Systematisk tekstkondensering	Suicidal patients
Levy, Koehler & Hunt (2019)	A Phenomenological Investigation of Therapists' Experiences When Working with Suicide	USA	Autorisert psykiatrisk helsepersonell. Offentlig og privat psykisk helsevern.	n = 9 5 kvinner 4 menn	Semistrukturerte intervjuer	Kvalitativ metode Fenomenologisk refleksjon med tematisk koding	Suicidal ideation
Moerman (2012)	Working with suicidal clients: The person-centred counsellor's experience and understanding of risk assessment	Storbritannia	Klientsentrerte terapeuter. Privat praksis, frivillig sektor, helsetjenester og akademiske settinger.	n = 7 5 kvinner 2 menn	Semistrukturerte intervjuer	Kvalitativ metode Tematisk analyse	Suicidal clients

Forfatter (år)	Tittel	Land	Deltakere, studiesetting	Utvalgsstørrelse (n), kjønn	Datainnsamling	Forskningsdesign og analyse	Begrep
Moore & Donohue (2016)	The impact of suicide prevention on experienced Irish clinicians	Irland	Autoriserte terapeuter. Selvmordsforebygging.	n = 7 5 kvinner 2 menn	«In-depth, open-ended» semistrukturerte intervjuer med feltnotater	Kvalitativ metode, narrativ tilnærming «Interpretative phenomenological analysis» (IPA)	Suicide prevention
Nicholl, Loewenthal & Gaitanidis (2016)	“What meaning does somebody’s death have, what meaning does somebody’s life have?” Psychotherapists’ stories of their work with suicidal clients	Storbritannia	Autoriserte psykoterapeuter, privat praksis.	n = 5 2 kvinner 3 menn	Åpent intervju	Kvalitativ metode Narrativ analyse,	Suicidal clients
Podlogar, Poštuvan, De Leo & Žvelc (2020)	The model of dynamic balance in therapists’ experiences and views on working with suicidal clients: A qualitative study	Slovenia	Terapeuter. Privat praksis og offentlige institusjoner.	n = 11 7 kvinner 4 menn	Semistrukturerte intervjuer	Kvalitativ metode «Grounded theory»	Suicidal clients
Popadiuk, Young & Valach (2008)	Clinician Perspectives of the Therapeutic Use of the Self-confrontation Procedure with Suicidal Clients	Canada	Terapeuter med ulik utdanningsbakgrunn. Terapi-/mental helsekontekst.	n = 8 3 kvinner 5 menn	Fokusgruppe etterfulgt av individuelle semistrukturerte intervjuer	Kvalitativ metode Tematisk analyse	Suicidal clients
Reeves & Mintz (2001)	Counsellors’ experiences of working with suicidal clients: an exploratory study	Storbritannia	Terapeuter. Psykisk helsevern frivillig, offentlig og privat.	n = 4 4 kvinner	Semistrukturerte intervjuer	Kvalitativ metode/ «exploratory study» «The constant comparative method of qualitative analysis»	Suicidal clients
Richards (2000)	Impact upon therapy and the therapist when working with suicidal patients: Some transference and countertransference aspects	Storbritannia	Terapeuter. Ingen ytterligere informasjon.	n = 5 Kjønn ikke oppgitt	Semistrukturerte intervjuer	Både kvantitativ og kvalitativ metode Innholdsanalyse	Suicidal patients

Forfatter (år)	Tittel	Land	Deltakere, studiesetting	Utvalgsstørrelse (n), kjønn	Datainnsamling	Forskningsdesign og analyse	Begrep
Rossouw, Smythe & Greener (2011)	Therapists' Experience of Working with Suicidal Clients	New Zealand	Psykologer, psykiatriske sykepleiere, psykiatere. Offentlig psykisk helsevern.	n = 13 6 kvinner 7 menn	Semistrukturerte intervjuer	Kvalitativ metode Hermeneutisk-fenomenologisk metode «Interpretive phenomenological analysis»	Suicidal clients
Scupham & Goss (2020)	Working with suicidal clients: Psychotherapists and allied professionals speak about their experiences	Storbritannia	Psykiatere, psykologer og psykiatriske sykepleiere, psykiatere, sykepleiere, psykologer, psykisk helsearbeidere, russpesialister og sosionomer.	n = 110 90 kvinner 20 menn	Spørreskjemaundersøkelse formidlet via tidsskrifter og e-post, med åpne og lukkede spørsmål.	Både kvantitativ og kvalitativ metode, narrativ tilnærming Tematisk analyse	Suicidal clients
Soulié, Levack, Jenkin, Collings & Bell (2022)	Learning from clinicians' positive inclination to suicidal patients: A grounded theory model	Canada	Psykiatere, psykologer og psykiatriske sykepleiere. Arbeidskontekst ikke oppgitt.	n = 12 10 kvinner 2 menn	Semistrukturerte intervjuer kombinert med en konversasjonsstil med oppfordring til fri assosiasjon.	Kvalitativ metode Konstruktivistisk tilnærming til «grounded theory»	Suicidal patients «People at risk of suicide»
Østlie, Stänicke & Haavind (2018)	A listening perspective in psychotherapy with suicidal patients: Establishing convergence in therapists and patients private theories on suicidality and cure	Norge	Kliniske psykologer og psykiatere. Offentlig psykisk helsevern.	n = 19 Kjønn ikke oppgitt	Semistrukturerte intervjuer, «explorative dialogue».	Longitudinell naturalistisk studie, kvalitativ metode «In-depth analysis»	Suicidal patients

Tabell V5

Metatemaer, temaer, subtemaer, antall studier, antall meningsenheter og referanser.

Metatemaer	Temaer	Subtemaer	Antall studier	Antall meningsenheter	Referanser
Første metatema: Et utfordrende arbeid – fra desperasjon til mestring	1.1 Sterke følelser	1.1.1 Frykt 1.1.2 Hjelpeløshet 1.1.3 Sinne, avsky og skyld 1.1.4 Håp og tilfredshet	11	24	Dundas et al. (2022); Levy et al. (2019); Moerman (2012); Moore & Donohue (2016); Nicholl et al. (2016); Podlogar et al. (2020); Popadiuk et al. (2008); Reeves & Mintz (2001); Richards (2000); Scupham & Goss (2020); Soulié et al. (2022)
	1.2 Å bli satt på strekk	1.2.1 Betydningen av grensesetting og egenomsorg 1.2.2 Vanskelig å skille profesjonelt selv fra privat selv 1.2.3 Følelsemessig inntoning og empati i møte med hjelpeløshet	7	14	Dundas et al. (2022); Levy et al. (2019); Moore & Donohue (2016); Richards (2000); Scupham & Goss (2020); Soulié et al. (2022); Østlie et al. (2018)
Andre metatema: Terapeutens ansvar – etikken settes på strekk	2.1 Et etisk utfordrende arbeid	2.1.1 Vanskelig å akseptere dødsønsket 2.1.2 Arbeidet kan oppleves som et privilegium	7	9	Dundas et al. (2022); Moerman (2012); Moore & Donohue (2016); Nicholl et al. (2016); Podlogar et al. (2020); Rossouw et al. (2011); Scupham & Goss (2020)
	2.2 Vanskelig å balansere ansvar og pasientens autonomi	2.2.1 Når pasienten ikke tar eierskap 2.2.2 Ansvar som en byrde 2.2.3 Bevissthet rundt ansvaret 2.2.4 Tynges av skyldspørsmål	14	25	Dundas et al. (2022); Hagen et al. (2017a); Hagen et al. (2017b); Levy et al. (2019); Moerman (2012); Moore & Donohue (2016); Nicholl et al. (2016); Podlogar et al. (2020); Popadiuk et al. (2008); Reeves & Mintz (2001); Richards (2000); Rossouw et al. (2011); Scupham & Goss (2020); Østlie et al. (2018)
Tredje metatema: Relasjonens betydning – interaksjonen er sårbar	3.1 Selvmordsproblematikken overskygger andre viktige terapitemaer	3.1.1 Å adressere selvmordstemaet gir trygghet 3.1.2 Selvmordstemaet oppleves ikke relevant	13	22	Dundas et al. (2022); Hagen et al. (2017a); Hagen et al. (2017b); Levy et al. (2019); Moerman (2012); Nicholl et al. (2016); Podlogar et al. (2020); Popadiuk et al. (2008); Reeves & Mintz (2001); Richards (2000); Rossouw et al. (2011); Soulié et al. (2022); Østlie et al. (2018)
	3.2 Relasjonen har potensiale for vekst, men er vanskelig å stole på	3.2.1 Relasjonen beskytter 3.2.2 Relasjonen gir ingen garanti	5	9	Hagen et al. (2017b); Moerman (2012); Podlogar et al. (2020); Richards (2000); Soulié et al. (2022)

Metatemaer	Temaer	Subtemaer	Antall studier	Antall meningsenheter	Referanser
Fjerde metatema: Viktig å ta grep – omstendigheter preger opplevelsen av arbeidet	4.1 Terapeutens behov for støttende relasjoner	4.1.1 Støtte og veiledning 4.1.2 Å rette blikket innover	8	17	Levy et al. (2019); Moerman (2012); Nicholl et al. (2016); Podlogar et al. (2020); Reeves & Mintz (2001); Richards (2000); Scupham & Goss (2020); Soulié et al. (2022)
	4.2 Rammer i psykisk helsevern	4.2.1 Dårlig kapasitet i hjelpetjenesten 4.2.2 Tvil om egen kompetanse 4.2.3 Konflikt mellom egen intuisjon og forventninger fra arbeidsplassen	8	11	Hagen et al. (2017a); Levy et al. (2019); Moore & Donohue (2016); Nicholl et al. (2016); Podlogar et al. (2020); Popadiuk et al. (2008); Reeves & Mintz (2001); Scupham & Goss (2020)

Merk: Tabellen presenterer antall studier og antall meningsenheter som bidrar til hvert tema. Referanser angir artikkelforfattere og årstall på temanivå.

Figur V1

Eksempel på utfylt CASP-skjema



CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a **Qualitative** research

How to use this appraisal tool: Three broad issues need to be considered when appraising a qualitative study:

- ▶ Are the results of the study valid? (Section A)
- ▶ What are the results? (Section B)
- ▶ Will the results help locally? (Section C)

The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

About: These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA ‘Users’ guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

Referencing: we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Qualitative) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> www.casp-uk.net

Paper for appraisal and reference: **Moerman (2012)**

Section A: Are the results valid?

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider
 • what was the goal of the research
 • why it was thought important
 • its relevance

Comments: **There is a clear aim. The researcher argues for the goal - informative for practice and beneficial to practitioners' personal and professional development. The researcher is pointing to empirical evidence when arguing about relevance.**

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider
 • if the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
 • is qualitative research the right methodology for addressing the research goal

Comments: **Qualitative methodology is appropriate. Research seeks to capture participants' own values and beliefs and the dilemma this may present for them (subjective experiences).**

Is it worth continuing?

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider
 • if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)

Comments: **The research design is justified. The researcher have not explicitly discussed why the method was chosen, but the procedure is well described.**

2

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider
 • if the researcher has explained how the participants were selected
 • if they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
 • if there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Comments: **The researcher explain how participants were recruited - through researcher's professional network. "Purposively" selection, participants were experienced in working with suicidal clients.**

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider
 • if the setting for the data collection was justified
 • if it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
 • if the researcher has justified the methods chosen
 • if the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)
 • if methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why
 • if the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)
 • if the researcher has discussed saturation of data

Comments: **Well described procedure, researcher used semi-structured interviews. Voice recorder used to record interviews, as well as a debriefing measure to give participants the opportunity to reflect on self and add new areas of awareness to their knowledge. Interviews transcribed and anonymised.**

3

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider
 • if the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location
 • How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Comments: **Participants recruited through the researcher's professional network. Reflexive statement of own role as a person-centred counsellor.**

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider
 • if there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
 • if the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
 • if approval has been sought from the ethics committee

Comments: **Ethical approval granted by university ethics committee. Participants were given information on confidentiality issues and the rights to withdraw from the study, and that the research was conducted with university ethical approval.**

4

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider
 • if there is an in-depth description of the analysis process
 • if thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data
 • Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
 • if sufficient data are presented to support the findings
 • To what extent contradictory data are taken into account
 • Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Comments: **Thematic analysis. Method described, analysis process lacked detail. Reflexive statement on own experience that could influence results.**

9. Is there a clear statement of findings?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether
 • if the findings are explicit
 • if there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
 • if the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
 • if the findings are discussed in relation to the original research question

Comments: **Results presented explicitly in tables and text, using participants quotes (transparency). Adequate discussion regarding empirical evidence, relevant theory and in relation to original research question. No information on triangulation/more than one analyst.**

5

Section C: Will the results help locally?

10. How valuable is the research?

HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Comments: **The author argue for the value of the findings both when it comes to the research field, and the practical-clinical value. Suggestion of further research. There is also a discussio of the transferability of the research.**

Figur V2

Foto som viser analog analyse

