

«I am afraid to open up and lose everything I have»

En kvalitativ metasyntese av klienters subjektive opplevelse
av å snakke om selvmordsproblematikk i terapi

Rikke Marte Furu og Manahal Yaqoob



Innlevert som hovedoppgave ved profesjonsstudiet i psykologi
30 studiepoeng

Psykologisk Institutt
Samfunnsvitenskapelig fakultet

Universitetet i Oslo

Høsten 2022

19.10.2022

© Rikke Marte Furu og Manahal Yaqoob

2022

«I am afraid to open up and lose everything I have» – En kvalitativ metasyntese av klienters subjektive opplevelse av å snakke om selvmordsproblematikk i terapi

Rikke Marte Furu og Manahal Yaqoob

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

Sammendrag

Forfattere: Rikke Marte Furu og Manahal Yaqoob

Tittel: «*I am afraid to open up and lose everything I have*» – En kvalitativ metasyntese av klienters subjektive opplevelse av å snakke om selvmordsproblematikk i terapi

Hovedveileder: Line Indrevoll Stänicke **Biveileder:** Erik Stänicke

Bakgrunn: Selvmordsproblematikk er et flersidig fenomen som det er nødvendig å undersøke med ulike perspektiver og metoder. Det terapeutiske arbeidet med mennesker i nød og med trang til å ta sitt eget liv er krevende for terapeuten. Kvalitativ forskning på klienters subjektive opplevelser av terapiprosesser er fortsatt sparsom, og særlig med selvmordstruede klienter. Det er behov for mer systematisk kunnskap om klienters subjektive opplevelser for å oppnå en bedre og mer nyansert forståelse av de komplekse terapeutiske prosessene.

Formål: Formålet med studien var å sammenfatte og syntetisere kvalitative funn som omhandler klienters subjektive opplevelser av å snakke om selvmordsproblematikk i terapi, og som kan belyse deres bidrag til og perspektiver på det kliniske arbeidet.

Metode: Vi gjennomførte en kvalitativ metasyntese med Noblit og Hares (1988) metaetnografi som metode. Gjennom et systematisk litteratursøk ble 6527 studier identifisert og systematisk screenet for relevans basert på inklusjonskriterier. Totalt 16 studier ble inkludert for videre analyse og syntese. Funn fra disse studiene ble hentet ut og systematisk sammenlignet og syntetisert.

Resultater: I metasyntesen ble det utviklet totalt tre metatemaer som representerer et paradoks hver: 1) *Opplevelse av autonomi og avhengighet i terapi*, 2) *Spenninger i tryggheten til terapeuten* og 3) *Opplevelse av håp og misnøye i terapi*. Hvert tema inkluderer tilhørende temaer og subtemaer som belyser omfanget og nyansene i klienters subjektive opplevelser i terapi.

Diskusjon: Resultatene fremhever fenomenets kompleksitet og støtter eksisterende forskning på feltet som belyser at selvmordstruede klienter understreker viktigheten av den terapeutiske relasjonen. Samtidig bidrar funnene våre til en nyansering av forskningen ved å fremheve hvordan klientenes subjektive opplevelser av relasjonen og det terapeutiske arbeidet kan være motsetningsfylt, fluktuerende og preget av spenninger. Frykt for å miste autonomi kan gjøre det krevende å etablere tillit til terapeuten og åpne opp om vanskene. Samtidig er ivaretagelse av autonomi og medbestemmelse viktig for trygghet. Klienter med selvmordsproblematikk er ofte sårbare mennesker i nød, samtidig som de har bekymringer som gjør at de kan kvie seg

for å søke hjelp eller være tilbakeholdende i terapi. Selvmordstruede klienter kan utsettes for stigmatiserende holdninger i samfunnet, og de kan kjenne på vanskelige følelser som skam og skyld også i terapirommet. Resultatene ble drøftet i lys av eksisterende kvantitativ og kvalitativ forskning på klienters terapiopplevelser, samt teori som kan gi forståelse til selvmordsproblematikk, relasjonelle prosesser og vanskelige følelser i terapi.

Konklusjon: Denne oppgaven belyser fenomenets heterogenitet, og fremhever viktigheten av å undersøke klientenes bidrag og opplevelser i det kliniske arbeidet. Økt kunnskap hos klinikere om hvordan klientene opplever arbeidet kan tenkes å være til hjelp for å tilpasse behandlingen i forhold til den enkelte klientens behov. Forskningsfeltet har behov for flere kvalitative studier som undersøker selvmordstruede klienters opplevelser av psykoterapiprosesser. Mer forskning på klienters relasjonelle behov og bidrag, agens og medbestemmelse i terapirommet vil kunne nyansere og utvide våre funn.

Forord

Denne hovedoppgaven markerer slutten av vårt siste år på profesjonsstudiet i psykologi ved Psykologisk Institutt. Arbeidet med metasyntesen har vært krevende, men også lærerikt og spennende. Det er flere personer som fortjener å takkes for deres bidrag, støtte og veiledning gjennom prosessen.

Vi vil først og fremst rette en stor takk til vår hovedveileder Line Indrevoll Stänicke. Takk for at du med stødig hånd har veiledet oss gjennom en omfattende og til tider svært krevende prosess. Takk for ditt engasjement og varme, og for at du alltid har vært tilgjengelig. En stor takk også til vår biveileder Erik Stänicke for dine innspill og faglige tyngde. Takk til universitetsbibliotekar Glenn Karlsen Bjerkenes for gjennomføringen av litteratursøket. Takk til forfatterne av de kvalitative studiene og til klientene som har delt sine erfaringer. Til slutt vil vi takke hverandre for givende diskusjoner og god støtte gjennom arbeidet.

Manahal Yaqoob og Rikke Marte Furu

Oslo, oktober 2022

Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	1
1.1 Begrepsavklaring og definisjon	1
1.2 Hvordan kan vi forstå selvmordsproblematikk?.....	2
1.2.1 Sosiologiske perspektiver.....	2
1.2.2 Eksistensielle perspektiver	3
1.2.3 Psykodynamiske teorier	3
1.2.4 Kognitive teorier	4
1.2.5 Interpersonlig teori	4
1.3 Behandling av selvmordsproblematikk	5
1.3.1 Hvordan forstå klienters opplevelser av terapi?	7
1.3.2 Relasjonsarbeid og intersubjektivitet	8
1.3.3 Stigma og skam tilknyttet selvmordsproblematikk	10
1.4 Oppgavens bidrag til forskningslitteraturen	11
1.4.1 Problemstilling	12
2 Metode.....	13
2.1 Valg av metodologisk tilnærming	13
2.2 Epistemologisk forankring i det fortolkende paradigmet	13
2.3 Metasyntese og metaetnografi som metode	14
2.4 Innledende interesse og etablering av fokus	15
2.5 Beslutning av relevans og seleksjon av studier	15
2.5.1 Seleksjon basert på brede kriterier	16
2.5.2 Seleksjon basert på smale kriterier	16
2.5.3 Vurderinger i seleksjonsprosessen	17
2.5.4 Kvalitetsvurdering av studiene	19
2.5.5 Karakteristikk ved studiene	19
2.6 Analyse og syntese	20
2.6.1 Datauttrekk	20
2.6.2 Hvordan studiene er beslektet	22
2.6.3 Oversette studiene til hverandre	22
2.6.4 Å syntetisere oversettelsene	23
2.6.5 Formidle syntesen i tekst	24
2.7 Metodologisk integritet og refleksivitet	24

2.7.1	<i>Epistemologisk refleksivitet</i>	25
2.7.2	<i>Personlig refleksivitet</i>	25
2.8	Forskningsetiske betraktninger	26
3	Resultater	27
3.1	Første metatema: Opplevelse av avhengighet og autonomi	28
3.2	Andre metatema: Spenninger i tryggheten til terapeuten	33
3.3	Tredje metatema: Opplevelse av håp og misnøye i terapi	37
4	Diskusjon	41
4.1	Sentrale funn	41
4.2	Opplevelse av avhengighet og autonomi	42
4.3	Spenninger i tryggheten til terapeuten	45
4.4	Opplevelse av håp og misnøye i terapi	47
4.4.1	<i>Normalisering som en motsetning til stigmatisering</i>	48
4.4.2	<i>Skam og overveldende følelser i terapi – kilde til misnøye</i>	49
4.4.3	<i>Dårlige erfaringer med hjelpeapparatet</i>	49
4.5	Kliniske implikasjoner	50
4.6	Metodologiske begrensninger	52
4.7	Videre forskning	54
4.8	Konkluderende refleksjoner	55
	Referanser	56
	Vedlegg	69

1 Introduksjon

Selv mord har en tydelig økende påvirkning på den globale folkehelsen med omtrent 700 000 mennesker som dør av selvmord årlig på verdensbasis (WHO, 2014). I Norge ligger selvmordsraten i overkant av omtrent 12 per 100 000 innbyggere. Statistikken fra NSSF viser at det var totalt 639 personer som tok sitt eget liv i Norge i 2020, hvorav 70% var menn og 30 % kvinner. Tidligere og pågående psykiske lidelser anses ofte som en viktig risikofaktor for selvmord. Nasjonale retningslinjer og handlingsplaner for forebygging av selvmord har i stor grad satt søkelys på kartlegging og vurdering av risikofaktorer (Sosial- og helsedirektoratet, 2008), til tross for at forskning viser at risikofaktorer ikke er nyttige for å forutse selvmord hos den enkelte (Franklin et al., 2017). Forskning som fremhever risikofaktorer for selvmord, er dominert av kvantitative studier som har gitte svarkategorier. Kvalitativ forskning derimot utforsker fenomener og erfaringer med mer åpne spørsmål. Dermed egner slike metoder seg godt til utforskning av subjektiv mening.

I denne oppgaven ser vi nærmere på klienters erfaringer med å snakke om egen selvmordsproblematikk i terapi. Formålet er å belyse selvmordstruede klienters subjektive opplevelser i samspill med både terapeuten og systemet. Metoden som er brukt i oppgaven er metaetnografi, som er en form for kvalitativ metasyntese som har til hensikt å syntetisere data fra kvalitative primærstudier. En slik syntese kan bidra til å utvide kunnskapen om selvmordstruede klienters opplevelser og behov, noe som kan være selvmordsforebyggende og hjelpe klinikere med å møte og behandle denne pasientgruppen. I det følgende vil vi først presentere teorier og perspektiver for å belyse fenomenet selvmord, og så forskning og teori om behandling av denne problematikken. Avslutningsvis vil vi presentere problemstillingen.

1.1 Begrepsavklaring og definisjon

I selvmordsforskningen har det blitt brukt flere begreper og definisjoner, vi vil i det følgende redegjøre for de mest sentrale. En vanlig måte å definere selvmord på er «en bevisst og villet handling som individet foretar for å skade seg selv, og hvor skadene er dødelig» (Retterstøl et al., 2002, s. 13). Et selvmordsforsøk defineres lignende, 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). Selvmordsatferd og selvmordshandlinger brukes ofte som betegnelser for selvmordsforsøk og selvmordsplaner. Begrepet «suicidalitet» med den tilhørende betegnelsen «suicidal» brukes ofte i medisinske modeller og defineres som en tilstand hvor pasienten er i økt risiko for å begå selvmord (Malt, 2022). Selvmordsproblematikk er en bredere betegnelse som kan omhandle tanker, planer og/eller forsøk. «Selvmordstruet» og «selvmordsnær» er

begreper vi ofte kommer over i selvmordsforskningen som beskrivelser av personen som opplever selvmordsproblematikk og som kan forstås som en opplevelse av å være *nærmere* selvmordet. Ordet «selvmordstruet» ser vi at ofte brukes som et mer opplevelsesnært alternativ til ordet «suicidal» som lyder mer medisinsk. Vi har derfor valgt å bruke betegnelse «selvmordsproblematikk» og «selvmordstruet» gjennomgående i oppgaven. I omtalen av spesifikke studier bruker vi begrepene forfatterne selv har brukt.

1.2 Hvordan kan vi forstå selvmordsproblematikk?

Gjennom historien har selvmord blitt forstått på ulike måter, og har vært gjenstand for tenkning innen filosofi, psykologi og medisin. Thorvik (2005a) beskriver at antikkens mennesker anså selvmord i hovedsak som et moralsk og ikke et medisinsk eller psykologisk problem. Kristendommens syn på selvmord bærer preg av fordømmende moralisme, hvor selvmordet står i strid med at det kun er Gud som har retten til å råde over liv og død (Thorvik, 2005a). Med opplysningstiden kom et skifte fra å anse selvmord som et moralsk anliggende til å forstås som et medisinsk problem og uttrykk for psykisk lidelse. Ifølge den medisinske modellen er det psykiatriske diagnoser som danner grunnlaget for behandlingsmetoder, og dersom den underliggende psykiske lidelsen blir avdekket og behandlet, kan selvmordet også forhindres (Østlie, 2018). I dag har forskningsfeltet beveget seg videre og utformet flere meningsbaserte teorier for å danne en forbedret og omfattende forståelse av selvmord. Disse meningsbaserte teoriene beskriver fenomenet til å være konsekvens av intrapsykiske og/eller ytre prosesser. I det følgende vil vi presentere ulike teoretiske perspektiver som kan hjelpe oss med å forstå hvorfor noen vil ta sitt eget liv.

1.2.1 Sosiologisk perspektiv

Sosiologen Emile Durkheim forklarer selvmord som samfunnets forstyrrede regulering av individet. Teorien hans presenterer en ubalanse i sosial og moralsk integrasjon (Joiner, 2005). Den sosiale integrasjonen forteller i hvilken grad individet er tilknyttet og inkludert i samfunnet gjennom sosial tilhørighet og samhørighet (Mueller et al., 2021; Joiner, 2005). Moralske integrasjonen derimot omhandler graden av felles normer og moralske forpliktelser både i mindre samfunnsgrupper og storsamfunnet. I teorien sin vektlegger han samfunnets bidrag til selvmord og hevder at det er konteksten individet befinner seg i som er avgjørende for selvmordet. Durkheim var ikke interessert i individets indre konflikter eller karakteristikk. I stedet ønsket han å se på selvmord som et kollektivt sammenbrudd i samfunnet. Derfor ville han introdusere intervensjoner som siktet på å endre samfunnets maktstrukturer og på denne måten kunne beskytte individets velvære (Mueller et al., 2021).

1.2.2 Eksistensielle perspektiver

Yalom (1980/2011) beskriver fire universelle «problemer» ved menneskets eksistens: død, frihet, isolasjon og meningsløshet. Han mener at vi på grunn av disse eksistensielle realiteter drives av en søken etter mening og tilhørighet som vi forsøker å skape blant våre omgivelser og hos menneskene vi har rundt oss. Eksistensielt er døden et vilkår ved livet og en primærkilde til angst. Fordi mennesket har frihet til å skape sin egen verden medfølger det også et ansvar for å tilføre denne verden betydning. Erkjennelsen av dette omfattende ansvaret kobles til en følelse av *grunnløshet* som av noen eksistensielle filosofer betegnes som en «urangst» (Yalom, 1980/2011). Selvmordet kan anses som individets forsøk på å løse to problemer: bli kvitt angsten og løse problemet om døden ved å ta kontroll over den.

1.2.3 Psykodynamiske teorier

I kontrast til hans samtids fokus på medisinske modeller forstod Freud psykisk lidelse som et intrapsykisk problem hvor livsdrift og dødsdrift stod i konflikt med hverandre (Stänicke, 2018). Freud beskrev i artikkelen «Sorg og melankoli» fra 1917 at pasienter i en tilstand av melankoli retter kritikk og bebreidelser mot seg selv som synes å være ment for andre nære elskede og hatete personer, eller «objekter» (Bell, 2001). Objektet er tapt, men istedenfor å forlate objektet identifiserer pasienten seg med det, og hatet for det tapte objektet rettes innover (Bell, 2001).

Menninger (1966) videreutviklet Freuds teori og anså selvmord som en svært kompleks handling hvor tre ønsker måtte være til stede: et ønske om å drepe, bli drept og å dø. Ønsket om å drepe forstås som et slags hevnmotiv hvor den suicidale handlingen blir uttrykk for en aggresjon mot pårørende eller andre for å vise dem smerten (Thorvik, 2005b). Det andre ønsket, om å bli drept, mener Menninger at har utgangspunkt i et strengt, moralsk over-jeg hvor selvmordet blir en selv-straffende handling. Det siste ønsket, om å dø, knytter han til Freuds postulat om dødsdriften som konkurrerer med en ubevisst impuls om å leve (Thorvik, 2005b).

Shneidman (1985, 1993) forstår selvmord som en eksistensiell handling, samtidig som han mente psykologien var viktigst for å forstå fenomenet ettersom han anså selvmordet som «a drama in the mind». Shneidman nevner ti fellestrekk for selvmord i boken *Definition of Suicide* (1985). Vanlig stimulus ved selvmord er at personen opplever utholdelig psykisk smerte, som Shneidman kaller «psychache». Det vanligste opphavet til denne psykiske smerten er udekkede psykologiske behov. Shneidman skal ha uttrykt: «Det er mange meningsløse dødsfall, men aldri et behovsløst selvmord» (Hjelmeland, 2022, s. 135). Han understreker at den mest sentrale affektive og kognitive tilstanden er preget av ambivalens,

«tunnelsyn» og håpløshet/hjelpeløshet. Selvmordet blir en løsning hvor målet er å gjøre ende på bevisstheten.

1.2.4 Kognitive teorier

Becks forstår selvmord som et *resultat av en prosess* og ikke en prosess i seg selv (Stänicke, 2018). Hans forskning på selvmord bygget videre på hans forskning på unipolar depresjon, og bidro til en større forskningstradisjon rettet mot å identifisere risikofaktorer for selvmord (Weishaar, 1996). Modellen til Beck bygger på den kognitive triaden av kjerneoppfattelser kjennetegnet av et syn på fremtiden som håpløs, verden som hard og overveldende, og et selvkonsept preget av lav selvfølelse. Disse kjerneoppfattelsene blir fikserte og tenkningen rigid, dikotom og lite fleksibel. En attribusjonsstil hvor årsaken til negative hendelser tilskrives til indre, stabile og globale faktorer, mens positive hendelser tilskrives til eksterne, ustabile og spesifikke faktorer kjennetegner den depressive tilstanden (Weishaar, 1996). Videre vektlegges en gjennomgripende håpløshet og svekket evne til problemløsning som viktige prediktorer for selvmord (Weishaar, 1996).

Ifølge Baumeister (1990) kan selvmordet forstås som en flukt fra selvet. Hans teori beskriver en årsakssammenheng som starter med livshendelser som ikke lever opp til ens forventninger eller standarder, og hvor disse nederlagene tilskrives til egenskaper ved en selv. Dette gir personen et syn på selvet som utilstrekkelig, altså at det ikke er slik at det bare er noe man har *gjort* som ikke er godt nok, men selvet som ikke *er* godt nok (Hjelmeland, 2022). Baumeister (1990) betegner dette som en «aversiv selvbevissthet», som oppleves som en smertefull tilstand som utløser negative emosjoner som skyld og skam. Videre tenker han at personen går inn i en tilstand av kognitiv dekonstruksjon hvor tenkningen blir konkret, kortsiktig og rigid, og hvor individet forkaster mening og alternative løsninger (Stänicke, 2018). Denne tilstanden tenkes å skape irrasjonalitet slik at drastiske tiltak virker akseptable, og selvmordet anses som det ultimate steget i forsøket på å unnsnippe seg selv og verden.

1.2.5 Interpersonlig teori

Den interpersonlige teorien om selvmord er utviklet av Thomas Joiner (2005), og har sine røtter i kognitiv atferdsterapi. Joiner fremlegger mellommenneskelige forhold som en viktig forutsetning for individets ønske om å ta sitt eget liv. Teorien nevner to utløsende faktorer og et tredje element som beskriver hvem som dør av selvmord (Joiner, 2005). De utløsende faktorene er opplevelse av manglende tilhørighet og å oppleve seg selv som en byrde (Siqueland, 2012; Joiner, 2005). Denne faktoren henger sammen med den første og innebærer tanken om at andre vil få det bedre uten en selv. Det tredje elementet i denne teorien kalles evne til alvorlig skade. Dette elementet er viktig da ønske om død i seg selv ikke er

tilstrekkelig for alvorlige selvmordsforsøk. Alt i alt gir denne teorien innblikk i hvordan mennesket er «avhengig» av sine medmennesker og hvordan selvmordstanker og/eller forsøk kan knyttes til interpersonlige prosesser (Siqueland, 2012; Joiner, 2005).

Det finnes en rekke ulike teorier om selvmord i dag. Noen av teoriene belyser at selvmordsproblematikk oppstår grunnet forstyrrede indre psykiske prosesser. Andre teorier har et mer samfunnsrelatert syn på selvmord og forklarer det ut fra ytre prosesser. I motsetning til dette er det også teorier som beskriver selvmord som et resultat av både intrapsyriske konflikter samt interpersonlige konflikter og ytre stimuli. Variasjonen i årsaksforklaringen vi ser i selvmordsteorier kan tenkes å tydeliggjøre hvor komplekst fenomenet faktisk er. Denne kompleksiteten kan også skape vanskeligheter med å behandle de som står i fare for å dø av selvmord. I det følgende vil vi, i lys av klinisk forskning, se nærmere på hvordan behandling av selvmordsproblematikk kan og bør gjennomføres.

1.3 Behandling av selvmordsproblematikk

I gjeldende nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern er kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko sentralt (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Dette til tross for at det å forutse selvmord for den enkelte pasient er utfordrende og at det per i dag ikke finnes noen instrumenter eller prosedyrer som kan predikere selvmord på individnivå (Franklin et al., 2017; O'Connor et al., 2011; Østlie, 2019). Det er få situasjoner som utfordrer helsepersonells profesjonelle forpliktelser mer enn et møte med et menneske i dyp krise, og særlig i en krise som innebærer en trang til å ta sitt eget liv (Stänicke, 2018). Helsepersonell er underlagt juridiske forpliktelser som blant annet innebærer et ansvar for å gi helsehjelp for å avverge alvorlig helseskade når en pasient er i alvorlig selvmordsfare (Østlie, 2018).

Flere studier viser at psykoterapeutiske behandlingsmetoder er effektive i arbeid med selvmordsproblematikk (se f.eks. Calati & Courtet, 2016). Flere systematiske oversiktsstudier trekker særlig frem kognitiv atferdsterapi, dialektisk atferdsterapi og mentaliseringsbasert terapi som effektive behandlingstilnærminger for reduksjon av selvskade, symptomer på depresjon og selvmordstanker (se f.eks. Kongerslev et al., 2015; Winter et al., 2013). En mer alternativ tilnærming til kartlegging og behandling av selvmordsproblematikk er «Collaborative Assessment and Management of Suicidality» (CAMS) som er et terapeutisk rammeverk som kan benyttes av ulike profesjoner og innenfor ulike behandlingsrammer (Jobes, 2000, 2012). I denne tilnærmingen forstås selvmordsproblematikk først og fremst som

et relasjonelt fenomen, og vektlegger samarbeid mellom terapeut og klient gjennom alle fasene fra kartlegging til behandling.

Prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) oppfordrer terapeuter til å integrere «den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål» (APA, 2006, p. 273; Rønnestad, 2008). APA's arbeidsgruppe (2006) understreket behovet for kombinasjonen av ulike forskningsmetoder, slik at funn fra naturalistiske design, kasusstudier og randomiserte kontrollerte studier alle anses som gyldige kilder til kunnskap om hva som kan regnes som «best tilgjengelig forskning».

Psykoterapiforskningen kan sies å ha beveget seg fra å forsøke å besvare spørsmålet om *hvilke* behandlingsformer som fungerer til å heller forsøke å finne ut *hva* som fungerer i psykoterapi (Oddli et al., 2013; Rønnestad, 2008). De siste tiårene har fellesfaktorene, og spesielt alliansen, blitt undersøkt i en rekke empiriske studier som gjennomgående viser en moderat til sterk relasjon mellom allianse og utfall, på tvers av ulike behandlingsmetoder, problematikk og kontekst (Horvath et al., 2011). Studier viser at alliansen er den viktigste av fellesfaktorene for utfall, også når klienten er suicidal (Leenars, 2006; Michel & Jobes, 2011).

En ny kvantitativ oversiktsstudie har undersøkt sammenhengen mellom terapeutisk allianse og suicidale opplevelser (Huggett et al., 2022). Forskerne undersøkte både klienten og terapeutens vurdering av alliansen, og fant at en sterk terapeutisk allianse etablert tidlig i forløpet var relatert til reduserte fremtidige suicidale erfaringer. Studien finner ingen signifikant sammenheng mellom suicidale erfaringer før terapi og senere etablering av terapeutisk allianse. Imidlertid finner studien at noen klienter kan oppleve barrierer til etablering av allianse tidlig i behandlingsforløpet særlig dersom behandlingen foregår på sykehus eller er selvmordsfokusert, noe forskerne forstår som relatert til mistillit og bekymringer knyttet til taushetsplikt (Huggett et al., 2022). En kvantitativ oversiktsstudie av Winter og kolleger fra 2013 fant at suicidale ungdommer anså alliansen som den viktigste komponenten i behandlingen. De vektla særlig å bli møtt med empati, forståelse og respekt av sin terapeut, og å bli anerkjent som et verdifullt menneske på tross av deres suicidalitet.

Funn fra flere kvalitative studier av behandlingserfaringer til selvmordstruede klienter fremhever i likhet med kvantitative studier viktigheten av en robust terapeutisk allianse (Grimholt et al., 2017; Østlie, 2018; Østlie, 2021) og terapeutegenskaper som en empatisk, ikke-dømmende holdning (Bergmans et al., 2017; Montross Thomas et al., 2014). Klienter har bekymringer knyttet til taushetsplikt, skam, tvangsinnleggelse og forverring av lidelsen som for noen fører til at de frakobles og ikke deler åpent med terapeuten sin (Awenat et al., 2018,

Love & Morgan, 2021; Blanchard & Farber, 2020; Hom et al., 2019; Jones et al., 2021). En kvalitativ undersøkelse av ungdoms perspektiver på hva som bidrar til bedring fra gjentagende selvmordsatferd fant at bevegelsen tilbake til å velge livet først var preget av et syn på døden som forførende, for så å oppleve ambivalens som fører til vendepunkter, før de etter hvert kunne, steg for steg, ta i bruk verktøy for bedring (Bergmans et al., 2009). Kvalitative funn av selvmordstruede klienters opplevelser av behandling og hva som bidrar til bedring viser således til sammensatte behov og prosesser.

En kvalitativ metasyntese fra 2021 undersøkte personer med selvmordsproblematikk sine opplevelser av behandling både på sykehus og poliklinisk (Hechinger & Fringer, 2021). Denne metasyntesen inkluderte for det meste studier av varierte behandlingstilbud hvor en majoritet av studiene undersøkte erfaringer knyttet til behandling under innleggelse. Studien fant at klientene følte seg avhengige av holdningene og ferdighetene til helsepersonell som de møtte under behandlingen. Deltakerne trakk særlig frem en empatisk holdning hvor de ble anerkjent som personer, og hvor en tillitsfull relasjon ble fasilitert av personalet, som hjelpsomt. Winter og kolleger (2014) undersøkte opplevelsen av terapi med klienter i risiko for selvmord, sett fra både terapeuters og klienters side. Deltakerne i denne metasyntesen la vekt på den terapeutiske relasjonen og karakteristikk ved terapeuten som en forståelsesfull, empatisk og ikke-dømmende holdning som viktig for bedring.

1.3.1 Hvordan forstå klienters opplevelser av terapi?

Klientfaktor kan forstås som utenomterapeutiske faktorer som kan være klientens indre psykiske tilstand samt omgivelsene rundt klienten, som kan ha en påvirkning både på terapiprosessen og terapiutfallet (Bohart & Wade, 2012, s. 219). Det er det klienten bringer med seg inn i terapirommet og det som påvirker livet deres utenfor denne settingen (Hubble, Duncan & Miller, 1999).

Hvor stor del av variansen i terapi som kan forklares av klientfaktoren er det motstridende antagelser om på feltet. Lambert (1992) og Wampold (2001) viser at klientfaktorer står for den største delen av den forklarte variansen tilknyttet endringer i et menneskets liv (Bohart & Wade, 2013). Lignende viser forskning at klientens egen innsats er blant det mest grunnleggende i bedringsprosessen, i motsetning til behandlingseffekten av eksplisitt eller spesifikke intervensjoner og bidrag (Valla, 2010). Dermed kan klientens liv, erfaringer, opplevelser, tanker og behov forstås som avgjørende i bedringsprosesser (Borg, 2009). Viktigheten av klientens agens blir også fremhevet som endringsskapende (Rennie, 2001). Dette samsvarer med argumentet til Valla (2010) om at fagfolk må ta utgangspunkt i klientens erfaringskunnskap, heller enn i terapeutenes fagkunnskap. På grunnlag av

forskningen så langt, kan det hevdes at klientens perspektiv er meget sentralt, derav også i behandling av selvmordsproblematikk, og dermed er det hensiktsmessig å vektlegge det.

Grunnet den omfattende effekten av klientfaktoren, har forskningen også i større grad vendt fokuset mot å utforske klientens behov og opplevelser, da klientene blir ansett som betydningsfulle pådrivere for endringsmekanismer i terapi. Eksempel på en studie som har sett nærmere på klientens perspektiv er blant annet metasyntesen til Timulak (2007), som er en kunnskapsoppsummering av kvalitative studier. I denne studien har forfatteren kommet frem til ni kjerne kategorier på grunnlag av det deltakerne trekker frem som hjelpsomt i terapi: innblikk, emosjonelle opplevelser og atferdsstrategier, aksept og forståelse av terapeuten, involvering i terapi og den menneskelige kontakten i en støttende og trygg relasjon. Klientene opplever dette som betydningsfullt og endringsskapende.

Levitt og kolleger (2016) viser også lignende funn i sin egen metasyntese om viktigheten av klientens erfaringer og perspektiv i behandlingsprosessen. I studien vektlegger forskerne klientens subjektive opplevelse og personlige tolkning av egen problematikk. De understreker at når klientens subjektive tolkning blir møtt med forståelse fra terapeuten, fører det til økt selvrefleksjon hos klienten. I tillegg viser forskerne en assosiasjon mellom terapeutens omsorg og aksept av klientens problematikk, og klientens opplevelse av trygghet til å snakke om og utforske vanskelige temaer i terapi. Et annet viktig funn fra denne studien er at åpen kommunikasjon om dynamikken og spenninger i klienters relasjoner kan hjelpe dem med å overkomme vanskeligheter, og på denne måten bli aktive og samarbeidende i terapiprosessen. Samlet viser denne metasyntesen i samsvar med metasyntesen til Timulak (2007), at klientens erfaringer og klientens oppfattelse av egen problematikk, terapeuten og terapiprosessen kan predikere terapiutfall.

Å utforske selvmordstruede klienters oppfatning, behov og opplevelser i terapi kan hjelpe terapeuten med å gi klientsentrert behandling, som kan skape godt utfall og dermed føre til bedring. Dette er grunnen til at det er viktig å utforske klientens perspektiv. I det følgende vil vi se nærmere på forskning om selvmordstruede klienters erfaringer og opplevelser i terapi. Vi vil utforske hva klientene opplever som hjelpsomme tiltak i behandling samt barrierer de møter på som eventuelt er knyttet til dårligere terapiutfall.

1.3.2 Relasjonsarbeid og intersubjektivitet

Kvaliteter ved den terapeutiske relasjonen mellom klient og terapeut har blitt ansett som endringsbevirkende i terapi (Norcross, 2002; Norcross og Lambert, 2018). Relasjonen skapes og formes av både klienten og terapeuten, og av deres unike dyade. Den terapeutiske relasjonen har blitt definert på flere ulike måter. Av de mest kjente og anvendte definisjonene

finner vi Bordins (1979) definisjon av arbeidsalliansen som bestående av enighet om mål og oppgaver, samt utviklingen av et emosjonelt bånd mellom terapeut og klient. Gelso (2009, 2014) konseptualiserer en tredelt definisjon av den terapeutiske relasjonen bestående av *overføring/motoverføring*, *arbeidsallianse*, og *den reelle relasjonen* (the real relationship). Den reelle relasjonen betegnes som fundamentet for den terapeutiske relasjonen og kjennetegnes av genuinitet og realisme slik det oppfattes av begge parter, altså er dette en del av relasjonen som ikke preges av overføring/motoverføring. Arbeidsalliansen betegnes av Gelso (2014) som katalysatoren for det terapeutiske arbeidet hvor partene kommer sammen og kan tenke, observere og gjøre det psykoterapeutiske arbeidet sammen, og ligner således mer på Bordins (1979) klassiske definisjon.

Selv om begrepene om overføring og motoverføring har sitt opphav i psykoanalytisk teori hevdet Gelso (2014) at overføring og motoverføring er en viktig komponent i alle terapeutiske relasjoner uavhengig av terapeutens teoretiske forståelse og valgte tilnærming. Overføring forstås av Gelso (2014) som pasientens erfaringer og oppfattelse av terapeuten som er formet av pasientens egne psykologiske strukturer og historie hvor følelser, holdninger og atferd som rettmessig tilhører tidligere sentrale relasjoner overføres til terapeuten. Motoverføring tilsvarer terapeutens indre og ytre reaksjoner, utløst av klienten, og formet av terapeutens historie, emosjonelle konflikter og sårbarheter (Gelso, 2014).

Gjennom begrepene om overføring og motoverføring kan det tydeliggjøres hvordan klienten er med på å skape prosesser i relasjonsarbeidet. Maltzberger (2004) beskriver selvmordsprosesser som drevet av en aggressiv, selvoppløsende kraft. Gjennom oppløsningen av selvet preges personen av en uutholdelig affektiv oversvømmelse med desperate forsøk på å motvirke hvor personen mister kontroll. Disse destruktive kreftene og deres uttrykk i terapien påvirker unektelig det relasjonelle samspillet med terapeuten. Gabbard (2003) trekker frem vanlige selvmordsrelaterte overføringer og motoverføringer preget av aggresjon, hat sadisme og redningsfantasier. Gabbard (2003) beskriver hvordan det analytiske rommet kan kollapse slik at overføringen og motoverføringen ikke lenger blir «som om», men handles ut. Han kaller dette et *folie à deux*: en delt psykose som reflekterer et angrep på terapeutens tenkning direkte relatert til klientens destruktive ønsker (Gabbard, 2003). Han viser til viktigheten av sorteringsarbeid og veiledning for å unngå grenseoverskridelser.

Et viktig teoretisk bidrag til å forstå de komplekse relasjonelle prosessene i terapi er Benjamins (2004) intersubjektive konsept om «den tredje» («thirdness») i terapi. «Den tredje» representerer et intersubjektivt mentalt rom som samskapes av terapeut og klient. Benjamin (2004) beskriver at stagnasjon og brudd i terapirelasjonen kan forstås som en nedbrytning av

dette refleksive rommet hvor relasjoner heller preges av komplementaritet hvor én blir «The Doer», subjektet, og den andre blir «The Done to», objektet. Østlie (2019) beskriver hvordan slike fastlåste mønstre kan utspille seg med selvmordstruede klienter, hvor klienten og terapeuten begge flytter ansvaret (og skylden) over på den andre parten. I stedet for å arbeide med klientens vansker i en samskapende relasjon blir arbeidet preget av forsterkning av asymmetrien i relasjonen hvor terapeutens rolle blir mer tydeliggjort som «behandleren» og klienten får en mer passiv rolle som «den som blir behandlet». På den andre siden kan vi se for oss at rollene like raskt kan byttes om hvor klientens potensielle selvmord kan sette terapeuten i den passive rollen. Yalom (1980/2011) viser til at ansvar i en psykoterapeutisk kontekst både handler om pasientens evne til å oppføre seg rasjonelt og til terapeutens moralske forpliktelse overfor pasienten. Samtidig vektlegger han at det å hjelpe klienter med å erkjenne sitt ansvar som en viktig terapeutisk oppgave (Yalom, 1980/2011).

1.3.3 Stigma og skam tilknyttet selvmordsproblematikk

Personer med selvmordsproblematikk som enten er preget av selvmordstanker eller har hatt tidligere forsøk, kan være offer for stigmatisering. Stigmatisering kan defineres som diskriminering som kan føre til at individet kjenner på mindreverdighet og kan føre til påkjenning av både skam og skyld (Richards et al., 2018; Reynders et al., 2015). Reynders og kolleger (2015) skiller i sin studie, om stigma og hjelpesøking, mellom to former for stigmatisering: *opplevd stigma* og *selv-stigma*. Opplevd stigma referer til at individet er overbevist om å erfare å bli diskriminert dersom det søker hjelp for egne psykiske plager (Link et al., 1989; Reyndars et al., 2015). Selv-stigma derimot omhandler individets internalisering av de stigmatiserende holdningene. Det betyr at personer som opplever selv-stigma vil overføre stigmatiseringen på seg selv, og vil grunnet dette kjenne på lav selvfølelse og selvtillit (Rüsch et al., 2005; Reynders et al., 2015). Klientene oppfatter at en måte å forebygge eller unngå stigmatisering på er å unngå å søke hjelp og behandling eller ved å tildekke egen selvmordsproblematikk både i sin sosiale krets og også i terapi (Reynders et. al, 2015; Richards et al., 2018).

Disse funnene kan tyde på at selvmordstruede individers hjelpesøkende atferd og mulighet til å avdekke egen selvmordsproblematikk i stor grad er avhengig av andre. I dag finnes det flere teorier på selvmord som vektlegger det interpersonlige perspektivet i tillegg til intrapersonlige årsaker. Det vil si at selvmord i dag blir forklart til å oppstå i menneske, i møte med andre og kan blant annet forklares ut ifra individets omgivelser og det samfunnet det befinner seg i (Durkheim, 1887; Joiner, 2005, Benjamin; 2004; Landmark, 2018).

Ifølge psykoanalytisk teori er det å bli sett av andre avgjørende for utvikling av barnets eller menneskets selvoppfattelse. Eksempelvis belyser Winnicott (1971) at barnet ser seg selv i blikket til sin mor. Dette samsvarer med teorien til Kohut (1971) som hevder at barnets selvopplevelse er avhengig av å bli sett, og særlig kvaliteten i blikket til den andre (sitert i Landmark, 2018). Teorien om speilstadiet til Lacan (1977) vektlegger individets *jeg* dannes gjennom å identifisere seg med speilbilde av seg selv i det andres sinn (sitert i Siebers, 1988). Fonagy (2002) belyser mentaliseringsevnen og beskriver at menneskets utvikling skjer ved at det blir i stand til å forstå den andre grunnet en dyp forståelse av seg selv (sitert i Landmark, 2018). Denne teorien kan tyde på at god selvforståelse er en forutsetning for å forstå og forestille seg andres tanker. Forskningen viser at personer med destruktiv atferd ofte har en svekket mentaliseringsevne (Levi-Belz & Lev-Ari, 2022; Rossouw & Fonagy, 2012), noe som blant annet kan knyttes til en svekket selvforståelse hos denne pasientgruppen. Samlet viser disse teoriene at menneskets psykiske utvikling skjer i møte med den andre og er avhengig av å være til stede i sinnet til den andre (Fonagy et.al, 2002 sitert i Landmark, 2018).

Viktigheten av ytre og interpersonlige prosesser i menneskets selvutvikling, kan også tenkes å utspille seg i terapirommet, hvor selvmordstruede klienter kan et behov for å bli sett av terapeuten. I motsetning til dette kan de også være sårbare for å åpne opp og avdekke egne selvmordstanker og selvmordsforsøk, da dette kan føre til emosjonell opphisselse og påkjenning av skam og utstøting. Dette kan blant annet forklares som at klienten er redd for å bli blottlagt for terapeuten, slik Landmark (2018) beskriver i artikkelen sin om *Skam – Psykoterapi og frihet*. Dermed kan klienten ha en unnvikende tilnærming til avdekking og selvavsløring i terapi, noe som også kan stå i veien for pasientens egen utvikling og bedring, samt terapiprosessen (Farber 2020; Greenberg; 2002).

Kort oppsummert viser forskningen at klienter med selvmordsproblematikk har en tydelig sårbarhet for å oppleve stigmatisering. De kan stå i fare for å erfare skam og skyld, både i møte med omverden og også i terapirommet. Den økte påkjenningen av skam og skyld blir i forskningen ofte fremlagt som grunnen til tilbakeholdelse av informasjon om selvmordstanker og selvmordsforsøk.

1.4 Oppgavens bidrag til forskningslitteraturen

Eksisterende kvantitativ og kvalitativ forskning viser til at selvmordsproblematikk er et sammensatt klinisk fenomen. I tråd med psykoterapiforskning for øvrig finner vi et fokus på alliansen som en viktig faktor i behandlingen av selvmordstruede klienter (Huggett et al., 2022). Kvalitative oversiktsstudier av opplevelsene til disse klientene i behandling undersøker

i hovedsak behandling i akutt krise og på sykehus, hvor fokuset er på klientenes møte med helsepersonell mer overordnet (se f.eks. Hechinger & Fringer, 2021). I forskningslitteraturen finner vi derimot få kvalitative studier om selvmordsproblematikk som fokuserer på klienterfaringer av terapeutiske prosesser, og spesielt innenfor konteksten av psykoterapi, hvor den terapeutiske relasjonen kan tenkes å utarte seg annerledes. På den andre siden finnes det flere kvalitative studier om terapeutens erfaringer og opplevelser av arbeidet med denne klientgruppen (se f.eks. Dundas et al., 2022). Mangelen på studier med terapeutisk behandling som fokus fører til at vi får lite innblikk i hvordan de terapeutiske prosessene oppleves av klienten. Eksisterende metasynteser skiller seg fra denne med hensyn til fokus og behandlingskontekst (Hechinger & Fringer, 2021; Winter et al., 2014).

Som vi nå har sett finnes det en bredde av ulike teoretiske perspektiver som fremhever intrapsykiske, interpersonlige, eksistensielle, kognitive og sosiologiske forhold som kan gi forståelse og mening til hvorfor et menneske vil ta sitt eget liv. En utfordring kan være at en rekke teorier er lansert basert på case-studier med et klinisk eksempel der det ikke alltid angis en systematisk analyse eller gjengis sitater fra pasienten. Kvalitativ forskning kan bidra med systematisk kunnskap om klienters erfaring av å fortelle og snakke om selvmordsproblematikk i terapi. I en kvalitativ syntese kan funn fra flere studier syntetiseres. Funn fra en slik syntese kan drøftes i forhold til øvrig kunnskap og teori om fenomenet og på den måte utvide eller nyansere vår forståelse.

1.4.1 Problemstilling

Problemstillingen for denne metasyntesen er: *Hvordan er klienters subjektive opplevelse av å snakke om selvmordsproblematikk i terapi?* Resultatene vil bli drøftet i forhold til sosiologiske, kognitive, eksistensielle, dynamiske og interpersonlige perspektiver på selvmord. I tillegg vil det kastes lys over klientenes subjektive opplevelser med bakgrunn i begrepene autonomi, relasjonsarbeid, intersubjektivitet, stigma, skam, selvavsløring og hjelpesøking.

2 Metode

2.1 Valg av metodologisk tilnærming

For å undersøke selvmordstruede klienters opplevelse av terapi har vi valgt å bruke metoden kvalitativ metasyntese (Malterud, 2017; Timulak, 2009). Dette er en metode for systematisk analyse av kvalitative primærstudier og en videre syntese av funn fra disse studiene. Vi har valgt å benytte Noblit og Hares (1988) metaetnografi som metode for metasyntesen. I det følgende vil vi beskrive det vitenskapsteoretiske grunnlaget for metasyntese og metaetnografi som metode, samt redegjøre for vår bruk av metoden.

2.2 Epistemologisk forankring i det fortolkende paradigmet

Metaetnografi er vitenskapsteoretisk forankret i det fortolkende paradigmet. Dette paradigmet inkluderer forskningsmetoder som hermeneutikk og fenomenologi. Felles for fortolkende metoder er at de søker forklaringer på sosiale og kulturelle hendelser og fenomener i lys av perspektivene og erfaringene til personene som studeres (Noblit & Hare, 1988).

Epistemologisk forankrer vi metoden anvendt i denne metasyntesen i kritisk realisme. Kritisk realisme legger til grunn at vi gjennom vitenskap kan søke kunnskap som *omhandler noe* som eksisterer uavhengig av vår viten eller tro om den (Benton & Craib, 2011). Søken etter kunnskap forstås som et arbeid som må gjøres da virkeligheten kan fremstå misvisende, og forskeren må komme forbi eller bak denne fasaden (Benton & Craib, 2011). Med andre ord har vi ingen direkte tilgang til realiteten. Den objektive «virkelige verden» forstås som lagdelt, eller stratifisert, og disse delene kan undersøkes. Fordi forskeren ikke har direkte tilgang til virkeligheten, må den undersøkes gjennom språklige og teoretiske representasjoner som vil fargelegge hvordan vi oppfatter virkeligheten, og forskeren må kritisk undersøke hvordan dette preger kunnskapen. I denne metasyntesen søker vi å gjennom fortolkning si noe om helheten ved å undersøke delene (Noblit & Hare, 1988).

Levitt og kolleger (2017b) beskriver fire sentrale kjennetegn på all kvalitativ forskning som også kjennetegner denne metasyntesen: (1) Vi analyserte naturlig språk med mål om å bevare nyanserte og komplekse betydninger. (2) Vi gjennomførte en gjentatt analyse og generering av mening, på en sirkulær og gradvis måte, hvor forståelsen er resultat av gjentatte runder med revidering. (3) Funnene våre må forstås i konteksten til fenomenene som studeres, samt innad i oss som forskere. (4) Fordi vi er bevisst vår sentrale rolle i fortolkning og beskrivelse av mønstre i dataene, er vi refleksive og streber etter transparens omkring hvordan våre perspektiver kan ha formet forskningen og hvordan disse hensynene har blitt adressert (se særlig 2.7 Metodologisk integritet og refleksivitet og 2.8 Forskningsetiske betraktninger).

2.3 Metasyntese og metaetnografi som metode

En metasyntese har potensiale til å utvikle en omfattende forståelse av fenomener, samtidig som den bringer frem og gjenbraker den kunnskapen som allerede eksisterer om fenomenet (Malterud, 2017). Dermed kan denne metasyntesen bidra til å utvikle en mer omfattende forståelse av klienters opplevelse av terapeutisk behandling av selvmordsproblematikk. Metasyntese er en fortolkende form for kunnskapsoversikt med et mål om å abstrahere og syntetisere funn etter et gjennomført systematisk litteratursøk (Malterud, 2017). Vårt litteratursøk identifiserte enkeltstående primærstudier publisert i internasjonale, fagfelleverderte tidsskrifter, som på ulike måter undersøkte fenomenet. Når disse ble identifisert gjorde vi en systematisk, kritisk vurdering av studienes relevans og kvalitet, og syntetiserte funnene. Verdien av denne formen for kunnskapsoppsummering og hva det å syntetisere funn på denne måten kan eller bør oppnå er diskutert i kvalitativ forskningslitteratur (se f.eks. Sandelowski & Barroso, 2007; Timulak, 2009 - se også Diskusjon 4.3 Metasyntesens begrensninger). Kritikere har pekt på det tilsynelatende motsetningsfylte ved å abstrahere og aggregere (og også til en viss grad dermed dekontekstualisere) data som er grunnleggende kontekstuelle. Vi mener metoden likevel er nyttig ettersom det ikke er data i seg selv som sammenlignes og relateres på tvers, men data med teoretiske begreper. Dessuten må generalisering innen kvalitativ forskning ikke forveksles med generalisering i kvantitativ forskning. I kvalitativ forskning snakker vi om *analytisk generalisering* (Andenæs, 2000) eller generalisering til fenomener (Levitt, 2021).

Betegnelsen metaetnografi er en analogi til metaanalyse (Noblit & Hare, 1988), og metodene har et felles mål om å «sette sammen» all tilgjengelig empirisk forskning på et bestemt område. Det sentrale i metaetnografi er oversettelsene. I metaetnografi *oversetter* forskeren primærstudiene til hverandre slik at oversettelsene fungerer som analogier mellom og/eller blant studiene (Noblit & Hare, 1988), fremfor å utvikle overordnede generaliseringer.

Vi har valgt å anvende metaetnografi som metode for vår metasyntese. Vår tilnærming til metoden er informert av Malteruds (2017) beskrivelse av fremgangsmåter for å gjennomføre metasyntese, og særlig metaetnografi, innen helseforskning. Metaetnografi er den mest brukte formen for metasyntese (Malterud, 2017). Vi hadde dermed flere studier å se til gjennom prosessen (se f.eks. Jessen et al. 2021; Stänicke et al., 2018).

Noblit og Hare (1988) beskriver fremgangsmåten i metaetnografi som bestående av syv overlappende trinn som gjentas gjennom prosessen: 1) Komme i gang; 2) Beslutte hva som er relevant i lys av problemstillingen; 3) Lese studiene; 4) Ta stilling til hvordan studiene er beslektet; 5) Oversette studiene til hverandre; 6) Syntetisere oversettelsene; og 7) Formidle

syntesen i tekst. I det følgende vil vår bruk av fase 1 beskrives under 2.4 Etablering av interessefokus, fase 2 under 2.5 Beslutning av relevans og seleksjon av studier. Vår bruk av de resterende fasene 3-7 beskrives under 2.6 Analyse og syntese.

2.4 Innledende interesse og etablering av fokus

Den første fasen i Noblit og Hares (1988) metaetnografi er å *komme i gang*. I denne fasen bestemte vi oss for et interessefokus, utviklet en søkestrategi og utarbeidet en søkestreng, og til slutt gjennomførte vi selve litteratursøket.

Etter å ha etablert fokus for metasyntesen og hvilke forskningsspørsmål vi ønsket å besvare begynte vi å utarbeide en strategi for søket i samarbeid med hovedveileder og universitetsbibliotekar Glenn Karlsen Bjerkenes. Utarbeidelsen av søkestrengen startet med eget søk i PsycINFO etter søkeordene *suicid* AND patient* OR client* AND therap* OR treatment* AND qualitative method*. Se Tabell V1 i vedlegg for eksempel på søkestreng. Universitetsbibliotekaren jobbet videre med søkeord og satte opp en fullstendig søkestreng som ved testsøk ga 1560 treff i databasen PsycINFO (se Figur V1 i vedlegg for flytdiagram over seleksjonsprosessen).

Sammen med universitetsbibliotekaren undersøkte vi en alternativ søkestrategi som inkluderte ulike søkeord som forsøkte å dekke aspektet om åpenhet/deling i terapi som gjennom å inkludere ett fjerde ledd med ord som «disclosure», «denial» og «concealment». Inklusjon av disse ordene og synonymer i søkestrengen begrenset søket til rundt 129 treff. Etter diskusjon bestemte vi oss for å utelate dette leddet fra søkestrengen da det reduserte treffmengden betraktelig noe som kunne minste vårt datagrunnlag. Det er sannsynlig at dette fenomenet diskuteres med bruk av ulik terminologi i feltet, slik at våre søkeord ikke fanget opp de aktuelle studiene. For å sikre at søket fanget opp alle aktuelle studier valgte vi derfor å gå for en bredere søkestrategi. Denne vurderingen illustrerer hvordan vi jobbet mot en balanse mellom sensitivitet og spesifisitet hvor målet ble å fange opp flest mulig av de relevante studiene, samtidig som søket måtte være spesifikt nok til å ikke inkludere for mange irrelevante treff (Malterud, 2017).

Litteratursøket ble gjennomført av universitetsbibliotekaren 23.02.2022 i databasene PsycINFO, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Cochrane Library, og Web of Science Scopus. Søket ga 11576 treff. Etter fjerning av dubletter var det totalt 6527 treff.

2.5 Beslutning av relevans og seleksjon av studier

Beslutte hva som er relevant i lys av problemstillingen er neste fase i Noblit og Hares (1988)

metaetnografi. I denne fasen utarbeidet vi brede og smale inklusjons- og eksklusjonskriterier samtidig som vi selekterte studier basert på disse.

2.5.1 Seleksjon basert på brede kriterier

Før seleksjonen av studiene startet utarbeidet vi brede inklusjonskriterier i samarbeid med hovedveileder (se Tabell 1). De brede kriteriene var førstehåndsperspektiv, egen opplevelse av selvmordsproblematikk og behandling, samt kvalitativ metodologi. Vi screenet så artiklene først basert på tittel, og sammendrag når tittel ikke ga tilstrekkelig informasjon, opp mot de brede kriteriene. Screening av artiklene ble i hovedsak gjort i mars og april, og ble fullført i starten av mai 2022. Screening ble gjennomført ved bruk av screening-verktøyet Rayyan (<http://www.rayyan.ai/>). Ved å bruke dette verktøyet hadde vi muligheten til å «blinde» våre individuelle avgjørelser. Som en hovedregel valgte vi å inkludere studier vi var usikre på. Referanser vi vurderte forskjellig eller var usikre på ble diskutert med hverandre frem til konsensus. Gjennom diskusjonene med hverandre i denne fasen ble forskningsspørsmålet klarere definert, og utgjorde grunnlag for etableringen av smale inklusjons- og eksklusjonskriterier.

2.5.2 Seleksjon basert på smale kriterier

Etter at den første omgangen med screening basert på brede kriterier var ferdig stod vi igjen med 239 referanser som ble med videre til nye runder med screening basert på smale kriterier. De smale kriteriene ble utviklet av oss og diskutert med hovedveileder. Vi valgte å spesifisere et nærmere fokus for tema og kontekst fra behandling mer generelt, til å kun inkludere studier som undersøkte en behandlingsprosess som hadde var over noe tid. Se Tabell 1 for endelige inklusjons- og eksklusjonskriterier. Screening foregikk med samme prinsipper som første screening, hvor vurderingen baserte seg mest på sammendrag samt fulltekst i de tilfeller hvor sammendraget alene ikke ga nok informasjon til å gjøre en vurdering av relevans. 122 artikler syntes å møte smale inklusjonskriterier og ble lest i fulltekst. Disse ble lest og vurdert i flere omganger opp mot smale inklusjons- og eksklusjonskriterier som vi parallelt jobbet med å utvikle og revidere. I denne fasen ble fokuset snevret ytterligere inn og avgjørelser knyttet til de smale kriteriene ble diskutert med hovedveileder.

Tabell 1: Endelige inklusjons- og eksklusjonskriterier

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Utvalg	Ungdom og voksne, alle kjønn og etnisiteter. Egen erfaring med selvmordsproblematikk	Ikke egen erfaring med selvmordsproblematikk

Tema	Subjektiv opplevelse av selvmordsproblematikk og behandling i terapeutisk prosess over tid	Selv mord som tema indirekte i forbindelse med annen sykdom eller lidelse
Kontekst	Terapeutisk prosess over tid i psykisk helsevern med en terapeut (psykolog, psykiater, annet autorisert personell)	Samtaler med venner, foreldre, og andre Behandling i førstelinje, primært medisinsk behandling og akuttvurderinger
Perspektiv	Førstehåndsperspektiv	Helsepersonells, pårørendes eller andres perspektiver
Metodologi	Kvalitativ metodologi - Datainnsamling ved semistrukturerte og dybdeintervjuer, spørreskjema med åpne spørsmål. - Mixed method design (hvis mulig å ekstrahere kvalitative funn), case-studier (hvis direkte sitater)	Kvantitativ metodologi - Datainnsamling ved spørreskjema med lukkede spørsmål, materiale publisert på internett - Teoretiske artikler, oversiktsartikler
Sitater	Direkte sitater fra deltakerne gjengitt	Ikke gjengitt direkte sitater
Artikkeltype	Fagfellevurderte artikler skrevet på engelsk	Ikke-fagfellevurderte artikler, konferansesammendrag, doktoravhandlinger, bøker, artikler på annet språk

2.5.3 Vurderinger i seleksjonsprosessen

I det følgende utdypes vi vurderingene og valgene vi gjorde knyttet til inklusjons- og eksklusjonskriterier og problemstilling i forbindelse med seleksjonsprosessen.

Kontekst og utvalg. Tidlig i seleksjonsprosessen ekskluderte vi ikke studier hvor konteksten for helsehjelpen var behandling i bred forstand, f.eks. medikamentell, skjermende, miljøterapeutisk, og/eller psykologisk behandling gitt på sykehus, akuttvurderinger og oppfølging fra kriseteam. Imidlertid så vi etter hvert behovet for å snevre inn fokuset ettersom vi stod igjen med svært mange og varierte studier når vi ikke fokuserte dette nærmere. Vi ble samtidig mer opptatt av og nysgjerrige på det relasjonelle samspillet mellom klient og terapeut over tid. Opplevelse av psykologisk behandling over tid ble dermed brukt som inklusjonskriterium for konteksten av studiene. Når det gjelder utvalg valgte vi å inkludere studier av ungdom og voksne klienter.

Tema. Vi bestemte oss for å ekskludere studier hvor deltakerne ikke hadde egen erfaring med selvmordsproblematikk. Vi ekskluderte studier hvor deltakerne ikke hadde egen erfaring, men ble rekruttert på bakgrunn av identifisert høyere selvmordsrisiko. Studier hvor selvmordsproblematikken kun nevnes i forbindelse med annen lidelse/diagnose, for eksempel somatiske sykdommer som HIV/AIDS, kroniske smerter, kreft, depresjon, bipolare lidelser, personlighetsforstyrrelser (borderline), og traumelidelser ble også ekskludert. Ettersom vi var interessert i selvmordsproblematikk som fenomen, og vurderte at selvmordstanker i

forbindelse med en primær somatisk sykdom og/eller psykisk lidelse ville utgjøre et litt annerledes fenomen med sine unike perspektiver. Studier som primært undersøker klientenes opplevelse av spesifikke behandlingsmetoder og intervensjoner ble ekskludert.

Perspektiv. Studier som utforsket andres perspektiv, slik som helsepersonells, pårørende (familie og venner) ble ekskludert ettersom vi ønsket å rette søkelys på førstehåndserfaringer med selvmordsproblematikk og psykologisk behandling. Vi valgte dog å inkludere studier hvor både klientens og terapeutens perspektiv var undersøkt. For de studiene dette gjelder har vi bare hentet ut data fra klientenes sitater.

Metode. Vi valgte å kun inkludere empiriske, fagfellevurderte artikler. Ifølge Levitt (2018) kan dette anses som en form for kvalitetskontroll, dog det ikke regnes som *tilstrekkelig* kvalitetskontroll av Malterud (2017). Vi valgte derfor å ekskludere doktorgradsavhandlinger, konferanseartikler, bøker og bokkapitler. Vi valgte å ta med to case-studier. Det avgjørende for denne beslutningen var at studiene hadde en tydelig systematisk analyse og direkte sitater fra deltaker. Studiene fremhever terapeutisk relasjon over tid som var i tråd med inklusjonskriterier for tema slik at disse case-studiene beriket vår analyse. Mixed-method studier og spørreskjema med åpne (open-ended) spørsmål hvor disse ble analysert med kvalitative metoder ble inkludert med forutsetning om at det var mulig å trekke ut direkte sitater. For å bevare validitet og metodologisk integritet ved metasyntesen valgte vi å kun inkludere studier som gjenga direkte sitater, uavhengig av metode for datainnsamling og analyse. Vi har også valgt å gjengi direkte sitater i presentasjonen av vår analyse. Dette var både for å unngå at resultatene fra vår syntetisering av primærstudiene ville føre til for stor avstand til deltakernes opplevelse, og for å sørge for transparens ved å gi leseren anledning til å komme frem til sin egen fortolkning av datamaterialet (Willig, 2013).

Totalt ble 17 studier inkludert for videre analyse og syntese. På dette tidspunktet gjennomgikk vi referanselister på alle inkluderte studier samt relevante oversiktsartikler. Vi oppdaget i denne fasen av seleksjonsprosessen at fire studier vi hadde kommet over og merket oss som mulig relevant i forbindelse med testsøk ikke var identifisert i søket vårt. Tre av disse ble diskutert med universitetsbibliotekar. Én så ut til å være publisert utenfor et fagfellevurdert tidsskrift, og oppfylte dermed ikke inklusjons- og eksklusjonskriteriene. De to andre hadde ikke treff på noen av søkeordene i kategoriene for «treatment» eller «client». Et forslag fra universitetsbibliotekar ble å eventuelt inkludere «help-seeking» i søkestrengen. Dette ville i så fall medføre en større endring i interesseområde og forskningsspørsmål, noe vi ikke ønsket. De tre studiene ble dermed ikke undersøkt nærmere. Den fjerde studien ble diskutert med hovedveileder og vurdert som relevant og innenfor kriteriene. Dermed valgte vi

å inkludere denne studien som «grå litteratur» eller håndplukk (Malterud, 2017). Se Tabell V2 i vedlegg for oversikt over alle inkluderte studier. De 17 inkluderte studiene gikk så gjennom en kvalitetsvurdering (se 2.5.4 Kvalitetsvurdering av studiene).

Underveis i seleksjonsprosessen ble vi kjent med innholdet i studiene vi søkte etter. Siden forskningsspørsmål i kvalitativ forskning blir informert av tilgjengelige forskningsdata, kan forskningsspørsmålet tilpasses når man ser hvilke spørsmål som kan besvares (Levitt, 2018; Malterud, 2017; Noblit & Hare, 1988). Vårt initiale forskningsspørsmål var: *Hvordan opplever klienter å fortelle om selvmordsproblematikk i behandling?* Gjennom utarbeidelsen av søkestrategien vurderte vi å smalne fokuset til *avdekking* av selvmordsproblematikk i behandling, men gitt heterogeniteten i tematikk og forskningsspørsmål i de inkluderte studiene ble dette vurdert som for smalt. Som beskrevet ovenfor endret vi kriteriene for konteksten for behandlingen fra alle former for behandling i helsevesenet til et fokus på terapeutisk behandling hvor klienten har en relasjon over tid til sin terapeut. Endelig problemstilling for metasyntesen ble: *Hvordan er klienters subjektive opplevelse av å snakke om selvmordsproblematikk i terapi?*

2.5.4 Kvalitetsvurdering av studiene

Når vi benytter oss av datamateriale fra andre studier som empiriske data i en metasyntese, må vi ifølge Malterud (2017) kreve at resultatene stammer fra en prosess som dokumenterer at grunnleggende krav til vitenskapelig kvalitet er ivaretatt. Vi valgte å bruke den oftest anvendte sjekklisten *Critical Appraisal Skills Programme* (2018; CASP) for vurdering av kvalitet ved de inkluderte studiene. En av forfatterne gjennomgikk sjekklisten for alle de inkluderte studiene, se Tabell V3 og Figur V2 i vedlegg for en oversikt over dette arbeidet. Kvalitetsvurderingen identifiserte at én av de inkluderte case studiene ikke oppfylte kriteriene for eksplisitt systematisk analyse. Ved nærmere undersøkelse viste det seg at artikkelen ikke var skrevet som en empirisk studie, men at kasuistikken forelå mer som en klinisk illustrasjon med et teoretisk og/eller pedagogisk formål. Etter å ha diskutert artikkelen med veilederne våre besluttet vi å ekskludere denne studien basert på dens form og mangel på systematisk analyse. For de 16 resterende studiene ble kvaliteten vurdert som tilstrekkelig, og disse ble inkludert for videre analyse og syntese.

2.5.5 Karakteristikker ved studiene

For å kunne fortolke funnene i denne metasyntesen i lys av sin kontekst, presenterer vi her karakteristikker ved studiene. Se Tabell V4 i vedlegg for en detaljert oversikt over karakteristikker ved alle de inkluderte studiene.

Studiesetting. Studiene er gjennomført i fem ulike land; Norge (5), Storbritannia (1), USA (8), Canada (1) og Frankrike (1). Tre av studiene ble utført med spørreskjema, én av studiene ble utført som fokusgruppestudie (Velez-Grau, 2019), mens de resterende ble utført gjennom bruk av ulike intervjuformer.

Fokus. Studiene var heterogene i sine respektive forskningsspørsmål og fokusområder. Flere av studiene undersøkte suicidale klienters opplevelse av helsehjelp enten ved pågående selvmordsproblematikk eller etter et tidligere selvmordsforsøk. To av studiene hadde ikke et eksplisitt fokus på selvmordsproblematikk (Velez-Grau, 2019; Jones et al., 2021), men det fremkom av studiene at samtlige av deltakerne hadde opplevelse av selvmordstanker og/eller forsøk, og rike beskrivelser av opplevelser knyttet til psykologisk behandling for selvmordsproblematikk fremkom i resultatene fra studiene.

Deltakere. Det samlede antallet deltakere fra alle studiene er 643, og antall deltakere i de ulike studiene varierer fra én til 202. Samtlige deltakere har egen erfaring med selvmordstanker og/eller forsøk samt erfaring fra å være klient i psykologisk behandling, enten nåværende eller tidligere. Deltakernes alder var mellom 11-81 år. To av studiene oppga ikke informasjon om deltakernes kjønn. To av studiene benyttet seg av det samme utvalget av deltakere (Østlie et al., 2018; Østlie et al., 2021).

Metode og analyse. Studiene har alle anvendt ulike former for kvalitativ metode. To studier har benyttet både kvalitative og kvantitative metoder (Hausman-Stabile et al., 2018; Hom et al., 2019), fra disse har vi kun hentet ut kvalitative data. Flesteparten av studiene har benyttet semistrukturerte intervjuer eller dybdeintervjuer for datainnsamling, to har benyttet spørreskjema, og en studie har brukt en fokusgruppe. Metoder for dataanalyse i de ulike studiene er fortolkende fenomenologisk analyse, tematisk analyse, innholdsanalyse, «grounded theory», hermeneutisk analyse, og psykoanalytisk analyse.

2.6 Analyse og syntese

I tråd med Noblit og Hares (1988) metaetnografi gjennomførte vi analyse og syntese i fem overlappende og gjentagende faser. I det følgende vil vi beskrive denne prosessen.

2.6.1 Datauttrekk

Å lese studiene utgjør den tredje fasen i metaetnografi. I denne fasen leste vi studiene nøye og arbeidet med datauttrekk fra studiene gjennom å identifisere temaer og metaforer som sammen med direkte sitater utgjorde «meningsenheter» som er metasyntesens datamateriale. Se Tabell 2 for eksempel på en meningsenhet.

Meningsenheter ble laget for å kunne oversette metaforene til hverandre. En meningsenhet defineres som den minste enhet av data som alene kan formidle en klar betydning (Timulak, 2009). Vi har benyttet oss av Levitts (2018) fremgangsmåte for identifisering av metaforer, hvor metaforene består av forfatters tolkning av funnene, ofte gjengitt som tema i teksten. Våre meningsenheter inneholdt metaforer (forfatters temanavn og kortfattede tolkning av tema), direkte sitat med referanse til primærstudien og våre koder til metaforene. Resultatene fra de primære studiene forelå på forskjellige nivåer av analyse. For å oversette disse til hverandre utviklet vi *analytiske enheter* eller *analytiske koder*, tilsvarende fremgangsmåten til Jessen og kolleger (2021). Analytiske enheter kan her forstås som merkelapper som foreligger på et høyere nivå av abstraksjon, og som fungerer som en sammenfatning av mening på tvers av meningsenheter. I analysen arbeidet vi med to språk, hvor vi sammen utarbeidet koder på norsk. Vi valgte å beholde tema, beskrivelse og sitat på originalspråket (engelsk) for å bevare validitet og metodologisk integritet.

Tabell 2. Eksempel på dataenhet med forfattere og årstall, metafor og sitat

Forfatter og årstall	Metafor: forfatterens temanavn og fortolkning	Sitat	Analytisk kode
Halvorsen et al. (2016), s. 170	Courage to involve oneself: Gradually, the client took the risk of trusting the therapist. She experienced this involvement as potentially dangerous, but also carrying an element of hope.	“Well, the first year was dominated by that I did not dare to trust him, in relation to... (hesitates) that he should get tired of me, thinking that it was too demanding, too little progress, a couple of such... But he is absolutely incredible, I have to say”. And she continued: “There have been so many times that I just had to trust (laughs) that he knew what he was doing, and that he has done this for so many years that he knows more than I do. I had to trust him”	Relasjon, tillit krever mot

Et viktig hensyn for oss i arbeidet med datauttrekk var å bevare funnenes kontekst og nyanser, samtidig som utarbeidelsen av meningsenheter innebærer en nødvendig abstraksjon som gjør videre syntese mulig. Vi startet med å hente ut meningsenheter i tabeller i Word for to av studiene sammen, så delte vi de resterende primærstudiene mellom oss. Vi la særlig vekt på studier med rike temaer og sitater. Alle meningsenhetene ble til slutt vurdert av oss begge i konteksten av artikkelen de var hentet ut fra, og uenigheter knyttet til formuleringer og hvorvidt meningsenhetene var relevante til forskningsspørsmålet ble diskutert frem til konsensus.

2.6.2 Hvordan studiene er beslektet

Å ta stilling til hvordan studiene er relatert utgjør den fjerde fasen i metaetnografi, og innebærer den første organiseringen av det empiriske materialet.

Våre analytiske koder for hver meningsenhet informerte den første sorteringen av meningsenhetene, men disse ble også utviklet videre underveis som syntesen formet seg i grove kategorier. Levitt (2018) konseptualiserer denne prosessen som tilsvarende konstant sammenligning («constant comparison») hvor hver meningsenhet blir sammenlignet med alle andre meningsenheter for å identifisere likheter og forskjeller som så utgjør grunnlaget for kategorier som grupperer enhetene sammen. I dette arbeidet så vi spesielt etter likheter, kalt «resiprok» oversettelse, og forskjeller, betegnet som «kontrasyntese», i mening for å kunne si noe om helheten ved å studere delene (Noblit & Hare, 1988).

For å få overblikk over alle meningsenhetene samtidig benyttet vi oss av en analog sortering hvor vi skrev ut alle meningsenhetene på papir, klippet de ut og spredte de ut over et langt bord (se Figur V3 i vedlegg for bilde av den analoge sorteringen). Vi utviklet først 19 grove kategorier; *hjelpesøking, relasjon og rammer, emosjonelt bånd, rammer som hindring, vansker ved relasjonen, ansvar og ansvarsfraskrivelse, ønsker til terapeut, bedringsteori, terapeutens egenskaper, frykt for innleggelse, planer og kriseplan, positive erfaringer i terapi, autonomi, underliggende problemer, perspektiv på psykisk helse, utfall av terapi, og opplevelse av å bli kontrollert*. Majoriteten av meningsenhetene ble flyttet frem og tilbake mellom ulike kategorier, og selve kategoriene forandret seg ved å enten omformuleres, slås sammen eller fjernes. Vi tok bilder av den analoge sorteringen ved ulike stadier av prosessen.

2.6.3 Oversette studiene til hverandre

Å oversette studiene til hverandre er den femte fasen i metaetnografi. I denne fasen gjorde vi en systematisk sammenligning av alle meningsenhetene som dannet grunnlaget for videre oversettelse. Vi overførte meningsenhetene og deres grove kategorisering til tabeller i Word, og flyttet videre på meningsenhetene basert på forskjeller og likheter i mening med hensikt om å utvikle oversettelser. Oversettelse av studiene og videre syntese er «tolkning av tolkning av tolkning» (Noblit & Hare, 1988, s. 35). Schutz (1962, referert i Britten et al., 2002, s. 212) anvendte begrepet førsteordenskonstrukt om «the everyday understandings of ordinary people» og andreordenskonstrukt om «the constructs of the social sciences». Rådata fra primærstudiene utgjør førsteordenskonstruktene i denne metasyntesen. Dette er den første tolkningen, deltakernes tolkning av egen opplevelse med data i form av sitater. Andreordenskonstruktene blir således resultatene fra primærstudiene. Dette er forskernes tolkning av deltakerens tolkning med data presentert i form av temaer.

Tredjeordenskonstrukter er funnene fra vår videre syntetisering. Dette er vår tolkning av forskernes tolkning av deltakernes tolkning. Se Tabell 3 for eksempel på en syntetisert oversettelse.

2.6.4 Å syntetisere oversettelsene

Den sjettede fasen i metaetnografi er å syntetisere oversettelsene. Dette innebærer utvikling av metatemaer, temaer og subtemaer basert på meningsenheter og deres oversettelser. Meningsenheter med relatert mening utgjorde temaer, og ‘clustre’ eller grupper av meningsenheter utgjorde metatemaer. Subtemaer ble utviklet for å illustrere forskjeller og nyanser innad i hvert tema.

Tabell 3. Eksempel på første-, andre- og tredjeordenskonstrukter i metasyntesen.

Nivå	Halvorsen et al. (2016), s. 170	
Førsteordenskonstrukt	Sitat	“Well, the first year was dominated by that I did not dare to trust him, in relation to... (hesitates) that he should get tired of me, thinking that it was too demanding, too little progress, a couple of such... But he is absolutely incredible, I have to say”. And she continued: “There have been so many times that I just had to trust (laughs) that he knew what he was doing, and that he has done this for so many years that he knows more than I do. I had to trust him”
Andreordenskonstrukt	Metafor: forfatters tema og tolkning	Courage to involve oneself: Gradually, the client took the risk of trusting the therapist. She experienced this involvement as potentially dangerous, but also carrying an element of hope.
Tredjeordenskonstrukt	Subtema	2.2.2 Etter hvert våget jeg å stole på terapeuten
	Tema	2.2 Tillitens dynamikk i terapi
	Metatema	2. Spenninger i tryggheten til terapeuten

Vår første syntese av oversettelsene merket vi oss at var tydelig informert av psykoterapiforskningen, hvor våre forventninger synes å styre retningen på syntesen. Vi kategoriserte meningsenhetene og oversettelsene våre i tre metatemaer som synes å kunne vise til klientfaktor, terapeutfaktor og prosessfaktor. Videre etablerte vi i denne syntesen 10 temaer og 28 subtemaer. Funnene ble presentert for både hovedveileder og biveileder hvor vi sammen diskuterte ulike perspektiver og alternative tolkninger av materialet. Vi ble gjennom disse prosessene oppmerksomme på det som synes å være flere paradokser i materialet, noe som stemte overens med vår egen oppfatning av noterte likheter og forskjeller. Vi ble nysgjerrige på å utforske dette videre med en ny syntese, og besluttet å gjøre en ny omgang med analog sortering informert av dette. Underveis i analysearbeidet ble vi også mer opptatt av å se selvmordsproblematikk i lys av terapeutisk relasjon, og hvor stor plass skam og autonomi fikk for klientene, ikke bare når det gjelder tillit og åpenhet, men også hjelpesøking.

I arbeidet med ny syntese hadde vi flere møter med begge veiledere hvor vi diskuterte funnene og vurderte ulike tolkninger. I tråd med en konsensusbasert kvalitativ forskningstilnærming («consensual qualitative research») (Hill et al., 2005), strebet vi etter å holde diskusjonene åpne, forstå ulike synspunkter og nå frem til en konsensusbasert forståelse av dataene, men uten å oppnå konsensus på grunn av konformitet (Levitt et al., 2017b). Den endelige syntesen resulterte i tre metatemaer og ni temaer med henholdsvis to, tre eller fire subtemaer hver. Vi bestemte oss for å illustrere paradokset primært på metatema-nivået, og vise ulike komponenter ved paradoksene på tema-nivå. Nyanser og forskjeller innad i hvert tema belyses i subtemaene.

2.6.5 Formidle syntesen i tekst

Formidle syntesen i tekst er det syvende og siste trinnet i metaetnografi og går ut på å rapportere skriftlig hva vi har gjort og hva vi har funnet med kvalitativ metasyntese som metode (Malterud, 2017). Som beskrevet tidligere overlapper fasene og følger ikke en lineær progresjon, men er mer som en «frem - og tilbakeprosess» (Haavind, 2000). Arbeidet med analysen og syntesen fortsatte dermed samtidig som vi skrev og reviderte dette manuskriptet.

2.7 Metodologisk integritet og refleksivitet

Det viktigste kvalitetstegnet ved kvalitative metoder er troverdighet. Prosedural troverdighet viser til reliabilitet, og troverdighet av tolkninger til validitet (Stiles, 1993). Vi har tatt flere grep for å øke denne metasyntesens troverdighet, og dette blir beskrevet i det følgende. For å øke metasyntesens metodologiske integritet har vi fulgt anbefalinger fra Levitt (2018). Vi har fulgt metodologiske anvisninger laget spesielt for metasynteser ved psykoterapiforskning (se f.eks. Levitt et al., 2017a; Timulak, 2009).

Kvalitative forskningsmetoder kjennetegnes av fleksibilitet både når det gjelder tilpasning av metoden til forskningsspørsmålet og når det gjelder muligheter for endring av forskningsspørsmålet (Levitt, 2016; Timulak, 2009). Alle tilpasninger og endringer er gjort i diskusjoner med vår hovedveileder for å sikre metasyntesens metodologiske integritet og troverdighet. Etter at vi har arbeidet og blitt enig med hovedveileder har vi brukt biveileder til kvalitetssikring av dette arbeidet. Diskusjoner med våre veiledere kan forstås som en form for forskertrianglering gjennom at andre har sett over prosedyrene og funnene våre (Levitt et al., 2017b; Flick, 2002).

Refleksivitet i kvalitativ forskning innebærer en anerkjennelse av forskerens bidrag til meningsdannelsen gjennom forskningsprosessen og refleksjon omkring hvordan egne antagelser, forventninger og synspunkter påvirker forskningen (Willig, 2013). I det følgende

vil vi beskrive vår epistemologiske og personlige refleksivitet og vise hvordan vi har gått frem i arbeidet med den.

2.7.1 Epistemologisk refleksivitet

Ifølge Willig (2013) handler epistemologisk refleksivitet om hvordan forskeren påvirker forskningsprosessen som en «tenker». Dette fordrer refleksjon rundt hvordan metodologiske valg har konstruert data og funn, og på forhånd definert og begrenset hva vi kan finne (Willig, 2013). Med oss inn i arbeidet med metasyntesen hadde vi særlig det psykodynamiske perspektivet på selvmordsproblematikk og psykoterapi. Vi hadde forventninger om at utfordringer knyttet til trygghet i relasjonen til terapeuten ville være sentralt. Videre hadde vi med oss inntrykk både personlig og faglig fra offentlig debatt rundt retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern, og forventet å finne opplevelser av utfordringer knyttet til rammene ved behandlingen.

Vi har gjennom hele prosessen ført en detaljert arbeidslogg over våre tanker, innfall og betraktninger, samt ulike synspunkter og avveininger som lå til grunn for våre vurderinger og beslutninger underveis (Levitt et al., 2017a). Arbeidsloggen har fungert som et verktøy for systematisk refleksjon helt fra den aller første fasen med en innledende nysgjerrighet på fenomenet og helt frem til det skriftlige arbeidet. For å sikre metasyntesens gjennomsiktighet og refleksivitet gir vi beskrivelser av prosedyrer og beslutninger i arbeidet (Maracek, 2003).

Willig (2013) understreker at når vi skal beskrive opplevelser spiller ordene vi bruker en rolle i konstruksjonen av meningen vi knytter til opplevelsene. Siden sitatene og metaforene fra studiene forelå på engelsk, innebærer de språklige oversettelse av disse uunngåelig vår fortolkning. Vi forankret våre språklige oversettelser først og fremst i sitatene fra deltakerne samt konteksten slik den ble beskrevet av forfatterne av primærstudiene. For å bevare transparens har vi gitt eksempler på meningsenheter og første-, andre- og tredjeordenskonstrukt i denne metasyntesen. Analyse og syntese krever en viss dekontekstualisering for å behandle datamateriale hentet fra flere heterogene studier. Vi var opptatt av å ikke tillegge deltakerne tolkninger og meninger som ikke var deres, vi hadde med oss et fokus på nettopp å løfte deres stemmer og reflekterte underveis om vår fortolkning var i tråd med deres eget perspektiv.

2.7.2 Personlig refleksivitet

Personlig refleksivitet handler om hvordan forskeren former forskningsprosessen som «person», og innebærer refleksjon rundt måten forskerens egne verdier, erfaringer, interesser, antakelser og sosiale identiteter har formet forskningsprosessen (Willig, 2013). Vi er begge kvinnelige psykologstudenter med både vestlig og ikke-vestlig kulturell bakgrunn. Parallelt

med arbeidet med metasyntesen har vi hatt praktikum ved den psykodynamisk orienterte studentklinikken. Vi har interesse for psykodynamisk teori, psykopatologi, psykoterapiforskning og kvalitativ forskning. Vi har begge erfaring med å gjennomføre selvmordsrisikovurderinger fra praksis som studentterapeuter hvor vi ble nysgjerrige på hvordan dette oppleves av klientene. Som kommende kliniske psykologer kjente vi på et behov for å øke vår kunnskap om selvmordsproblematikk sett fra klienters perspektiv.

Våre veilederes perspektiver er også viktig å fremheve for å vise refleksivitet i denne metasyntesen. Vår hovedveileder er en erfaren forsker innen teoretisk og kvalitativ forskning, inkludert metasyntese. Hun har interesse for forskning på selvmordsproblematikk og selvskading. Som kliniker har hun erfaring med mentaliseringsbasert terapi, dynamisk psykoterapi og psykoanalyse. Hun ble konsultert gjennom hele prosessen hvor hun veiledet og sjekket over prosedyrer, og deltok i diskusjoner angående metodologiske valg og gjennomføring av analysen. Vår biveileder deltok i diskusjon av resultatene. Han er en erfaren teoretisk og kvalitativ forsker med særlig interesse for psykoanalyse, psykoterapiforskning og filosofi.

2.8 Forskningsetiske betraktninger

I denne metasyntesen har vi benyttet oss av allerede publiserte data, dermed har vi ikke hatt direkte kontakt med hverken deltakerne eller forskerne i primærstudiene. Et forskningsetisk hensyn som særlig er gjeldende for metasyntese som metode er dens distanse til deltakerne (Malterud, 2017). Det var ikke vært nødvendig for oss innhente informert samtykke fra deltakerne eller forskerne, eller å søke etisk godkjenning i Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk eller Norsk senter for forskningsdata. I forbindelse med vår kvalitetsvurdering av inkluderte studier med bruk av CASP har vi likevel vurdert hvorvidt forfatterne har tatt stilling til etiske betraktninger i sin forskning. Kun 4 av studiene har ikke nevnt godkjenning fra etiske fagkomiteer, slik at vi har vist ekstra hensyn ved bruk av sitater som er hentet ut fra disse. Vi har vært bevisst vårt etiske ansvar for å forhindre at deltakernes utsagn i de originale intervjuene ikke misforstås eller feiltolkes. Et viktig formål med metasyntesen og valget av forskningsspørsmål har vært nettopp å fremheve klientenes egne stemmer, samtidig krever videre syntese en viss abstraksjon. Vi har forankret våre tolkninger i sitatene sett i konteksten til de primære studiene, og vært opptatt av å ikke tillegge deltakerne meninger som ikke er deres.

3 Resultater

I denne delen presenterer vi funn fra denne metasyntesen om selvmordstruede klienters subjektive opplevelse av å snakke om selvmordsproblematikk i terapi. Vi presenterer tre metatemaer som representerer et paradoks hver; 1) *Opplevelse av avhengighet og autonomi*, 2) *Spenninger i tryggheten til terapeuten* og 3) *Opplevelse av håp og misnøye i terapi*. Hvert metatema består av tre temaer, og henholdsvis to, tre eller fire relaterte subtemaer (se Tabell 4 eller V5). Metatemaer, temaer og subtemaer forstås både som kvalitativt ulike, og som sammenkoblet. Paradokset illustreres primært på metatema-nivået, vi viser så til ulike komponenter ved paradoksene på tema-nivå. Nyanser og forskjeller innad i hvert tema belyses i subtemaene.

Funnene presenteres gjennom tre paradokser som klienter med selvmordsproblematikk erfarer på ulike måter i terapi. Resultatene strekker seg fra klienters motstridende opplevelse av seg selv i terapien, til klienters opplevelse av og ønsker til interaksjonen med terapeuten, og til slutt deres erfaringer knyttet til den terapeutiske prosessen. Det er viktig å bemerke at dette er én av flere måter å presentere funnene på. Målet er å forsøke å fange opp en omfattende og dekkende forståelse av klienters subjektive opplevelse og erfaringer. Dette gjøres ved at temanavnene respektfullt er laget tett på klientenes opplevelse.

Resultatene blir presentert ved hjelp av illustrerende sitat som har som mål å oppnå transparens og øker syntesens prosedurale troverdighet (Stiles, 1993). Sitatene er gjengitt på engelsk fordi analysen og syntesen er gjennomført med engelske sitater. I teksten oppgis både antall studier og antall meningsenheter til hvert tema og subtema. Frekvensbredden for antall studier angis med «få» (n= 0-3), «noen» (n= 4-9) og «mange» (n= 10-16), og antall meningsenheter gjengis som «m=tall». Antall studier og meningsenheter presenteres grunnet hensyn til transparens, og er et aspekt ved kredibilitetssjekk som kalles «representativitet til utvalget» (Timulak, 2009, s. 598). Dette bør dermed ikke vurderes som en kvantifisering eller et indikasjonsmål på relevans. Tvert imot oppgis dette for å vise transparens og gi leseren innblikk i vektfordelingen av de inklusive studiene. I tillegg har det til hensikt å foreslå tilstedeværelse av fenomenene da de er betydningsfulle kun ved at de er til stede (Giorgi, 1994). Grunnet dette bruker vi termen «noen» klienter konsekvent, og et språk som har til hensikt å vise omfang og formidle at disse erfaringene og opplevelsene *kan* være gjeldende for *enkelte* klienter.

Tabell 4: Oversikt metatema, tema og subtema

Metatema	Tema	Subtema
Første metatema: Opplevelse av avhengighet og autonomi	1.1 Avhengighet som forutsetning for ansvar (n= 4, m=9)	1.1.1 Terapeutens tilgjengelighet krisen (n=1, m=1) 1.1.2 Må kjenne meg klar for å ta ansvar (n=3, m=6) 1.1.3 Bestemte meg for at nok er nok (n=1, m=2)
	1.2 Medbestemmelse og frykt for innleggelse (n=7, m=21)	1.2.1 Lage en plan sammen om det som skal skje (n=5, m=7) 1.2.2 Redd for å miste autonomi hvis jeg deler omfang av selvmordstankene (n=4, m=14)
	1.3 Behov for informasjon og kontroll (n=4, m=10)	1.3.1 Informer meg om prosedyren (n=2, m=5) 1.3.2 Respekter at jeg kan være med i avgjørelsene (n=3, m=5)
Andre metatema: Spenninger i tryggheten til terapeuten	2.1 Lyttende og/eller aktiv terapeut skaper trygghet (n=7, m=11)	2.1.1 Terapeuten bør lytte til det jeg sier (n=5, m=6) 2.1.2 Terapeuten bør gi meg tilbakemeldinger (n=4, m=5)
	2.2 Tillitens dynamikk i terapi (n=7, m=12)	2.2.1 Det er vanskelig for meg å stole på terapeuten (n=4, m=5) 2.2.2 Etter hvert våget jeg å stole på terapeuten (n=6, m=7)
	2.3 Terapeutens profesjonelle rolle hemmer den reelle relasjonen (n=6, m=10)	2.3.1 Terapeuten er mer bekymret for sin profesjonelle rolle enn for meg (n=5, m=7) 2.3.2 Terapeuten klarer ikke å hjelpe meg (n=2, m=3)
Tredje metatema: Opplevelse av håp og misnøye i terapi	3.1 Normalisering og nyansering av alvorlige problemer (n=7, m=16)	3.1.1 Fortell meg at jeg ikke er alene om det (n=3, m=5) 3.1.2 Nå kan jeg se problemet mitt på en annen måte (n=7, m=11)
	3.2 Skam og overveldende følelser i terapi (n=4, m=8)	3.2.1 Å snakke om det tilfører mer skam og selvforakt (n=3, m=6) 3.2.2 Å møte det ukontrollerbare i seg selv (n=1, m=2)
	3.3 Forventninger til systemet ble ikke møtt (n=7, m=11)	3.3.1 Jeg fikk ikke hjelpen jeg trengte i krisen (n=4, m=5) 3.3.2 Bare 45 minutter i uka er for lite (n=1, m=2) 3.3.3 Å forandre gamle mønstre er en sakte og pågående prosess (n=3, m=3) 3.3.4 Terapi hjalp meg ikke, men det var fint å få snakket med en profesjonell (n=1, m=1)

Merk: n angir antall studier som bidrar til hvert tema og subtema. m angir antall meningsenheter som bidrar til hvert tema.

3.1 Første metatema: Opplevelse av autonomi og avhengighet

Det første metatemaet, «*Opplevelse av autonomi og avhengighet*», handler om klienters motstridende opplevelse av og ønske om å være selvstendig, samtidig som de erfarer seg

avhengig av terapeuten i terapi. Dette innebærer at klienter på den ene siden føler at de til en viss grad er avhengig av terapeuten, og dette for at de skal kunne opptre ansvarsfulle i terapien. I tillegg understreker de at de trenger medbestemmelse, informasjon og kontroll for å kunne ivareta behovet for autonomi og få et godt utbytte av terapien. Det første metatema består av tre tema.

Tema 1.1 Avhengighet som forutsetning for ansvar

Det første temaet, «*Avhengighet som forutsetning for ansvar*», tar for seg studier (n=4, m=9) som understreker hvordan noen klienter opplever å være avhengig av terapeuten, og ser på det som nødvendig for å bli selvstendig og ansvarsfulle i terapi. De deler ønsker om at terapeuten skal være tilgjengelig og ansvarlig, og at de selv skal føle seg klare til å ta ansvar og ta grep.

1.1.1 Terapeutens tilgjengelighet i krisen. En studie (n=1, m=1) trekker frem at klienten trenger å være avhengig av terapeuten for å oppnå bedring: «[My psychiatrist is] there for me in a crisis. I can call her, page her in the middle of the night if I need to, email her, whereas other doctors don't let you have that kind of access» (Hom et al., 2019, side 176). Klienten uttrykker stor grad av avhengighet ved at hen ønsker at terapeuten skal være tilgjengelig for dem hele tiden.

1.1.2 Må kjenne meg klar for å ta ansvar. I få studier (n=3, m=6) fremhever klientene at de må kjenne seg klare for å ta ansvar og eierskap. De kjenner på at terapeuten har for store forventninger til dem og ønsker at de skal være autonome og ansvarsfulle. Dette blir krevende ettersom de er preget av selvmordstanker: «... the patient cannot be responsible until she is ready, in a way. So the others have to take responsibility, and it is not responsible to release a patient who does not take responsibility» (Østlie et al., 2016, s. 157). Disse klientene påstår å være avhengige av terapeuten og sier at terapeuten må være ansvarlig og veilede klientene i en viss periode, frem til klientene opplever å være klare til å dele ansvaret med dem.

Just speaking with a psychologist is no help at all if he only listens; you need perhaps to receive feedback on how you are perceived and often, one needs some guidance ... I must take responsibility for things in my own life then, but you really don't know anything if no one tells it to you. However, you must really somehow have trust in those who are sitting here in order to be able to open up, for that is not accomplished in one day, for sure. (Vatne & Nåden, 2018, s. 451)

Hvis klientene får tilrettelegging av terapeutene, kan det se ut som at de klarer å ta mer ansvar for egen problematikk og bedring.

1.1.3 Bestemte meg for at nok er nok. Et tredje subtema som dukker opp her er klienters spontane avgjørelse om å ta ansvar for seg selv og bestemme seg for at nok er nok. I en studie (n=1, m=2) opplever klienter bedring og sier at det ikke er terapeuten eller terapien som har hjulpet: «I feel that I have hardly seen her (her therapist). But I've obviously been there. I don't know. It's much better now, but that is not because of the treatment (laughs) ... I think it's because I decided that enough is enough» (Østlie et al., 2018, s.159). Dette kan forstås som at det avgjørende for klientens bedring er at det har skjedd en endring i hvordan klienten forholder seg til ansvaret for sin egen selvmordsproblematikk.

Tema 1.2 Medbestemmelse og frykt for innleggelse

Det andre tema, «Medbestemmelse og frykt for innleggelse», fremhever hvordan studier (n=7, m=21) gjengir at klienter med selvmordsproblematikk opplever en markant frykt for å bli innlagt mot deres vilje. Denne frykten kan hindre dem fra å åpne opp i terapi og snakke om egen selvmordsproblematikk. Noen av klientene understreker at dette fører til at de blir mer varsomme og forsiktige i møte med terapeuten. De blir selektive om det de deler om selvmordsproblematikken sin. Klienter som opplever å ha medbestemmelse i terapi opplever derimot å kunne være mer åpne med terapeutene sine.

1.2.1 Lage en plan sammen om det som skal skje. Noen studier (n=5, m=8) trekker frem klienters behov for åpen kommunikasjon om selvmordsproblematikk med terapeuten. Klientene deler viktigheten av å samarbeide med terapeuten om stegene som skal tas. De mener at det som er avgjørende for dette er at de blir hørt av terapeuten. Lignende krever det at terapeuten må stole mer på dem: «Middle path would be I am telling you this and I want you to trust me that I am capable of not doing it. And just tell my parents to keep a closer eye on me. But not exactly what I told you» (Velez-Grau, 2019, s. 918). De setter pris på at terapeuten snakker med dem istedenfor å henvende seg til deres pårørende. Flere klienter setter også pris på at terapeuter er tydelig på når de må kontakte andre instanser for å vurdere innleggelse:

My provider and I have an open communication policy in which I can discuss my thoughts and feelings about self-harm and suicide. The policy includes the ability to contact her at any time should an emergency arise. So long as I am not an imminent threat to myself and she is not obligated to contact the authorities she and I discuss my thoughts about self-harm and next steps to be taken. (Love & Morgan, 2021, s. 538).

Klientene opplever det som hjelpsomt å bli bevisstgjort på rammene for terapien og får innblikk i hvor mye av selvmordstankene de eventuelt kan dele med terapeuten. En klient trekker frem viktigheten av at terapeuten respekterer deres rett til å ta sitt eget liv:

For me it was essential that he accepted my ultimatum and my right to kill myself. The same goes for his attitude towards self-harm. He understood my need for hurting myself and he sustained it. All this shame! And when I finally could show it to him, he was not condemning or frightened. This made it possible for me to build trust. (Halvorsen et.al., 2016, s. 177).

Terapeutens respektfulle holdning til klienters selvmordsproblematikk blir betraktet som betryggende og fører til at klienten klarer å bygge tillit til terapeuten.

1.2.2 Redd for å miste autonomi hvis jeg deler omfang av selvmordstankene. I noen studier (n=4, m=14) uttrykker klientene en grunnleggende frykt for innleggelse og hevder at det kan begrense i hvilken grad de avdekker egen selvmordsproblematikk i terapi. De beskriver vansker med å føle seg trygge nok på terapeuten til å kunne dele selvmordstankene sine:

Well, it took me awhile to be able to be trusting of my therapist to be truthful about what goes through my mind about mental health, about the self-harm ideation and suicide ideation and stuff because I was so afraid to get [involuntarily hospitalized] that I would hold back. I would literally, I would censor myself. [But] at one point, [my therapist] noticed that, and he said, ‘Why are you so against it?’ I ended up describing what happened, and he goes, ‘Well, I understand more now.’ He’s like, ‘Just so you know, not every experience is going to be like that.’ (Jones et al., 2021, s. 2023).

Manglende trygghet til terapeuten blir av klienten beskrevet som å være knyttet til tilbakeholdelse av selvmordstanker i frykt for å bli innlagt. Klientene uttrykker også økende bekymring for å miste autonomi i terapi: «[...] Fear of losing autonomy always guides what or how much I disclose to a mental health provider, family, and even friends [...]» (Love & Morgan, 2021, s. 537). Dette virker også å påvirke hvorvidt klientene avdekker selvmordsproblematikk for familie og venner.

I få studier (n=2, m=2) deler klientene også dårlige erfaringer med tidligere innleggelse på psykiatriske avdelinger og beskriver disse avdelingene ofte som fengsel: «I wouldn’t try to do that again because being in here is nothing good. Being in here is like if

you will be in prison» (Hausmann-Stabile et al., 2018, s. 169). Klientene kobler dette til unngåelse av fremtidige selvmordsforsøk eller tilbakeholdelse av informasjon om egen selvmordsproblematikk. Få studier (n=2, m=2) trekker også frem taushetsplikt og understreker at klientene frykter å miste alt de har ved å avdekke egen selvmordsproblematikk i terapi: «*I am afraid to open up and lose everything I have.*» (Blanchard & Farber, 2020, s. 129). Dersom terapeuten forsikrer at informasjonen klienten deler i terapien kun forblir mellom dem og terapeuten, tror de at de kunne åpne opp og snakke om selvmordsproblematikken.

Tema 1.3 Behov for informasjon og kontroll i terapi

Det tredje tema, «Behov for informasjon og kontroll i terapi», handler om at studier (n=4, m=10) vektlegger hvordan klienter uttrykker et behov for å være selvstendige ved å få informasjon om prosedyrene i terapien og samtidig få friheten til å kunne ta og påvirke avgjørelsene som tas. I motsetning til tema 1.2, som er direkte knyttet til tilbakeholdelse av selvmordstanker for å unngå innleggelse, handler dette temaet om klienters behov rettet til rammene for terapien.

1.3.1 Informer meg om prosedyren. I få studier (n=2, m=5) synes klientene å uttrykke et behov for å få informasjon om prosedyrene i terapien. De meddeler at innblikk i terapiens rammer og grunnlaget for terapeutens vurderinger kan bidra til at de blir mindre bekymret for tvangsinnleggelse, ettersom vurderingene kan diskuteres:

I am concerned they will force me into a hospital. I am less concerned about this than I first was as I learned that it [suicide] can be discussed to some degree if they realize you are not impulsive and at immediate risk. But still, I don't know how much people know that, or what their view of what 'immediate risk' means. A week, a month, a year? (Blanchard & Farber, 2020, s. 129)

Usikkerheten rundt prosedyrer og vurderinger fører til at klientene opplever økt bekymring for innleggelse. Disse klientene uttrykker behov for transparens og tydeliggjøring av rammene, men aksepterer likevel at terapeuten må ta avgjørelsen.

1.3.2 Respekter at jeg kan være med i avgjørelsene. I få studier (n=3, m=5) belyser klientene viktigheten av å bli respektert av terapeuten. De har et iboende behov for å bli behandlet som fornuftige og kloke klienter som er i stand til å ta gode avgjørelser. Eksempler på avgjørelser klientene ønsker å påvirke er temaer som blir snakket om i terapien, behandlingstilnærminger og tempoet for hvordan man går frem i terapien:

I'm a lot pickier about what I share in the beginning of meeting a new mental health provider. I don't talk about this stuff right away [and] try to suss out what their personal takeaway is on hospitalization, how they think about trauma and triggers...if a provider doesn't see me as a sound enough mind to make my own decisions, I'm not interested in seeing them long term. (Jones et.al, 2021, s. 203)

Klientene understreker at de ikke ønsker å møte terapeuten dersom han/hun ikke opplever klienten til å være klok nok til å kunne bestemme.

Metatemaet «Opplevelse av autonomi og avhengighet» viser til klienters gode og vonde erfaringer i terapi, samt deres ønsker og behov assosiert med bedring. De dårlige erfaringene er som regel knyttet til tvangsinnleggelse/innleggelse og frykten for å miste autonomi og selvbestemmelse. De gode erfaringene kjennetegnes av at klientenes stemme får betydning i terapi, og at de selv kan avgjøre hvorvidt de snakker om eller unngår å snakke om selvmordsproblematikken. I tillegg kan klientene synes å uttrykke et grunnleggende behov for å være aktive deltakere i terapien ved at de får tilstrekkelig med informasjon om rammene for terapien og kan påvirke avgjørelsene som blir tatt. Noen av klientene uttrykker også behov for å være avhengige av terapeuten. Dette kan forstås som konflikt mellom klienters behov for autonomi og avhengighet av terapeuten.

3.2 Andre metatema: Spenninger i tryggheten til terapeuten

Det andre metatemaet «*Spenninger i tryggheten til terapeuten*» tar for seg studier som beskriver motstridende behov selvmordstruede klienter har for å kunne skape trygghet i relasjonen med terapeuten. Spenninger i tryggheten er knyttet til terapeutiske egenskaper og tilnærminger, klienters relasjonelle behov preget av svingninger i tillit til terapeuten, samt opplevelse av at terapeutens profesjonelle opptreden er i veien for den reelle relasjonen. Dette metatemaet inkluderer tre temaer.

Tema 2.1 Lyttende og/eller aktiv terapeut skaper trygghet

Dette temaet belyser hvordan (n=7, m=11) studier fremhever at selvmordstruede klienter kan ha motstridende ønsker og forventninger til at terapeuten enten skal være mer tilbaketrukket og lyttende, eller ha en mer aktiv stil og gi tilbakemeldinger på det klienten sier. Både en aktiv og mer passiv terapeut nevnes av ulike klienter som viktig for at de skal føle seg trygge i relasjonen.

2.1.1 Terapeuten bør lytte til det jeg sier. Noen studier (n=5, m=6) trekker frem klienters behov for en lyttende terapeut som vier sin fulle oppmerksomhet til hva klienten har på hjertet. Dette gir dem en følelse av å bli hørt, forstått og tatt på alvor:

The first time I met [my clinician] I knew he was gonna try his very best to help me out. ... He looked me in the eye, he let me speak, he didn't cut me off, when there was enough silence he would ask me about what I just said, he would keep the focus on what I was talking about. Those are the things that gave me the little bit of a nudge ... [in the right direction]. (Montross Thomas et al., 2014, s. 164)

Klientene beskriver at terapeuter som viser tydelig at de er til stede og lytter, lar klienten få snakke fritt uten avbrytelser og viser at de har forstått det klienten har fortalt. Dette gjør at de kjenner seg tryggere på terapeuten og kan gi dem en dytt i riktig retning.

2.1.2 Terapeuten bør gi meg tilbakemeldinger. I noen studier (n=4, m=5) beskriver klientene behov for en aktiv terapeut som styrer terapien og gir regelmessig tilbakemelding på det klienten forteller. De deler også misnøye med tidligere terapeuter med passiv stil i terapien som inntar en lyttende rolle. Tvert imot foretrekker disse klientene terapeuter som utfordrer og hjelper dem med å sette ord på og dele vanskeligheter knyttet til selvmordsproblematikken:

She asks questions, whereas my previous therapists were ... I'd sit down and they would say, 'ok, you can talk', and I would sit there saying nothing because I didn't want to say anything. But she ... she takes the words out of my mouth. She really can go and get them inside you, and take them out, and when they're out I feel better. (de Kernier, 2013, s. 220)

Terapeutens lyttende samt aktive tilnærming til klienter blir trukket frem som et behov som klienter med selvmordsproblematikk har, og de opplever det som hjelpsomt i terapien.

Tema 2.2 Tillitens dynamikk i terapi

Dette temaet belyser studienes (n=7, m=12) fremstilling av viktigheten av og samtidig vanskeligheter med å klare å kunne stole på terapeuten. Mange studier beskriver at selvmordstruede klienter ofte møter på utfordringer med å klare å stole på terapeuten sin. De beskriver enten å ha vansker med tillit generelt eller at dette er direkte resultat av tidligere erfaringer av tillitsbrudd. For noen kan terapeuten også være tillitsvekkende, men i de fleste

tilfellene opplever denne pasientgruppen tillitsbygging som enten vanskelig eller noe de bare må gjøre.

2.2.1 Det er vanskelig for meg å stole på terapeuten. I noen studier (n=4, m=5) føler klientene at det er vanskelig å ha tillit til terapeuten ettersom de er i en sårbar situasjon hvor det å stole på mennesker er vanskelig generelt: «I don't know how you convince people to trust you when they're finding it hard to trust people anyway?» (Awenat et al., 2018, s. 8). Dette fører ofte til at de holder tilbake og skjuler informasjon om selvmordsproblematikken. En klient stilte også spørsmål ved taushetsplikten til terapeuten: «They [inpatients] can be very suspicious with therapies... they don't trust the information they give will be confidential, even though they [therapists] say it will be...» (Awenat et al., 2018, s. 8). Klienten er usikker på hvorvidt terapeuten passer på taushetsplikten, og dette fører til at klientene kan kjenne på utrygghet i relasjon til terapeuten.

2.2.2 Etter hvert våget jeg å stole på terapeuten. I noen studier (n=6, m=7) snakker klientene om tillit som en prosess hvor det ofte er krevende å stole på terapeuten i starten av terapiforløpet. En klient beskriver at dette henger sammen med frykten for å fremstå som vanskelig, eller be terapeuten om for mye og at terapeuten etter hvert vil gå lei. Likevel klarer klientene gradvis å stole på terapeuten:

Well, the first year was dominated by that I did not dare to trust him, in relation to... (hesitates) that he should get tired of me, thinking that it was too demanding, too little progress, a couple of such... But he is absolutely incredible, I have to say". And she continued: "There have been so many times that I just had to trust (laughs) that he knew what he was doing, and that he has done this for so many years that he knows more than I do. I had to trust him. (Halvorsen et al., 2016, s. 170)

Klienten utvikler etter hvert tillit til terapeuten og føler seg tryggere i terapien. I tillegg til dette trekker en klient også frem at tillit til terapeuten er til hjelp og gjør at han føler seg mindre alene: «I got people right here that I know they can help me. I don't feel alone anymore» (Hausmann-Stabile et al., 2018, 170). Det kan se ut til at klientene assosierer dette med opplevelse av trygghet til terapeuten.

Tema 2.3 Terapeutens profesjonelle rolle hemmer den reelle relasjonen

Dette tema tar for seg studier (n=6, m=10) som presenterer et dilemma hvor selvmordstruede klienter opplever at terapeuten er svært opptatt av å utøve sin profesjonelle rolle på en best mulig måte, noe som kan komme i veien for den reelle relasjonen mellom klient og terapeut. I

motsetning til dette kan også mangel på profesjonalitet hos terapeuten virke hemmende for relasjonen.

2.3.1 Terapeuten er mer bekymret for sin profesjonelle rolle enn for meg. I noen studier (n=5, m=7) har klientene en opplevelse av at terapeuten kan bli altfor opptatt av å utøve sin profesjonelle rolle riktig i møte med klientens selvmordsproblematikk. Disse klientene trekker frem at terapeutens fokus på prosedyrer og ansvar i rollen tar fokuset vekk fra klientene og hindrer dem i å være empatisk til stede i øyeblikket:

More often than not, people have this experience: they reveal to a clinician that they are suicidal, and a cloud comes over the person's eyes where the cognition starts to happen. [They start to think], 'Okay, what is my boss gonna say? I wonder what the protocol is,' and so on. That's a problem because that shuts down the therapeutic connection . . . (Hom et al., 2019, s. 178)

Klienten hevder at dette hemmer den terapeutiske kontakten mellom dem selv og terapeuten deres.

2.3.2 Terapeuten klarer ikke å hjelpe meg. I få studier (n=2, m=3) kjenner klientene på at terapeuten deres ikke bryr seg om dem. De opplever at terapeuten enten ikke vil eller ikke klarer å hjelpe dem. «I felt like I shared a very private part of myself with someone who didn't really want to help» (Love & Morgan, 2021, s. 538) Klienter deler noe meget personlig med terapeuten, noe som de blir svært preget av. Terapeuten blir av klienten oppfattet som lite kompetent og ikke i stand til å motta og håndtere klientens selvmordsproblematikk:

. . . this poor psychologist. As I dumped my current situation and my life on him, you could just see in his eyes he had no frigging idea what to do. He literally had no idea what to do with me. (Hom et.al, 2019, s.178).

I motsetning til forrige subtema er det her terapeutens manglende profesjonalitet som har en hemmende innvirkning på terapien.

Det andre metatemaet «Spenninger i tryggheten til terapeuten» kan forstås som å fremlegge et bredt spekter av de relasjonelle behovene og ønskene som klienter med selvmordsproblematikk kjenner på i terapi. Disse er stort sett rettet til terapeuten. Klientene kan synes å ha klare bestillinger til terapeutens egenskaper som de mener virker fremmede og forstyrrende på relasjonen mellom dem. Klientene trekker dessuten frem god terapeutisk relasjon og trygghet som en forutsetning for bedring og opplevelse av god behandling.

3.3 Tredje metatema: Opplevelse av håp og misnøye i terapi

Det tredje metatemaet «*Opplevelse av håp og misnøye i terapi*» handler om selvmordstruede klienters vekslende opplevelser i terapi som kan gi håp eller skape misnøye. Temaer som nevnes av klienter er normalisering og nyansering av selvmordsproblematikken, opplevelse av negative emosjoner og dårlige erfaringer i møte med systemet som forstyrrer terapien og hindrer bedring. I dette metatemaet inngår det tre temaer.

Tema 3.1 Normalisering og nyansering av alvorlige problemer

Dette temaet inkluderer studier (n=7, m=16) som illustrerer et tosidig behov. Klienter rapporterer positive erfaringer med at terapeuten normaliserer selvmordstankene og atferden. I motsetning til dette nevner de også gode erfaringer med og ønske om nyansering av selvmordsproblematikken og nye perspektiver. Klientene oppgir at begge disse tilnærmingene skaper håp og bidrar dermed til opplevelse av bedring i terapi.

3.1.1 Fortell meg at jeg ikke er alene om det. I få studier (n=3, m=5) beskriver klientene gode erfaringer med å få diagnoser, psykoedukasjon og detaljert beskrivelse av selvmordsproblematikken og symptomene sine. Flere klienter uttrykker at det å få en diagnose og å møte andre som opplever det samme som en selv, førte til håp om at de også kan lære seg å forstå mønstrene sine og dermed endre dem:

...I think it was important for me to know what the symptomology was, you know?... Having a diagnosis lets you know what your brain is doing. What patterns have my brain formed to cope with my life? Then I was able to get into a community of people who have the same pattern and figure out how they changed the pattern, because if you know how to change the pattern, you can get better. (Hom et al., 2019, s. 176)

Klientene trekker fram betydningen av normalisering og hevder at det er beroligende å vite at selvmordsproblematikk også oppleves av andre og at de ikke er alene om det.

3.1.2 Nå kan jeg se problemet mitt på en annen måte. I noen studier (n=7, m=11) opplever klientene at de kan snakke om selvmordsproblematikken med terapeuten, og understreker at dette hjelper dem med å få et nytt syn på problemet sitt. Klientene erfarer nye og ulike behandlingstilnærminger til selvmordsproblematikken derav kunstterapi, DBT og CBT. Dette lærer dem nye måter å se og forholde seg til selvmordsproblematikken på: «I'm able to talk about things in a different light. I see them in a different way because I'm paving a new perspective on things with the help of my support group and my therapist» (Hom et al.,

2019, s. 176). Klientene formidler at nyansering av problemet gir håp og fremmer bedring. For noen virket terapeutens noe uventede holdning til problematikken hjelpsom:

There was no judgment or overly zealous attempts to get me to love life. It was gritty and real. I said “yo I wanna die” and she said “damn, that sucks. Glad you’re still alive though” and I thought that was amazing. (Love & Morgan, 2021, s. 539).

Terapeutens ikke-dømmende samt tilpassende tilnærming til selvmordsproblematikk blir av klienten trukket frem som betydningsfull.

Tema 3.2 Skam og overveldende følelser i terapi

Noen studier (n=4, m=8), hvor stigma og negative emosjoner knyttes til selvmordsproblematikk, blir av klientene trukket frem som en årsak til misnøye i terapi. Dette skaper frykt hos dem for å miste kontroll og bidrar gjerne til at de avstår fra å snakke om selvmordsproblematikken i terapi.

3.2.1 Å snakke om det tilfører mer skam og selvforakt. Klienter i få studier (n=3, m=6) assosierer det å snakke om selvmordsproblematikk i terapi med økt grad av skam og misnøye med seg selv, da de har hatt dårlige erfaringer med dette tidligere. En klient beskriver at skammen og selvforakten dette temaet vekker opplevdes å forverre alt: «I know it’s supposed to protect me from myself, but it adds more shame and self-loathing that exasperates everything» (Blanchard & Farber, 2020, s.129). Selv om klientene forstår at det å snakke om selvmordsproblematikk egentlig skal hjelpe, synes de likevel at det er krevende. De uttrykker frykt for å miste kontrollen over selvmordsatferden, og skammer seg over å ha selvmordstanker: «It upsets me because I have no control over these thoughts or attempts, so I feel embarrassed that I want to attempt suicide» (Blanchard & Farber, 2020, s.129). Dette virker å bidra til at klienter kan benekte selvmordsproblematikken og frakobles i terapien.

3.2.2 Å møte det ukontrollerbare i seg selv. I få studier (n=1, m=2) fremstår klientene også bekymret for å miste kontrollen over seg selv og komme i kontakt med overveldende og vonde følelser. De deler en økende engstelse for å ufrivillig uttrykke emosjoner som aggresjon og tristhet, og å gråte foran terapeuten: «I’d be worried what will happen once that barrier’s been broke down to tell you the truth. Because I don’t know whether I’d start crying or get angry» (Awenat et al., 2018, s. 8). Denne frykten ser ut til å hindre klientene fra å avdekke selvmordsproblematikk i terapien.

Tema 3.3 Forventninger til systemet ble ikke møtt

Et annet tema som trekkes frem i noen studier (n=7, m=11) er at årsaken til opplevd misnøye er systemet som ikke klarer å møte behovene til klientene. Klientene trekker frem ulike faktorer knyttet til rammene for terapien og hull i systemet som lite tid, lange ventetider, og langvarige bedringsprosesser. Disse systemrelaterte manglene bidrar til at klientene opplever ikke å bli tilstrekkelig ivaretatt av hjelpeapparatet.

3.3.1 Jeg fikk ikke hjelpen jeg trengte i krisen. I noen studier (n=4, m=5) erfarte klientene lang ventetid før de fikk hjelp. Klientene var i nød og hadde behov for umiddelbar hjelp, men opplevde likevel å ikke få hjelpen på det de betraktet som riktig tidspunkt:

. . . when you try to make an appointment to see a therapist or something, they say, 'I'm sorry, you're not already an established patient? We'll get back to you in four months.' I'm like, 'Okay. Well, I need to see somebody now.' (Hom et al., 2019, s. 178)

Dette førte til at klientene opplevde svikt fra systemet, og noen beskriver dette som en årsak til å unngå å søke hjelp for selvmordsproblematikk i fremtiden.

3.3.2 Bare 45 minutter i uka er for lite. En klient (n=1, m=2) nevner at terapitimens korte varighet, samt kostnadene involvert oppleves å være et hinder for å åpne opp og snakke om selvmordsproblematikk: «Since I only have 45 minutes a week I unfortunately have to be very selective when it comes to the topics I discuss» (Blanchard & Farber, 2020, s.129). Dette mener de bidrar til at de må være selektive med utvalg av temaer de kan snakke om i terapien. En annen klient sier at det kunne hjulpet hvis terapitimene hadde vært noe lengre og det ikke var så dyrt: «Considering the costs involved ... Maybe if it wasn't so expensive and I had more time to work with» (Blanchard & Farber, 2020, s. 132). Begge klientene uttrykker misnøye med de tidsmessige og økonomiske rammene for terapien.

3.3.3 Å forandre gamle mønstre er en sakte og pågående prosess. Til tross for at noen studier belyser at klientene opplever terapitimen som kort, trekker fåtall av studiene (n=3, m=3) frem at klientene også er klar over at bedring er en langvarig prosess:

I think you need ongoing tune-ups or whatever. So I think that's critical because without that there is no hope. I mean then you're back where you were. I mean it's one thing to move forward and identify when you need the help. . .but you're not much further ahead if there's nothing to meet the need. . . (Bergmans et al.,2017, s. 641)

Klientene uttrykker her en forståelse for at de er ansvarlige for å søke hjelp, samtidig som de er avhengige av å motta god nok hjelp fra terapeutene sine. I få studier (m=2) understreker klientene at det å finne en riktig terapeut ofte krever flere forsøk:

I think that the last therapist I had was also the best for me. Something I always tell people who I talk to is that you might have to [go] through five or ten different therapists before you find one that helps you... It's just like a marriage, and I finally found one (Hom et al. (2019), s.177).

Altså må klientene gjennom flere terapeuter for å finne den beste matchen for dem.

3.3.4 Terapi hjalp meg ikke, men det var fint å få snakket med en profesjonell. En studie (n=1, m=1) trekker frem en klient som synes å vise en ambivalent innstilling til terapi: «I don't know whether I was satisfied or not, medicine didn't help, therapy sure as fuck didn't help. But, it was nice talking my thoughts out with a professional» (Love & Morgan, 2021, s. 540). Klienten synes at terapien i seg selv ikke var hjelpsom for selvmordsproblematikken, og kjente seg usikker på hvorvidt hen var fornøyd med behandlingen. Likevel hadde hen god erfaring med å snakke ut tankene med en profesjonell fagperson.

Det tredje metatemaet «Opplevelse av håp og misnøye i terapi» tar for seg klienters gode og vonde erfaringer med terapiprosessen. Her trekker klientene frem betydningen av normalisering og nyansering av selvmordsproblematikken, og understreker at begge strategiene gir håp. Opplevelse av negative følelser som skam, sinne og tristhet assosiert med å snakke om selvmordsproblematikk i terapi blir også trukket frem. Klientene nevner også en rekke system-relaterte erfaringer som en årsak til misnøye med terapien. Lang ventetid og korte terapitimer er eksempler. Det fremkommer også motstridende holdning til opplevd håp og misnøye. Selv om ikke alle klienter opplever å få godt utbytte av terapi, kan det synes som det er fint å få snakket om selvmordsproblematikken med en terapeut.

4 Diskusjon

Hensikten med denne metasyntesen har vært å sammenfatte og syntetisere kvalitative funn fra studier som har undersøkt selvmordstruede klienters subjektive opplevelse av å snakke om selvmordsproblematikk i terapi. Vi ønsket å bidra til en mer nyansert forståelse av selvmordstruede klienters behov i terapi, noe som kan være et betydningsfullt bidrag til innsatsen på selvmordsforebygging og det kliniske arbeidet.

4.1 Sentrale funn

Metasyntesen ble gjennomført ved bruk av metaetnografi hvor det ble inkludert totalt 16 studier. Analysen og syntesen av de inklusive studiene resulterte i tre metatemaer, ni temaer og 21 subtemaer. Resultatene fanger kunnskapsstatus og er i samsvar med annen eksisterende forskning på feltet. Likevel vender denne metasyntesen blikket mot fenomenets kompleksitet og nyanser, og gir på denne måten et større bilde av klienters subjektive opplevelser i terapi.

Det mest interessante funnet i denne metasyntesen, som også skiller det noe fra annen forskning, er at den kaster lys over de paradoksale og motstridende opplevelsene selvmordstruede klienter kan ha i terapi. På hvert metatemanivå introduseres et paradoks: 1) Opplevelse av autonomi og avhengighet 2) Spenninger i tryggheten til terapeuten og 3) Opplevelse av håp og misnøye i terapi. Disse paradoksene utspiller seg på ulike måter og har nyanser som tydeliggjøres på tema- og subtemanivå.

Paradoksene og motsetningene kan forstås som å belyse selvmord som et heterogent og flersidig problem. Paradokser og paradoksale utfall i terapi er i tråd med blant annet de tradisjonelle psykodynamiske konfliktteoriene, samt Winnicotts (1952, 1958) funn om paradokser som en essensiell del i menneskelig utvikling (sitert i Clacier & Kalmanovitch, 1987). Lignende blir ordet paradoks brukt i en nyere studie av Stänicke og kolleger (2021). I denne studien beskriver forskerne motsetninger i klientens opplevelser og erfaringer gjennom et terapiforløp. De fremhever motsetninger i klienters uttalelser om egne opplevelser og erfaringer ved forskjellige tidspunkt gjennom terapiforløpet (Stänicke et.al, 2021).

I denne metasyntesen fant vi et lignende mønster av motsetninger. Klienter gjør seg ulike erfaringer i terapi og enhver subjektiv opplevelse er ulik den andres, men har fellestrekk. Paradoksene som vi oppdaget er hovedsakelig knyttet til klientenes tendens til å tildekke, avdekke, søke hjelp eller trekke seg tilbake, ønske og streve med tillit, og hvordan dette kan relateres til terapeutisk relasjon og bedring. I det følgende vil vi se nærmere på de ulike paradoksene i metasyntesen. Vi vil se våre funn i lys av tidligere teori, empiri og ulike forståelsesmodeller om selvmord og selvmordstruede klienters opplevelser gjort i terapi.

4.2 Opplevelse av avhengighet og autonomi

Et sentralt funn i metasynthesen belyser det at klienter som strever med selvmordsproblematikk kan kjenne både et behov for ivaretagelse av autonomi og ønske seg ansvar og medbestemmelse i behandlingen, men samtidig også kjenne en avhengighet til terapeuten (tema 1.1). I noen studier beskriver klienter veien fra å være helt avhengig av terapeuten til å gradvis ta tilbake ansvaret gjennom støtte fra terapeuten (subtema 1.1.2 og 1.1.3).

Klientenes opplevelse av å ta ansvar for egen bedringsprosess samsvarer med funn fra metasynthesen til Winter og kolleger (2013) hvor deltakerne i flere studier vektla betydningen av å ta ansvar og forplikte seg til terapien som viktige fasilitatorer for bedring. I vår metasynthese problematiseres ansvaret i større grad ved at deltakerne i flere studier opplever å ikke være i stand til å ta ansvar for egen selvmordsproblematikk og behandling, slik at terapeuten må bære ansvaret. Fra et eksistensielt perspektiv tenkes det at erkjennelsen av ansvaret man har, ikke bare de valgene man tar eller ikke tar, men også for å tilføre sitt eget liv mening kan føre til en følelse av grunnløshet som er svært angstvekkende (Yalom, 1980/2011). En måte å unngå å føle grunnløsheten på er å søke seg til struktur og fornekte friheten. Opplevelsen av å ikke være i stand til å ta ansvar kan også forstås i lys av kognitive perspektiver på selvmord hvor selvmordet forstås som resultat av en prosess hvor klienten er preget av en kognitiv sårbarhet hvor tenkningen blir forstyrret (Weishaar, 1996). Gitt denne forståelsen av selvmordsproblematikk kan man tenke seg at klientenes kognitive modus er preget av en forstyrrelse av tenkningen som vil kunne sette dem i en vanskelig posisjon for å fremme sin stemme og gå inn i forhandlinger på egne vegne. Samtidig vil terapeuten med bakgrunn i en medisinsk forståelse av selvmordet som patologisk og irrasjonelt, hvor klienten kan reddes fra sykdommen ved at terapeuten gir riktig behandling, kunne bidra til å aktualisere en tydelig ansvarsfølelse i terapeuten (Thorvik, 2005a; Østlie, 2018). Med dette som utgangspunkt og inspirert av Benjamins (2004) teoretiske begreper, kan vi kanskje forstå motsetningen mellom et behov for autonomi og avhengighet av terapeuten som at det er vanskelig for terapeut-klient-dyaden å etablere «den tredje». Terapeuten kan kjenne seg presset til å ta ansvar på klientens vegne og «må» bli «the Doer» i samspillet. Klienten blir således «the Done to» hvor terapeuten kan vurdere at det er behov for innleggelse eller tvungent psykisk helsevern, slik at klienten opplever å miste autonomi og frihet.

Samtidig vet vi at klienter ikke er passive mottakere av terapi – de er vitale deltakere som kontinuerlig vurderer terapeuten og hva denne kan tilby dem (Hartmann, 2013). Ifølge Yalom (1980/2011) er det at begge parter tar ansvar en forutsetning for at behandling i det hele tatt kan finne sted. Et viktig funn i metasynthesen viser hvordan det å selv ta ansvar til og

med kan vise seg å oppleves som det avgjørende for bedringsprosessen til noen klienter, som reflektert i subtema 1.1.3. Kvantitative studier understøtter at selvmordstruede klienter ønsker å ta eierskap til behandlingen og ansvar for egen bedring (Winter et al., 2013). Bevegelsen fra avhengighet av terapeuten mot å selv ta ansvar kan også forstås i lys av relasjonelle prosesser hvor det er av stor betydning hvordan terapeut og klient sammen skaper et trygt og åpent rom som er preget av gjensidig respekt og tillit. Gullestad (1992) definerer autonomi som «å fremføre sine intensjoner direkte i samspillet med andre i situasjoner der ens egne interesser står på spill». Således kan vi forstå autonomi som relasjonelt – autonomi er handling som fremføres i *samspillet med andre*. Dette samspillet fremheves i subtema 1.2.1 hvor klientene opplever å ha kommet til en enighet med terapeuten om hvordan de sammen kan komme frem til avgjørelser i behandlingen. Klientene beskriver at de trenger terapeutens tillit og respekt for å kunne utøve sin autonomi i terapi.

Fra et utviklingsperspektiv kan vi forstå bevegelsen fra avhengighet og ansvarsforskyvning mot uavhengighet og eierskap som en prosess som aldri blir fullstendig eller absolutt. Winnicott (1963) beskriver hvordan barnet utvikles fra en fullstendig avhengighet av mor til å gjennom hennes gradvise mislykkede tilpasning måtte forholde seg til at det er avhengig av en mor som ikke alltid *kan* være til stede. På samme måte kan vi tenke oss at klienters opplevelse av å ønske seg en terapeut som er tilgjengelig hele døgnet (som reflektert i subtema 1.1.1) er et ønske som terapeuten realistisk ikke kan oppfylle, og hvor klienten kan oppdage at hen er avhengig av noen som ikke alltid kan være til stede.

Tvangsinnleggelse fremkommer i funnene våre som en trussel for klientenes behov for autonomi (tema 1.2, subtema 1.2.2). Prytz og kolleger (2019) undersøkte erfarne terapeuters erfaringer av forhandling av terapeutisk allianse med pasienter under tvangsinnleggelse, og fant at terapeutene stort sett opplevde dette som uproblematisk til tross for at de ikke alltid kunne komme til enighet med pasienten. Terapeutene strebet mot å gi pasientene mest mulig autonomi i behandlingen, men tilkjennega at de måtte vurdere hvor mye autonomi pasientene kunne håndtere, og at disse vurderingene stort sett endte i innskrenket autonomi. Mol (2008, referert i Prytz et al., 2019) refererte til disse motsetningene mellom pasientenes autonomi og terapeutenes avgjørelser som to motstridende absolutter. Hun refererer til disse som valgets logikk («the logic of choice»), hvor klientene har frihet til å velge mellom flere behandlingsoalternativer, og omsorgens logikk («logic of care»), hvor helsepersonell vurderer behovet for omsorg og tar valg for behandlingen ut fra denne vurderingen. Hun foreslår at det gir mer mening å sammenligne valgfrihet mot omsorgsbehov istedenfor å sette det opp mot maktbruk/tvang («force») (Prytz et al., 2019). Våre funn kan tyde på at tidligere opplevelser

av tap av autonomi i konteksten av tvangsinnleggelse kan få konsekvenser for senere etablering av tillit og åpenhet i relasjonen til behandlere. Spørsmål om hvordan terapeuten vurderer og hva som ligger til grunn for avgjørelsene deres trer frem som et viktig behov i flere av studiene som reflektert i subtema 1.3.1. Terapeuter som streber etter mest mulig transparens om rammer, plikter, og forventninger i behandlingen kan kanskje bøte på noe av usikkerheten og frykten klientene beskriver.

Flere av studiene i metasyntesen belyser også måter klientene tar tilbake kontrollen og navigerer systemet på (subtema 1.2.2 og 1.3.2) når de ikke opplever å åpent og direkte få muligheten til å være med på å ta avgjørelser i behandlingen, eller ikke kjenner seg trygg på at terapeuten kan ta riktig avgjørelse. Disse klientene uttrykker behov for å ta kontrollen tilbake ved å holde igjen informasjon, styre samtaletemaer eller ved å trekke seg tilbake i terapien. Ifølge oppsummeringen til Farber og kolleger (2020) er selvmordstanker og lidelsestrykket knyttet til suicidale følelser noe av det klienter oftest lyver og holder igjen informasjon om i terapi. De fleste klienter opplever vonde følelser etter å ha skjult informasjon eller løyet til terapeuten sin; disse inkluderer skam, skyld, anger, frustrasjon og forvirring (Farber et al., 2019). For selvmordstruede klienter tegner det seg et mer komplisert bilde. Disse klientene føler ofte på å ha kontroll når de skjuler informasjon. Imidlertid kan det å holde tilbake informasjon frembringe kompliserte og motstridende følelser for selvmordstruede klienter, som «å føle seg delt», frustrasjon, trygghet og skyld, slik at det å holde selvmordstanker skjult i terapi blir et «tveegget sverd» (Farber et al., 2019). En naturalistisk studie av klienter i langtids-psykodynamisk terapi fant at klienter med selvmordsproblematikk viste større grad av fiendtlighet og negative reaksjoner i terapi enn ikke-suicidale klienter, som å utebli fra terapitimer, komme for sent og prate lite i timene (Perry, Bond & Presniak, 2013). Således kan vi tenke oss at tilbakeholdelse kan skape utfordrende motoverføringsreaksjoner i terapeuten (se f.eks. Gabbard, 2003), som kan tenkes å komplisere relasjonsarbeidet.

Studiene i denne metasyntesen trekker frem klienters tidligere erfaringer med tvangsinnleggelse, brudd på taushetsplikt og mulige praktiske konsekvenser i livet utenfor behandlingen som mulige grunner til å holde tilbake informasjon fra terapeuten (e.g., Blanchard & Farber, 2020; Awenat et al., 2018; Love & Morgan, 2021; Jones et al., 2021; Hom et al., 2019). Det beskrives også hvordan klienter kan uttrykke et behov for å ta kontroll over det de *kan* kontrollere, som ofte er hvor mye de deler og hva de ønsker å snakke om, men også hvordan de navigerer systemet; om de søker hjelp eller ikke og fra hvilken terapeut. Flere studier i metasyntesen nevner kun behovet for autonomi som aktuelt når dette behovet blir truet av potensialet for å tvangsinnlegges (tema 1.2, subtema 1.2.2), men som reflektert i

tema 1.3 synes behovet for autonomi å gjøre seg gjeldende for flere avgjørelser i behandlingen.

4.3 Spenninger i tryggheten til terapeuten

Denne metasyntesen fremhever hvordan klienter som strever med selvmordsproblematikk kan oppleve ulike spenninger i relasjonen med terapeuten, hvor en trygg relasjon anses som viktig for deres bedring (metatema 2, tema 2.1, 2.2 og 2.3). De siste årene har alliansebegrepet blitt viet stor oppmerksomhet i psykoterapiforskningen. En fersk kvantitativ oversiktsartikkel av Huggett og kolleger (2022) fant at en sterk terapeutisk allianse (vurdert av klienten) etablert tidlig i terapiforløpet var relatert til reduserte fremtidige suicidale erfaringer. Forskerne fant ingen tydelig sammenheng mellom suicidale erfaringer *før terapi* og senere alliansemål, slik at det kan se ut til at erfaring med selvmordsproblematikk ikke nødvendigvis er i veien for muligheten for etablering av en sterk terapeutisk allianse. Suicidale klienters vektlegging av alliansen som den viktigste komponenten i terapi støttes av flere kvantitative studier (se f.eks. Winter et al., 2013).

I denne metasyntesen har vi funnet at klienter som erfarer selvmordsproblematikk kan synes å ha tydelige forventninger og preferanser når det gjelder terapeuten bidrag i relasjonen. Subtema 2.1.2 belyser klientenes behov for å bli lyttet oppmerksomt til – klientene beskriver i detalj hvordan terapeuten viser dette ved hjelp av inntoning, kroppsspråk, aktiv lytting, speiling, og ved å holde fokus på det de sier. I noen studier (e.g. Love & Morgan, 2021; Montross Thomas et al., 2014; Vatne & Nåden, 2018) beskriver noen klienter opplevelser hvor de ikke har blitt møtt av en oppmerksomt lyttende terapeut. Noen beskriver hvordan tidligere erfaringer av å ikke bli forstått forsterker opplevelsen av å bli forstått når terapeuten faktisk lytter til dem. Dette kan kanskje forstås som at klientene kobler en lyttende stil til terapeuten empatiske forståelse og et genuint ønske om å hjelpe fra terapeuten. Flere kunnskapsoppsummeringer av suicidale klienters behandlingserfaringer understøtter behovet for terapeuten empatiske, lyttende og ikke-dømmende posisjon (Hechinger & Fringer, 2021; Winter et al., 2013; Winter et al., 2014). Samtidig trekkes det frem i metasyntesen hvordan noen klienter trenger at terapeuten tar en mer aktiv rolle i terapien, som reflektert i subtema 2.1.3. Disse klientene delte tidligere erfaringer i terapi hvor terapeuten tilbaketrukkne holdning og mangel på tilbakemeldinger synes å virke lite engasjerende, samt erfaringer med nåværende terapeut som mer aktivt tar grep og utfordrer dem. Det behøver imidlertid ikke å betraktes som en motsetning. Det kan tenkes at disse tilnærmingene heller bør kombineres.

Funnene i tema 2.1 kan belyse at klientene er oppmerksomme på terapeutens holdning og stil, at de har forventninger, ønsker og preferanser knyttet til terapeutens egenskaper, og er reflekterende over hvordan terapeutens arbeid virker på dem (Rennie, 2001). Samtidig samsvarer klientenes fokus på terapeutens bidrag til alliansebyggingen med funn fra studien til Bedi og kolleger (2005) hvor klientenes eget bidrag til etablering og styrking av alliansen sjeldent ble nevnt til tross for at deltakerne ble spurt direkte om dette. Fokuset på terapeutegenskaper kan kanskje forstås som uttrykk for relasjonelle behov i møte med terapeuten som vi kan se i lys av både Joiners (2005) og Shneidmanns (1985, 1993) forståelser av selvmord hvor opplevelse av å ikke være elsket, akseptert eller hørt til er sentralt.

Et annet funn i denne metasyntesen er at flere studier fremhever at det kan være vanskelig for klienter med selvmordsproblematikk å etablere tillit til terapeuten sin, og samtidig hvor viktig denne tilliten er for relasjonen, som reflektert i tema 2.2. Dette funnet er overlappende med funn fra en nylig metasyntese av suicidale klienters erfaringer med behandling på akutt- og døgnavdelinger som beskrev hvordan klientene kunne miste tillit og trekke seg tilbake hvis de opplevde personalet som upersonlige, uten empati og uforpliktet til å gi adekvat hjelp (Hechinger & Fringer, 2021). Videre fremhever denne studien at klientene lengtet etter dialog og en tillitsfull relasjon med personalet, og fant det terapeutisk nyttig dersom personalet fremmet tillit i relasjonen. Vår metasyntese fant at klienter i flere studier også reflekterer over sitt eget bidrag til bygging av tillit i relasjonen, hvor det fremheves både tidligere erfaringer med tillitsbrudd, og mer stabile holdninger og tendenser hos klienten. Tillit virker å anses av noen klienter (subtema 2.2.2) som en relasjonell prosess som tar tid å etablere, og som krever mot, men som kan være virkningsfull for endring og motivasjon til å dele åpent dersom den skapes i relasjonen.

Metasyntesen belyser et behov hos klientene for å ha en genuin kontakt med terapeuten sin preget av ektefølt empati og omsorg (tema 2.3). Dette resonnerer med konseptet til Gelso (2014) om den reelle relasjonen («the real relationship»). Dette begrepet referer til det mer personlige, genuine aspektet ved relasjonen som ofte utfolder seg implisitt i terapiforløpet. Dette er i tråd med funnene fra en tidlig metasyntese av Timulak (2007) som undersøkte klienter med ulike problematikks opplevelse av hjelpsomme øyeblikk i terapi hvor viktigheten av personlig kontakt med terapeuten ble understreket av klientene.

Et annet funn i denne metasyntesen er at noen klienter kan oppleve at kravene til terapeutens utførelse av sin profesjonelle rolle går på bekostning av terapeutens evne til å opprettholde empatisk kontakt i relasjonen (subtema 2.3.1). Klientene beskriver å miste kontakten med terapeuten når terapeuten går inn i tenkningen og bekymringer knyttet til

utøvelse av egen rolle som behandler med et medfølgende juridisk ansvar. Altimir og kolleger (2017) fant i sin kassustudie av tre ulike terapeut-klient-dyader at klientene satt pris på terapeutens profesjonelle rolle, kalt teknisk asymmetri, men at det viktigste for klientene var genuin interesse og omsorg fra terapeuten, kalt affektiv symmetri. Funnene til Altimir og kolleger (2017) er dessuten også i tråd med våre funn reflektert i subtema 2.3.2 hvor mangel på profesjonalitet fra terapeuten ble oppfattet som problematisk og i ytterste konsekvens fullstendig ødeleggende for den terapeutiske relasjonen. Noen studier i vår metasyntese (e.g. Hom et al., 2019; Love & Morgan, 2021) trekker frem at terapeutens manglende kompetanse om selvmordsproblematikk og mangelfulle håndtering av dette i terapi kan føre til at noen klienter ikke føler seg komfortable, føler seg forlatt av terapeuten, eller ikke tatt på alvor. Noen velger også å avslutte behandlingen. Dette samsvarer med kvalitative funn fra Winter og kolleger (2014) hvor terapeuter i flere studier opplever å ikke ha nok kompetanse til å arbeide med suicidale klienter. Samlet belyser tema 2.3 et paradoks hvor terapeutens utførelse av sin profesjonelle rolle og medfølgende ansvar potensielt kan gå på bekostning av klientens opplevelse av empatisk nærhet i relasjonen, både dersom den oppleves som å ta for mye fokus, men også dersom den er mangelfull eller fraværende.

4.4 Opplevelse av håp og misnøye i terapi

Et annet viktig funn i metasyntesen er klientenes paradoksale opplevelse av håp og misnøye i terapi (metatema 3). Håp og misnøye blir av klientene stort sett knyttet til terapiprosessen. Noen klienter opplever håp ved at selvmordsproblematikken blir normalisert i terapien (subtema 3.1.1), mens andre klienter blir håpefulle når terapien og terapeuten introduserer et nytt perspektiv og nye måter å håndtere selvmordsproblematikken på (subtema 3.1.2). I motsetning til håp erfarer klientene vonde opplevelser i terapien som negative og overveldende følelser (tema 3.2), og dårlige erfaringer i møte med hjelpeapparatet (tema 3.3).

Mange klienter understreker god effekt gjennom nyansering av selvmordsproblematikken (subtema 3.1.2), som bidrar til at klienten gjennom terapien får et nytt perspektiv på problemet sitt. På denne måten lærer klientene ferdigheter og mestringsstrategier som hjelper dem med å håndtere selvmordsproblematikken. Disse nye ferdighetene er som regel nye behandlingsmåter som øker deres kompetanse om egen tilstand. Dette funnet er i tråd med forskning på feltet som belyser at nye mestringsstrategier og forbedret problemløsningsevne virker hemmende på klientenes destruktive atferd og tanker, og fremmer på denne måten bedring (Collins & Cutcliffe, 2003; Gustavson et al., 2016). En tilsvarende forståelse av endringsmekanismer i behandling av ulike psykiske lidelser finner vi

i metasyntesen til Timulak (2007). I denne studien fremhever forfatteren at klientenes tilgang på nye perspektiver, innsikt og en fornyet selvoppfattelse er tegn på at terapien har vært betydningsfull. Samlet kan dette tyde på at når selvmordstruede klienter blir tilbudt nye måter å se problemet sitt på og utvikler gode problemløsningsevner, kan de utvikle gode mestringsstrategier som gjør at de kan forholde seg til problematikken på en annen måte.

Parallelt med nyansering blir normalisering av selvmordsproblematikk også trukket frem som en kilde til håp (subtema 3.1.2) i denne metasyntesen. Viktigheten og effekten av normalisering på utfall av behandling er påvist på tvers av pasientgrupper med både psykiske og somatiske plager (se f.eks. Dudley et al., 2007; Lüllman & Lincoln, 2013; Svinhufvud et al., 2017). Normalisering kan innebære å bli diagnostisert og få en forklaring på symptomene sine gjennom psykoedukasjon. Lignende kan det å høre at det finnes andre som strever med samme problematikk gjøre at de føler seg mindre alene i sitt strev og kan bidra til å styrke håpet om at det er mulig å komme seg ut av det vanskelige.

4.4.1 Normalisering som en motsetning til stigmatisering

Funnet om normalisering kan også forklares som en motsetning til stigmatisering som kan finnes i samfunnet knyttet til psykiske forstyrrelser, derav også selvmordsproblematikk (Corrigan, 2000; Corrigan 2004). Stigmatisering av psykisk lidelse kan virke svært utstøtende for selvmordstruede klienter og kan blant annet resultere i at de blir mindre hjelpesøkende (Corrigan, 2004). Lignende kan det hindre dem fra å avdekke og fortelle om egen selvmordsproblematikk i terapi (Lin, 2000; Fekih-Romdhane, 2021).

Fekih-Romdhane og kolleger (2021) viser i likhet med dette funnet en kobling mellom stigmatisering, avsløring av selvmordsproblematikk og hjelpesøking. Forskerne i denne studien tydeliggjør at tidligere dårlige erfaringer med avsløring av selvmordsproblematikk i terapi kan virke hemmende for fremtidig hjelpesøking i denne pasientgruppen. Lignende viser Vogel og Wester (2003) at de forventede fordelene og ulempene med selvavsløring i terapi har betydelig effekt på klienters holdninger til hjelpesøking. Dette samsvarer med funn fra Richards og kolleger (2018) som også viser en tydelig assosiasjon mellom frykt for stigma og klientenes behov for tildekkelse i terapi.

Klienters unnvikende og tildekkende tilnærming til egen selvmordsproblematikk i terapi kan blant annet ha opphav i tidligere dårlige erfaringer. I tillegg kan forventning om at avsløring vil gi negative opplevelser være et hinder for å snakke om selvmordsproblematikk i terapi. Dette kan føre til aktivisering av negative og overveldende emosjoner, samt opplevelse av skam i terapirommet (Fekih-Romdhane et al, 2021; Richards et al, 2018; Corrigan, 2004). På grunnlag av disse funnene kan normalisering forstås som en motpol til

stigmatisering. Normalisering av klienters problem og symptomer kan, på tross av stigma, være med på å skape trygge rammer for klienten til å åpne opp og avdekke egen selvmordsproblematikk i terapien, og på denne måten nyttiggjøre seg terapien.

4.4.2 Skam og overveldende følelser i terapi – kilde til misnøye

Klienter med selvmordsproblematikk kan kjenne på overveldende følelser og skam i terapien, og dette kan skape misnøye hos dem (3.2.1 & 3.2.2). Noen klienter uttrykker frykt for å miste kontroll og uttrykke sterke emosjoner foran terapeuten. For noen er det skummelt å føle at de slipper til noe de ikke har kontroll på og beskriver en bekymring for at dette skal slippes løs og komme til syne i terapirommet. Dette kan forstås som at klientens selv-stigma blir aktivert (Reynders et al., 2015), noe som gjør at klienten kjenner på lav selvfølelse og usikkerhet.

En annen måte å forstå dette på er Landmarks (2018) metaforiske beskrivelse av klientens skam i terapi som en opplevelse av å bli blottlagt for terapeuten, noe klienten ofte kan være redd for. I denne artikkelen blir skam beskrevet i lys av psykoanalytisk teori som understreker at menneskets selvopplevelse utvikles i møte med andre og at menneskets sinn utvikles av å være til stede i den andres sinn (Fonagy et al, 2002; Fonagy et al., 2019; Landmark, 2018). Det vil si at reaksjoner og tilbakemeldinger fra mennesker rundt oss og deres tanker og holdninger om oss er avgjørende for vår selvoppfattelse. Videre er selvoppfattelse ifølge Fonagy (2002) også essensielt for god mentaliseringsevne. Ettersom selvmordstruede klienter, på gruppenivå, er vist å ha en svekket mentaliseringsevne (Rossouw & Fonagy, 2012), kan dette tyde på at de også kan være særdeles sårbare for å blottlegges i relasjon til terapeuten.

Med dette som bakgrunn kan vi forstå selvmordstruede klienters opplevelse av skam som et resultat av andre menneskers stigmatiserende holdning (Durkheim, Joiner; 2005). Denne stigmatiserende holdningen kan det tenkes at de overfører til, og dermed forventer fra, terapeuten (Gullestad & Killingmo, 2019). De kan derfor oppleve manglende tilhørighet og integrasjon i terapien, og kjenne på å være en byrde for terapeuten (Durkheim, 1897; Joiner, 2005). Disse opplevelsene kan føre til at klienten enten unngår å snakke om selvmordsproblematikk i det hele tatt, eller at klienten lyver om selvmordsproblematikken i terapien (Blanchard & Farber, 2021).

4.4.3 Dårligere erfaringer med hjelpeapparatet

Et annet fremtredende funn fra denne metasyntesen er klientenes dårlige erfaringer i møtet med hjelpeapparatet (tema 3.3). Disse erfaringene synes stort sett å være systemrelaterte og blir av klientene knyttet til rammene for behandlingen, og er en kilde til misnøye. Klientene deler frustrasjon grunnet lang ventetid og opplevelsen av at deres problem

ikke blir tatt på alvor (subtema 3.1.1), og trekker dette frem som en grunnleggende årsak til mindre hjelpesøking (Hom et al., 2015).

Opplevelse av å få tilbud om for få og korte terapitimer i uken blir også fremhevet av klientene (subtema 3.3.1). Samtidig nevner noen klienter at terapi og bedring er en prosess som både krever lang tid og «utprøving» av flere terapeuter (subtema 3.3.2). Disse funnene kan forstås i lys av forskning som viser at for utvikling av en god terapeutisk allianse er den initiale fasen av terapiforløpet, altså de første fem timene, spesielt viktig (Kleiven et al., 2020). Deretter kan denne relasjonen enten stabilisere seg, svekkes og/eller repareres (Safran et al., 1990; Horvath & Marx, 1991; Ardito & Rebellino, 2011). I tillegg viser forskningen motstridende funn om klientens oppfattelse av den terapeutiske alliansen etter selvavsløring hvor den enten oppfattes som noe svakere (Ardito & Rabellino, 2011) eller kvalitativt bedre (Marks et.al, 2019).

Basert på forskningen så langt og funn fra de inkluderte studiene i denne metasyntesen, kan det hevdes at mønstrene i utviklingen av terapeutisk allianse og klientenes opplevelse av trygghet gjennom et terapiforløp også kan utspille meg på mikronivå, altså i løpet av en enkel terapitime. Klienten kan oppfatte 45 minutter som altfor kort tid til å føle seg trygg nok til å åpne opp om og avdekke egen selvmordsproblematikk. Ut fra sitatene i dette temaet (3.3) kan det virke som at klienten kan ha behov for å «varme opp» i starten av en terapitime (Ehrenreich et.al, 2007; Nødtvedt et.al, 2019). Dette for å kunne klare å dele personlig og følelsesladd materiale, noe som kan kreve mer av relasjonen, som igjen krever mer tid. Dette kan forstås som at klienten opplever at terapiens rammer, derav terapitimens varighet, ventetid og terapiforløpets varighet, kommer i veien for en god terapeutisk relasjon. Dette kan tenkes skape utrygghet, noe som igjen kan resultere i tilbaketrukkethet.

4.5 Kliniske implikasjoner

Denne metasyntesen beskriver selvmord som et komplekst og sammensatt fenomen. En av de mest sentrale oppgavene for klinikere er å gjøre seg kjent med og ivareta behovene og ønskene til den enkelte klienten. Kunnskap om klientenes opplevelser og ønsker kan fortelle terapeuten om hvorfor de eventuelt åpner opp om eller tildekker egen selvmordsproblematikk, og hvorfor de er mer eller mindre hjelpesøkende (Love & Morgan, 2021; Blanchard & Faber, 2020, Hom et.al, 2015). Etersom vi ser at klienter ofte ikke deler sine reaksjoner direkte med terapeuten er det viktig at terapeuter er oppmerksomme på at slike prosesser kan finne sted.

Klientenes paradoksale ønsker om behandling av selvmordsproblematikk utfordrer de tradisjonelle tilnærmingene til kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko. Årsaken er

mangel på instrumenter og prosedyrer som predikerer selvmord på individnivå (Franklin et al., 2017; O'Connor et al., 2011; Østlie, 2019). Lignende kan det stilles spørsmål ved fremholdelsen av at omtrent 90% av alle selvmord kan forklares av underliggende psykiske plager (Sosial- og helsedirektoratet, 2008), samt det ensidige fokuset på kognitive behandlingsmetoder i forbindelse med selvmordsforebygging (Kongerslev et al., 2015; Winter et al., 2013; Dymbe & Mehlum, 2020). Et problem ved et for ensidig metodefokus er at dette kan tildekke at evidens for metoden er angitt på gruppenivå og utdyper hva som kan være hjelpsomt for flest klienter. Dette kan bidra til å usynliggjøre individuelle forskjeller hos selvmordstruede klienter. Klientenes subjektive opplevelser og behov, og de individuelle forskjellene kan på denne måten bli oversett. Til tross for at kognitive behandlingstilnæringer ofte er virkningsfulle og gir gode resultater, er det viktig at terapeuter også tar i bruk andre behandlingsmetoder eller tilpasser intervensjoner i forhold til hva selvmordstankene er knyttet til hos den enkelte. Dette fordi selvmordsproblematikk er heterogent og kan utarte seg på ulike måter.

Selvmordstruede klienter trenger at terapeuten vektlegger deres personlige og subjektive opplevelser og bekymringer. Dette inkluderer deres ønske om å være inkludert i terapien og dele egne vurderinger i valgene som skal tas, altså hvor mye autonomi og frihet klientene opplever å ha i behandling. Frihet og autonomi er svært viktig for selvmordstruede klienter og bør dermed også bli passet på i terapirommet (Love & Morgan, 2021). Dette gjelder ikke bare i forbindelse med tvangsinnleggelse, men også i terapien for øvrig (Love & Morgan, 2021). Funnene våre kan tyde på at det er essensielt at terapeuten vektlegger klientens stemme i terapien og samtidig viser transparens, fremmer åpen kommunikasjon, og informerer tydelig og ærlig om terapiens rammer og prosedyrer. Essensen er at den selvmordstruede klienten ikke bør betraktes som en passiv mottaker, men heller en aktiv deltaker i terapi, og deres ønsker og behov bør derfor få betydning.

Tross behov for ivaretagelse og støtte av autonomi i terapi, er selvmordstruede klienter i en krise hvor de er avhengig av terapeuten. De er svært sårbare for stigmatiserende holdninger i samfunnet og kan også kjenne på skam og skyld overfor terapeuten i terapirommet (Durkheim; Joiner, 2005). Dermed er relasjonsarbeidet og dannelsen av en trygg terapeutisk relasjon sentralt. Den terapeutiske stilen må tilpasses den enkelte klienten og må ha som mål å skape trygge rammer der klienten både kan åpne seg og arbeide aktivt. Grunnet svekket mentaliseringsevne kan selvmordstruede klienter oppleve vanskeligheter i relasjoner, og trygghet til den andre er ofte fluktuerende. Det er terapeutens oppgave å gjøre seg selv oppmerksom på klientens opplevelse av trygghet og utrygghet, og ha en empatisk, lyttende og

ikke-dømmende holdning i behandling. Samtidig kan det for noen klienter oppleves godt å bli møtt av en aktiv terapeut som utfordrer dem.

Oppsummerende er det viktig at terapeuter får et nyansert bilde av selvmordsproblematikk. Det er nødvendig at problemets kompleksitet og heterogenitet blir tatt i betraktning i møtet med den enkelte klienten. Selvmordstanker og selvmordsforsøk bør ikke kun anses som et symptom i klinisk praksis. Tvert imot kan kompleksiteten tyde på at selvmordsproblematikk heller bør betraktes som lidelse eller plage med ulike uttrykk. Dette forutsier at klientens fluktuerende behov tilknyttet egen autonomi, medbestemmelse, avhengighet, relasjon, tillit og trygghet bør ivaretas av terapeuten. Det kan være en krevende jobb for terapeuten å tilpasse seg spenninger i klientens behov. Derfor kan det være essensielt for terapeuter med kompetanseheving på dette området, samt god støtte og veiledning på arbeidsplassen som kan hjelpe dem med å stå i denne utfordringen.

4.6 Metasyntesens begrensninger

Viktige aspekter ved metodologisk integritet og mulige begrensninger handler om forskningens troverdighet til fenomenet som er undersøkt, om prosedyren passet til å svare på forskningsspørsmålene og om svarene kan anses som verdifulle (Levitt et al., 2017a). Som beskrevet i metodekapittelet foreligger våre funn som «tolkning av tolkning av tolkning», eller tredjeordenskonstrukt. Våre funn bør ses på som erfaringer som er uttrykt av bestemte deltakere i en bestemt kontekst, til bestemte forskere med bestemte mål, som igjen har blitt fortolket av oss i denne metasyntesen (Sandelowski & Barroso, 2007).

Ifølge Levitt (2021) må generalisering av funn i kvalitativ forskning tenkes om som generalisering av fenomener og ikke generalisering til en populasjon, slik som i kvantitativ forskning. Relevansen til funn i kvalitativ forskning handler om deres overførbarhet, altså hva man må vurdere når funnene skal appliseres til andre kontekster (Levitt et al., 2018; Levitt, 2021). Kvalitativ generalisering søker å matche variasjonen i dataene med erfaring og praksis av fenomenet som undersøkes (Levitt, 2021). Et viktig aspekt ved dette er karakteristikker ved deltakerne, samt refleksjoner rundt hvem som *ikke* er representert (Paquin et al., 2019).

Deltakerne i metasyntesen varierer i sin erfaring med både fenomenet selvmordsproblematikk og type terapeutisk behandling, noe som kan være en begrensning ved metasyntesen. Behandlingskonteksten i de inkluderte studiene var variert. Noen studier rekrutterte deltakere som var innlagt på psykiatrisk avdeling (f.eks. Awenat et al., 2018; Jones et al., 2021), andre rekrutterte deltakere som gikk i psykoterapeutisk behandling (f.eks. Love & Morgan, 2021; Østlie et al., 2018), og noen studier spesifiserte ikke deltakernes

behandlingserfaringer utover at de hadde erfaring med behandling i psykisk helsevern. Dette kan tyde på at funnene våre kan være relevante i flere kontekster. Primærstudiene var også heterogene med hensyn på hvordan de definerte selvmordsproblematikk og hvilke erfaringer deltakerne ble rekruttert på bakgrunn av («suicidal ideation», «suicide attempts», «suicidal behaviour», «suicidal patients», «recurrent suicidal attempts», «deliberate self-poisoning»), dermed kan vi anta at deltakerne i de ulike studiene har ulike erfaringer med fenomenet. Selv om noen av studiene hadde et flertall av mannlige deltakere (f.eks. Montross Thomas et al., 2014), var det samlet sett en majoritet av kvinner, slik at funnene kan være mer relevante for kvinner enn for menn. De fleste av de inkluderte studiene hadde voksne deltakere, men noen inkluderte også ungdom (de Kernier, 2013; Hausmann-Stabile, 2018; Jones et al., 2021; Velez-Grau, 2019). En mulig svakhet ved å inkludere et vidt spenn av aldersgrupper kan være at opplevelser som er mer gyldige for en bestemt aldersgruppe tildekkes eller ikke belyses, slik at å kun inkludere voksne deltakere kunne gjort at funnene ble mer konsistente. Dermed kan noen av funnene våre være mer relevante for ungdom, mens andre kan være mer relevante for voksne.

Alle de inkluderte studiene er fra vestlige land i Europa og Nord-Amerika. Viktigheten av å ta i betraktning den kulturspesifikke konteksten i psykoterapi (Flückiger et al., 2018), antyder at våre funn kanskje ikke er relevante for terapeutisk behandling i ikke-vestlige kulturer eller at dette må utforskes mer. De ulike landene de inkluderte studiene opprinner fra kan ha ulik praksis og retningslinjer for behandling av selvmordsproblematikk som igjen kan påvirke erfaringene til deltakerne. Variasjonen i funnene våre kan dermed skyldes variasjon i klientenes behandlingserfaringer. Primærstudiene hadde ulike fokus og problemstillinger, og har derfor undersøkt ulike nyanser av fenomenet. Det kan være at noen mekanismer ikke belyses eller tildekkes gitt heterogeniteten i de inkluderte studiene. Samtidig kan forskjeller og motsetninger i dataene bidra til å øke dataenes tilstrekkelighet («data adequacy») som er et aspekt ved funnenes troverdighet (Levitt, 2018).

Et annet aspekt ved vurdering av funnenes troverdighet i denne metasyntesen handler om vurdering av primærstudienes kvalitet (Levitt et al., 2018). Det finnes imidlertid ikke en enhetlig oppfatning av hva høy kvalitet innebærer (Sandelowski & Barroso, 2007; Timulak, 2009), slik at dette utgjør en mulig begrensning ved denne metasyntesen. Se 2.5.4 Kvalitetsvurdering av studiene og Tabell V3 i vedlegg for nærmere beskrivelse av hvordan vi jobbet med kvalitetsvurdering. Gjennom kvalitetsvurderingen fant vi at fem av de inkluderte studiene ikke oppga tilstrekkelig informasjon om etiske betraktninger. Imidlertid betyr det ikke nødvendigvis at etiske vurderinger ikke ble gjort. Det kan være at kriterier for

publikasjon av artikler og medfølgende plassbegrensning kan være årsaken til noe av denne informasjonen utelates.

Analyse og syntese krever en viss abstraksjon og dekontekstualisering av data, som synes å være uforenlig med kvalitative data som i sin natur er høyst kontekstuelle. Kritikere av metasyntese fremholder at kvalitativ forskning er like resistent mot syntese som dikt (Sandelowski & Barroso, 2007). Avstand til fenomenet og fenomenets kontekst gjennom tolkning og oversettelser er dermed noe som bør vurderes. Oversettelsen fra førsteordenskonstrukter til andre- og tredjeordenskonstrukter i denne metasyntesen innebar også en språklig oversettelse fra engelsk til norsk. Den språklige oversettelsen kan ha bidratt til større avstand mellom primærforskernes forståelse av fenomenene og hvordan vi har fortolket disse i våre resultater, enn hvis alt arbeidet ble gjort med samme språk. Dette kan utgjøre en mulig svakhet ved denne metasyntesen. Tiltak for å øke metasyntesens metodologiske integritet er beskrevet i metodekapittelet (se 2.7 Metodologisk integritet og refleksivitet).

4.7 Videre forskning

De siste årene har innsatsen mot forebyggingsarbeidet hatt et for ensidig fokus på den medisinske forståelsen av selvmord, hvor fokuset stort sett har vært på kartlegging av risikofaktorer, søken etter de beste empirisk-støttede behandlingsmodeller, samt kvantifisering og standardisering av fenomenet. På grunnlag av funn fra denne metasyntesen, mener vi at feltet trenger et skifte i det nå.

Vi ser et behov for flere kvalitative studier som undersøker perspektivet til selvmordstruede klienter i psykoterapiprosesser, og ikke bare erfaringer og syn på behandling generelt. For eksempel ville det vært interessant å se studier som tar i bruk metodikk som «interpersonal process recall» (IPR) (se f.eks. Rennie 2001), eller flere naturalistiske longitudinelle studier som undersøker terapiprosessen gjennom flere intervjuer og video/lydopptak fra terapitimer. Gitt at det terapeutiske arbeidet er et samarbeid hvor det relasjonelle aspektet er samskapt, dyadisk og fluktuerende savner vi flere studier som retter søkelyset mot klientens bidrag i dette arbeidet.

Vi har gjennom arbeidet med denne metasyntesen bemerket at klientens autonomi og ansvar ofte blir knyttet til tvangsinnleggelse, men vi mener det er viktig å undersøke dette utover denne konteksten. I psykoterapiforskningen generelt har forskere hatt mye søkelys på allianse og terapeutfaktorer, men ikke like mye oppmerksomhet er viet til utforskning av klientens bidrag, erfaringer og behov. Kvantitativ forskning på allianse er godt etablert, men

vi ser også at det foregår mye kvalitativt i terapirommet. Vi ser at det relasjonelle arbeidet med selvmordstruede klienter kan være utfordrende og at klientene synes å være sårbare for spenninger i relasjonen. Dermed opplever vi at det er nødvendig å undersøke og få frem nyanser knyttet til relasjonelle prosesser mellom terapeuter og selvmordstruede klienter. Metasyntesen belyser sterke følelser og utfordringer med tillit til terapeuten, som kan skape sterke motoverføringsreaksjoner og komplisere relasjonsarbeidet. Videre virker denne klientgruppen å være sensitive for terapeutens stil og relasjonelle egenskaper, samtidig som vi ser fra forskningen til Rennie (2001) at klientene ikke nødvendigvis deler sine refleksjoner med terapeuten sin. Vi savner studier som eksplisitt undersøker opplevelse av alliansebrudd og reparasjon i terapi med denne klientgruppen.

Temaer som vi mener bør forskes mer på er selvmordstruede klienters relasjonelle behov og bidrag, mekanismer som omhandler medbestemmelse og agens i terapirommet. Våre funn viser at noen klienter kan møte selvmordstemaet med grunnleggende mistillit, tidligere dårlige erfaringer og bekymringer knyttet til taushetsplikten, og derfor velger å holde selvmordstanker skjult for terapeuten. Vi tenker det ville være interessant å undersøke hva avdekking av selvmordsproblematikk i terapi gjør med relasjonen.

4.8 Konkluderende refleksjoner

Denne metasyntesen har hatt som formål å undersøke den subjektive opplevelsen av å snakke om egen selvmordsproblematikk i terapi. Som vi har sett er selvmordsproblematikk svært sammensatt og selvmordstruede klienter har motstridende behov og ønsker i behandling. I psykisk helsevern i dag blir selvmord ofte sett på som et sekundært problem og blir betraktet som et symptom på andre psykiske plager, samtidig som det er et stort fokus på forebygging gjennom kartlegging som kan anses som en falsk trygghet for behandlere hvor fokuset blir å holde «ryggen fri» (Berglund et al., 2015). Samtidig lever vi i et samfunn med lite rom og forståelse for selvmordstanker og selvmordsforsøk, hvor en opplevelse av stigmatisering dessverre fortsatt er å forvente. Dette kan tenkes å bidra til at klienter skjuler selvmordsproblematikken sin for familie, venner, kolleger og ikke minst behandlere. De kan være utilfreds med hjelpen de får, og skeptiske til å i det hele tatt søke hjelp. På grunnlag av disse hullene som finnes i systemet og samfunnet, tenker vi det er essensielt å fremme forskning som kan tilby et nyansert og rikt bilde av selvmord, og bidra til utvikling av mer hensiktsmessige måter å tilnærme seg problematikken på. Parallelt med dette trenger vi å øke behandleres kompetanse og kunnskap om selvmordsproblematikk som et heterogent fenomen.

Referanseliste

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

- Altimir, C., Capella, C., Núñez, L., Abarzúa, M., & Krause, M. (2017). Meeting in difference: Revisiting the therapeutic relationship based on patients' and therapists' experiences in several clinical contexts. *Journal of clinical psychology*, 73(11), 1510–1522.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22525>
- American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Andenæs, A. (2000). Generalisering: Om ringvirkninger og gjenbruk av resultater i en kvalitativ undersøkelse. I H. Haavind (Red.) *Kjønn og fortolkende metode - Metodologiske muligheter i kvalitativ forskning*. Gyldendal Akademisk.
- Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in psychology*, 2, 270.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00270>
- *Awenat, Y. F., Peters, S., Gooding, P. A., Pratt, D., Shaw-Núñez, E., Harris, K., & Haddock, G. (2018). A qualitative analysis of suicidal psychiatric inpatients views and expectations of psychological therapy to counter suicidal thoughts, acts and deaths. *BMC psychiatry*, 18(1), 334. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1921-6>
- Bachelor, A. (1995). Clients' perception of the therapeutic alliance: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 42(3), 323–337. <https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1037/0022-0167.42.3.323>
- 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>
- Bedi, R. P., Davis, M. D., & Williams, M. (2005). Critical incidents in the formation of the therapeutic alliance from the client's perspective. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(3), 311–323. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.3.311>
- Bell, D. (2001). Who is killing what or whom? Some notes on the internal phenomenology of suicide. *Psychoanalytic psychotherapy*, 15(1), 21-37. <https://doi.org/10.1080/02668730100700021>

- 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>
- Benton, T. & Craib, I. (2011). *Philosophy of social science (2nd ed.)*. Palgrave Macmillan.
- Berglund, A., Frøysaa, C., & Siqveland, J. (2015). Behandling ved kronisk suicidalitet ; retningslinjer og realiteter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52(10), 872-877.
- *Bergmans, Y., Gordon, E., & Eynan, R. (2017). Surviving moment to moment: The experience of living in a state of ambivalence for those with recurrent suicide attempts. *Psychology and psychotherapy*, 90(4), 633–648. <https://doi.org/10.1111/papt.12130>
- *Blanchard, M. & Farber, B. A. (2020). “It is never okay to talk about suicide”: Patients’ reasons for concealing suicidal ideation in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 30(1), 124-136. [10.1080/10503307.2018.1543977](https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1543977)
- Bohart, A.C. & Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. I M. J. Lambert (Red.) *The Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed.), s. 219-257. Wiley.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 452–459. Hentet 15.10.22 fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2009/05/bedringsprosesser-slik-de-leves-i-hverdagslivet-brukererfaringer-ved-alvorlige>
- Britten, N., Campbell, R., Pope, C., Donovan, J., Morgan, M., & Pill, R. (2002). Using meta ethnography to synthesise qualitative research: a worked example. *Journal of health services research & policy*, 7(4), 209-215. <https://doi.org/10.1258/135581902320432732>
- 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](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.04.003)
- Clancier, A., & Kalmanovitch, J. (1987). *Winnicott Paradox: from birth to creation (1. Utg.)*. Garland Science.

- Collins, S., & Cutcliffe, J. R. (2003). Addressing hopelessness in people with suicidal ideation: building upon the therapeutic relationship utilizing a cognitive behavioural approach. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 10(2), 175–185. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00573.x>
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 48–67. <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.1.48>
- Critical Appraisal Skills Programme. (2018). CASP Qualitative Checklist. <https://casp-uk.bcdn.net/wp-content/uploads/2018/01/CASP-Qualitative-Checklist-2018.pdf>
- *de Kernier, N. (2013). Killing the dead: Evolution of melancholic identifications underlying suicide attempts in adolescence. *Journal of Child Psychotherapy*, 39(2), 206–227. <https://doi.org/10.1080/0075417X.2013.806056>
- Dudley, R., Bryant, C., Hammond, K., Siddle, R., Kingdon, D. & Turkington, D. (2007) Techniques in Cognitive Behavioral Therapy: Using Normalizing in Schizophrenia. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(5), 562-572. Hentet 06.10.22 fra: <https://psykologtidsskriftet.no/2007/05/techniques-cognitive-behavioural-therapy-using-normalising-schizophrenia>
- 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>
- Dymbe, K. & Mehlum, L. (2020). Hva bidrar DBT-forskningen hos NSSF med i det selvmordsforebyggende arbeidet?. *Suicidologi*, 25(1). Hentet 12.10.22 fra: <https://journals.uio.no/suicidologi/article/view/8279>
- Ehrenreich, J. T., Fairholme, C. P., Buzzella, B. A., Ellard, K. K., & Barlow, D. H. (2007). The Role of Emotion in Psychological Therapy. *Clinical psychology : a publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, 14(4), 422–428. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2007.00102.x>

- Farber, B. A. (2020). Disclosure, concealment, and dishonesty in psychotherapy: A clinically focused review. *Journal of Clinical Psychology, 76*(2), 251–257. <https://doi.org/10.1002/jclp.22891>
- Farber, B. A., Blanchard, M., & Love, M. (2019). *Secrets and lies in psychotherapy*. APA Books.
- Fekih-Romdhane, F., Amri, A. & Cheour, M. (2021). Suicidal ideation, suicide literacy and stigma, disclosure expectations and attitudes toward help-seeking among university students: The impact of schizotypal personality traits. *Early intervention in psychiatry, 16*(6), 659-669. <https://doi.org/10.1111/eip.13211>
- Flick U. (2002). *An Introduction to Qualitative Research (2. utg.)*. SAGE Publications.
- 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>
- Fonagy, P., Gergely, G. Jurist, E.L. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Other Press.
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2019). Mentalizing, Epistemic Trust and the Phenomenology of Psychotherapy. *Psychopathology, 52*(2), 94-103. DOI: 10.1159/000501526
- 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. (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>
- Gelso, C. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice. *Psychotherapy Research, 24*(2), 117-131. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.845920>
- Gelso, C. J. (2009). The real relationship in a postmodern world: Theoretical and empirical explorations. *Psychotherapy Research, 19*(3), 253-264. <https://doi.org/10.1080/10503300802389242>

- Greenberg, L. S. (2002). Integrating an emotion-focused approach to treatment into psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(2), 154–189. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.12.2.154>
- *Grimholt, T. K. (2017). "You Have To Be Healthy And Resourceful To Be Seriously Ill" An Open-Ended Question study of patients experiences of care after deliberate self-poisoning. *Suicidology Online*, 8 (20).
- Gullestad, S. E. (1992). *Å si fra: Autonomibegrepet i psykoanalysen*. Universitetsforlaget.
- Gullestad, S. E. & Killingmo, B. (2019). *Underteksten (2. utg.)*. Universitetsforlaget.
- Gustavson, K. A., Alexopoulos, G. S., Niu, G. C., McCulloch, C., Meade, T., & Areán, P. A. (2016). Problem-Solving Therapy Reduces Suicidal Ideation In Depressed Older Adults with Executive Dysfunction. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 24(1), 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2015.07.010>
- *Halvorsen, M. S., Benum, K., Haavind, H., & McLeod, J. (2016). A life-saving therapy: The theory-building case of "Cora." *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 12(3), 158–193. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v12i3.1975>
- *Hausmann-Stabile, C., Gulbas, L., & Zayas, L. H. (2018). Treatment Narratives of Suicidal Latina Teens. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*, 22(1), 165–172. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1304305>
- Hartmann, E. (2013). Klienten som medterapeut. I K. Benum, E. D. Axelsen & E. Hartmann (Red.). *God psykoterapi: et integrativt perspektiv*. (s. 269-290). Pax.
- Hechinger, M. & Fringer, A. (2021). Professional Care Experiences of Persons With Suicidal Ideation and Behavior: Model Development Based on a Qualitative Meta-Synthesis. *JMIR formative research*, 5(10), p.e27676-e27676. DOI: [10.2196/27676](https://doi.org/10.2196/27676)
- Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A., & Ladany, N. (2005). Consensual Qualitative Research: An Update. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 196-205
- Hjelmeland, H. (2022). *Selvmondsforebygging - for å kunne forebygge selvmord må vi forstå hva suicidalitet handler om*. Cappelen Damm Akademisk.

- Hjelmeland, H. (2022). *Selvordsforebygging - for å kunne forebygge selvmord må vi forstå hva suicidalitet handler om*. Cappelen Damm Akademisk.
- Hom, M. A., Stanely, I. H. & Joiner, T. H. Jr. (2015). Evaluating factors and interventions that influence help-seeking and mental health service utilization among suicidal individuals: A review of the literature. *Clinical psychology review*, 40, 28-39.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.006>
- *Hom, M. A., Albury, E. A., Gomez, M. M., Christensen, K., Stanley, I. H., Stage, D. L., & Joiner, T. E. (2020). Suicide attempt survivors' experiences with mental health care services: A mixed methods study. *Professional Psychology: Research and Practice*, 51(2), 172–183. <https://doi.org/10.1037/pro0000265>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9-16. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022186>
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (Eds.). (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy*. American Psychological Association. Hentet 09.10.22 fra <https://doi.org/10.1037/11132-000>
- Huggett, C., Gooding, P., Haddock, G., Quigley, J. & Pratt, D. (2022). The relationship between the therapeutic alliance in psychotherapy and suicidal experiences: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(4), 1203-1235. <https://doi.org/10.1002/cpp.2726>
- Haavind, H. (2000). *Kjønn og fortolkende metode - Metodologiske muligheter i kvalitativ forskning*. Gyldendal Akademisk.
- Jessen, R. S., Haraldsen, I. R. H. & Stänicke, E. (2021). Navigating in the dark: Metasynthesis 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>
- Jobs, D. A. (2000). Collaborating to Prevent Suicide: A Clinical-Research Perspective. *Suicide & life-threatening behavior*, 30(1), 8-17.
- Jobs, D. A. (2012). The collaborative assessment and management of suicidality (CAMS): An evolving evidence-based clinical approach to suicidal risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(6), 640-653.
- *Jones, N., Gius, B. K., Shields, M., Collings, S., Rosen, C., & Munson, M. (2021). Investigating the impact of involuntary psychiatric hospitalization on youth and young adult trust and help-

- seeking in pathways to care. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 56(11), 2017–2027. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02048-2>
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Kleiven, G. S., Hjeltnes, A., Råbu, M., & Moltu, C. (2020). Opening Up: Clients' Inner Struggles in the Initial Phase of Therapy. *Frontiers in psychology*, 11, 591146. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.591146>
- 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>
- Landmark, Anders (2018). *Skam – psykoterapi og frihet*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 56 (9), 796-805. Hentet 03.08.22 fra: <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2018/09/skam>
- Leenars, A. A. (2006). Psychotherapy with suicidal People: The commonalities. *Archives of suicide research*, 10(4), 305-322. DOI: 10.1080/13811110600790710
- Levi-Belz, Y., & Lev-Ari, L. (2022). Thinking for healing: The role of mentalization deficits as moderator in the link between complicated grief and suicide ideation among suicide-loss survivors. *Death studies*, 1–10. <https://doi.org/10.1080/07481187.2022.2065707>
- 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. (2021). Qualitative generalization, not to the population but to the phenomenon: Reconceptualizing variation in qualitative research. *Qualitative Psychology*, 8(1), 95– 110. <https://doi.org/10.1037/qup0000184>
- 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 61 recommendations. *Journal of Conseling Psychology*, 64(6), 626-644. <https://doi.org/10.1037/cou0000222>

- Levitt, H.M., Pomerville, A. & Surace, F.I. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda. *Psychological Bulletin*, 142(8) 801-830. <https://doi.org/10.1037/bul0000057>
- Lin, Y. (2002). *Taiwanese university students' conceptions of counseling*. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 31, 199–211. <https://doi.org/10.1023/A:1013968105377>
- Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., Shrout, P. E., & Dohrenwend, B. P. (1989). A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment. *American Sociological Review*, 54(3), 400–423. <https://doi.org/10.2307/2095613>
- *Love, H. A., & Morgan, P. C. (2021). You can tell me anything: Disclosure of suicidal thoughts and behaviors in psychotherapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 58(4), 533–543. <https://doi.org/10.1037/pst0000335>
- Lüllmann, E., & Lincoln, T. M. (2013). The Effect of an Educating versus Normalizing Approach on Treatment Motivation in Patients Presenting with Delusions: An Experimental Investigation with Analogue Patients. *Schizophrenia research and treatment*, 2013, 261587. <https://doi.org/10.1155/2013/261587>
- Malt, Ulrik: *suicidal* i *Store medisinske leksikon* på snl.no. Hentet 10. oktober 2022 fra <https://sml.snl.no/suicidal>
- 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>
- Marecek, J. (2003). Dancing through minefields: Toward a qualitative stance in psychology. I Camic, P. M., Rhodes, J. E., & Yardley, L. (Red.), *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design* (pp. 49–69). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10595-004>
- Marks, E. C., Hill, C. E., & Kivlighan, D. M., Jr. (2019). Secrets in psychotherapy: For better or worse? *Journal of Counseling Psychology*, 66(1), 70–82. <https://doi.org/10.1037/cou0000311>
- Menninger, K. (1966). *Man against himself*. Harcourt Brace Jovanovich.

- Michel, K. & Jobes, D. A. (2011). *Building a therapeutic alliance with the suicidal patient*. American Psychological Association.
- *Montross Thomas, L. P., Palinkas, L. A., Meier, E. A., Iglewicz, A., Kirkland, T., & Zisook, S. (2014). Yearning to be heard: what veterans teach us about suicide risk and effective interventions. *Crisis*, 35(3), 161–167. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000247>
- Mueller, A. S., Abrutyn, S., Pescosolido, B., & Diefendorf, S. (2021). The Social Roots of Suicide: Theorizing How the External Social World Matters to Suicide and Suicide Prevention. *Frontiers in psychology*, 12, 621569. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.621569>
- Noblit, G., & Hare, R. (1988). *Meta-ethnography: Synthesizing qualitative studies*. SAGE.
- Norcross, J. C. (2002). Empirically supported therapy relationships. I J.C. Norcross (Red.). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 3-16). Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303-315. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>
- Nødtvedt, Ø. O., Binder, P. E., Stige, S. H., Schanche, E., Stiegler, J. R., & Hjeltnes, A. (2019). "You Feel They Have a Heart and Are Not Afraid to Show It": Exploring How Clients Experience the Therapeutic Relationship in Emotion-Focused Therapy. *Frontiers in psychology*, 10, 1996. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01996>
- 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. (2013). Forskningsbasert kunnskap i klinisk praksis. I K. Benum, E.D. Axelsen & E. Hartmann (Red.). *God psykoterapi: Et integrativt perspektiv* (s. 293-315). Pax.
- 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>
- Perry, C. J., Bond, M. & Presniak, M. D. (2013). Alliance, reactions to treatment, and countertransference in the process of recovery from suicidal phenomena in long-term dynamic

- psychotherapy. *Psychotherapy research*, 23(5), p.592-605.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2013.809560>
- Prytz, M., Harketstad, K.N., Veseth, M. & Bjørnstad, J. (2019). “It’s not a life of war and conflict”: experienced therapists’ views on negotiating a therapeutic alliance in involuntary treatment. *Annals of General Psychiatry* 18(9), 9-9. <https://doi.org/10.1186/s12991-019-0234-6>
- Rennie, D. L. (2001). The client as a self-aware agent in counselling and psychotherapy. *Counselling & Psychotherapy Research*, 1(2), 82–89. <https://doi.org/10.1080/14733140112331385118>
- Retterstøl, N., Ekeberg, Ø. & Mehlum, L. (2002). *Selv mord: Et personlig og samfunnsmessig problem*. Gyldendal Akademisk.
- Reynders, A., Kerkhof, A. J., Molenberghs, G., & Van Audenhove, C. (2015). Help-seeking, stigma and attitudes of people with and without a suicidal past. A comparison between a low and a high suicide rate country. *Journal of affective disorders*, 178, 5–11.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.013>
- Richards, J. E., Whiteside, U., Ludman, E. J., Pabiniak, C., Kirlin, B., & Hidalgo, R. (2018). Understanding why patients may not report suicidal ideation at a health care visit prior to a suicide attempt: a qualitative study. *Psychiatr Serv.* 70(1), 40–5.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800342>
- Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304–1313.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.018>
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 20(8), 529–539.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
- Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 45(4), 444-454. Hentet 08.09.22 fra:
<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2008/04/evidensbasert-praksis-i-psykologi>
- Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S. & Murray, P. (1990). Therapeutic alliances rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy (Chic.)* 27(2), 154–165.

- Sandelowski, M & Barroso, J. (2007). *Handbook for synthesizing qualitative research*. Springer Publishing Company Inc.
- Siebers, T. (1988). The Ethical Unconscious: From Freud to Lacan. In *The Ethics of Criticism* (pp. 159–185). Cornell University Press. Hentet 02.10.22 fra:
<http://www.jstor.org/stable/10.7591/j.ctt207g679.10>
- *Scarth, B., Bering, J. M., Marsh, I., Santiago-Irizarry, V., & Andriessen, K. (2021). Strategies to Stay Alive: Adaptive Toolboxes for Living Well with Suicidal Behavior. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 8013.
<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18158013>
- Shneidman, E. S. (1985). *Definition of Suicide*. Jason Aronson Inc.
- 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>
- Siqveland, J. (2012). Selvmordsforskningens mythbuster. *Psykologtidsskriftet*. 49(2). 159-171.
Hentet 19.09.22 fra: <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2009/05/bedringsprosesser-slik-de-leves-i-hverdagslivet-brukererfaringer-ved-alvorlige>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2008, januar). Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Hentet 10. oktober 2022 fra
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/selvskading-og-selvsmord>
- 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, E., Thoresen, L. H. K., Thørnquist, H. H., Mcleod, J. (2021) Shift in representation and symbolisation of affective experience: A paradoxical outcome in therapy. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 23(2), 177-200.
<https://doi.org/10.1080/13642537.2021.1923048>
- 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., 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>

- Svinhufvud, K., Voutilainen, L., & Weiste, E. (2017). Normalizing in student counseling: Counselors' responses to students' problem descriptions. *Discourse Studies*, *19*(2), 196–215. <https://www.jstor.org/stable/26377598>
- 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. (2007) Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis, *Psychotherapy Research*, *17*(3), 305-314, <https://doi.org/10.1080/10503300600608116>
- 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>
- Valla, B. (2010). Brukermedvirkning i psykoterapi- behov for kompetanseutvikling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *47*(4), 308-314. Hentet 01.10.22 fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2010/04/brukers-medvirkning-i-psykoterapi-behov-kompetanseutvikling>
- *Vatne, M., & Nåden, D. (2018). Experiences that inspire hope: Perspectives of suicidal patients. *Nursing ethics*, *25*(4), 444–457. <https://doi.org/10.1177/0969733016658794>
- *Vélez-Grau C. (2019). Using Photovoice to examine adolescents' experiences receiving mental health services in the United States. *Health promotion international*, *34*(5), 912–920. <https://doi.org/10.1093/heapro/day043>
- Vogel, D. L., & Wester, S. R. (2003). To seek help or not to seek help: The risks of self-disclosure. *Journal of Counseling Psychology*, *50*(3), 351–361. <https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1037/0022-0167.50.3.351>
- Weishaar, M. E. (1996). Cognitive Risk Factors in Suicide. I P. M. Salkovskis (Red.), *Frontiers of Cognitive Therapy* (s. 226-250). Guilford Press.
- Weiste, E. (2015). Describing therapeutic projects across sequences: Balancing between supportive and disagreeing interventions. *Journal of Pragmatics*, *80*, 22-43. <https://doi.org/10.1016/j.pragma.2015.02.001>

- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology (3rd ed.)*. McGraw Hill Open University Press.
- Winnicott, D. W. (1963) From dependence towards independence in the development of the individual. I: Winnicott, D. W., (1965) *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. Hogarth, s. 83-92.
- Winter, D., Bradshaw, S., Bunn, F. & Wellsted, D. (2013). A systematic review of the literature on counselling and psychotherapy for the prevention of suicide: 1. Quantitative outcome and process studies. *Counselling and psychotherapy research*, 13(3), 164-183.
<https://doi.org/10.1080/14733145.2012.761717>
- 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>
- World Health Organization (2014). Preventing suicidality - A global imperative. World Health Organization. Hentet 06.07.22 fra: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
- Yalom, I. D. (2011). *Eksistensiell psykoterapi* (M. Solli, Overs.). Arneberg. (Opprinnelig utgitt 1980).
- 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>
- *Østlie, K., Stänicke, E. & Haavind, H. (2021) Assessments in Psychotherapy with Suicidal Patients: The Precedence of Alliance Work. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 52, 89–97.
<https://doi.org/10.1007/s10879-021-09518-3>

Vedlegg

Tabell V1

Dokumentasjon av søk

Database	Antall treff	Kommentarer
PsycINFO	1604	
MEDLINE	1235	
EMBASE	3395	
CINAHL	439	Krysset av for «Exclude Medline records»
Cochrane Library	137	«Source: Embase» og «Source: PubMed» filtrert bort for å hindre duplikater
Web of Science	1165	Søkt i «Web of Science Core Collection»
Scopus	3601	

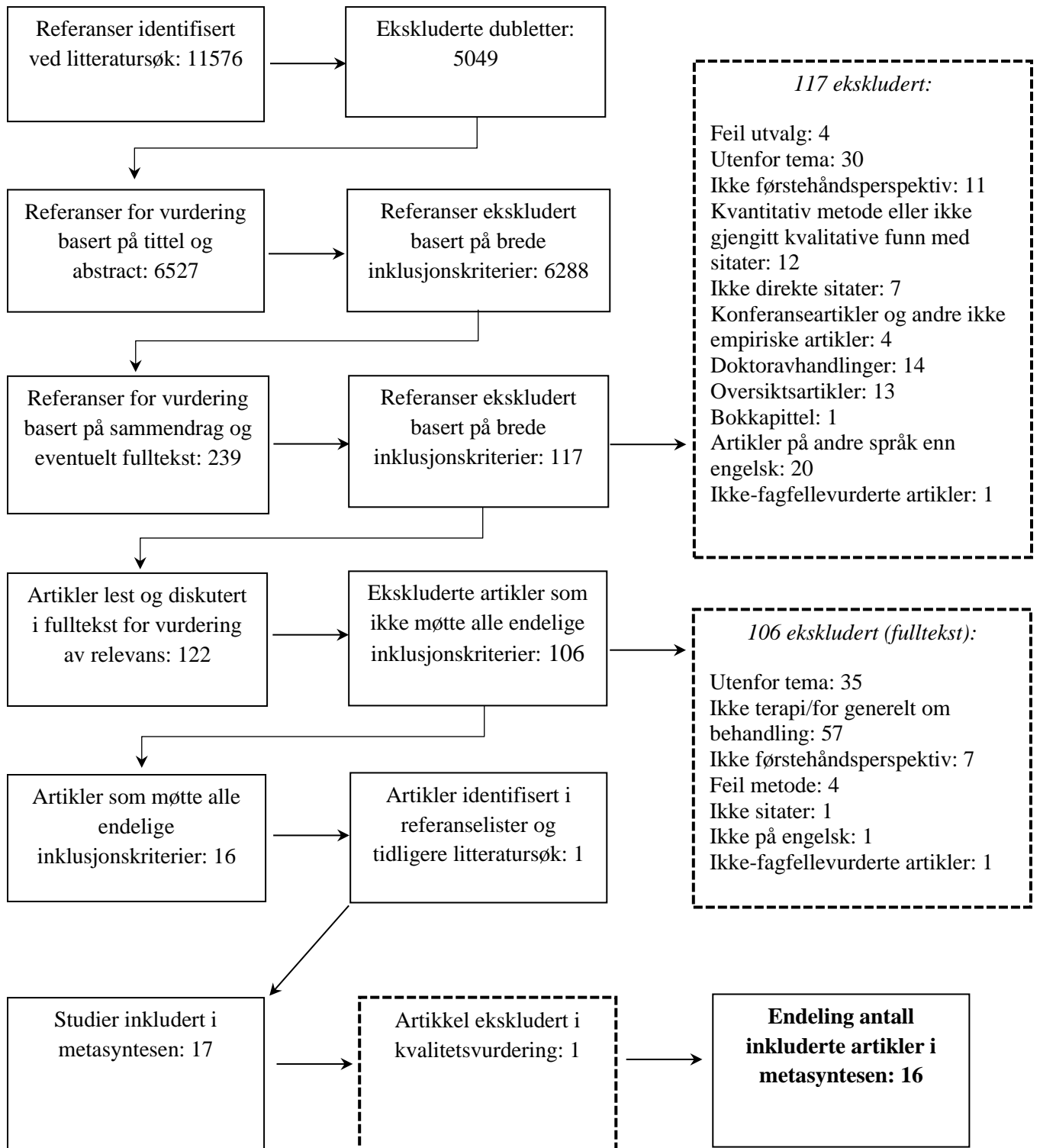
Merk: Søket ble gjennomført 23.02.2022 for samtlige databaser.

Eksempel på søkestreng fra PsycINFO

Tema	Kontekst	Perspektiv/utvalg	Metode
((Suicide/ OR Attempted Suicide/ OR Suicidal Ideation/ OR Suicidality/) OR suicid*.tw)	((Treatment/ OR Counseling/ OR Health Care Services/ OR Psychotherapy/) OR (treatment* OR psychotherap* OR therap* OR "health care*" OR "health service*" OR counseling).tw)	((Clients/ OR Patients/ OR Outpatients/ OR Survivors/ OR Life Experiences/) OR (client* OR patient* OR outpatient* OR survivor* OR "life experience*" OR "lived experience*" OR "personal experience*").tw)	((Qualitative Research/ OR Mixed Methods Research/ OR Grounded Theory/ OR Phenomenology/ OR Discourse Analysis/ OR Thematic Analysis/ OR Verbal Communication/ OR Narratives/ OR Interviews/ or Interviewing/ or Semi-Structured Interview/) OR (qualitative* OR "mixed method*" OR "grounded theor*" OR (interview* adj3 psychol*) OR "focus group*" OR anecdot* OR "verbal communication*" OR narrati* OR ethnograph* OR phenomenol* OR "discourse analys*" OR "thematic analys*" OR "naturalistic inquiry" OR (case adj3 stud*)).tw)

Figur V1

Flytskjema for seleksjon av studier



Tabell V2

Studier inkludert i metasyntesen

Forfatter	Tittel
Awenat, Y. F., et al. (2018)	A qualitative analysis of suicidal psychiatric inpatients views and expectations of psychological therapy to counter suicidal thoughts, acts and deaths
Bergmans, Y., et al. (2017)	Surviving moment to moment: The experience of living in a state of ambivalence for those with recurrent suicide attempts
Blanchard, M. & Farber, B. A. (2020)	“It is never okay to talk about suicide”: Patients’ reasons for concealing suicidal ideation in psychotherapy
de Kernier, N. (2013)	Killing the dead: Evolution of melancholic identifications underlying suicide attempts in adolescence.
Grimholt, T. K., et al. (2017)	“You Have To Be Healthy And Resourceful To Be Seriously Ill” An Open-Ended Question Study Of Patients Experiences Of Care After Deliberate Self-Poisoning
Halvorsen, M. S., et al. (2016)	A life-saving therapy: The theory-building case of “Cora”
Hausmann-Stabile, C., et al. (2018)	Treatment Narratives of Suicidal Latina Teens
Hom, M. A., et al. (2019)	Suicide Attempt Survivors' Experiences With Mental Health Care Services: A Mixed Methods Study
Jones, N., et al. (2021)	Investigating the impact of involuntary psychiatric hospitalization on youth and young adult trust and help-seeking in pathways to care
Love, H. A. and P. C. Morgan (2021)	You can tell me anything: Disclosure of suicidal thoughts and behaviors in psychotherapy
Montross Thomas, L. P., et al. (2014)	Yearning to be heard: What veterans teach us about suicide risk and effective interventions
Scarth, B., et al. (2021)	Strategies to stay alive: Adaptive toolboxes for living well with suicidal behavior
Vatne, M. and D. Nåden (2018)	Experiences that inspire hope: Perspectives of suicidal patients

Velez-Grau, C. (2019)	Using Photovoice to examine adolescents' experiences receiving mental health services in the United States
Østlie, K., et al. (2018)	A listening perspective in psychotherapy with suicidal patients: Establishing convergence in therapists and patients private theories on suicidality and cure
Østlie, K., et al. (2021)	Assessments in psychotherapy with suicidal patients: The precedence of alliance work

Tabell V3

Kvalitetsvurdering av de inkluderte studiene

Indikatorer	Love & Morgan, 2021	Grimholt et.al, 2017	Montross Thomas et al., 2014	Velez-Grau, 2019	Hausmann-Stabile et al., 2018	Bergmans et.al, 2017	Hom et al., 2019	Scarth et al., 2021	de Kernier, 2013	Blanchard & Farber, 2020	Jones et al, 2021	Vatne & Nåden 2018	Østlie et al., 2021	Østlie et al. 2018	Awenat et al., 2018	Halvorsen et al., 2016
1. Was there a clear statement of the aims of the research?	Yes	Yes	Yes	Yes	Partially	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
2. Is a qualitative methodology appropriate?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Partially	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
5. Were the data collected in a way that addressed the research issue?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Partially	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
6. Has the relationship between researcher and	Partially	No	Partially	Yes	No	Yes	Yes	Partially	Yes	No	Partially	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes

participants been adequately considered?																
7. Have ethical issues been taken into consideration?	Partially	Partially	Partially	Yes	Partially	Yes	Yes	Yes	Yes	Partially	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
8. Was the data analysis sufficiently rigorous?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Partially	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
9. Is there a clear statement of findings?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Partially	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
10. How valuable is the research?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes

Tabell V4*Karakteristikk ved studiene*

Forfattere og årstall	Tittel	Land	Studiesetting og deltakere	Utvalg (n) og kjønn	Alder	Metode for datainnsamling	Forskningsdesign og metode for dataanalyse	Begrep
Awenat, Y. F., et al. (2018)	A qualitative analysis of suicidal psychiatric inpatients views and expectations of psychological therapy to counter suicidal thoughts, acts and deaths.	UK	Deltakerne var pasienter innlagt på psykiatrisk sykehus	n=20 6 kvinner 14 menn	22-65 år	Semistrukturerte intervjuer	Kvalitativ metode Tematisk analyse	Suicidal psychiatric inpatients
Bergmans, Y., et al. (2017)	Surviving moment to moment: The experience of living in a state of ambivalence for those with recurrent suicide attempts.	Canada	Deltakerne hadde gjennomgått en terapeutisk gruppeintervensjon for personer med gjentatte selvmordsforsøk	n=8 8 kvinner	30-60 år	Semistrukturerte intervjuer	Kvalitativ metode Fortolkende fenomenologisk analyse	Recurrent suicide attempts

Blanchard, M. & Farber, B. A. (2020)	"It is never okay to talk about suicide": Patients' reasons for concealing suicidal ideation in psychotherapy.	USA	Deltakerne ble rekruttert fra en annen studie som undersøkte uærlighet i psykoterapi	n=66 52 kvinner 12 menn 2 annet kjønn	18-71 år	Open-ended spørreskjema på internett	Kvalitativ metode Innholdsanalyse	Psychotherapy clients / Suicidal ideation concealers
de Kernier, N. (2013)	Killing the dead: Evolution of melancholic identifications underlying suicide attempts in adolescence.	Frankrike	Kasusstudie fra en større studie av flere unge jenter innlagt på psykiatrisk sykehus etter selvmordsforsøk	n=1 1 kvinne	14 år	Kliniske intervjuer, Rorschach og TAT	Kvalitativ metode Kasusstudie Psykoanalytisk metode for analyse	Suicide attempts
Grimholt, T. K., et al. (2017)	"You Have To Be Healthy And Resourceful To Be Seriously Ill" An Open-Ended Question Study Of Patients Experiences Of Care After Deliberate Self-Poisoning.	Norge	Deltakerne var pasienter ved DPS med tidligere selvmordsforsøk	n=202 72% kvinner	Gjennomsnittsalder 39,6 år	Open-ended spørreskjema	Kvalitativ metode Tematisk analyse	Deliberate self-poisoning

Halvorsen, M. S., et al. (2016)	A life-saving therapy: The theory-building case of "Cora.	Norge	Kasuistikk rekruttert fra en større studie	n=1 1 kvinne	Ikke oppgitt	Behandlings- evalueringer, transkripsjoner av timene, intervjuer	Kvalitativ metode, teoribyggende kasusstudie Fortolkende fenomenologisk analyse	Suicide attempts
Hausmann-Stabile, C., et al. (2018)	Treatment Narratives of Suicidal Latina Teens.	USA	Deltakerne var latin-amerikansk ungdom som har mottatt behandling etter selvmordsforsøk rekruttert fra en større studie	n=68 Ikke spesifisert kjønn	11-19 år	Kvalitative intervjuer Semistrukturert?	Mixed methods Tematisk analyse og innholdsanalyse	Suicide attempts / Suicidal latina teens
Hom, M. A., et al. (2019)	Suicide Attempt Survivors' Experiences With Mental Health Care Services: A Mixed Methods Study.	USA	Pasienter engasjert i «Live Through This»-prosjektet	n=96 66,7% kvinner 32,3% menn 1,0% kjønns-normbrytere	19-69 år	Intervjuer	Mixed methods Tematisk analyse av kvalitative funn	Suicide attempt survivors

Jones, N., et al. (2021)	Investigating the impact of involuntary psychiatric hospitalization on youth and young adult trust and help-seeking in pathways to care.	USA	Deltakerne var unge mennesker med opplevelse av å være ufrivillig innlagt	n=40 70 % kvinner 2,22 % annet	16-27 år	Dybdeintervjuer	Kvalitativ metode Grounded theory	Involuntary psychiatric hospitalization Suicidal feelings or intentions
Love, H. A. & P. C. Morgan (2021)	You can tell me anything: Disclosure of suicidal thoughts and behaviors in psychotherapy.	USA	Deltagere ved en større studie ble rekruttert dersom de var i behandling innen psykisk helsevern ved sin seneste periode med selvmordstanker	n=68 Ikke spesifisert kjønn	18-49 år	Open-ended Internet survey	Kvalitativ metode Induktiv tematisk analyse	Participants / STB (suicidal thoughts and behaviours)
Montross Thomas, L. P., et al. (2014)	Yearning to be heard: What veterans teach us about suicide risk and effective interventions.	USA	Veteraner med tidligere selvmordsforsøk som for tiden var pasienter ved et veteransykehus	n=23 17 % kvinner 83 % menn	29-81 år	Intervjuer	Kvalitativ metode Fenomenologisk analyse	Suicide attempt / imminent suicide plan / patients

Scarth, B., et al. (2021)	Strategies to stay alive: Adaptive toolboxes for living well with suicidal behavior.	USA	Deltakerne ble rekruttert fra en større studie	n=17 9 kvinner 6 menn 2 annet	18-65+ år	Semistrukturerte intervjuer	Kvalitativ metode Tematisk analyse	Suicidal behavior
Vatne, M. & D. Nåden (2018)	Experiences that inspire hope: Perspectives of suicidal patients.	Norge	Deltakerne ble rekruttert via psykologspesialister ved én akutenhet og ved ett kriseteam	n=10 4 kvinner 6 menn	21-52 år	Kvalitative intervjuer	Kvalitativ metode Gadamers hermeneutikk	Suicidal patients
Velez-Grau, C. (2019)	Using Photovoice to examine adolescents' experiences receiving mental health services in the United States.	USA	Deltakerne ble rekruttert fra en psykiatrisk klinikk	n=4 3 kvinner 1 mann	15-17 år	Notater og transkripsjoner fra tre møter med fokusgruppen	Kvalitativ metode Fokusgrupper Tematisk analyse	Suicidal ideation Suicide attempts

Østlie, K., et al. (2018)	A listening perspective in psychotherapy with suicidal patients: Establishing convergence in therapists and patients private theories on suicidality and cure.	Norge	Deltakerne var pasient-terapeut dyader hvor alle pasientene nylig hadde vært innlagt på en psykiatrisk akuttavdeling for akutt selvmordsproblematikk	n=19 14 kvinner 5 menn	20-61 år	Intervjuer	Kvalitativ metode Longitudinelt, naturalistisk design Fortolkende fenomenologisk analyse	Patients hospitalized for suicidality
Østlie, K., et al. (2021)	Assessments in psychotherapy with suicidal patients: The precedence of alliance work.	Norge	Deltakerne var innlagt på psykiatrisk avdeling, rekruttert via sykehuset	n=19 14 kvinner 5 menn	20-61 år	Intervjuer	Kvalitativ metode Longitudinelt naturalistisk design Fortolkende fenomenologisk analyse	Suicidal patients

Tabell V5*Metatemaer, temaer, subtemaer, antall studer, antall meningsenheter og referanser*

Metatema	Tema	Subtema	Antall studier	Antall meningsenheter	Referanser
Første metatema: Opplevelse av avhengighet og autonomi	1.1 Avhengighet som forutsetning for ansvar	1.1.1 Terapeutens tilgjengelighet i krisen 1.1.2 Må kjenne meg klar for å ta ansvar 1.1.3 Bestemte meg for at nok er nok	4	9	Hom et al. (2019); Scarth et al. (2021); Vatne & Nåden (2018); Østlie et al. (2018)
	1.2 Medbestemmelse og frykt for innleggelse	1.2.1 Lage en plan sammen om det som skal skje 1.2.2 Redd for å miste autonomi hvis jeg deler omfang av selvmordstankene	7	21	Blanchard & Farber (2020); Halvorsen et al. (2016); Hausmann-Stabile et al. (2018); Hom et al., 2019; Jones et.al., 2021; Love & Morgan, 2021; Velez - Grau, 2019
	1.3 Behov for informasjon og kontroll i terapi	1.3.1 Informer meg om prosedyren 1.3.2 Respekter at jeg kan være med i avgjørelsene	4	10	Awenat et al. (2018); Blanchard & Farber (2020); Jones et al. (2021); Østlie et al. (2021)
Andre metatema: Spenninger i tryggheten til terapeuten	2.1 Lyttende og/eller aktiv terapeut skaper trygghet	2.1.1 Terapeuten bør lytte til det jeg sier 2.1.2 Terapeuten bør gi meg tilbakemeldinger	7	11	Awenat et al. (2018); Hom et al. (2019); Love & Morgan (2021); Kernier et al. (2013); Montross Thomas et al. (2014); Vatne & Nåden (2018); Østlie et al. (2018)
	2.2 Tillitens dynamikk i terapi	2.2.1 Det er vanskelig for meg å stole på terapeuten 2.2.2 Etter hvert våget jeg å stole på terapeuten	7	12	Awenat et al. (2018); Blanchard & Farber (2020); Halvorsen et al. (2016); Hausmann-Stabile et al.; (2018); Hom et al. (2019); Jones et al. (2021); Love & Morgan (2021)
	2.3 Terapeutens profesjonelle rolle	2.3.1 Terapeuten er mer bekymret for	6	10	Blanchard & Farber (2020);

	hemmer den reelle relasjonen	sin profesjonelle rolle enn for meg 2.3.2 Terapeuten klarer ikke å hjelpe meg			Hom et al. (2019); Montross Thomas et al. (2014); Grimholt et al. (2017); Love & Morgan (2021); Østlie et al. (2018)
Tredje metatema: Opplevelse av håp og misnøye i terapi	3.1 Normalisering og nyansering av alvorlige problemer	3.1.1 Fortell meg at jeg ikke er alene om det 3.1.2 Nå kan jeg se problemet mitt på en annen måte	7	16	Hom et al. (2019); Hausmann-Stabile et al. (2018); Love & Morgan (2020); Scarth et al. (2021); Awenat et al. (2018); Jones et al. (2021); Bergmans et al. (2017)
	3.2 Skam og overveldende følelser i terapi	3.2.1 Å snakke om det tilfører mer skam og selvforakt 3.2.2 Å møte det ukontrollerbare i seg selv	4	8	Awenat et al. (2018); Blanchard & Farber (2020); Halvorsen et al. (2020); Østlie et al. (2018)
	3.3 Forventninger til systemet ble ikke møtt	3.3.1 Jeg fikk ikke hjelpen jeg trengte i krisen 3.3.2 Bare 45 minutter i uka er for lite 3.3.3 Å forandre gamle mønstre er en sakte og pågående prosess 3.3.4 Terapi hjalp meg ikke, men det var fint å få snakket med en profesjonell	7	11	Bergmans et al. (2017); Scarth et al. (2021); Hom et al. (2019); Blanchard & Farber (2020); Grimholt et al., (2017); Velez - Grau (2019); Love & Morgan (2021)

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

Figur V2

Eksempel på ferdig 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: Love & Morgan (2021)

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: The study had a clear aim, and the research question was presented: "What motivates or prevents clients from disclosing suicidal thoughts or behaviors in psychotherapy?" The researchers argue for the goal - "to provide clinical recommendations for working with individuals with suicidal ideation and behaviors", and refer 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. The study seeks to interpret participants' personal experiences, values and beliefs and the dilemma this may present for them. This methodology is relevant for addressing the research goal.

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 researchers have not explicitly explained or discussed their choice of method, but the procedure is explained adequately. The authors have argued for their choice of qualitative methodology as relevant to investigate the topic of the study.

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 researchers explain how the participants were selected. The sample consisted of clients who were seeing a mental health provider at the time of their most recent suicidal thoughts or behavior. The participants were recruited through an online social media site called Reddit.

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: The researchers have described the procedure well. The data were collected from an online platform where the participants anonymously could answer open-ended questions about own suicidality and their experience with the course of treatment. The researchers discuss the viability to use such samples for research, and argues that these samples can be optimal for gathering qualitative descriptions about stigmatizing topics such as suicidality.

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 an online platform as a part of a larger study. The researchers sent out an recruitment message to the participants of the larger study, and this message did also get a moderator approval. The researchers have not explicitly examined their own role critically, but have pointed out the relative diversity such samples may offer, as the participants may feel safer to share such experiences anonymously.

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" 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: The researchers have not mentioned any approval that has been sought from ethical committee. However, the study did receive institutional review board approval to recruit users from online platform (Reddit). Moderator approval of recruitment messages was also obtained before posting the recruitment message. The clients anonymity and confidentiality had also been taken into account and it was respected by the researchers.

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input 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. The reserachers presented a detailed description of the method and the analysis process. Data from the original sample was understood and interpreted in the light of the theoretical framework for the study.

9. Is there a clear statement of findings?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input 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: The findings were presented explicitly in text and figures, using participants quotes which shows transparency. There was an adequate discussion regarding empirical evidence and theory in relation to the research question.

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 contributions of the study has been accounted for by the researchers. They have argued for the value of the findings for the research field and have also described the relevance of the findings for clinical practice. The limitations and future directions is also mentioned.

Figur V3

Bilde av den analoge sorteringen

