

«Det at hun brydde seg, det betydde alt!»

Pasientens erfaringer av egen bedring

-en kvalitativ studie med fokus på terapeutisk relasjon



Universitetet
i Stavanger

Fakultet for Helsefag

**Master i Relasjonsbehandling med tema:
Individualterapeutisk fordypning**

E-MREMAS Masteroppgave (30 studiepoeng)

Student

Lone Viste

Åse Ragnhild Helland Espedal

Veileder

Seniorrådgiver Helsefag, 1.amanuensis Phd. Kristine Rørtveit

25.05.2018

UNIVERSITETET I STAVANGER

**MASTERSTUDIUM I RELASJONSBEHANDLING
E-MREMAS MASTEROPPGAVE**

SEMESTER:

Vår 20018

FORFATTERE/ MASTERKANDIDATER:

Lone Viste og Åse Ragnhild Helland Espedal

VEILEDER: Kristine Rørtveit

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: «Det at hun brydde seg, det betydde alt!»: Pasientens erfaringer av egen bedring -en kvalitativ studie med fokus på terapeutisk relasjon

Engelsk tittel: «She really cared, and that meant the world to me!»: The patients experience of his recovery – a qualitative study focusing on the therapeutic relationship

EMNEORD/STIKKORD: attachment, attachment-theory, Bowlby, terapeutisk relasjon, terapeutisk allianse, pasient-terapeutrelasjon, terapi.....
.....

ANTALL SIDER:

STAVANGER

25.05.2018

Forord

Denne studien har vært en spennende og lærerik prosess for oss. Mange har bidratt på ulike måter, og vi vil benytte anledningen til å takke dere alle!

Til Informantene

Aller først; til dere 5 informanter som var villige til å stille opp til intervju. Dere delte alle raust og ekte av deres erfaringer fra behandlingen dere befinner dere midt oppi. Tusen takk for at dere stilte opp, for at dere tok dere tid og for at dere hadde mot til å delta i vår studie. Dere bidro med det viktigste materialet for at vår studie skulle bli gjennomført. Vi håper at våre tanker sammen med deres bidrag, kan være med å styrke det relasjonelle fokuset i individualterapi i spesialisthelsetjenesten.

Til vår veileder Kristine

Din optimistiske holdning gjorde at vi kastet oss over det som vi ikke trodde var gjennomførbart, (på grunn av en omfattende prosess som måtte gjøres i forkant, og som ikke var påbegynt da vi møtte deg) å intervju pasienter. Takk for konkrete råd og innspill. Takk for god tilgjengelighet. Takk for at du ga uttrykk for at du hadde tro på oss, noe som gjorde oss trygge, slik at vi hadde gode prosesser i samarbeidet oss imellom.

Til vår arbeidsgiver og våre kollegaer

Det har vært en flott opplevelse å få så god og raus tilrettelegging. Dette gjelder både i forhold til å få fri ved behov og å kunne bruke deler av arbeidstiden til studier når tiden tillot det. Ikke minst er vi takknemlige ovenfor kollegaer som har tatt mange av våre arbeidsoppgaver i løpet av denne tiden. Tusen takk! Vi håper at vår utdanning også kan være til inspirasjon og glede for dere.

Til våre barn og partnere i perioden vi har vært ute av drift

Takk for at dere har godtatt å spise mer kebab, pizza og posesuppemåltider, særlig i løpet av de siste månedene. Vi tror også at dere vil takke oss når vinteren kommer, da det er all grunn til å tro at immunforsvaret hos oss alle er blitt betydelig sterkere på grunn av eksponering i et miljø rikt på mikrober! Takk også for at dere tålmodig har tålt at vi til tider har vært både fysisk og psykisk fraværende! Takk for at dere hele tiden har støttet oss og hatt tro på oss!

Til Lone

Takk for at du ikke ga opp da du inviterte til samarbeid, det har vært en udelt glede å jobbe med deg. Ditt klare hode og varme hjerte har satt tydelig preg på arbeidet vårt. Takk for hjerterom, husrom og bevertning.

Til Åse

Det har vært en fornøyelse å samarbeide med deg. Din kjappe replikk og gode humør har skapt en festlig atmosfære midt i "alvoret", og din grundighet er viktig når jeg vil skynde på i prosessen. Takk for at du tok turen over fjorden og aksepterte mitt standhaftige frieri 😊.

Til lærere, veiledere, tilretteleggere og medstudenter på masterutdanningen ved UiS: Takk for en inspirerende tid! Det har vært av stor betydning for vårt daglige arbeid å få nærmere kjennskap til relasjonsbehandlingens teorigrunnlag. Det har vært en glede å bli kjent med dere som har vært medstudenter disse tre årene. «Det er godt å møtes, det er vondt å skilles!» sa Jan Olav Johannessen i velkomsttalen for studiet, noe vi sier oss enige i. Kanskje vi kan klare å møtes innimellom.

*«People will forget what you said,
people will forget what you did,
but people will never forget how you made them feel»
(Maya Angelou).*

Sammendrag:

Bakgrunn: At relasjonen er av stor betydning i behandlingen av mennesker med psykiske plager, er i dag anerkjent kunnskap. Formålet med vår studie var å undersøke hvilke forhold ved den terapeutiske relasjonen pasienten opplever som viktige i egen bedringsprosess.

Problemstilling: Hvilke forhold ved den terapeutiske relasjonen opplever pasienten som viktige i egen bedringsprosess?

Metode: Ved å benytte dybdeintervju med intervjuguide ønsket vi å intervju seks mennesker mellom 18- 70 år som gikk i samtaleterapi ved poliklinikk for voksne, klinikk psykisk helsevern, om det aktuelle temaet. Intervjuene ble bearbeidet, analysert og kategorisert før de ble presentert som funn under sine respektive temaer. Noen direkte sitat fra informantene ble inkludert i funndelen. Våre funn viste at pasientene er opptatt av behandlers forståelse, at behandler klarte å balansere støtte og utfordring, og av at terapien var preget av en tillitsfull atmosfære. Det som kom tydeligst frem var behovet for at pasientene opplevde at terapeuten brydde seg om dem. I diskusjonsdelen har vi vurdert metoden vi har brukt og sett på behov for framtidig forskning. Vi har også løftet frem noen prinsipper som våre data pekte mot, og trukket frem forventede funn. Funn vi ikke forventet blir omtalt, samt oppgavens begrensninger. Til slutt har vi diskutert våre funn i lys av et teoretisk bakteppe med fokus på tilknytningsteori.

Abstract

Background: It is widely recognised that the therapeutic relationship is being of great importance in the treatment of people with mental disorders today. The purpose of this study is to survey which aspects of the therapeutic relationship the patients will emphasize as important for their own recovery-process.

Issue: «What aspects of the therapeutic relationship are important for the patients recovery-process»?

We did a qualitative study by using in-depth interviews with five informants between the ages of 18 to 65, who attended therapy at an out-patient mental health clinique. The interviews were processed, analyzed and categorized before they were presented as findings under their respective themes. Some direct quotes from the informants were included in the findings. Our findings point out that patients were occupied with being understood, being challenged, being supported and to feel a trustworthy atmosphere in the therapeutic relationship. What became clear was also the need for the patients to experience that the therapist truly cared for them.

In the discussion we have considered the method we have used and looked at the need for future research. We have also highlighted some principles that our data pointed to and drawn up expected findings. Results we did not expect to find, as well as the limitations of the study have been discussed. Finally, we have discussed our findings with a theoretical background focusing on attachment-theory.

Innhold

1.0 Innledning.....	8
1.1 Bakgrunn for valg av tema	8
1.2 Tidligere forskning på området.....	8
1.3 Studiens hensikt eller formål	12
1.4 Problemstilling:	12
1.5 Begrepsavklaring	12
<i>Terapeutisk relasjon</i>	12
<i>Terapeut</i>	12
<i>Pasient</i>	13
<i>Bedringsprosesser</i>	13
2.0 Teoretisk bakgrunn for vårt forskningsprosjekt	13
2.1 Bowlbys tilknytningsteori	13
2.1.1 Historisk perspektiv	14
2.1.2 Tilknytningsteori	15
2.1.3 Omsorgsperson- en trygg base	15
2.1.4 Når forholdene er gode.....	16
2.1.5 Når forholdene ikke er gode nok.....	17
2.1.6 Tilknytningsmønstre	17
2.1.7 Når barna blir voksne	18
2.1.8 Når de voksne kommer til behandling.....	18
2.1.9 Holding og containment – to beslektede begrep	19
2.1.10 Metode for å reparere tilknytningsskader.....	20
2.1.11 Hvordan Bowlbys teori påvirker behandling i dag	21
3.0 Metode og metodiske overveielser	21
3.1 Design	22
3.2 Utvalg	23
3.3 Inklusjonskriterier	24
3.4 Eksklusjonskriterier	24
3.5 Utvelgelse av informanter	24
3.6 Innsamling av data.....	24
3.7 Transkripsjon	25
3.8 Analyse.....	26
3.9 Reliabilitet	28
3.10 Validitet.....	29
3.11 Forskningsetiske overveielser	29
4.0 Funn.....	32

Tabell 1-oversikt over informantene	32
4.1 Hva opplevde pasientene som viktig?	33
Tabell 2-oversikt over funn.....	37
4.2 «Jeg ble så møtt, og det gjorde meg veldig trygg»: Om terapeutens forståelse .	38
4.2.1 Behov for å bli forstått og møtt.....	38
4.2.2 Å bli bekreftet og akseptert.....	38
4.2.3 Å bry seg om og å strekke seg litt lenger	40
4.3 «Jeg har våget litt mer»: Om å balansere	41
4.3.1 Behov for støtte og utfordring	41
4.3.2 Om tålmodighet og bruk av tid.....	42
4.4 «Det er enormt så tillit du får til en terapeut som du connecter med!»: Om å skape en tillitsfull atmosfære.....	43
4.4.1 Tillit, trygghet og forutsigbarhet	43
4.4.2 Ekthet, ærlighet og om å være personlig	45
5.0 Diskusjon.....	46
5.1 Metodediskusjon.....	47
<i>Reliabilitet</i>	47
<i>Validitet</i>	47
5.2 Drøfting av funn	48
<i>Våre funn i lys av tilknytningsteori</i>	49
5.2.1 Om behandlers forståelse	49
5.2.2 Om å balansere.....	51
5.2.3 En tillitsfull atmosfære	52
5.3 Våre funn relatert til tidligere publisert arbeid	53
5.4 Forventede funn, funn vi ikke forventet og studiens begrensninger.....	54
5.5 Videre forskning.....	55
6.0 Konklusjon.....	56

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I en tid med økende effektivitetskrav til behandlingstilbud, er det viktig å belyse fruktbare behandlingsprosesser som av naturlige årsaker krever tid for å kunne utvikle seg. Det er i dag i ferd med å introduseres pakkeforløp i behandlingen av flere psykiske lidelser, noe som ifølge Solbergs artikkel (Solberg, 2016) i Tidsskrift for Norsk Psykologforening, har blitt mottatt med blandet reaksjoner. Enkelte frykter at pakkeforløp vil bli brukt som argumentasjon for å begrense tilbudet til enkelte pasienter, mens andre trekker frem fordelene med at det legges til rette for større gjennomsiktighet og større grad av forutsigbarhet i behandlingsskjeden. Det er derfor av stor betydning at den som ønsker å drive med relasjonsbehandling, bidrar til å sette søkelys på de forhold som forskningen viser er viktige for pasientenes bedringsprosesser.

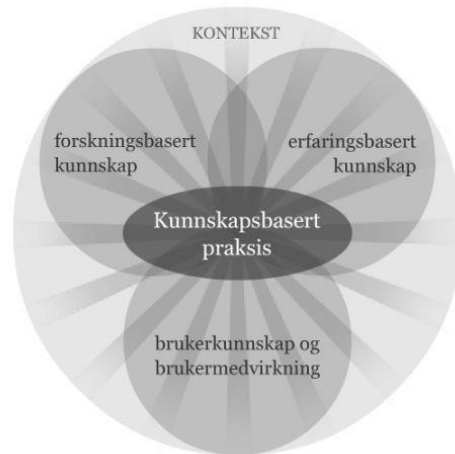
I et individualterapeutisk behandlingsforløp er det er to personer som deltar i de fleste timene; pasienten og terapeuten. Terapien påvirkes av hvordan disse to personene relaterer seg til hverandre. Terapien vil dermed avhenge av hvilken kvalitet relasjonen mellom de to får (Kennair & Hagen, 2014). En psykodynamisk forståelse handler ifølge Thorgaard (Thorgaard, Haga, Psykiatrisk opplysning, & Psykiatrisk, 2014) om «hvilken betydning og avgjørende innflydelse meget tidlige og senere barndomsopplevelser har og har haft på den psykologiske utvikling og på senere voksen mental funksjon». Denne forståelsen påpeker videre muligheter i terapirommet ved å skape nye erfaringer og relasjoner gjennom aktivt samspill i relasjon med terapeuten, og hvordan «dette samspil i den gode relationsbehandling kan brukes til at befordre personlig vekst og symptomlindring» (Thorgaard et al., 2014, p. 42). I løpet av studien kommer vi tilbake til teori som sier noe om hva som påvirker våre relasjoner til andre mennesker, da med hovedvekt på Bowlbys tilknytningsteori (relasjonsteori)(Bowlby, 1988).

Det er av stor betydning for å oppnå varig bedring at pasienten «eier» sin egen behandling (Borg & Topor, 2007). I vår studie ønsker vi å undersøke hvilke forhold ved den terapeutiske relasjonen som oppleves som viktige i pasientenes bedringsprosesser.

1.2 Tidligere forskning på området

Eksisterende forskning kombinert med erfaringsbasert kunnskap gir oss innsikt i hva som er nyttig i et behandlingsforløp. Imidlertid ser vi at ved å ha økt fokus på

brukerkunnskap og brukermedvirkning kan vi bedre kvaliteten på tjenestene våre. Kunnskapsbasert praksis innebærer at fagutøvere bruker ulike kunnskapskilder i praksis.



www.kunnskapsbasertpraksis.no (Helsebiblioteket)

Vi søkte etter forskning over pasienters erfaring med psykoterapibehandling. Timulak et al (2017) viser til at det over de siste tiår har vært gjennomført et økende antall studier for å utforske pasientperspektivet og pasienterfaringer på psykoterapi. Her finnes en oversikt over forskning som er gjort på dette området og som kan innvirke på behandlingen. Forskingen viser til flere faktorer som er av betydning for å bidra til sterkere relasjoner mellom behandler og pasient, til bedre samarbeid og dermed også til bedre terapeutiske resultater (L. Timulak & Keogh, 2017). Vi søkte videre etter tidligere forskning som berører hvilke forhold pasientene trekker frem knyttet til den terapeutiske relasjonen, og i hvilken grad dette har betydning for deres bedringsprosess.

Forskningsbibliotekar var behjelpelig med å utforme søkeord slik at vi kunne få mest mulig adekvate treff. Etter en utvelgelsesprosess etter å ha lest ulike artikler, satt vi igjen med noen artikler som var relevante for vår problemstilling.

Alain Topor og Anne Denhov beskriver sin forskning i en artikkel fra 2015, hvor formålet med studien var å undersøke hvordan pasientene opplevde at hjelperens handling hadde bidratt til deres recovery-prosjekt. 58 pasienter med alvorlig psykisk lidelse ble dybdeintervjuet, og svarene ble analysert og kategoriser med bakgrunn i Grounded Theory. Resultatene sa noe om hva som hadde vært til nytte for den enkelte pasient, og svarene ble kategorisert som to undergrupper:

- 1) «å bli sett og behandlet som et individ» (uavhengig av diagnose, behandling, institusjonens rasjonale).

«Many users referred to the experience of having been seen, heard and respected by the professionals as a significant factor in their improvement»(Borg & Kristiansen, 2004; Chan, 2007; Tidefors & Olin, 2011)

- 2) «Gjensidighet» -alle pasientene beskrev minst en hendelse der den profesjonelle gikk ut over sin profesjonelle ramme med positiv effekt for pasienten.

Topor og Denhov viser til flere studier som er gjort over liknende problemstilling, og hevder at «going beyond the rules» er noe som trekkes fram av mange informanter som positivt for deres tilfriskningsprosess. Artikkelen oppsummerer at studien gir oss en dypere forståelse av hvilke intervensjoner fra den profesjonelle som oppleves som virksomme i pasientens recovery-prosess, sett fra pasientens perspektiv.

Timulak et al.(2017) har i sin forskningsartikkel sett på kvalitative studier der informantene gir sine egne perspektiv på sin erfaring med terapeuten og den terapeutiske alliansen. Timulak trekker frem Bachelor (1995), som undersøkte hva pasientene syntes var bra i terapitimen med tanke på terapeut-pasientrelasjonen. Funn her peker på at ekthet, tillit, vennlighet, varme og det å være lyttende, det å være respektfull og vise forståelse var viktige aspekter for pasientene. Videre viser Timulak til Bedi, Davis og Williams (2005) som blant annet fant at mange faktorer av betydning for relasjonsbygging for pasientene var tilsynelatende enkle. Eksempler på dette var at terapeuten gav blikkontakt, smilte, var varm og gav personlige hilsener (hei og farvel), var oppmuntrende og identifiserte seg med pasientens følelser.

Timulak oppsummerer forskningen med å påpeke viktigheten av å være tonet inn på pasientens perspektiv på pasient-terapeutrelasjonen, for i størst mulig grad kunne tilrettelegge for en bedre relasjon som igjen vil gi større mulighet for et godt terapeutisk resultat.

Although many clients recognize the importance of their own involvement in therapy, they also frequently describe the therapist's interpersonal manner as critical to the formation of the therapeutic relationship. As noted above, many of the key factors understood by clients to be involved in alliance formation are deceptively simple (e.g., eye contact, smiling). It is important, therefore, that therapists are self-aware regarding how they feel toward their client and how they communicate these feelings through body language, tone of voice, and actions (L. Timulak & Keogh, 2017).

Lawlor, Sharma, Khondoker, Peters, Kuipers og Johns har i sin artikkel fra 2017 forsket på brukeres erfaring og tilfredshet med CBT for psykose, og sett på hvordan dette henger sammen med oppfatninger av terapeuten. I studien har de utdelt spørreskjema til 165 pasienter, og ønsker å se på total opplevelse av terapiforløpet og opplevd mestring og kunnskap som er innhentet i terapiforløpet. Man ønsket også å se på de personlige kvalitetene til terapeuten. Det mest vanlige aspektet som pasienter vektla hos terapeuten som positivt var å oppleve støtte, å bli lyttet til, at terapeuten brydde seg og å bli forstått av terapeuten. Artikkelen oppsummerer blant annet at terapeutens personlige kvaliteter, kompetanse og troverdighet er av de sterkeste faktorene som påvirker pasientens tilfredshet med terapien (Lawlor et al., 2017).

Banerjee og Basu (2016) har skrevet om en studie der man utforsket både pasienters og terapeuters perspektiv på det gjensidige forholdet i den terapeutiske relasjonen. I studien spørres 16 pasienter ved semistrukturert intervju om den terapeutiske relasjonen. Temaene som sto frem som viktige egenskaper ved relasjonen for pasientene var lytting, containing, refleksjon over tidligere relasjoner og forhold, lydighet-overgivelse og virkningsfull relasjonell erfaring (Banerjee & Basu, 2016).

Altimir et al (2017) beskriver likedan den terapeutiske relasjonen fra det subjektive perspektivet til både pasient og terapeut i sin forskningsartikkel i *Clinical Psychology*. Altimir bruker semistrukturert intervju for å se på tre forskjellige terapeut-pasientrelasjoner, der pasientenes alder varierte fra barn via ungdom til voksen. Diagnosene var også forskjellige. Begrepet «allianse» er det som gjennomgående brukes om relasjonen i denne artikkelen. Artikkelen viser at resultatet fra forskningen peker på at viktige elementer i den terapeutiske relasjonen knyttes til to dimensjoner: Den tekniske og rollerelaterte dimensjonen, karakterisert av relasjonell asymmetri og den følelsesutvekslende dimensjonen, karakterisert av relasjonell symmetri. Pasientene knytter begrep som «ekte forhold» og «intersubjektivitet» til den følelsesutvekslende dimensjonen. Altimir oppsummerer at forskjellen mellom den asymmetriske og den symmetriske dimensjonen av den terapeutiske relasjonen har klinisk betydning fordi den medvirker til å fremheve og oppdage relevante aspekter ved alliansen (Altimir et al., 2017). Videre vil dette ha betydning for terapeutisk arbeid og etablere relasjonell struktur som er nødvendig, ut i fra relasjonelle elementer knyttet til følelsesmessig nærhet og dybden i terapeutisk arbeid som kan styrke endringsprosesser hos pasienten:

At the end of the therapeutic process, the participants regard these elements as essential for achieving positive results and therapeutic change, which is in line with other studies that have highlighted the influence of the therapeutic relationship on change in psychotherapy (Gelso, 2013; Norcross & Wampold, 2011).

1.3 Studiens hensikt eller formål

Vi ønsker å finne svar på vårt spørsmål, for om mulig å nyttiggjøre oss denne kunnskapen i egen praksis. Videre har vi et ønske om å bidra til at egne kollegaer og andre som måtte være interesserte i temaet vi undersøker, får innsikt i våre funn. Prosjektet skal gi et bidrag til å påvirke utøvelsen av terapeutrollen i retning av det som pasienten mener er virksom behandling. Slik kan vi påvirke den kunnskapsbaserte praksisen ved å få økt innsikt og forståelse i brukernes erfaringer.

1.4 Problemstilling:

«Hvilke forhold ved den terapeutiske relasjonen opplever pasienten som viktige i egen bedringsprosess?»

I problemstillingen vil enkelte begrep trenge en avklaring og utdyping for at leseren skal få forståelse av hva forskerne legger i de ulike begrepene. Terapeutisk relasjon, bedringsprosess, pasient og terapeut vil bli definert eller forklart.

1.5 Begrepsavklaring

Terapeutisk relasjon

Den terapeutiske relasjonen brukes i denne studien synonymt med terapeutisk arbeidsallianse. Denne alliansen dannes av pasienten og terapeuten og innbefatter at der dannes en enighet om mål for behandlingen, hvilke metoder som skal benyttes for å nå målene, samt at der opprettes emosjonelle bånd preget av gjensidig tillit og fortrolighet (Kennair & Hagen, 2014, p. 35; Malt, 2012, p. 872).

Terapeut

Terapeut er i denne studien å betrakte som den personen pasienten eller informantene som vi snakker med, har samtaleterapi hos. Terapeutene i denne studien var enten psykiatriske sykepleiere eller psykologer.

Pasient

Pasient er i denne studien den personen som er i samtalerapi for å få hjelp med sine psykiske lidelser.

I pasientrettighetsloven blir pasient definert slik: pasient: en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle (Pasientrettighetsloven, 1999).

Bedringsprosesser

Bedringsprosesser betegnes ved mange forskjellige ord og beskrivelser som å «komme seg», «bli frisk», å «bli bedre» eller å bli «helbredet». Bedringsprosesser dreier seg ifølge Borg og Topor (2014, p. 31) om å gjenerobre rettigheter, roller, ansvar, håp og potensialer, og det handler om støtten som den enkelte har bruk for. Imidlertid påpeker Borg og Topor (2014, p. 16) at bedring ved alvorlig psykisk lidelse dreier seg om krevende menneskelige utviklings- og livsprosesser som ikke lett kan defineres som et avgrenset mål eller kategori. «Bedring kan være en prosess, en måte å leve på, en holdning og en måte å møte hverdagens utfordringer på» (Borg & Topor, 2014, p. 20).

Bedring blir i denne studien omtalt som den subjektive opplevelsen informantene har av at de har et utbytte av terapien de går i.

2.0 Teoretisk bakgrunn for vårt forskningsprosjekt

2.1 Bowlbys tilknytningsteori

Ved bruk av en psykodynamisk forståelse og tenkning rundt pasient-terapeut relasjonen, blir det relevant å trekke fram tilknytningsperspektivet for å vise at barnet i teorien kan tilsvare pasienten i relasjonen. Likedan kan vi trekke sammenlikninger mellom mor eller omsorgsperson i teorien om tilknytning, til terapeutrollen i behandlingsrelasjonen. «Tilknytningsteori handler om menneskets, og andre pattedyrs, tilbøyelighet til å knytte sterke følelsesmessige bånd til utvalgte artsfrender, og om hvorfor denne tilbøyeligheten har oppstått og utviklet seg» (Wennerberg & Arneberg, 2011, p. 31). John Bowlbys bidrag til utviklingspsykologien blir av mange regnet som et av de viktigste, og dette bidraget blir kalt tilknytningsteori. Bowlby hevdet at barns tilknytning til sin mor hadde betydning for å sikre artens overlevelse.

I dette kapittelet vil vi først si litt om tilknytningsteoriens opprinnelse. Videre følger en definisjon av tilknytning og en kort innføring i to sentrale begrep i Bowlbys teori; «Trygg base» og «Indre arbeidsmodell». Tilknytning har ulik kvalitet, og vi sier litt om de ulike tilknytningsmønstrene, før vi til slutt omtaler sammenhengen mellom tilknytning og psykiske plager. Bowlbys modell for hvordan en i terapi kan hjelpe personer med å gjøre endringer for å redusere sitt emosjonelle stress forårsaket av relasjonsvansker med årsak i utrygg eller manglende tilknytning, gjengis kort. Vi vil også kort nevne Bion og hans begrep «containing», Winnicotts begrep «holding» samt et kort avsnitt fra Thorgaards teorier.

2.1.1 Historisk perspektiv

“A child forsaken, waking suddenly, whose gaze afeard on all things round doth rove, and seet only that it cannot see the meeting eyes of love.” George Eliot (Bowlby, 1982, p. 24).

Bowlby innleder et av sine kapitler i boken Attachment med sitatet over. Han mener at for mødre og poeter har tilknytningen mellom mor og barn vært åpenbart i alle tider, men for vitenskapen er det kun i løpet av de siste tiårene at disse forhold er viet oppmerksomhet (Bowlby, 1982).

John Bowlby (1907-1990) fattet særlig interesse for hvordan omgivelsene påvirket et menneskets psykiske helse. Han arbeidet med barn i institusjoner både før og etter andre verdenskrig. Han var opptatt av barnas reaksjon når de ble separerte fra deres kjente omsorgspersoner, i det videre omtalt som mor.

Når et barn ble forlatt på en institusjon, oppstod det som oftest en akutt, desperat reaksjon med gråting og roping etter moren. Etter en tid falt de fleste barn til ro. Den allmenne oppfattelsen var at barnet hadde akseptert morens fravær, og var klar for å skifte fokus, knytte seg til andre omsorgspersoner- f.eks. pleiepersonalet ved institusjonene. Bowlby og hans samarbeidspartnere, fant derimot et mønster i barnas atferd som tydet på en smerte i form av desperasjon, oppgitthet og apati istedenfor at barnet var veltilpasset til de nye omgivelsene og hadde glemt moren.

Bowlby (1982) samarbeidet med forskere med ulik fagkompetanse. Et eksempel er Harry Harlows (1958) og hans forsøk med rhesus- aper, som viser samme funn som

Bowlby finner hos barn, nemlig at begge foretrekker beskyttelse og omsorg fremfor mat. Samme mønster kommer også andre forskere frem til hos andre pattedyr. Med bakgrunn i innsamlet data fra Bowlbys samarbeidspartnere, samt egne observasjoner, utleder han en teori om at mennesket fødes med et tilknytningssystem som driver det lille barnet til å søke nærhet til sin mor (Bowlby, 1982, p. 194). Drivkraften bak dette instinktet er i første rekke medfødte behov for beskyttelse og tilhørighet. Det å holde seg nær en tilknytningsperson er avgjørende for å overleve. I tillegg har det voksne mennesket et iboende omsorgsinstinkt som aktiveres ovenfor små barn, og særlig ovenfor egne barn (Bowlby, 1982, p. 240).

Bowlbys teori var i sin tid kontroversiell i det psykoanalytiske miljøet. Freuds teori om driftsfrustrasjon og tilfredsstillelse var den eneste utførlige og anerkjente teorien om menneskets psykiske plager, inntil da. Når en voksen kommer i vansker, blir syk, engstelig osv. vil en ofte søke støtte hos andre voksne. Denne atferd vil i Freuds teori betegnes som umodenhet, avhengighet til andre mennesker, barnlig atferd, regresjon m.m. Bowlby derimot, hevder at dette i stor grad er instinktiv utviklingsatferd. Mennesket er programmert til å søke støtte hos andre i vanskelige situasjoner. Dette er tilknytningsatferd, et friskt og naturlig reaksjonsmønster, og ikke på noen måte barnlig eller sykt. Tilknytningsatferd er en evolusjonær atferd som varer livet gjennom (Bowlby, 1982). Etter hvert begynte det å komme studier som viste at for lite morsomsorg førte til forstyrrelser og sykdom i personlighetsutviklingen, noe som forsterket Bowlbys antakelser om betydningen av tilknytning (2005, p. 153)

2.1.2 Tilknytningsteori

Bowlby definerer tilknytning som varige psykologiske bånd mellom mennesker (1982, p. 194). Tilknytningsteori er en måte å forklare de sterke emosjonelle knytningene som oppstår mellom enkelte, bestemte mennesker. Teorien gir en forklaring på hvorfor en kan oppleve så mange former for emosjonelt stress og forstyrrelser, som angst, sinne, tristhet og følelsesmessig avkopling, ved ufrivillig separasjon. Tilknytningsatferd etableres i våre første leveår og varer livet ut (Bowlby, 1982, 2005).

2.1.3 Omsorgsperson- en trygg base

Når en person er voksen og selv får barn, vil en i stor grad automatisk tilby samme emosjonelle omsorgsvilkår som en selv hadde i sine første leveår. Det beste tidspunkt å legge til rette for at nye foreldre skal klare å være gode foreldre for sitt nyfødte barn, er like etter at de har fått barnet. Dynamikken i den nye familien vil da være plastisk og

moden for påvirkning. Om nye foreldre som har behov for det, får veiledning og hjelp, kan de kanskje unngå å repetere de samme negative erfaringene de selv ble utsatt for. Da er det større sjanse for at en kan lage en ny generasjon av uskadde barn som blir gode foreldre i neste omgang. Det å gi omsorg anses som like elementært som det å få omsorg, og er en del av det medfødte tilknytningssystemet (Bowlby, 2012). I følge Bowlby er det slik at en person som har erfart trygge tilknytningspersoner i tidlig barndom, vil opparbeide seg en indre arbeidsmodell eller indre representasjonsmodell av sine tilknytningspersoner som hjelpsomme, tilgjengelige og responsive personer (1982, p. 242).

Foreldre skal tilpasse sin rolle til barnets behov, og fungere som det Bowlby betegner som en «trygg base» som barna kan vende seg til i forvisning om at de blir tatt imot på en kjærlig måte. Et sted der en får trøst, lindring, kan falle til ro, får oppmuntring og nytt mot for å gå ut i verden på ny. Denne basen skal primært være inaktiv, men klar til aksjon på signal fra barnet (Bowlby, 2012). En av funksjonene som foreldre skal fylle ved å være en trygg base beskrives i Bion sine teorier med begrepet containing som en av foreldrefunksjonene. Når det lille barnet overveldes av vanskelige følelser og frustrerende opplevelser skal foreldrene fungere som en container for barnet på en slik måte at foreldrene omformer de belastende opplevelsene til noe som barnet klarer å forholde seg til (Biran, 2015). Denne forståelsen påpeker videre muligheter i terapirommet, ved at terapeuten blir container for pasienten, ved å skape nye erfaringer og relasjoner gjennom aktivt samspill i relasjon med pasienten, og hvordan «dette samspill i den gode relationsbehandling kan brukes til at befordre personlig vekst og symptomlindring» (Thorgaard et al., 2014, p. 42).

2.1.4 Når forholdene er gode

I følge Bowlby, viser et barn med en god tilknytning til sin mor et forutsigbart mønster i sin atferd (1982) (Saul McLeod, 2009). Stern (1985) beskriver i Moe (1994, p. 15) at når spedbarnet har opplevd flere tilsvarende erfaringer, lagres disse som generaliserte minner i hukommelsen. Disse generaliserte hukommelses-strukturene kaller Stern representasjoner av generaliserte samspill. Dette kan relateres til Bowlbys begrep «indre arbeidsmodeller» (Wennerberg & Arneberg, 2011, p. 65). Slike indre arbeidsmodeller representerer indre bilder av barnet selv og tilknytningspersonen, samt forventninger om hvordan tilknytningspersonen kommer til å møte barnets tilknytningsatferd. Slik blir barnets erfaringer med tilknytningspersonens responser en del av barnets erfaring med å

søke nærhet og trygghet. Den første tilknytningsrelasjonen er slik i stor grad avgjørende for hvordan individet tenker, føler og handler i nære relasjoner videre i livet (Wennerberg & Arneberg, 2011, p. 65).

2.1.5 Når forholdene ikke er gode nok

Tilknytninger trenger ikke være gjensidig. Som nevnt, blir barnet ifølge Bowlby, født med et tilknytningssystem som aktiveres av behovet for trygghet og behovet for tilhørighet. Uavhengig av om foreldrene behandler barnet på en god eller dårlig måte, vil barnet drives mot å knytte seg til foreldrene. Dette systemet er evolusjonært, ikke lært. Barnet vil etter hvert tilpasse seg på en slik måte at det oppnår størst mulig grad av nærhet og ivaretagelse fra foreldrenes side. Ironisk nok, har studier vist at om mor behandler barnet dårlig, forsterkes tilknytningsatferden hos barnet for å sikre at nærhet til den nødvendige voksne opprettholdes (Bowlby, 1982). Uheldig foreldreatferd som ikke er uvanlig og kan bidra til vansker for barna, er manglende emosjonell respons, separasjon fra foreldrene, foreldrene truer med å trekke tilbake sin kjærlighet, en av foreldrene truer med å forlate familien eller med å ta sitt eget liv, eller truer med å drepe den andre forelderen eller beskylder barnet for å være årsak til noens sykdom eller død (Bowlby, 2005).

2.1.6 Tilknytningsmønstre

En av Bowlbys mest sentrale samarbeidspartnere gjennom store deler av sitt liv, Mary Ainsworth (f.1913- 1999), fant i sine observasjoner, at barna viste ulik atferd i forhold til sine omsorgspersoner. Hun utviklet en metode for å vurdere kvaliteten på barns tilknytning til sine mødre. Ainsworth studerte barns samspill med sine mødre i gitte situasjoner som aktiverte tilknytningssystemet, og så spesielt på hvordan de klarte å regulere affekt når de ble gjenforent med mor. Ainsworth fant at barna kunne deles inn i tre forskjellige tilknytningsmønstre; trygg tilknytning, utrygg-unnvikende tilknytning, utrygg-ambivalent tilknytning. I 1986 gjorde Main og Solomon funn som ledet til at en fjerde kategori ble tilføyet, nemlig desorganisert tilknytning (Goldberg, 1993; Wennerberg & Arneberg, 2011, p. 55). Trygt tilknyttede barn vil bruke sin tilknytningsperson som trygg base eller trygg havn for sin utforskende atferd (Moe, 1994,18). Disse barna har en forventning og erfaring med at mor er følelsesmessig tilgjengelig og hjelper dem å regulere vanskelige følelser uten å risikere å bli avvist. Barn med utrygg- unnvikende tilknytning vil ofte unngå mor ved gjenforening. Barnet forventer ikke at mor er tilgjengelig eller kan hjelpe barnet med følelsesregulering. Ved

å unngå mor, unngår også barnet avvisning. Barnet lærer å undertrykke følelser, da mor later til å ikke like eller tåle barnets affekter. Slik utvikler barnet en strategi for å bevare størst mulig nærhet til mor (Bufetat, 2011; Wennerberg & Arneberg, 2011).

Utrygg-ambivalente tilknytningsmønstre dannes når barnet møtes på en lite forutsigbar måte av tilknytningspersonen. For eksempel om hun møter barnets affekt på en lite tilpasset måte, at hun mistolker barnets følelser, eller møter samme følelse på ulike måter fra gang til gang. Dermed vil barnet oppleve forvirring og ikke få hjelp til å regulere sine affekter. Ambivalent tilknyttede barn viser gjerne mye sinne og frustrasjon overfor mor over ikke å bli følelsesmessig møtt og forstått (Moe, 1994, p. 18).

Ved desorganisert tilknytning har tilknytningspersonen ifølge Wennerberg (2011, p. 64) sviktet så ettertrykkelig i sin omsorgsgivende beskytterfunksjon at barnet ikke evner å utvikle en eneste sammenhengende strategi for å oppnå «sekundær trygghet». Det som kjennetegner den desorganiserte tilknytningen er derfor fraværet av et enhetlig organisert mønster i barnets samspill med forelderen.

2.1.7 Når barna blir voksne

Det kan synes som om mennesker som har utviklet en trygg tilknytning har en større grad av beskyttelse mot psykisk sykdom, enn mennesker med utrygge tilknytningsmønstre. De trygt tilknyttede har en indre representasjonsmodell av seg selv og andre, hvor en er i stand til å ivareta seg selv og er verd å få hjelp av andre om en skulle få behov for det. For personer som har utrygge tilknytningsmønstre eller desorganisert tilknytning, kan det se ut som om risikoen for å utvikle psykiske plager er mye større. I følge Bowlby viser forskning at de fleste som henvises til psykisk helsevern, har vokst opp med foreldre som har utøvd en eller flere av de uheldige foreldreatferdene som er listet opp tidligere i kapitlet. Videre viser han til andre studier som viser at for lite mors-omsorg har en sykdomsfremkallende effekt. (Bowlby, 2005, p. 152). «Tilknytningsteorien er et forsøk på å belyse menneskets trang til å knytte varige følelsesmessige bånd med noen bestemte personer, og forklare hvorfor så sterke følelser og personlighetsforstyrrelser og angst, sinne og depresjon oppstår når en utsettes for uønsket separasjon og tap» (Bowlby, 2005, p. 151).

2.1.8 Når de voksne kommer til behandling

Bowlby har tro på at det er mulig å endre på uhensiktsmessige mønstre som er dannet hos en person under oppveksten. Disse uønskede mønstrene repeterer denne personen i dag i samhandling med sine nærmeste. Dette er ofte hovedårsaken for de vansker denne personen søker behandling for. Bowlby har utarbeidet fem hovedprinsipp som terapeuter som vil utøve relasjonbehandling kan benytte. Først introduserte han disse behandlingsprinsippene i 1976 i boken *The making and The breaking of affectional bonds*. Senere bekrefter han i sin bok i 1988 at disse prinsippene er gyldige og i tråd med ny hjerneforskning, noe Bowlby er svært opptatt av, da han vil bidra til å utarbeide forskningsbasert teori (1988). Han sammenfatter essensen av sine prinsipper slik:

Put briefly, the thesis of this lecture is that if we are to help such a patient therapeutically it is necessary that we enable him to consider in detail how his present modes of perceiving and dealing with emotionally significant persons, including the therapist, may be being influenced and perhaps seriously distorted by the experiences which he had with his parents during the years of his childhood and adolescence, and some of which may perhaps be continuing into the present (2005, p. 151).

2.1.9 Holding og containment – to beslektede begrep

«Holding» og «containment» er forskjellige begreper som allikevel brukes om to funksjoner som glir over i hverandre. «Holding» beskrives som et begrep som viser til Donald A. Winnicotts beskrivelse av en mor som frembringer en spesiell form for omgivelser for å fremme spedbarnets vekst. «Holding af Winnicott bliver brugt til at betegne et interpersonelt fænomen, der optræder i den ytre verden» (Gabbard & Wilkinson, 1996, p. 87). «Holding»-begrepet betyr ikke at moren skal være betingelsesløst kjærlig og støttende. Winnicott i Gabbard (1996, p. 88) påpeker viktigheten av at morsrollen ikke må være for god. Det er gjennom frustrasjon barnet kan vokse. Derav begrepet «good enough mothering». Dette kan overføres til terapirommet ved at terapeuten inntar mors rolle, og terapeuten må på samme måte sette visse grenser og ikke skape forventninger om grenseløse ytelser. Begrepet «containment» stammer fra Bion (1984) og er en beskrivelse av hvordan moren rommer og bearbeider spedbarnets sterke følelser som det selv ikke klarer å bære, og heller ikke evner å regulere. I Abrahamsen (1999, pp. 88-89) vises også til Bions terminologi om hvordan omsorgspersonen (moren) tar imot barnets ufordøyde opplevelser som er

projisert over på ham eller henne. «Omsorgspersonen må ta imot følelsene, grunne over dem og gi dem tilbake til barnet i en mildere og mer fordøyelig form» (Abrahamsen 2011, 88). Omsorgspersonen kan på denne måten romme sterke følelser og bearbeide disse, for så å gi dem tilbake til barnet. Bion påpeker viktigheten av at denne prosessen erfares gang på gang, for at troen på endring til det bedre skal læres av erfaring. Denne prosessen gjelder også i terapiforløpet, der terapeuten i henhold til Bions teori får rollen som omsorgspersonen overfor pasienten som blir barnet som trenger «containment». Det blir slik terapeuten som rommer pasientens følelser og gir dem tilbake til pasienten i en håndterlig og tolererbar form.

2.1.10 Metode for å reparere tilknytningsskader

For det første skal terapeuten tilby pasienten en trygg base. Her kan pasienten få støtte til å utforske sin emosjonelle smerte med opphav i både tidligere og nåtidige erfaringer og relasjoner. For det andre bør terapeuten støtte pasienten i å utforske hvordan han forholder seg i relasjoner med mennesker som er betydningsfulle for han. Pasienten bør særlig oppmuntres til å utforske hvilke underliggende ønsker og motiver han kan ha når han søker etter personer som han vil inngå i intime forhold med. For det tredje må pasienten oppmuntres til å granske forholdet mellom seg og terapeuten. Denne relasjonen vil være preget av pasientens indre arbeidsmodell, og hans forventninger til seg selv og sine foreldre vil ofte bringes inn i denne relasjonen. Det fjerde er å oppmuntre pasienten til å vurdere i hvilken grad hans oppfatninger, forventninger, følelser og handlinger er et produkt av hans erfaringer i relasjon med foreldrene i oppveksten, eller et resultat av noe han er blitt fortalt av foreldrene om igjen og om igjen. Denne prosessen er ofte svært smertefull, da pasienten kan måtte erkjenne sider ved foreldrene som til nå har vært helt utenkelige for han. Det femte prinsippet er å bidra til at pasienten kan skape seg en oversikt over sin fortid, forstå hvordan ulike erfaringer har bidratt til de mønstre han så langt har hatt. Innsikt, kunnskap og sammenheng kan danne en plattform som pasienten kan stå på for å revurdere sin indre arbeidsmodell mer i retning av hva han har behov for, for å kunne leve det livet han egentlig ønsker i dag

2.1.11 Hvordan Bowlbys teori påvirker behandling i dag

I en artikkel fra 2011 viser Jerry Gold (2011) hvor stor innflytelse tilknytningsteorien har hatt for utviklingen innen kognitiv terapi de siste tiårene. Dette omfatter forståelse av årsak til at psykisk sykdom som depresjoner, fobier og angst, og utvikling av traumesymptomer oppstår og hvordan plagene best kan behandles (Gold, 2011).

Davila og Levy (2006) belyser i sin artikkel som er en gjennomgang av artikler som omhandler tilknytningsorientert terapi, betydningen av tilknytningsmønster, og hvor viktig det kan være å identifisere dette mønsteret i psykoterapi (Davila & Levy, 2006).

3.0 Metode og metodiske overveielser

Forforståelse beskrives av filosofen Gadamer i Malterud (2017b), som den sentrale betydningen historiske og individuelle forutsetninger og erfaringer mennesker har med seg som bevisste eller ubevisste deler av sitt tolkningsgrunnlag. Gjennom over 20 år med klinisk erfaring med pasienter i miljøterapeutiske settinger og som individualbehandlere, sitter vi med en bred erfaring med tanke på pasientbehandling. Vår opplevelse av hva som er virksom og god pasientbehandling påvirkes av både egen erfaring med å behandle pasienter, og av å jobbe innenfor et miljø som forsøker å utvikle og forbedre tjenestene vi gir. Noen pasienter blir raskt bedre, mens noen forblir i tilstander med stort lidelsestrykk. Pasientene formidler gjerne selv noe om hvordan behandlingen har virket for dem, mens vi som forskere sitter med noen tanker om hvilke egenskaper hos oss selv vi tenker er viktige i den enkeltes terapi. Malterud (2017b, p. 45) hevder at forforståelse ofte er en viktig side av motivasjonen for å igangsette forskning omkring et bestemt tema. Som studenter i en avsluttende fase av en masterstudie i relasjonsbehandling med individualterapeutisk spesialisering, har vi fått økt kunnskap om relasjonens betydning for terapiens effekt. Slik vil betoningen av relasjonens viktighet for et terapeutisk forløp være en del av vårt faglige perspektiv som individualterapeuter. Vår egen erfaring fra yrkesliv og ikke minst fra våre private liv, vil kunne utgjøre bias i vår tilnærming til det spørsmålet vi søker å finne ny kunnskap om (Malterud, 2017b, p. 20). Forforståelse og bias er ikke noe nytt eller noe som bare uerfarne forskere utsettes for. John Bowlby hadde en far som var svært fraværende og streng, noe hans sønn mener utgjør en bias i Bowlbys forskning. Sønnen hevder at dette har bidratt til at faren legger så sterk vekt på mors betydning kontra fars betydning i sine

teorier (Bowlby, 2005). I følge Malterud (2017b, p. 21) utgjør bias den største forstyrrelsen på egne vurderinger om en anser seg som ferdig og upåvirket av de forhold som en gang utgjorde en bias for en.

Dette vil unektelig prege vår forforståelse av problembestillingen, og medføre at vi har en forventning til hvilke svar vi kommer til å få fra informantene. Egenskaper ved relasjonen som trygghet, tillit, forutsigbarhet og et møte preget av respekt er svar vi forventer å få. Videre tror vi at flere informanter vil nevne betydningen av å bli «sett som et menneske», og ikke bare bli møtt som en pasient med en diagnose. Vi tror også at noen av informantene vil nevne at terapeuten som evner å være personlig og ikke bare profesjonell, vil oppleves som en positiv egenskap i den terapeutiske relasjonen. For oss blir det viktig under bearbeidelse og analyse av data at vi er nøyaktige og lydhøre for det som informantene faktisk presenterer. Forforståelsen kan ellers fort medvirke til å sette fokus på og tolke svar slik at det overdøver eller forvrenger de data vi innhenter. Det blir viktig å være klar over egen forforståelse og være åpen for ny kunnskap om relasjonens betydning for et terapeutisk forløp.

3.1 Design

I dette prosjektet benytter vi kvalitativ metode med semistrukturert individualintervju. Ifølge Malterud (2017b, p. 32) kan kvalitative metoder åpne for forskning på felt der kunnskapsgrunnlaget i utgangspunktet er tynt, der problemstillingen som skal utforskes er sammensatt og kompleks, og der vi stiller oss åpne for et mangfold av mulige svar. Videre trekker Malterud frem at kvalitative metoder brukes «for å få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Vi kan spørre etter mening, betydning og nyanser av hendelser og atferd» (Malterud, 2017b, p. 31). En fordel med å velge kvalitativ metode er her å kunne utforske pasienters syn og uttalelser om hva som har vært virkningsfullt for dem i terapiforløpet. Gjennom spørsmål ber vi om at informantene deler sine opplevelser, tanker og erfaringer fra hva de opplever som nyttig i den terapeutiske relasjonen. Målet er å forstå innholdet i det som informantene har sagt, heller enn å forklare hva som blir sagt. Ifølge Malterud passer kvalitative tilnæringer godt for utforskning av dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet.

Vi utformet en intervjuguide med et åpent hovedspørsmål som stilles til informantene. Spørsmålet vil gi mulighet til å utdype og begrunne svaret. Malterud hevder at de kvalitative forskningsmetodene har sin styrke i å stille åpne spørsmål uten

forhåndsdefinerte svarkategorier. Dermed kan vi få svar på spørsmål vi ikke visste at vi kunne stille (Malterud, 2017b). Intervjuet foregikk på grupperom på den aktuelle poliklinikken der informanten allerede var kjent med lokalene. Malterud betoner viktigheten av at informanten kjenner seg trygg og ivaretatt som en forutsetning for å få rike og relevante empiriske data (2017b). Vi forsøkte å tilstrebe en vennlig og trygg atmosfære i intervjusettingen slik at informanten følte seg trygg og komfortabel.

Malterud hevder at kvalitativ metode benyttes for å beskrive, analysere og fortolke egenskaper ved dataene som skal belyses (Malterud, 2017b), og kvalitativ analyse innebærer alltid en form for teksttolkning.

For å belyse problemstillingen i studien har vi analysert tekst transkribert fra intervjuer. Under transkriberingen hadde vi fokus på å formidle det vi oppfattet at informanten mente, selv om dette ikke alltid samsvarte ordrett med det som ble sagt. Malterud peker på at formålet med skriftliggjøring av tale er å fange opp og formidle det deltakeren ville meddele. Slik sier hun at vi som forskere bedre ivaretar gyldigheten av data som innhentes, mens en ordrett gjengivelse av data kan gi en mekanisk og bokstavelig forståelse av budskapet (2017b, p. 78).

3.2 Utvalg

Vi har valgt kvalitativ studie med induktiv strategi. Dette innebærer at vårt siktemål med forskningen er at vi skal kunne «gi innsikt i en annen sammenheng enn der studien er gjennomført» (Malterud, 2017b). Ut fra problemstillingen er det hensiktsmessig å basere studien på semistrukturert individualintervju med en selektert gruppe polikliniske pasienter. Slik mener vi at informasjonstyrken var god basert på både variasjonsbredde og mangfold blant informantene.

Den enkelte poliklinikkleder valgte to terapeuter ved egen poliklinikk for å få tilgang til pasientnavn. Pasientene ble valgt strategisk ved at terapeutene selv valgte ut tre pasienter de mente kunne passe å delta i prosjektet. De ga navnene på de tre til merkantilt personell, som i sin tur valgte ut den ene som de ringte. Pasienten ble spurt om hun kunne tenke seg å delta i studien. Slik vi fikk variasjon og bredde i materialet vi hadde tilgang til. Malterud (2017b, p. 59) sier at et strategisk utvalg med vekt på mangfold, kan representere bedre informasjonsstyrke og utfordre konklusjoner som i første omgang kan synes opplagte. Vi valgte å intervju pasienter fra tre forskjellige poliklinikker, slik at vi kunne få størst mulig variasjon av geografisk tilhørighet for informantene, men med samme rammevilkår for det terapeutiske forløpet.

3.3 Inklusjonskriterier

Pasientgruppen som intervjues er i poliklinisk behandling, og representerer en pasientpopulasjon fra 25-65 år.

Informantene skulle ha minimum åtte terapitimer med samme behandler slik at en kunne forvente at en relasjon var i ferd med å etableres. Behandleren ble bedt om å velge en pasient som behandleren anså at de hadde en god relasjon til.

3.4 Eksklusjonskriterier

Pasienter som har vært under tvungen psykisk helsevern underlagt §§ 3-1, 3-2, 3-3 i Lov om Psykisk helsevern (lovdata) er ekskludert fra å delta.

3.5 Utvelgelse av informanter

Den enkelte poliklinikkleder valgte to terapeuter ved egen poliklinikk som ga navn på tre pasienter til merkantilt personal. Informantene fikk en beskrivelse av prosjektet, hensikt og varighet. De fikk også informasjon om frivillighet i forhold til deltakelse, mulighet for å trekke seg underveis og at de i etterkant, men før prosjektet er ferdig, kan be om at deres bidrag blir annullert. Informantene fikk videre infoskriv og informert samtykkeskjema fra merkantilt personell.

Utvalgte behandlere fikk informasjonsskriv som beskrev prosjektet og belyste problemstillingen. Etter at merkantilt ansatt fikk muntlig aksept fra pasienten, mottok vi kontaktinfo for å opprette kontakt. Vi gav informantene skjema om informert samtykke og avtalte tid for intervju på egnet rom i den aktuelle poliklinikken. På denne måten håpet vi å få et bredt utvalg av relasjonelle erfaringer fra terapirommet til vår undersøkelse.

3.6 Innsamling av data

Informantene ble invitert til å delta i intervjuet med begge forskerne. Den ene forskeren ledet intervjuet, den andre var i hovedsak observatør. Rollene ble byttet på. Intervjuet ble tatt opp ved hjelp av båndopptaker lånt fra Klinikk psykisk helsevern voksne-KPHV. Underveis under intervjuet tok den ene forskeren feltnotater, med observasjoner og refleksjoner og beskrivelser fra intervjuet. Malterud (2017b, p. 73) sier at feltnotater er et viktig virkemiddel for å fange opp inntrykk og ettertanker som ikke havner i lydopptaket. Anvendt tid pr intervju varierte fra 30- 60 minutter. Intervjuet ble basert på følgende åpne spørsmål:

Hva er viktig for deg for at du skal ha en opplevelse av at terapien virker, og på hvilken måte påvirker ditt forhold til terapeuten bedringen i behandlingen?

Hvordan vil du beskrive din relasjon til din terapeut?

Hvordan opplever du at relasjonen påvirker din eventuelle endring- eller bedringsprosess?

Hvorfor oppleves disse forholdene som viktige for deg, tror du?

Hva er det ved nettopp denne relasjonen som er nyttig for deg, kan du beskrive?

3.7 Transkripsjon

Ifølge Malterud (2017b) innebærer kvalitativ analyse en eller annen form for teksttolkning, der det opprinnelige materialet skal ivaretas mest mulig lojalt. Deltakernes erfaringer og meninger skal formidles slik det ble oppfattet under intervjuene. Malterud påpeker at forskjellen mellom muntlig og skriftlig språk kan føre til en fordreining av innholdet og meningen i det som formidles dersom gjengivelsen er ordrett. Det er derfor viktig å formidle det som deltakeren ville meddele. Vi transkriberte nøyaktig ord for ord. Den ene studenten transkriberte på norsk bokmål og den andre transkriberte dialekten som pasienten brukte. Grunnen for at hun valgte å transkribere dialekt, var frykt for å miste viktig data eller meningsinnhold underveis. Dette viste seg å bli en lite hensiktsmessig måte å gjøre det på, da det ble naturlig å lage hele teksten i bokmålsform i analyseprosessen. Når en transkriberer er det viktigste å forsøke å få frem det informanten faktisk ønsker å formidle. Meningsinnholdet blir derfor mest komplett om en klarer fange opp og nedtegne meningen i det uttalte ordet kombinert med de non-verbale signalene som hele tiden farger det verbale uttrykket (Malterud, 2017b). Det vil likevel være en feiltakelse å tro at en klarer å fange opp det komplette bildet av virkeligheten ved å beskrive, filme eller ved lydopptak. Alle de hjelpemidler vi har tilgjengelige har sine begrensninger og vil bare være i stand til å formidle videre noen aspekt av det som skjedde i akkurat denne aktuelle situasjonen (Malterud, 2017a).

Faren for å latterliggjøre deltakerens uttrykk som kan ha et språklig særpreg er også tilstede ved en slik muntlig ordrett skriftliggjøring av en slik samtale (Malterud, 2017b). Under transkriberingsprosessen har vi derfor redigert teksten forsiktig for å best mulig

få fram meningen slik vi oppfattet den under selve intervjuene. Når et intervju var gjennomført, transkriberte vi lydopptakene.

3.8 Analyse

Analyse av våre data

For at et forskningsprosjekt skal fremstå som troverdig er det avgjørende at funnene har kommet frem gjennom en systematisk bearbeidelse av de dataene som danner grunnlag for funnene. I vår studie er det intervjuene med informanter som utgjør vårt datamateriale, og som var gjenstand for en systematisk gjennomgang med presentasjon av funn som endelig resultat. Som tidligere beskrevet, ble intervjuene tatt opp på lydopptaker og deretter transkribert. I vår analyse av datamaterialet valgte vi å benytte Malteruds systematisk tekstkondensering i fire trinn, STC (2017b, p. 97). Vi brukte A3 tegneblokk for å visualisere prosessen, noe som var til god hjelp.

Trinn en besto av gjennomlesing av hele datamaterialet. Ifølge Malterud kan denne jobben gjøres på terrassen eller i sofaen. Dette tar hun med i instruksjonen for å tydeliggjøre at trinn en skal være en fase hvor en forsøker å få tak i essensen av informasjonen, uten at en fortaper seg i detaljer. Man skal ikke analysere, men danne seg et helhetsinntrykk av hva materialet handler om. Stikkord kan noteres. Etter gjennomlesning skal det trekkes frem fire til åtte hovedtemaer. Om en er flere forskere som jobber sammen, anbefaler Malterud to eller tre som det ideelle antallet for denne type samarbeid- to er bedre enn en og tre er bedre enn fire, som hun sier. Etter gjennomlesning skal da forskerne forhandle om hvilke temaer som skal være med videre. Man enes om tre til fem temaer. Ifølge Malterud er konsensus ikke viktig, heller at man får med alle aktuelle aspekt i prosessen videre. Da vi var to som skulle gjennomføre denne studien, brukte vi de metodene som Malterud beskriver med å først gjøre trinnet hver for oss, og deretter drøfte hva vi ville gå videre med- hele tiden med tanke på hva som ville besvare vår problemstilling på en best mulig måte. Vi hadde begge noen temaer og mange stikkord som vi satt igjen med etter å ha lest alt materialet. Vi kom frem til syv overordnede temaer. Stikkordene tok vi med oss videre, da vi antok at de kunne bli opphav til underkategorier, subkodegrupper, lenger ute i prosessen.

I trinn to skal hele teksten gjennomleses på ny, nå med tanke på å hente ut alle meningsbærende enheter. Det vil si all tekst som kan ha betydning for vår problemstilling. En meningsbærende enhet består nødvendigvis ikke av en grammatisk

korrekt setning, men kan være et utdrag av en setning eller et avsnitt. Det er bedre å ha med for mye tekst enn å utelate noe som kunne vært av betydning for besvarelsen av problemstillingen (Malterud, 2017a). Teksten som ikke velges ut, legges til side. Vi sørget for å ta vare på en uredigert versjon av transkriptene under hele prosessen. De meningsbærende enhetene skulle etter hvert kodes etter hvilke temaer de sa noe om. Kodingen kan gjøres på ulike måter. Vi valgte å opprette et digitalt dokument og delte oppgavene mellom oss slik at den ene hadde utskrift av teksten og markerte meningsbærende enheter, mens den andre klypte ut fra det digitale transkriptet og limte inn i nytt dokument med meningsbærende enheter. Vi fulgte Malteruds anbefalinger om å arbeide induktivt og iterativt. Induktivt på den måten at vi fant alle meningsbærende enheter før vi endelig bestemte hvilke kodegrupper vi hadde. Dette ville gi et resultat som gjenspeilte empirien på en sannere måte enn om vi på forhånd skulle bestemt hvilke kodegrupper de meningsbærende enhetene skulle sorteres i. Å arbeide iterativt innebar at det var bevegelse mellom trinnene og at vi lot arbeidet være en levende prosess. Slik ble det å finne sannest mulig svar fra det empiriske materialet hovedmålet i prosessen, heller enn å gå i en bestemt retning uten å kunne revurdere eller endre det vi hadde gjort. Stikkordene fra trinn en hadde vi med oss i bakgrunnen. Da vi hadde sortert ut de meningsbærende enhetene, så vi at av de syv temaene vi først syntes å skimte i teksten, ville flere egne seg som egne kodegrupper. Etter første sortering viste det seg at i to av kodegruppene var det svært få meningsbærende enheter. Vi ble derfor enige om å plassere dem i de andre fem gruppene, og bruke noen av stikkordene som fremdeles viste seg å være aktuelle til å danne subgrupper i flere av kodegruppene. Ifølge Malterud er det ikke nødvendig å markere subgruppene med egne overskrifter, noe vi heller ikke gjorde.

I trinn tre skal det store tekstmaterialet som var blitt redusert til meningsbærende enheter sortert i kodegrupper, bli til et fortettet, kunstig sitat, et tekstkondensat, for hver kodegruppe. Kondensatet ble skrevet i jeg- form. Kondensatet bar i seg alle ytringene fra en kodegruppe, og var så tekstnær som mulig med uttrykkene fra informantene (Malterud, 2017a). Dette var en tidkrevende, men grundig metode for å sikre at vi hentet ut de forhold i datamaterialet som var av betydning for å besvare problemstillingen på en mest mulig samvittighetsfull og rettferdig måte, særlig ovenfor informantene.

Som illustrert over, benyttet vi oss av visuelle hjelpemidler i form av rubrikker, skjema og tabeller for å holde de ulike trinnene fra hverandre, og for å ha oversikt over hvor vi

befant oss når vi beveget oss mellom trinnene. Ifølge Malterud, ville det være mest fruktbart om en gikk tre skritt frem og to tilbake hele tiden, til en hadde en mest mulig komplett oversikt over materialet som var relevant i forhold til det vi undersøkte (Malterud, 2017a).

I fjerde og siste trinnet presenterte vi funnene som var sammenfattet i kondensatene i en analytisk tekst, som en syntese. Vi satt nå igjen med tre hovedtema og flere underkategorier i hvert tema. Vi brukte kondensatene som et arbeidsnotat eller som en disposisjon for hvert underpunkt og beskrev funnene vi hadde, eksemplifisert med meningsbærende enheter fra intervjuene. I presentasjon av funnene brukte vi tredje-persons pronomen fordi vi snakket på vegne av informantene. Det var viktig at funnene ble fremstilt så sannferdig som mulig, uavhengig av om der var fremkommet ny viten eller ikke. Ved at vi har benyttet STC som tekstanalysenmetode, har vi sikret en grundig håndtering av det innsamlede materialet, med mulighet for å kunne følge prosessen fra intervju til den analytiske teksten (Malterud, 2017b, p. 115).

3.9 Reliabilitet

Reliabilitet knytter vi til spørsmålet om forskningens pålitelighet. I følge Thagaard er det ikke nødvendigvis et krav til kvalitativ forskning at resultatene skal kunne gjenskapes i en slik prosess, da resultatet vil være påvirket av forholdet mellom forskeren og informanten (Thagaard, 2016). I denne forskningsprosessen har forskerne og informantene utviklet kvalitative data i det samarbeid som intervjusettingen la til rette for.

Thagaard (2016, p. 202) hevder at prinsippet om forskeren som uavhengig i relasjon til deltakeren, ikke er holdbart i studier der mennesker forholder seg til hverandre, men at reliabilitet kan knyttes til spørsmål om at forskningen er troverdig, og at den er utført på en pålitelig og tillitvekkende måte. Vi som forskere hadde fokus på å opptre og ordlegge oss på en måte som kunne vekke tillit hos informantene. I prosessen med å innhente data har vi beskrevet hva som har kommet fram av data fra båndopptak og hva som er hentet fra feltnotater. Egne vurderinger og kommentarer er beskrevet som dette. Vi har reflektert over at egen tilstedeværelse og relasjon til informanten kan ha påvirket data i intervjuene, og vi har sett med kritisk blikk på både overflatiske og mer inngående svar vi har fått.

3.10 Validitet

Validitet knytter vi til spørsmålet om forskningens gyldighet. Er resultatene av undersøkelsen i tråd med virkeligheten vi har studert? Hva er dette gyldig om, og under hvilke betingelser? Malterud (2017b) viser til at i kvalitative studier kan ikke slike spørsmål besvares med ja eller nei. Hun hevder at forskerne punkt for punkt skal «utvikle motforestillinger og argumenter der vi ser våre beslutninger og tolkninger i forhold til alternative muligheter. Dette er refleksivitet i praksis». For at forskningen skal være valid er det viktig å legge til rette for gjennomsiktighet slik at en tydelig viser på hvilken måte en har kommet frem til de resultater en konkluderer med. Dette har vi forsøkt å gjøre ved å beskrive hvert enkelt ledd gjennom hele prosessen fra prosjektstart til konklusjon foreligger (Thagaard, 2016). Vi har også reflektert over betydningen av vår posisjon og eventuell påvirkning av informantene som kan påvirket dataene vi har samlet inn.

3.11 Forskningsetiske overveielser

Prosjektet vår er gjennomført i tråd med anerkjente forskningsetiske retningslinjer. Meldeskjema for behandling av personopplysninger er levert, og søknad og registrering av masteroppgave er levert og godkjent av Forskningsavdelingen ved Stavanger Universitetssjukehus.

Prosjektet ble i utgangspunktet søkt REK (Regional Etisk Komite) vedrørende framleggsplikt, og det ble søkt som et kvalitetsforbedringsprosjekt. REK avgjorde at prosjektet var et forskningsprosjekt og det måtte i sin helhet søkes om godkjenning i REK. Et utsatt vedtak fra REK med merknader og krav om tilbakemeldinger på fire punkter ble mottatt. Etter at disse punktene ble endret i en revidert søknad ble forskingsstudien godkjent i REK.

Det innebærer at prosjektet er utformet i tråd med gjeldende lover, forskrifter og retningslinjer som Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi, 2016 (De Nasjonale forskningsetiske, 2010) samt Helsinkideklarasjonen (Johannessen, 2012). I denne deklarasjonen forutsettes det at forsøkspersonene skal delta basert på frivillig og informert samtykke, og at forsøkspersonene skal ha skriftlig informasjon og avgi skriftlig samtykke. Alle disse forutsetningene ble oppfulgt (se vedlegg). Videre innebærer det at prosjektet vårt er vurdert til å kunne bidra med nødvendig kunnskap som ikke kan sikres ved bruk av andre metoder (Ruyter, Førde, & Solbakk, 2014, p. 219).

Vi vil trekke frem noen etiske forhold ved vårt prosjekt som til en viss grad reguleres av retningslinjer og lovverk. Informantene fikk både skriftlig og muntlig informasjon før de frivillig samtykket i å delta i intervjuet. Frivillighet kan svekkes om det er forhold som gjør at den som forskes på, i vårt tilfelle, informantene, er i en situasjon hvor de er avhengige av personer eller forhold i forskningsprosjektet (Ruyter, Førde og Solbakk, 2014, s. 222). Vi måtte vurdere om informantene kunne bli påvirket av eller føle seg presset eller bundet av at de er i et behandlingsforhold med en terapeut i den klinikken hvor de vil bli intervjuet. For å forsøke å redusere påvirkningen av disse forholdene, har vi bedt merkantilt personell om å kommunisere med informantene, slik at informantene ikke skal rekrutteres til prosjektet av sin behandler. Dette for å unngå lojalitetskonflikt om informantene ikke ønsker å delta, eller i forhold til innholdet i det de ønsker å si.

Det ble forklart hvilke konsekvenser det hadde om de deltok. Etter vår vurdering vil konsekvensene ved å delta i vårt prosjekt først og fremst bli av emosjonell karakter. Informantene kan kjenne lettelse og tilfredshet ved å ha fortalt noen om de forhold de blir spurte om. Andre kan angre, føle at de ikke klarte å formulere seg korrekt nok, eller føle at de sa for mye, eller bli engstelige for at det de har sagt vil bli videreformidlet til deres behandler o.l. Informantene får informasjon om at deres historie vil bli anonymisert. Det kan likevel være vanskelig å unngå at enkelte personer innen fagfeltet kan kjenne igjen og identifisere hvem som har vært informant på bakgrunn av historien. Det kan derfor være klokt å endre på enkelte opplysninger som ikke er av betydning for prosjektets resultat som f.eks. oppgi annen alder eller bostedskommune o.l. Om det allikevel skulle være fare for gjenkjennelse, må ikke forskeren love mer enn hun kan holde (Ruyter et al., 2014, p. 241).

Det er ikke alltid like enkelt for informantene å dele sin historie. Forskeren har en viss grad av frihet i forhold til metode som velges for å få frem informasjon, men det må alltid være gjennomsiktighet i forhold til hvilken informasjon som vil bli brukt videre, slik at ikke informantene tror at noe av det de forteller blir i fortrolighet. Skulle en slik avtale inngås i forhold til deler av det informantene forteller, er det viktig at forskeren står ved sitt ord. Hvis ikke er en redd for at «brønnen blir forgiftet», og det blir vanskelig for andre forskere å komme til (Ruyter et al., 2014, p. 242). Informantene er blitt forsikret om at det var uten problemer for prosjektet om de ønsket å trekke seg etter de hadde fått informasjonen, og også etter at de har gjennomført intervjuet, men før

materialet er brukt i forskningen (Ruyter et al., 2014). For øvrig ble alminnelige normer og regler for samhandling med mennesker i en sårbar situasjon, fulgt (Ruyter et al., 2014, p. 224).

Når en forsker på sårbare grupper eller mennesker i sårbare situasjoner, må en være særlig oppmerksom på den belastning det kan medføre for den enkelte å bli gjenstand for denne type granskning. Denne stressfaktoren kan reduseres om forskeren gir støtte til den enkelte personen og forteller at det er vanlig å oppleve en viss grad av stress i forhold til å delta i forskningsprosjekt (Thagaard, 2016, p. 67).

Forskningen skal være uavhengig. Det vil si at når en forsker, er det viktig å ikke la prosessen, resultatet eller fremstilling av resultatet preges av parter som kan ha interesse av at resultatet blir på den ene eller den andre måten. I vårt prosjekt kan aktuelle parter som har interesse av resultatene, være den enkelte poliklinikk, behandlerne o.l. For å redusere denne feilkilden/ effekten, bruker vi ikke vår egen arbeidsplass i prosjektet. Dermed tenker vi at vi har en viss avstand til de menneskene som eventuelt kunne utgjort et forventningspress.

Litt av samme dynamikken kan en også risikere om en pasient som vi intervjuer ønsker å si noe om sin behandler som ikke er entydig positivt. Det kan tenkes at informantene holder informasjon tilbake av frykt for å skade relasjonen til behandler i ettertid. Nå er vi interessert i hva som har ført til bedring, slik at dilemmaet nevnt forut muligens ikke er noe problem, men det er ønskelig at informantene føler seg frie og trygge til å kunne si det de måtte tenke når de får spørsmålet fra oss. Dette leder til neste punkt; konfidensialitet. Konfidensialiteten er blant annet ivaretatt ved at elektronisk informasjon er blitt oppbevart på sikker forskerserver. Fysisk informasjon på lyd-tape eller skriftlig informasjon, er blitt innelåst i låsbare skap. Sensitiv informasjon blir slettet ved oppgavens innlevering.

4.0 Funn

Informantene besto av fem polikliniske pasienter, fire kvinner og en mann. Alderen varierte fra slutten av tyveårene til slutten av femtiårene. Alle pasientene var eller hadde vært i fast jobb, og var nå helt eller delvis sykemeldt. To av informantene hadde samboer, to bodde alene, og en bodde med egne barn. En av informantene ble syk og trakk seg fra avtalt intervju.

Tabell 1-oversikt over informantene

Informant Nr.:	Kjønn	Alder	Sivilstatus	Utdanning/ Jobb
1	Mann	30- 40	Samboer	Utdanning ukjent, Jobb innen It- bransje,
2	Kvinne	40- 50	Bor med egne barn	Bachelor, jobber innen Helse-omsorg
3	Kvinne	50- 60	Enslig	Bachelor, Jobber i Oljebransjen
4	Kvinne	50- 60	Gift	Ufaglært, selvstendig næringsdrivende
5	Kvinne	20- 30	Samboer	Bachelor, jobber innen Helse-omsorg
6	Ble syk, trakk seg fra intervjuet			

Problemstillingen som studien søkte å finne svar på omhandlet informantenes opplevelse av relasjonen til sin terapeut, den terapeutiske relasjonen. I alle spørsmålene som ble stilt under intervjurundene ble ordet terapeut og terapeutisk relasjon brukt flere ganger, og informantene svarte på hvordan relasjonen påvirket egne bedringsprosesser. Informantene ga til dels lange og utfyllende svar, men brukte i liten grad begrepene «terapeut» og «terapeutisk relasjon». To av informantene brukte ordet terapeut i intervjuet, men en av dem fortsatte med å benevne terapeuten som «behandler». Forøvrig omtaltes terapeutene som «behandler» eller som «hun». Den terapeutiske relasjonen ble også omtalt med forskjellige fraser av informantene. Noen av informantene trengte en utdypning på hva som mentes med en terapeutisk relasjon. En av informantene brukte begrepet «relasjon» gjennomgående i intervjuet, mens de andre gjerne svarte med en setning som inneholdt ordet relasjon like etter at et spørsmål ble stilt. Videre utover i intervjuene brukte informantene ord eller begrep som «forhold», «i terapien», «i samtalen» eller «i det rommet» istedenfor å bruke ordet «relasjonen». Alle informantene ga uttrykk for at de hadde hatt sterk motstand mot å starte i terapi. Som en informant uttrykte:

«Det var lang vei for meg å komme til terapi, jeg var liksom., jeg var ikke der. Jeg kan jo egentlig fikse det selv, det er jo den holdningen jeg har hatt, og det funker jo ikke.»

Noen av informantene ga også uttrykk for at det var omgivelsene som ønsket at de skulle få hjelp:

«Jeg kan jo først si at jeg ville ikke gå hit i det hele tatt, det var alle andre som ville det!»

Imidlertid ga også samtlige informanter uttrykk for at terapien var til god hjelp og at de opplevde det som godt å være i terapi. Som en av informantene sa:

«Hun må ha gjort noe rett, så etter en stund, ville jeg gå der og jeg skjønnte at det hjalp å gå der.»

Vi vil videre presentere våre funn som enkelte temaer med undertemaer som inneholder beskrivelser og utdrag fra intervjuene.

4.1 Hva opplevde pasientene som viktig?

Etter gjentatt gjennomlesing av det ubearbeidede datamaterialet, fant vi noen felles temaer som gikk igjen hos alle informantene og som har relevans for vår

problemstilling. Temaene handlet om egenskaper ved terapeuten, forhold omkring terapien, eller egne behov og forventninger som informantene har til terapeuten, som viste seg å få betydning for opplevelsen av å være i terapi, og å ha utbytte av terapien. Dette utbyttet har vi ikke bedt informantene om å utdype. Det kom allikevel klart frem i løpet av intervjuene at informantene på hver sin måte hadde en eller flere av følgende tegn på bedring: å få livsmotet tilbake, å lære å leve med sine symptomer, å få symptomreduksjon, økt forståelse av sammenhenger, økt tro på at det nytter å be om hjelp, bedre funksjon i hverdagen- både i jobb og sosialt.

Tabell 2-oversikt over funn

Hovedtema	Om behandlers forståelse		
Tema	Behov for å bli forstått og møtt	Å bli bekreftet og akseptert	Å bry seg om og å strekke seg litt lenge
Syntese/ Analytisk tekst	Det som kom tydelig frem var at terapeutens ikke bare hadde en intellektuell forståelse av pasientens problematikk, men at det ble et sted hvor man kunne komme med «hele seg» og føle seg «rommet».	En terapeut som er i stand til å forstå noe av det pasienten opplever, vil kunne avlaste pasienten ved å hjelpe pasienten med å forstå hvorfor følelsene oppstår og hva en kan gjøre for å regulere følelsene.	Bowlby påpeker at et prinsipp som inngår i relasjonsbehandling er å tilby pasienten en trygg base.
Kondensert meningsenhet	Jeg følte meg gjenkjent da jeg kom til timene, fordi behandleren plukket opp tråden fra forrige time, jeg slapp å forklare det samme om igjen og om igjen. Etter hvert kjente hun meg så godt, hun kunne hjelpe meg på sporet igjen når jeg møtte veggen.	Når noe viktig skjedde i livet mitt, var det godt for meg å få anerkjennelse og bekreftelse fra behandleren min i forhold til det jeg selv tenkte.	Det ga meg en følelse av at hun brydde seg, og det var Alfa og Omega for meg.
Hovedtema	Å balansere		
Tema	Å bli støttet og bli utfordret	Tålmodighet Bruk av tid	
Syntese/ Analytisk tekst	Det å ha en trygg og stabil relasjon, gir rom for endring og utprøving.	Det at terapeuten evner å vise tålmodighet i selve terapitimen blir trukket fram som avgjørende for at man skal kunne åpne opp for vanskelige tema.	
Kondensert meningsenhet	Vi snakket om hvilke ting hun kan utfordre meg på, går det ikke så går det ikke. Jeg føler at nå er jeg på tynn is, men det at jeg vet at jeg har den faste behandlingen hjelper meg utrolig mye.	Jeg åpner meg ikke så lett, så det tok lang tid, men det er klart når hun var så tålmodig som hun var så var det lettere for meg å komme videre.	
Hovedtema	Å skape en tillitsfull atmosfære		
Tema	Tillit, Trygghet, Forutsigbarhet	Ekthet, Ærlighet å være personlig	
Syntese/ Analytisk tekst	Tillit nevnes av samtlige informanter som en av de sentrale faktorene som må være tilstede før en samtale tar form av terapi.	I følge Thorgaard er det de følelsesladde øyeblikkene som får størst betydning for en pasient i samtalerapi. Det å være nær og utnytte relasjonskraften omtaler han som ekte profesjonalitet.	
Kondensert meningsenhet	Jeg synes vi fikk stor tillit oss imellom. Før hadde jeg ingen å snakke med, men hos behandleren kunne jeg snakke om absolutt alt, til faste tider. Det var trygt.	Vi kan spøke og le, men det er ikke tantesnakk hun kommer med. Det er realistisk, det er velmenende. Og ekte. Og hun er seg selv.	

4.2 «Jeg ble så møtt, og det gjorde meg veldig trygg»: Om terapeutens forståelse

4.2.1 Behov for å bli forstått og møtt

Alle informantene uttrykte et stort behov for å bli forstått ut fra sin egen bakgrunn og livssituasjon, å bli sett som de unike menneskene de er. Betydningen av å bli bekreftet som en likeverdig person, og bli akseptert til tross for følelsen av å være hjelpetrengende var viktig for alle. Å bli møtt på en god måte ble omtalt av samtlige informanter, og de brukte dette for å beskrive noe de hadde fått fra terapeuten som de beskrev som viktig og som positivt. Det kunne være det fysiske håndtrykket når de kom til timen, måten terapeuten tilpasset seg informantens sinnstilstand på, eller måten de opplevde seg ivaretatt av terapeuten på. En av informantene beskrev at det som hadde vært viktig for henne var å bli møtt som den hun var, med ivaretagelse og med en opplevelse av at terapeuten ikke var forutinntatt.

Flere av informantene snakket også om viktigheten av at terapeuten forsto dem, men også at det var viktig å ikke bli misforstått. Informantenes sykehistorier, innleggelser eller diagnoser som hadde vært aktuelle tidligere, ble ofte tematisert i samtale med terapeuten. En av informantene fortalte at hun følte seg misforstått, og hvordan det ble betydningsfullt for hennes relasjon til terapeuten at dette ble oppklart.

«Jeg fikk en følelse av at terapeuten ikke forstod meg, slik at jeg fikk med mamma for å få hjelp til å rydde vekk en misforståelse. Dette betydde mye for meg, for da følte jeg at vi forstod hverandre enda mer».

En av de andre informantene følte seg forstått av terapeuten ved å beskrive at terapeuten gjenkjente henne:

«Jeg følte meg «gjenkjent» da jeg kom til timene, fordi behandleren plukket opp tråden fra forrige time, slik at jeg slapp å forklare det samme om igjen og om igjen. Etter hvert kjente hun meg så godt, at hun kunne hjelpe meg på sporet igjen når jeg møtte veggen.»

4.2.2 Å bli bekreftet og akseptert

Å bli bekreftet som menneske var også et tema som alle informanter beskrev. Tre av informantene brukte ordet «bekreftelse»:

«Hun bekreftet den personen jeg er, ikke bare den syke meg, men den egentlige meg, og det gjorde at relasjonen opplevdes trygg og god. Det var viktig for meg

at jeg ble møtt uten forutinntatthet, uten fokus på diagnoser, og med åpenhet og nysgjerrighet.»

Å bli bekreftet ble også omtalt som at det informantene sa ble tatt på alvor, at det de sa var viktig for terapeuten, at terapeuten kunne bekrefte at det informantene sa eller tenkte var helt greit og normalt. En kvinnelig informant uttrykte at:

«Hun trenger bare å bekrefte at det er greit, at jeg får bekreftet det jeg egentlig vet selv innerst inne. For eksempel at jeg ikke har klikket, dette er en normal reaksjon.»

Det å få bekreftelse fra behandleren var noe alle trakk frem på ulike måter. Dette kunne være bekreftelse i forhold til hvilke valg informantene skulle ta i praktiske spørsmål, eller på hva de følte i spesielle sammenhenger. En av informantene sa:

«Når noe viktig skjedde i livet mitt, var det godt for meg å få anerkjennelse og bekreftelse fra behandleren min i forhold til det jeg selv tenkte.»

En opplevelse av aksepterende holdning ovenfor informantene var også et tema som ble trukket fram. To informanter brukte uttrykket aksept, men flere snakket om betydningen av at terapeuten var åpen for hva det enn måtte være informantene hadde behov for å snakke om, «smått eller stort». To av dem nevnte også at det var lov å bli sint, irritert eller høyrøstet, og at terapeuten ga uttrykk for at det var både forståelig og akseptert. Informantene vektla opplevelsen av å bli møtt som likeverdige personer. Det terapeuten formidlet var gjenkjennelig og forståelig, og de ga uttrykk for at det ikke var noe som ble påtvunget dem. Som en av informantene uttrykte det:

«Hun formidler det på en slik måte at det blir gjenkjennelig, og hun gjør det på en måte som jeg opplever er med respekt. Det er ikke noe jeg får tredd ned over hodet, det er ingenting som gjør at jeg blir stridig, det er ikke noe som jeg ikke kjenner meg igjen i.»

Det å bli møtt på en måte som opplevdes respektfullt, samtidig som det var rom for at man kunne være seg selv, var noe de fleste la vekt på. En informant uttalte:

«Det at der var rom for at jeg kunne være meg selv, at jeg kunne være flåsete, le og gråte og vi kunne spøke sammen- og samtidig ble jeg tatt alvorlig, det styrket tilliten og det var herlig!»

Det å få respons på det en har formidlet i terapien ble trukket frem som viktig. Å få respons ble omtalt som at terapeuten ga passende reaksjon til det informantene sa, terapeuten gjentok eller oppsummerte det informantene sa, terapeuten gjenga innholdet for å sjekke ut om hun hadde oppfattet riktig. En informant uttrykte det slik:

«Behandleren responderte på det jeg sa, hun oppsummerte med meg, og det gjorde meg veldig godt. Jeg ble så møtt, og det gjorde meg veldig trygg.»

4.2.3 Å bry seg om og å strekke seg litt lenger

Det at informantene opplevde at terapeutene brydde seg om dem ble beskrevet som viktig for at de skulle oppleve tillit. At terapeuten brydde seg kunne ifølge en av informantene eksemplifiseres ved at hun tenkte på pasienten utenom timene og la til rette for særskilte forhold ved pasienten. En mannlig informant sa:

«Jeg får tillit til henne fordi hun bryr seg om meg.»

En annen informant beskrev en situasjon der terapeuten lovet at informanten kunne få time hos henne dersom en særskilt hendelse skulle oppstå igjen, selv etter at terapiforløpet var avsluttet. Informanten opplevde det som godt og tok det som et tegn på at terapeuten brydde seg om henne, noe som igjen opplevdes som gunstig for tilfriskningen. En av informantene opplevde at terapeuten ringte ham mellom timene, fordi terapeuten hadde oppfattet at han hadde det vanskelig. Dette ble også omtalt som et tegn på at terapeuten brydde seg, og ble beskrevet som en viktig faktor i informantens bedringsprosess. Informanten beskrev dette slik:

«Det ga meg en følelse av at hun brydde seg, og det var Alfa og Omega for meg.»

Flere av informantene trakk frem betydningen av at terapeuten viste seg villig til å «strekke seg litt lenger» for dem. Dette ble også omtalt som å gå litt utenfor rammene for en terapeut-pasientrelasjon. En ung kvinnelig informant fortalte at terapeuten noen ganger strakk seg litt lenger for henne, og det gjorde henne godt. Hun fortalte om da behandleren hennes var forkjølet og hadde hes stemme, men allikevel kom til samtale som avtalt. Da tenkte hun:

«Så bra at hun kommer her nå, for det hadde hun ikke trengt, nå som det er influensasesong og alt mulig!»

En av informantene opplevde at terapeuten var med ham i møte med NAV og arbeidsgiver, noe han satte stor pris på. Terapeuten la også til rette for ham, slik at det ble mindre stress for informanten, en gang han ble lagt inn på sykehuset. Disse oppgavene mente han at terapeuten ikke nødvendigvis måtte gjøre, og det gjorde derfor veldig godt for ham å oppleve at terapeuten anså ham for å være av så stor betydning for henne at hun gjorde noe ekstra for å hjelpe.

4.3 «Jeg har våget litt mer»: Om å balansere

4.3.1 Behov for støtte og utfordring

Alle informantene ga uttrykk for at det var av stor betydning at terapeuten var støttende i form av å være tilstede for dem i terapien. De uttrykte også en følelse av å ha noen som var på deres lag, og som ville hjelpe dem når de utfordret seg selv. Dette var viktig for å kunne ta de små skrittene som trengtes for at situasjonen skulle endre seg til noe bedre. For å tåle å forholde seg til utfordrende aspekt ved egen væremåte, var det avgjørende at der var etablert en grunnleggende tillit i relasjonen. Dette ble uttrykt slik av en av informantene:

«Jeg føler hun forstår meg, er aksepterende, ikke dømmende og er tilstede for meg. Samtidig stilte hun utfordrende spørsmål.»

Informantene ga uttrykk for at det å ha en trygg og stabil relasjon, ga rom for endring og utprøving, og en av informantene sa:

«Jeg har våget litt mer, fordi jeg visste jeg kunne komme tilbake og få støtte.»

De fleste informantene ga uttrykk for at det var viktig å få en opplevelse av at terapeuten forstod dem, ga støtte og aksept. Men like viktig var det å bli utfordret, å tørre å utfordre sine lite funksjonelle vaner og mønstre til tross for at dette kunne innebære stort ubehag i terapien, og i hverdagen. Utfordringene kunne bestå av vanskelige og provoserende spørsmål og utsagn, men også utfordrende øvelser eller oppgaver som informantene vegret seg mot. En informant sa:

«Hun var gjerne direkte og tøff slik at jeg reagerte negativt og følte meg provosert umiddelbart. Men da jeg hadde tenkt over de kritiske spørsmålene eller bemerkningene til neste time, så jeg at dette var noe jeg måtte jobbe med. På denne måten fikk jeg reflektere over de gamle mønstrene, de gamle sirklene jeg satt fast i, og da fikk jeg en bedring i min egen prosess.»

En annen av informantene belyste dette slik:

«Vi snakket om hvilke små og store ting hun kan utfordre meg på, går det ikke så går det ikke. Det er ikke lekser, men det kan være veldig små steg, sånn at jeg føler at nå er jeg på tynn is, men det at jeg vet at jeg har den faste behandlingen hjelper meg utrolig mye.»

En tredje informant beskrev at hun etter hvert forsto betydningen av de vanskelige spørsmålene og utfordringene slik:

«Hun stiller og kritiske spørsmål, så jeg kan bli litt sur og kjenne på ubehag og gå hjem fra timen og kjenne på at dette likte jeg ikke. Neste gang jeg kommer til henne kan jeg si, at det du sa sist, det er litt sant, det! Hun får meg til å tenke over ting, og det må noen gjøre, for hvis ikke kan jeg ikke bli bedre!»

4.3.2 Om tålmodighet og bruk av tid

Det å få følelsen av at terapeuten var tålmodig og hadde tid til å bli kjent med pasienten, var en faktor som alle informantene trakk frem som viktige for å klare å åpne seg og stole på terapeuten. En informant sammenliknet sin nåværende terapeut med sin forrige:

«Hun var mer tålmodig enn han forrige, viste mer respekt, lot meg åpne meg mer naturlig, istedenfor å presse ting ut». Videre sier han at «jeg åpner meg ikke så lett, så det tok lang tid, men det er klart når hun var så tålmodig som hun var så var det lettere for meg å komme videre.»

En annen opplevde at terapeuten gikk altfor fort frem, og sa:

«Og så begynte hun rett på! Og det likte jeg ikke. Fordi det var akkurat som om hun kjente meg, men hun kjente meg jo ikke!»

Det at terapeuten evnet å vise tålmodighet i selve terapitimen ble trukket fram som avgjørende for at informantene skulle kunne åpne opp for vanskelige tema:

«Vi tok det sakte men sikkert derifra uten at det ble stilt så veldig mange krav, eller veldig mye gravid i det samme. Og det har jeg merket nå, når jeg har kommet meg også, at jeg trenger lang tid på ting.»

Vedrørende bruk av tid omtaler informantene viktigheten av å få bruke den tiden de trengte i terapi, uten at sluttdato ble satt, eller at de hadde en sluttdato som de opplevde var satt for tidlig i forløpet. Terapeutene signaliserte ofte at terapien skulle vare inntil pasienten var klar til å avslutte, noe som ble omtalt som viktig for å våge å gå inn i de

vanskelige temaene. En av de kvinnelige informantene viste til at hun har diskutert varighet av terapien med sin behandler:

«Vi har også snakket om dette at behandlingen etter hvert skal fases ut når jeg blir bedre, men det har ikke vært alvorssnakk om at det er snakk om snarlig. Og det tror jeg hjelper meg utrolig mye.»

En av informantene beskrev seg selv som en person som trenger lang tid for å kunne åpne seg for andre mennesker, og påpekte at behandlerens evne til å være tålmodig og støttende ble avgjørende for at han klarte å snakke fritt. En annen informant beskrev terapissettingen som preget av god tid, der terapeuten pratet med henne uten å bruke skjema eller å stille krav. Hun sa:

«Det var som om vi bare var to mennesker som snakket uformelt samme. Hun kunne stoppe opp underveis når hun forsto at noe var vanskelig for meg, noe som vi egentlig burde snakke om. Dermed kunne jeg åpne meg og stole på henne, slik ble det lettere for meg å komme videre. Derfor var det viktig at hun tok det sakte men sikkert i begynnelsen, og brukte tid. Slik ble jeg fort trygg.»

Felles for flere av informantene var også betydningen av å ha et langsiktig perspektiv på behandlingen, at behandler skulle følge pasienten gjennom de utfordringene hun eller han sto fremfor. Dette opplevdes som tryggende i den terapeutiske relasjonen.

4.4 «Det er enormt så tillit du får til en terapeut som du connecter med!»: Om å skape en tillitsfull atmosfære

4.4.1 Tillit, trygghet og forutsigbarhet

Det å ha tillit til terapeuten ble ofte fremhevet som en forutsetning for at pasientene kunne stole på terapeuten og åpne seg for terapi. Det å ha tillit til terapeuten ble blant annet omtalt som å stole på, ha tiltro til og å våge å være sårbar overfor. Det viste seg at begrepet tillit ble oppfattet litt forskjellig fra informant til informant, men alle snakket om nødvendigheten av å ha tillit til terapeuten før de kunne nyttiggjøre seg terapi. En informant sa:

«Det er viktig at jeg har en åpen og god relasjon med tillit til behandleren min, slik at jeg føler at behandleren kjenner igjen det vi har snakket om.»

En av de andre informantene opplevde at tilliten til terapeuten var avgjørende for hennes bedringsprosess:

«Jeg har jo en veldig tillit til den personen. Og når hun kommer med gode råd eller pirker borti noe, da tar jeg det jo med meg og tar det seriøst. Jeg tar imot det!»

Videre ble betydningen av trygghet trukket fram av alle informantene. Det å oppleve trygghet i terapirommet, det å være trygg i relasjonen og i den terapeutiske samtalen ble avgjørende for hva informantene følte de kunne dele av seg selv. En av informantene sa:

«Så i det rommet er jeg trygg. I den samtalen er jeg trygg. Og jeg tror det er noe av det viktigste for meg. Altså da kan jeg komme med alt som jeg har på hjertet.»

Trygghet ble også knyttet opp mot vissheten om at terapiforløpet kunne bli langvarig, slik at informantene fikk bruke tiden de følte de hadde behov for. Spesielt i forhold til å utfordre seg selv og å jobbe med endringer ble det av flere uttrykt et ønske om langvarig terapi uten sluttdato. Dette var noe informantene opplevde at de fikk. Forutsigbarhet i form av faste timer og god tilgjengelighet fra terapeutens side, ble også trukket frem som avgjørende for å kunne oppnå en trygg terapeutisk relasjon:

«Det har ikke vært noen ende dato på når jeg kan gå her. Jeg har fått forsikringer om at hun skal være med meg langt inn i dette, selv etter at jeg har begynt å arbeide igjen. Det at jeg har visst at jeg hadde dette lange perspektivet har gjort meg så trygg at jeg har våget litt mer.»

Informantene fortalte at de opplevde at terapeutene kjente dem godt, og at det bidro til å gjøre relasjonen trygg og god. Å bli ivaretatt og å kunne komme med hva de måtte ha på hjertet av «smått eller stort» bidro også til at tillit oppsto mellom dem, og flere av informantene utdypet dette med å fortelle at de følte seg «møtt» på alt, og at det var åpen og troverdig dialog dem imellom. Dette bidro også til at tillit og trygghet oppsto. En annen egenskap som ble løftet frem som tillitsskapende var terapeutenes evne til å tilpasse timene og innholdet i timene etter informantenes tilstand fra gang til gang. En av informantene beskrev at etter at han våget å stole på terapeuten sin klarte han også etter hvert å våge å være mer tillitsfull overfor andre mennesker. Flere av informantene trakk frem at tillit til terapeuten oppsto fordi terapeuten også våget å stille dem vanskelige spørsmål og ikke bare «jattet med.» Å få tillit til terapeuten som fagperson var et element som ble trukket fram av flere informanter. En av informantene beskrev at når hun først hadde tatt det viktige første steget for å få hjelp, var det viktig for henne å

vite at det faktisk var mulig å bli hjulpet av denne personen. Forutsigbarhet viste seg også å være et viktig tema for informantene i studien. Å ha faste avtaler fram i tid gav dem en stabilitet som igjen ga mot til at de kunne våge å utfordre seg selv mer. En av informantene påpekte hvor lite som skulle til før det ble vanskelig for ham:

«I mitt virvar der og da, så slapp jeg utfordringene med timebytter og avlysninger. Det skulle så lite til før det ble vanskelig.»

Viktigheten av denne forutsigbarheten ble også påpekt av en kvinnelig informant som sa:

«Jeg hadde ikke hatt noen å snakke med, og hos behandleren kunne jeg snakke om absolutt alt, til faste tider. Det var trygt.»

4.4.2 Ekthet, ærlighet og om å være personlig

Informantene trakk flere ganger fram at det hadde stor betydning for dem at terapeuten framsto som ekte og ærlig i den terapeutiske relasjonen. Betydningen av at «terapeuten var seg selv», ble ofte omtalt som viktig. En av informantene forteller om en sekvens i timen der de sitter og «skoier» og ler sammen, og hun følte at terapeuten var seg selv som person. Videre beskriver hun at det at terapeuten var seg selv og at de kunne spøke og le sammen i timen tok brodden av hennes skepsis til terapi. Hun sa:

«Det er ikke tantesnakk hun kommer med. Det er realistisk, det er velmenende. Og ekte. Og hun er seg selv.»

Samtlige informanter ga uttrykk for at de var innforstått med at relasjonen til terapeuten var av profesjonell karakter, og at det var en av de faktorene de satte pris på og opplevde som trygg. Likevel ga noen uttrykk for et savn i relasjonen i form av at det i noen sammenhenger ville vært godt og fremmede for deres tilfriskning om terapeuten kunne gitt litt av seg selv. Å gi litt av seg selv eller være personlig kunne bety at terapeuten delte noe fra sitt eget liv selv om dette ikke hadde direkte relevans for behandlingen. En av informantene fortalte hvor viktig det var for henne at terapeuten ga henne et ærlig svar på et personlig spørsmål hun stilte, mens en annen informant fortalte hvor godt det hadde vært for henne om hun hadde fått litt personlig informasjon fra terapeuten om enkelte temaer i samtalene der dette var naturlig. Det å være personlig ble også fremhevet som viktig for at informantene raskere skulle bli trygge, og for at bli-kjent fasen skulle gå fortere. En av informantene var svært opptatt av om terapeuten

hadde barn, noe hun hadde tenkt på gjennom hele terapiforløpet, men våget ikke spørre om dette av redsel for å bli avvist.

«Jeg skulle veldig gjerne visst om hun hadde barn, jeg tror det hadde gått lettere i begynnelsen om hun hadde fortalt det.»

En ung kvinnelig pasient sa:

«Jeg skjønner at hun ikke kunne dele privat informasjon, men bare litt naturlig respons når vi snakket om mat for eksempel. At hun kunne sagt at hun elsket pinnekjøtt.»

Det at terapeuten ga litt av seg selv, at hun var seg selv i den forstand at hun brukte et vanlig, folkelig språk uten mye fagtermer, ikke brukte et standard opplegg i terapien, men gjorde terapien om til ekte samtaler ble fremhevet som viktig. En av informantene sa:

«Det er også viktig for meg at jeg ikke kjenner igjen samtaleteknikk eller har en opplevelse av at det blir en manipulativ samtale.»

En av de andre informantene uttrykte det slik:

«Det var viktig for meg at det som kom fra terapeuten var realistisk, velmenende og ekte, at hun var seg selv.»

For noen av informantene var det små ting som gjorde at de opplevde seg verdsatt i terapien. Dette uttrykte den ene informanten slik:

«Etter hvert følte jeg meg ivaretatt i hennes nærvær. Hun spurte meg om hvordan jeg hadde det, og det er der ingen andre som spør om lenger. Når jeg kom til timene, møtte hun meg alltid med et smil og var blid og hyggelig. Hele måten hun beveget seg på, måten hun var på, utstrålingen, hele henne gjorde at jeg ble svært glad i henne.»

5.0 Diskusjon

Hensikten med denne studien er å undersøke og identifisere hvilke forhold ved den terapeutiske relasjonen informantene opplever som viktige i egen bedringsprosess. Vi gjennomførte dybdeintervjuer med fem informanter, og dette resulterte i funn presentert ovenfor. Svarene representerer et bredt spekter av funn, som til tross for at informantene

representerer begge kjønn, har ulik alder, ulike diagnoser og mottar forskjellig terapi allikevel har noen fellestrekk i sine betraktninger rundt forhold ved den terapeutiske relasjonen.

5.1 Metodediskusjon

Reliabilitet

Reliabilitet knyttes til spørsmålet om studiens og funnenes pålitelighet. Funnene i denne studien kan ikke gjenskapes i sin helhet dersom intervjuprosessen gjentas. Som forfattere av studien og som intervjuere satt vi i en intervjusituasjon med informantene der vi gjensidig hadde påvirkning på hverandre og dermed også på de kvalitative data vi fikk. Informantene hadde behov for ytterligere forklaring og utdypning ved enkelte av spørsmålene vi stilte. Slik kunne vi presisere og avgrense åpne spørsmål, og vi ser at hvilke ord eller begrep vi her brukte kunne påvirke informantens svar. Enkelte informanter brukte også begrep eller ord som vi som intervjuere ble opptatt av og ønsket utfyllende svar på. Dette handlet gjerne om vår forforståelse rundt temaet og problemstillingen, at vi ble ekstra oppmerksomme når informantene beskrev forhold som vi selv har erfart at er viktige for pasientperspektivet, vår forforståelse. Funnene våre er allikevel troverdige fordi intervjusituasjonen var preget av tillit og åpenhet. Informantene hadde mulighet til å snakke fritt, gå tilbake til tidligere spørsmål og endre sine svar underveis. De var også informert om muligheten til å endre eller trekke sine svar frem til en satt dato. I avslutningsfasen av hvert intervju ble informantene oppfordret til å uttale seg om forhold ved den terapeutiske relasjonen som de mente var viktige og som vi *ikke* hadde spurt om. Slik fikk de igjen mulighet til å trekke fram det de mente var viktig for dem i forhold til spørsmålene som ble stilt. At funnene er troverdige begrunnes også med at vi har innhentet svar og dokumentert disse gjennom transkribering på en pålitelig og tillitvekkende måte. Informantene var godt informert om den praktiske gjennomførelsen av intervjuene og trinnene etter dette. Vi har sortert ut funnene våre fra rådata på en gjennomsiktig måte gjennom foregående beskrevet analysemetode.

Validitet

Studiens validitet eller gyldighet vurderer om funnene vi har gjort er i tråd med den virkeligheten vi har studert. Videre vurderes hvilke betingelser studien er gyldig om, og hva studien er gyldig om. I vår studie søker vi å finne svar på forhold ved den

terapeutiske relasjonen som er viktige for informantene, for at de skal oppleve bedring. Studiens informanter ble plukket ut gjennom en utvelgelsesprosess foretatt av poliklinikkledere som valgte ut aktuelle behandlere som igjen skulle velge ut tre aktuelle informanter til studien. Vi ser at vi kan sitte med en selektert gruppe informanter. Det er naturlig å anta at poliklinikklederne valgte å spørre behandlere ved egen poliklinikk som de har spesielt stor tiltro til, eller som de tenker besitter kvaliteter som stemmer overens med deres egen forforståelse av studiens problemstilling. Dette kan resultere i at terapeuter med visse relasjonelle kvaliteter kan ha blitt foretrukket til studien. Variabler som profesjon, erfaring, kjønn og spesialisering kan også ha påvirket poliklinikklederne til å velge enkelte behandlere ut i fra egen forforståelse. Videre kan vi tenke i samme retning når terapeutene skulle oppgi tre egne pasienter som de opplevde var egnet til å delta i studien. Det er mulig at vurdering av pasientenes egnethet ble påvirket av terapeutenes egne opplevelser av relasjonene til pasientene. Vi vet ikke hvilke egenskaper ved pasienten som ble vektlagt for å vurdere denne egnetheten. Egenskaper som for eksempel kognitiv fungering, forståelse av terapiens innhold, verbale evner eller terapeutens opplevelse av å bli verdsatt av pasienten kan være forhold som påvirket terapeutens valg av pasienter. Virkeligheten i vår studie blir her representert av et utvalg av pasienter som skal representere et tverrsnitt av en poliklinisk pasientgruppe, med unntak av gitte eksklusjonskriterier. Informantene varierer dermed i alder, kjønn, diagnose, tid i terapi, sivil status og utdanningsnivå og sosial bakgrunn. Dermed tenker vi at informantene representerer virkeligheten i en poliklinisk voksenklinikk, og at de svarene de gir er funn som er gyldige. Videre har vi vist gjennomsiktighet gjennom hele studien ved å beskrive hvert enkelt ledd fra studiestart til funn og konklusjon ved at metoden er beskrevet i detalj og funnene er analysert, beskrevet og presentert.

5.2 Drøfting av funn

Våre funn besvarer en problemstilling som berører relasjonen mellom terapeut og pasient, og peker på hvilke forhold ved denne relasjonen som er viktige for at pasientene skal oppleve bedring. Spørsmålene er individuelt besvart, men vi ser allikevel at svarene er sammenfallende for flere av informantene. Vi ser også at svarene som informantene gir på de forskjellige spørsmålene delvis glir inn i hverandre, og at informantene gjerne omtaler samme forhold selv om vi spør om andre aspekter ved

relasjonen. Svarene informantene gir viser at de også i en terapisseting er opptatt av allmennmenneskelige behov som å bli bekreftet, forstått, akseptert og ivaretatt. Dette er også behov som de fleste mennesker vil ha i sine liv, men kanskje spesielt i utfordrende livssituasjoner som en psykisk lidelse kan medføre. Ønsket om å bli møtt som et vanlig menneske, fordomsfritt, er vel også noe mennesker generelt kan gjenkjenne, uten at man reflekterer over dette i det daglige. Mennesker med psykiske lidelser blir fortsatt utsatt for fordommer og stigmatisering fra samfunnet, selv om utviklingen av kunnskap og opplysning om psykiske lidelser har bidratt til at det i dag er større åpenhet rundt dette temaet (Gullslett, Kim, Borg, 2014). Våre informanter trekker fram betydningen av å bli møtt på en fordomsfri måte. Dette fremstår ikke som noe de tar som en selvfølge, og kan tyde på at de kan oppleve stigma eller misforståelser rundt sin person og sin psykiske lidelse.

Våre funn i lys av tilknytningsteori

Denne studiens fokus er hvilke forhold ved den terapeutiske relasjonen som oppleves viktige for pasientens bedringsprosess, sett fra pasientens ståsted. Psykodynamisk teori brukes som et teoretisk bakteppe for å belyse svarene informantene gir. Vi drøfter i lys av tilknytnings-/ relasjonsteoretikere som Bowlby, Bion, Thorgaard med flere. Bowlbys teori er i hovedtrekk gjengitt tidligere i denne studien. Besvarelsens omfang begrenser antall teorier som kan belyses, og vi velger derfor å kun peke på noen få momenter som kan ha hatt betydning for vår forståelse av funnene i studien. For å belyse det relasjonelle i behandlingsprosessen viser vi hvordan psykodynamisk teori kan danne et fundament for en forståelse for hovedfunnene i studien. Vi viser i påfølgende drøftingsdel til det relasjonelle møtet mellom pasient og terapeut, til viktigheten av tidlige relasjoner og til betydningen av tilknytning. Hovedtrekkene i våre funn har vi sortert i tre kategorier; terapeutens forståelse, om å balansere og en tillitsfull atmosfære. I den videre diskusjonen vil disse kategoriene være utgangspunktet for diskusjonen.

5.2.1 Om behandlers forståelse

Våre funn viser at alle informantene er opptatt av temaet som vi omtaler som *behandlers forståelse*. Denne forståelsen beskrives i ulike vendinger og utdypes og eksemplifiseres av informantene på forskjellig vis. Det som kommer tydelig frem er at forståelsen ikke bare er en intellektuell forståelse av informantens problematikk, men at det blir et trygt sted for informantene å oppsøke, for trøst, bekreftelse, anerkjennelse og aksept. Dette kan sammenliknes med Bowlbys syn på foreldrerollen som skal være et

trygt sted å være, en trygg relasjon som ivaretar og trøster, møter og anerkjenner. Ifølge Bowlby (2012) skal foreldre tilpasse sin rolle til barnets behov, og fungere som det Bowlby betegner som en «trygg base» som barna kan vende seg til i forvissning om at de blir tatt imot på en kjærlig måte. Et sted der en får trøst, lindring, kan falle til ro, får oppmuntring og nytt mot for å gå ut i verden på ny. Denne basen skal primært være inaktiv, men klar til aksjon på signal fra barnet. Ifølge Wennerberg (Wennerberg & Arneberg, 2011, p. 44) hevder Bowlby at barnet biologisk sett styres av redselssystemet, som er unnvikelse av det som vekker redsel, og av tilknytningssystemet, som driver oss nær den som kan trygge oss. Dette er oftest forelderen, men det kan også være andre nære omsorgspersoner. I våre funn oppfatter vi at terapeuten representerer omsorgspersonen som tilknytningsperson, og det er informantene som opplever frykt, redsel eller andre vanskelige følelser som fører til hjelpesøkende atferd. Bowlby viser til at nærhetssøken til forelderen for å trygges og nedregulere følelse av frykt og stress vil være tilknytningsatferd hos barnet, og vi trekker den samme parallellen til informantene som søker den «trygge basen» som den terapeutiske relasjonen representerer for dem. Bowlby har tro på at uønskede tilknytningsmønstre dannet under oppveksten kan være hovedårsak til vansker personen søker behandling for i voksen alder. Han tenker at personen repeterer disse uheldige mønstrene i samhandling med sine nærmeste, og påpeker at et prinsipp som inngår i relasjonsbehandling er å tilby pasienten en trygg base. Denne trygge basen kan også forstås som et trygt sted der barnet opplever «containment», der omsorgspersonen tar imot barnets sterke følelser som er vanskelige for barnet å håndtere. Denne prosessen gjelder også i terapiforløpet, der terapeuten i henhold til Bions teori får rollen som omsorgspersonen overfor pasienten som blir barnet som trenger «containment». Det blir slik terapeuten som rommer pasientens følelser og gir dem tilbake til pasienten i en håndterlig og tolererbar form (Abrahamsen & Amstrup Kristensen, 1999). Bion påpeker viktigheten av at denne prosessen erfares gang på gang, for at troen på endring til det bedre skal læres av erfaring.

I terapien kan pasienten få støtte til å utforske sin emosjonelle smerte med opphav i både tidligere og nåtidige erfaringer og relasjoner. Alle våre informanter uttrykker et stort behov for å bli forstått ut fra sin egen bakgrunn og livssituasjon, å bli sett som de unike menneskene de er. Betydningen av å bli bekreftet som en likeverdig person, og bli akseptert til tross for følelsen av å være hjelpetrengende er viktig for alle. Det å bli møtt på en god måte trekkes frem ved flere anledninger av alle informantene, og de

vektlegger at tryggheten er avgjørende for relasjonen og veien videre. Ved psykisk sykdom er det i hovedsak det å regulere følelsene som oppstår, som innebærer den største smerten. En terapeut som er i stand til å forstå noe av det pasienten opplever, vil kunne avlaste pasienten ved å hjelpe pasienten med å forstå hvorfor følelsene oppstår og hva en kan gjøre for å regulere følelsene. En av informantene sier at terapeuten var flink til å tegne og forklare slik at hun kunne forstå sammenhenger i hva som skjedde, noe hun opplever som veldig godt.

5.2.2 Om å balansere

Balansen mellom støtte og utfordring i terapi representerer et område der informantene kan vokse og gjøre endringer. I våre funn gir informantene uttrykk for at det er av stor betydning at terapeuten er støttende i form av å være tilstede for dem i terapien. I tillegg gir de uttrykk for et ønske om å bli utfordret, til tross for at dette kan innebære stort ubehag i terapien, og i hverdagen. Slik ser vi at Winnicotts begrep «holding» her kan representere denne utfordringen i terapien. Winnicott påpeker viktigheten av at omsorgspersonen skal være god og trygg, men ikke *for* god. Det er kun gjennom utfordring eller frustrasjon barnet kan vokse, og i terapierommet kan terapeuten innta mors rolle (Gabbard & Wilkinson, 1996).

Informantene uttrykker også styrken som ligger i det å få en følelse av å ha noen som er på deres lag, og som vil hjelpe dem når de utfordrer seg selv. Ifølge Bowlby (2005) skal terapeuten fungere som en trygg base for pasienten mens han er i terapi. Pasienten skal bli utfordret, gå hjem og trene på utfordringen i trygg forvissning om at terapeuten tar imot henne i neste time. Da kan hun bearbeide det som var vanskelig, få fortelle om det hun mestret, få skryt, trøst og oppmuntring. Våre funn er i tråd med Bowlbys beskrivelse av terapeuten som trygg base i terapiforløpet. Uttrykk som det å få skryt, å ha terapeuten i bakhånd, ha terapeuten som sikkerhet ble brukt. Det å få utfordringer blir assosiert med tilfriskning og vekst, samtidig som balansegangen mellom det å ville mer enn en har krefter til, blir omtalt av flere av informantene.

Å balansere bruk av tid og å bruke tålmodighet var et funn som ble fremhevet hos informantene. Det at samtalene varer over tid, slik at informantene får en ny erfaring av å stå i en annerledes eller ny relasjon til et annet menneske, har betydning for hvordan de senere forholder seg til andre mennesker. Ifølge psykodynamisk tenkning ut fra Bowlbys teoretiske perspektiv, innebærer dette at flere av informantene har vansker med å stole på at deres emosjonelle behov skulle kunne støttes og tas imot av et annet

menneske. Mulighet for en ny erfaring med tilknytning kan derfor være et godt utgangspunkt for å få en ny og mer nyansert forståelse av mellommenneskelige relasjoner. Ifølge Wennerberg (2011) presiserer han at indre arbeidsmodeller, *ikke* er upåvirkelige:

«Det handler ikke om fastlåste, en gang for alle fastlagte indre bilder av selvet eller andre, men i stedet om mentale prosesser som styrer individets oppmerksomhet samt indre og ytre bearbeidelse av tilknytningsrelatert informasjon».

Thorgaard (2014) støtter dette med å si at

«det der utfolder sig i forholdet til terapeuten, er pasientens stereotype og automatiske måder at relatere sig på; mønster som blev præget af de første års tilknytningsforhold».

Slik er det fortsatt mulighet for påvirkning i den terapeutiske relasjonen til å lage «nye» erfaringer som igjen gir «ny» tilknytningserfaring og dermed nye arbeidsmodeller i forhold til hva pasienten kan forvente seg og til hvordan deres tilknytningsatferd vil bli møtt:

«Psykoterapi-det vil sige god relationsbehandling-er en ny tilknytningsrelation med mulighed for at påvirke og ændre de emotionelle implicite hukommelsesmønstre» (Thorgaard et al., 2014, p. 30).

En av informantene beskriver hvordan hans gamle mønster endres over tid med ny relasjonell erfaring i relasjon til sin terapeut, og at han nå klarer å stole mer på andre mennesker.

5.2.3 En tillitsfull atmosfære

Tillit nevnes av samtlige informanter som en av de sentrale faktorene som må være tilstede før en samtale tar form av terapi. At terapeuten står fram som et ekte og ærlig menneske med forutsigbarhet og rom for å være litt personlig medvirker til at informantene føler seg trygge i relasjonen, og at de har utbytte av terapien. Bowlby siteres i Wennerberg (2011) og hevder at «en mor kan være fysisk nærværende men «følelsesmessig» fraværende». Videre sier Bowlby at «Hvorvidt et barn eller voksen befinner seg i en tilstand av trygghet, angst eller uro, bestemmes til en stor del i hvor stor grad hans primære tilknytningsperson er tilgjengelig og forståelsesfull» (Bowlby,

1982, p. 23). Tilgjengeligheten fremheves av informantene som at de kan kontakte sine terapeuter med ønske om samtale dersom de har behov utenom vanlig time. Dette oppleves som viktig. De opplever også tilgjengelighet i form av forutsigbarhet over tid i terapiforløpet. Thorgaard beskriver at for å gi god relasjonsbehandling og mulighet for nye tilknytningsrelasjoner kreves det

«følelsemæssigt involverede og engagerede relationsbehandlere. Forskning har vist, at det er ikke de velformulerte tolkninger pasienten husker, men de følelsesladede øyeblikke, hvor relationsbehandleren viste sig som et med-menneske» (2014, p.30).

Å våge å bruke seg selv, å være personlig, ekte og ærlig var funn hos de fleste av våre informanter. Å vise følelser i pasientarbeidet, uten at fokus skiftet fra pasientens følelser til terapeutens følelser, viste seg å være viktig for å fremstå som et «ekte menneske». Videre viser det seg at varme og vennlighet gjennom håndtrykk og små gester nevnes av informantene som tegn på at terapeutene skapte en tillitsfull atmosfære.

«At være professionel betyr ikke, at man holder en viss afstand og er litt distant, ensidig kald. Det betyr, at man skal stå frem menneskelig set og vise hvem man er, og hvad man står for. Kun når man for den anden framstår som et autentisk menneske, tør patienten ha tillid til, at man mener det, man mener, og at man virkelig vil den andens beste. At være professionel innebærer, at man udnytter relationssam-været og relationsnærværet optimalt» (Thorgaard 2014, p.36)

5.3 Våre funn relatert til tidligere publisert arbeid

Hovedtrekkene i våre funn er ikke nyskapende eller oppsiktsvekkende, snarere en konstatering og forsterkning av tidligere forskning som er publisert. Dette gjelder forskning som er gjort på artikler, men også forskning som bruker pasientintervju som sitt datagrunnlag. Vi finner at Topor og Denhov, som tidligere omtalt, beskriver at det var viktig for pasientenes opplevelse å bli «sett» og behandlet som et individ. I tillegg beskrives det at flere studier som er gjennomgått av Topor og Denhov trekker frem at mange informanter vektlegger betydningen av at terapeuten «goes beyond the rules»(Topor & Denhov, 2014). Dette sammenfaller med våre funn i kategorien om behandlerens forståelse, der viktigheten av at behandler noen ganger strekker seg litt lenger trekkes frem av flere av våre informanter. Timulaks artikkel over kvalitative

studier over erfaringer med den terapeutiske alliansen sett fra pasientens perspektiv, viser funn som sammenfaller med våre funn. Her ser vi at ekthet og det å vise forståelse for pasienten, sammenfaller med våre kategorier; «å skape en tillitsfull atmosfære» og «om behandlers forståelse». Timulak sine funn peker også på betydningen av å være respektfull og at behandleren innga tillit. Vi finner det samme omtalt i våre funn under kategorien «å skape en tillitsfull atmosfære». I Timulaks artikkel ble terapeutens små nonverbale signal som blikkontakt og smil også presentert som viktige for pasientene (L. K. Timulak, Daragh. , 2017). I våre funn ble noe av dette nevnt under kategorien «å skape en tillitsfull atmosfære», men det ble ikke trukket fram i stor grad. Lawlor et.al viser funn som det at personlige kvaliteter hos terapeuten får betydning for terapiforløpet. Informantene i denne studien trekker fram å oppleve støtte, at terapeuten brydde seg og å bli forstått av terapeuten som viktige (Lawlor et al., 2017). Disse funnene sammenfaller med vår første kategori «om behandlers forståelse», der det viktigste funnet er at det er viktig for informantene at terapeuten bryr seg.

Vi vil påpeke at våre funn er av betydning fordi de bekrefter kunnskap som vi opplever er kjent, men at betydningen av denne kunnskapen ofte ikke fokuseres på når man diskuterer behandlingsprosesser og bedringsprosesser. Vi ønsker et økt fokus på nettopp disse funnene som representerer viktige forhold ved den terapeutiske relasjonen ut ifra pasientenes perspektiv. Pasientene bekrefter at disse funnene påvirker deres bedringsprosess, og ved å gjenta betydningen av våre funn ønsker vi å bidra til at terapeutrollen påvirkes i retning av det som pasientene selv mener er virksom behandling.

Vår studie er i liten grad nyskapende, av den grunn at det ikke er store overraskelser i funnene våre. Det som vi oppdager av funn har vært trukket fram i tidligere forskning og presentert i artikler og fagbøker tidligere.

5.4 Forventede funn, funn vi ikke forventet og studiens begrensninger

Vår studie peker på både forventede funn, og på funn som vi ikke hadde forventet å finne gjennom våre forskningsspørsmål. Vår forforståelse preget vår forventning til hvilke svar vi ville få fra informantene, og noen egenskaper ved den terapeutiske relasjonen som pasientene opplever er viktige for egen bedring var forventede funn. Egenskaper ved den terapeutiske relasjonen som vi forventet og som blir bekreftet gjennom studien er tillit, trygghet, forutsigbarhet og at terapien er et møte som er preget av respekt. At terapeutene evner å være personlige og ikke bare profesjonelle er også et

funn vi hadde forventninger om å finne. Imidlertid er vi overrasket over at samtlige informanter har til dels sterke motforestillinger mot å komme til behandling, og at de opplever at det ofte er omgivelsenes påvirkning som gjør at de oppsøker terapi. Vi forventet at egen motivasjon for behandling var en forutsetning for at pasientene oppsøker terapi, spesielt siden tidligere innleggelse på tvangsparagraf er et eksklusjonskriterium. Et annet funn som overrasker er at informantene i stor grad gir uttrykk for å nærmest idealisere terapeuten, og trekker frem at terapeuten betyr svært mye for dem. At terapeuten bryr seg om pasientene blir også vektlagt av alle pasientene, og det er i tråd med våre forventninger til funnene i studien. Allikevel er vi overrasket over i hvor stor grad betydningen av at terapeuten brydde seg om dem så ut til å ha for informantene. Etter at studien er gjennomført ser vi at enkelte ord i problemstillingen kunne ha vært forklart bedre, eller utdypet i forkant av intervjuene. Noen av informantene fremstår som ubekvemme med enkelte av ordene i problemstillingen og i intervjuguiden. Det er ord som det ikke virket naturlig for dem å bruke i dagligtale. Enkelte spørsmål har besvarelser som vi har forenklet ved å redusere antall ord til det vi oppfatter var meningsinnholdet i svaret. Her ser vi at vi kunne ha forfulgt enkelte tema underveis i intervjuet, «gravd dypere» for å forsøke å få et mer presist eller utfyllende svar. Balansen mellom å få gode svar og å ivareta pasientens behov for å beskytte seg mot for nærgående spørsmål var en etisk balansegang. Vi valgte å gå videre til neste spørsmål dersom vi fanget opp tegn på opplevd ubehag hos informantene våre. Selv om vi tilstrebet en vennlig og trygg atmosfære i intervjuet var vi ukjente for informantene, og ville ikke presse dem for langt dersom de viste tegn til ubehag.

5.5 Videre forskning

Pasienters syn på hvilke forhold ved den terapeutiske relasjonen som påvirker egen bedringsprosess, anser vi som viktige bidrag til å forstå hva som bør vektlegges i terapi. Videre forskning bør gi pasientene mulighet til å kunne gi ytterligere detaljer rundt hva de vektlegger som viktig i relasjon til terapeuten. Forskningen bør være en kvalitativ tilnærming med dybdeintervju for å kunne fange opp pasientenes svar. Våre spørsmål var tilnærmet sammenfallende i utforming for å best mulig kunne fange opp nyanser i svarene. Informantene gir til dels noen generelle beskrivelser, og en mer dyptgående intervjustil kan gi mer presise svar vedrørende nettopp hvilke forhold pasientene trekker frem som viktige, og hvorfor nettopp disse forholdene er viktige. Vi synes også det ville

vært interessant å se på variabler som terapeutens kjønn, profesjon og erfaring for å se om dette hadde betydning for informantenes respons.

6.0 Konklusjon

Studien vår peker på forhold ved den terapeutiske relasjonen som pasientene opplever som viktige for egne bedringsprosesser. I hovedsak er en opplevelse av at terapeuten bryr seg om pasientene, at de føler seg bekreftet, respektert og akseptert viktig for alle våre informanter. Betydningen av å føle seg litt spesiell var også viktig. Våre funn sammenfaller i stor grad med tidligere forskning og med egne erfaringer for hva pasientene betoner som viktig i den terapeutiske relasjonen. Et større fokus på pasienters opplevelser med terapi, hva som er nyttig og hva som bidrar til bedring er viktige elementer for å utvikle bedre metoder og fremme gode terapeutegenskaper. Terapeuters budskap bør være at det er pasientens opplevelse som er avgjørende, og at terapeuten er innstilt på å tilpasse behandlingen etter pasientens behov. En økt bevissthet rundt disse faktorene som faktisk fremmer pasientenes bedringsprosesser, vil bidra til et bedre behandlingstilbud innenfor psykisk helsevern.

Litteraturliste

- Abrahamsen, G., & Amstrup Kristensen, K. (1999). *Det nødvendige samspil*. København: Hans Reitzel.
- 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. doi:10.1002/jclp.22525
- Bachelor, A. (1995). Clients' perception of the therapeutic alliance: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology, 42*(3), 323-337. doi:10.1037/0022-0167.42.3.323
- Banerjee, P., & Basu, J. (2016). Therapeutic relationship as a change agent in psychotherapy: an interpretative phenomenological analysis. *The Journal of Humanistic Psychology, 56*(2), 171-193.
- Bedi, R. P., Davis, M. D., Williams, M., & Gelso, C. J. (2005). CRITICAL INCIDENTS IN THE FORMATION OF THE THERAPEUTIC ALLIANCE FROM THE CLIENT'S PERSPECTIVE. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*(3), 311-323. doi:10.1037/0033-3204.42.3.311
- Bion, W. (1984). *Transformations*. In Karnac classics.
- Biran, H. (2015). *The courage of simplicity : essential ideas in the work of W.R. Bion*. In The New International Library of Group Analysis.
- Borg, M., & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health, 13*(5), 493-505. doi:10.1080/09638230400006809
- Borg, M., & Topor, A. (2007). *Virksomme relasjoner : om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser* (2. rev. utg. ed.). Oslo: Kommuneforl.
- Borg, M., & Topor, A. (2014). *Virksomme relasjoner : om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser* (3. rev. utg. ed.). Oslo: Kommuneforl.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss : 1 : Attachment* (2nd ed. ed. Vol. 1). London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base : clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bowlby, J. (2005). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Routledge.
- Bowlby, J. (2012). *A Secure Base* ([New ed.]. ed.): United Kingdom: Routledge Ltd.
- Bufetat. (2011). Oslo.

- Chan, S. (2007). Commentary on Schröder A, Ahlström G & Larsson BW (2006) Patients' perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. *Journal of Clinical Nursing* 15, 93–102. *Journal of Clinical Nursing*, 16(9), 1782-1783. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01625.x
- Davila, J., & Levy, K. N. (2006). Introduction to the special section on attachment theory and psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 989-993. doi:10.1037/0022-006X.74.6.989
- De Nasjonale forskningsetiske, k. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. In.
- Gabbard, G. O., & Wilkinson, S. M. (1996). *Borderline-behandling og modoverføring*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Gelso, C. (2013). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice. *Psychotherapy Research*, 1-15. doi:10.1080/10503307.2013.845920
- Gold, J. (2011). Attachment theory and psychotherapy integration: An introduction and review of the literature. *Journal of Psychotherapy Integration*, 21(3), 221-231. doi:10.1037/a0025490
- Goldberg, S. (1993). Early attachment: a passing fancy or a long term affair? *Canadian Psychology*, 34(3), 307-314. doi:10.1037/h0078836
- Helsebiblioteket. <http://www.helsebiblioteket.no.ezproxy.uis.no/221818.cms>.
- Johannessen, L. B. (2012). WMA reviderer Helsinkideklarasjonen. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 132(22), 2573.
- Kennair, L. E. O., & Hagen, R. (2014). *Psykoterapi : tilnærminger og metoder*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lawlor, C., Sharma, B., Khondoker, M., Peters, E., Kuipers, E., & Johns, L. (2017). Service user satisfaction with cognitive behavioural therapy for psychosis: Associations with therapy outcomes and perceptions of the therapist. *British Journal of Clinical Psychology*, 56(1), 84-102. doi:10.1111/bjc.12122
- lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>.
- Malt, U. F. (2012). *Lærebok i psykiatri* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2017a). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017b). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Moe, V. (1994). Det affektive samspillet:betydningen av det tidlige affektive samspillet for barnets selvutvikling. *Skriftserie; Aline Spedbarnssenter*.

- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 127. doi:10.1002/jclp.20764
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/#KAPITTEL_1, (1999).
- Ruyter, K. W., Førde, R., & Solbakk, J. H. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Solberg, P. O. (2016). Forskerblikk på pakkeforløpet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 53, 6, 7.
- Thagaard, T. (2016). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Thorgaard, L., Haga, E., Psykiatrisk opplysning, S., & Psykiatrisk, o. (2014). *Gode relationsbehandlere og god miljøterapi* (3. utg. ed. Vol. B. 1). Stavanger: Hertervig forl.
- Tidefors, I., & Olin, E. (2011). A need for “good eyes”: Experiences told by patients diagnosed with psychosis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 6(1). doi:10.3402/qhw.v6i1.5243
- Timulak, L., & Keogh, D. (2017). The client's perspective on (experiences of) psychotherapy: A practice friendly review. *Journal of Clinical Psychology*, 73(11), 1556-1567. doi:10.1002/jclp.22532
- Timulak, L. K., Daragh. . (2017). The client's perspective on (experiences of) psychotherapy: A practice friendly review. . *Journal of Clinical Psychology*. , pp. 1556-1567., 73.
- Topor, A., & Denhov, A. (2014). Going beyond: Users’ experiences of helping professionals. *Psychosis*, 1-9. doi:10.1080/17522439.2014.956784
- Wennerberg, T., & Arneberg, T. J. (2011). *Vi er våre relasjoner*. Oslo: Arneberg.