

Forord

Hvorfor en hovedoppgave i psykologi om hund? Personlig interesse og erfaring med hundehold, samt nysgjerrighet omkring et gryende fagfelt som dyreassistert terapi utgjør, er bakgrunnen for denne oppgaven. Den gleden vi opplever i samvær med våre egne hunder og de positive bidrag de yter til våre liv, får oss til å stille spørsmålene: Er dette noe våre fremtidige pasienter kan ha glede av? Kan tassende terapi bedre effekten av psykologisk behandling slik den fremstår i dag?

I et slik samarbeidsprosjekt som denne oppgaven, kreves det en redegjørelse for hvem som har bidratt med hva. Dette fremstår som en stor utfordring da det helhetlige produktet i aller høyeste grad er et arbeid utført i felleskap. Hypoteser, eksempler og resonnementer er resultat av nært samarbeid og diskusjon. Når det gjelder det teoretiske fundamentet har Silje hatt hovedansvaret for temaet dyreassistert terapi, mens Julie har arbeidet med det teoretiske grunnlaget i forhold til skjemafokusert kognitiv terapi og forståelsen av borderline personlighetsforstyrrelse som diagnose.

Vi vil rette en spesiell takk til Tore Stiles for kyndig og inspirerende veiledning. Ved å tro på ideen om å inkludere hunden i psykoterapeutisk behandling har han gitt oss muligheten til å skrive en hovedoppgave om de to temaene vi brenner mest for, psykologi og hund.

Innledningsvis i en oppgave ved tittelen Tassende terapi kan vi heller ikke unnlate å rette takk og hengiven beundring til våre egne firbente venner. Takk til Fantus og Loba for livlig, engasjerende, morsom og inspirerende adspredning, og kjærlig støtte gjennom hele studieforløpet.

Sammendrag

Personlighetsforstyrrelser blir ansett som utfordrende og tidkrevende å behandle. Med tanke på behandling har Young og medarbeidere (2003) gjort seg bemerket med utformingen av skjemafokusert kognitiv terapi (SFKT), hvor lidelsen borderline personlighetsforstyrrelse (BPF) har fått særlig oppmerksomhet. Områder som anses som spesielt utfordrende i arbeidet med denne pasientgruppen gjelder motivasjon, alliansebygging og behandling av traumatiske minner.

I den følgende oppgaven har vi forsøkt å beskrive hvordan disse utfordringene kan møtes gjennom dyreassistert terapi (DAT). Dette med tanke om å virke motiverende for terapi, bistå alliansebygging og fasilitere den terapeutiske prosessen, noe forskning har antydnet at DAT kan bidra med. Det DAT ser ut til å kunne tilby overlapper i stor grad med flere av de utfordringene en terapeut står overfor i behandlingen av pasienter med BPF.

Av de ulike dyreartene er det hunden som fremstår som best egnet i sin hengivenhet og i at den er mottagelig for opplæring. I oppgaven gjøres det rede for på hvilken måte en kan bruke hund i anvendelsen av DAT med tanke om å forbedre effekten av SFKT i behandlingen av BPF. Områdene som beskrives nærmere er; motivasjonsbygging, terapeutisk allianse, samt spesifikt behandlingen av skjemaene emosjonell deprivasjon og mistillit/misbruk.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	I
Sammendrag.....	II
Innholdsfortegnelse.....	III
Tabeller.....	V
1.0 Innledning.....	1
1.1 Oppgavens oppbygging.....	11
2.0 Teoretisk fundament.....	12
2.1 Hva er skjemafokusert kognitiv terapi?.....	12
2.1.1 Målgruppe.....	13
2.1.2 Grunnleggende antagelser.....	13
2.1.3 Tidlige maladaptive skjema.....	14
2.1.4 Terapien.....	15
2.1.5 Motivasjon.....	16
2.1.6 Terapeutisk allianse.....	16
2.1.7 De terapeutiske fasene.....	18
2.1.8 Modusarbeid.....	19
2.2 Hva er borderline personlighetsforstyrrelse?.....	21
2.2.1 ICD 10.....	21
2.2.2 DSM- IV.....	22
2.3 Skjemateoretisk forståelse av BPF.....	23
2.3.1 Terapeutisk allianse i arbeidet med pasienter diagnostisert med BPF.....	27
2.3.2 Behandlingsforløp med borderline pasienter.....	29
2.4 Hva er dyreassistert terapi (DAT)?.....	33
2.4.1 Hva er en terapihund?.....	34
2.5 Hunden som alliansebygger.....	36
2.5.1 Motivasjon.....	37
2.5.2 Fremmer kontakt og relasjonsdannelse.....	37
2.5.3 Normaliserer og skaper trygghet i terapissettingen:.....	38
2.5.4 Fysiologiske fordeler.....	39
2.6 Hunden som katalysator for den terapeutiske prosessen.....	41
2.6.1 Virkelighet på en trygg psykologisk distanse.....	41
2.6.2 Selvfølelse.....	42

2.6.3	Hunden som en tilknytningsfigur og transaksjonsobjekt.....	42
2.6.4	Sosial kognisjon/Utvikling av adaptive representasjoner og strategier.....	43
2.6.5	Kontrollbehov.....	45
2.6.6	Nærhet og berøring.....	45
2.7	Hvorfor hund?	45
3.0	Diskusjon.....	47
3.1	Motivasjon og terapeutisk allianse	48
3.2	Emosjonell deprivasjon	63
3.2.1	Den terapeutiske alliansen.....	64
3.2.2	Kognitive strategier	68
3.2.3	Forestillingsarbeid	70
3.2.5	Atferdsendring.....	74
3.4	Mistillit/misbruk.....	76
3.4.1	Den terapeutiske alliansen.....	77
3.4.2	Kognitive strategier	77
3.4.3	Forestillingsarbeid.....	79
3.5	Forskningsdesign.....	82
3.6	Begrensninger ved bruk av hund i DAT.....	83
3.7	Kritiske kommentarer.....	86
4.0	Konklusjon	89
	Referanser.....	92

Tabeller

Tabell 1: De 18 TMS fordelt på fem domener (Young et al., 2003)	14
Tabell 2 Oppsummering av de fire moduskategoriene (Young et al., 2003)	20
Tabell 3 DSM-IV kriterier for BPF (APA, 2000)	22
Tabell 4 Behandlingsstrategier for mistillit/misbruk og emosjonell deprivasjon (Young et al., 2003)	25
Tabell 5 BPF- moduser (Young et al., 2003)	26
Tabell 6 Kvaliteter ved terapeutisk allianse, terapeutiske teknikker og tematisk fokus i arbeidet med de ulike modusene, samt risikoen terapeuten løper ved behandling av den enkelte modus (Young et al., 2003).....	32
Tabell 7 Ønskede kvaliteter i temperament og atferd hos terapihund (Chandler, 2005).....	35

1.0 Innledning

Personlighet kan beskrives som individets egenartede og kompliserte mønster av grunnleggende og vedvarende psykologiske egenskaper. Disse mønstrene omfatter sansning, tenkning, emosjoner og handling og utgjør våre personlighetstrekk. Personlighetsforstyrrelser omhandler variasjoner i disse trekkene som avviker så sterkt fra den statistiske normalen at de er å betrakte som patologiske (Malt, Reterstøl, & Dahl, 2003). I de mest anvendte diagnostiske verktøyene for psykiske lidelser (American Psychiatric Association, 2000 [DSM IV]; World Health Organization, 2000 [ICD 10]) beskrives personlighetsforstyrrelser med en rekke generelle kjennetegn. Dette omfatter svært godt etablerte og maladaptive trekk knyttet til sansning, tenkning, emosjonalitet og handlingsmønstre som viser seg så tidlig som barne- og ungdomsalder. Individene er preget av atferdsmessig rigiditet og har ofte lavt funksjonsnivå over et bredt felt av både private og sosiale situasjoner.

Personlighetsforstyrrelser er også ofte preget av jegsyntone trekk som personen selv ikke er seg bevisst. Pasienter med slike forstyrrelser kan ofte benekte disse trekkene som fremstår som tydelige for omgivelsene. Dette medfører også at de ofte ikke søker hjelp for sin personlighetsforstyrrelse, men for komorbide tilstander som angst, depresjon eller selvskading. Det at kjernetrekkene ved lidelsene er jegsyntone, medfører at personlighetsforstyrrelsers tilgjengelighet for psykoterapi reduseres (Malt et al., 2003).

Borderline personlighetsforstyrrelse (BPF) er en av personlighetsforstyrrelsene man møter hyppigst både i polikliniske settinger og blant inneliggende pasienter (Maier, Lichtermann, Klingler, Heun & Hallmayer, 1992; Moldin, Rice, Erlenmeyer-Kimling & Squires- Wheeler 1994). Siden APAs publikasjon i 2001 av retningslinjer for behandling av pasienter med BPF, har det blitt publisert flere studier av BPF enn for noen av de andre

personlighetsforstyrrelsene (Oldham, 2005). Prevalensen på denne typen personlighetsforstyrrelse antas å ligge på mellom 1- (Samuels et al., 2002; Torgersen, Kringlen, & Cramer, 2001) og 4 % (Kernberg & Michels, 2009) i den generelle populasjonen. I kliniske populasjoner er prevalensen mellom 15- (Widiger & Weissman 1991) og 20 % (Kernberg & Michels, 2009; APA, 2000). Blant pasienter med personlighetsforstyrrelser, forekommer BPF i 50 % av tilfellene (Widiger & Weissman, 1991; APA, 2000). Det er også betydelig morbiditet knyttet til denne lidelsen, da suicidal atferd er en av faktorene som kan bidra til å komplisere behandlingen (Malt et al., 2003; Paris, 2005). Suicidrisikoen for den kliniske gruppen estimeres til omkring 10 % (Paris, 1993).

Lidelsen kjennetegnes ved en kronisk ustabilitet i forhold til identitet, emosjonalitet, atferd og mellommenneskelige relasjoner (Malt et al., 2003; Giesen Bloo et al., 2006; Paris 2005). Med utgangspunkt i ICD-10 (WHO, 2000) beskrives BPF som kjennetegnet av en klar tendens til å handle impulsivt, uten å tenke på konsekvensene. Stemningsleiet er uforutsigbart og svingende, med en tendens til sterke følelsesutbrudd og manglende evne til å kontrollere eksplosiv atferd. Disse pasientene er ofte spesielt sårbare for kritikk og avvisning og kan ha en tendens til kranglete oppførsel og konfliktsøkende atferd. I tillegg til emosjonell ustabilitet og manglende impuls kontroll, kjennetegnes BPF av forstyrrelser i selvbylde, mål, indre verdier, kronisk tomhetsfølelse og intense og ustabile mellommenneskelige forhold. I tillegg forekommer det en tendens til selvdestruktiv atferd, i form av selvskading og selvmordshandlinger og -forsøk (Malt et al., 2003). Denne pasientgruppen har også ofte opplevd traumatiske hendelser i barndommen, som omsorgssvikt og overgrep (Malt et al., 2003; Ogata et al., 1990). I en studie hvor pasienter med BPF, pasienter med borderline-symptomer og pasienter med nærliggende diagnoser ble intervjuet om sine barndomstraumer,

rapporterte signifikant flere av BPF-gruppen traumer som seksuelt og fysisk misbruk, eller det å ha vært vitne til alvorlig vold i hjemmet (Herman, Perry & van der Kolk, 1989.)

BPF er nesten alltid komorbid (Zimmermann & Coryell, 1990), der særlig akse 1 lidelser er fremtredende (Swartz, Blazer & Winfield, 1990). De vanligste komorbide tilstandene er generalisert angstlidelse (56,4 %), spesifikk fobi (41,1 %) og depresjon alvorlig grad (40,7 %) (Swartz et al. 1990). I tillegg finner man ofte stoff- og alkoholmisbruk, spiseforstyrrelser og andre personlighetsforstyrrelser, som regel av dramatiserende og schizotyp natur (Malt et al., 2003).

Behandling av BPF anses å være en terapeutisk utfordring (Paris, 2005). I definisjonen av personlighetsforstyrrelser vektlegges rigiditeten av lidelsen og BPF har tradisjonelt blitt ansett for å være en av de vanskeligste psykiatriske lidelsene å behandle med psykoterapi (Kellogg & Young, 2006). Psykisk helsepersonell kan ofte ha et negativt syn på pasienter med BPF og å omtale dem i nedsettende termer. Dette skyldes at disse pasientene ofte oppfattes som manipulerende og egoistiske. Det kan også være en utfordring for terapeuter å få pasienter med BPF til å gjennomføre terapien tilstrekkelig, da mange av disse pasientene avslutter terapien prematurt (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Det er ingen behandling som gir god effekt med tanke på alle vanskene pasienter med BPF opplever; affektive vansker, identitetsforstyrrelser og vansker med mellommenneskelige relasjoner (APA, 2000). Psykoterapi sammen med symptomrettet farmakologisk behandling anses dog for å være kjernebehandlingsformen for denne lidelsen. Det har vært fremskritt med

tanke på behandling, og flere studier viser at det er flere terapiformer som har gode resultater med behandling av BPF (Oldham, 2005).

Dialektisk atferdsterapi (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004; Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon & Heard, 1991; Linehan, Heard & Armstrong, 1993; Linehan et al., 1999; Verheul et al., 2003) og psykoanalytisk orienterte behandlinger (Bateman & Fonagy, 1999; 2001) har til en viss grad vist seg effektiv i behandlingen av BPF. Dette har vist seg gjennom god behandlingsretensjon og redusert antall suicidforsøk, selvskading og innleggelse. Det har óg vært fremskritt når det kommer til kognitive terapiformer for BPF (Beck, Freeman, & Associates, 1990; Freeman & Fusco, 2003; Layden, Newman, Freeman & Byers Morse, 1993), og den kanskje mest lovende terapiformen for BPF er den skjemafokuserte kognitive terapien (SFKT) (Young, 1996; Young et al., 2003).

SFKT er en utvidelse av den kognitive terapiformen i at den har et mer eklektisk ståsted ved å inkludere flere teoretiske tilnærminger til en enhetlig teori (Young, 1996; Young et al., 2003). Forståelsen av BPF i denne terapiformen legger vekt på de tidlig maladaptive skjema (TMS) og skjemamodus pasienten har, som blir grunnleggende for pasientens forståelse av seg selv, sine omgivelser og sine medmennesker. TMS og skjemamodus viser seg konsistent å være assosiert med personlighetsforstyrrelser (Arntz, Klokman, & Sieswerda, 2005; Jovev & Jackson, 2004; Lobbestael, Arntz & Sieswerda, 2005; Rijkeboer, van der Bergh, & van den Bout, 2005), og målene på TMS viser seg å være sensitive for denne typen problematikk (Cecero, Nelson & Gillie, 2004). Gjennom etablering av en solid terapeutisk allianse, terapeutens rolle som en avgrenset foreldrefigur for pasienten (eng. limited reparenting) og empatisk konfrontasjon, vektlegges pasientens emosjonelle og relasjonelle vansker. Ved hjelp

av eksperimentelle teknikker aktualiseres og bearbeides pasientens barndomserfaringer som har bidratt til etableringen av TMS. Ved å introdusere pasienten for ulike skjemamodus, (det forlatte barnet, det sinte barnet, den straffende forelderen og den frakoblede beskytteren) og arbeide med disse i eksperimentelle og atferdsmodulerende former, lærer pasienten å håndtere sine emosjoner overfor andre på en bedre måte. Målet er å aktivere en sterkere og mer dominant sunn voksenmodus (Young, et al., 2003).

Per i dag ser det fremdeles ut til at det mangler randomiserte kontrollerte studier, med tilstrekkelige utvalgsstørrelser som kan bekrefte denne gode effekten, men kasusstudier viser lovende resultater for denne formen for behandling av BPF (Nordahl & Nysæter, 2005). Det finnes noen studier hvor effekten av SFKT sammenlignes med overføringsfokusert psykoterapi (OFP) (Giesen-Bloo, et al., 2006; Spinhoven, Giesen-Bloo, van Dyck, Kooiman, & Arntz, 2007). Giesen-Bloo et al. (2006) sammenlignet SFKT med OFP, som er psykodynamisk basert. Pasientene ble vurdert før randomisering, samt hver tredje måned i de påfølgende tre år. Resultatene viste at tre år med både SFKT og OFP var effektive for å redusere lidelsesspesifikke og generelle psykopatologiske dysfunksjoner ved BPF, og for å forbedre grad av livskvalitet. SFKT viste seg likevel å være mer effektiv enn OFP for alle målene.

Det foreligger likevel ingen klare retningslinjer for hva som er den beste behandlingsformen for denne typen lidelse (Roth & Fonagy, 2006). Det belyses også at de behandlingsformene som er godt egnet for behandling av BPF er ressurskrevende og ikke nødvendigvis tilgjengelig for alle pasienter. I praksis har derfor terapien en tendens til å fremstå som støttende og av praktisk art (Gunderson, 2003). Terapi med BPF-pasienter er en

langtidsprosess. Å utvikle og opprettholde en god terapeutisk allianse i løpet av det første året med terapi, anses som en forutsetning for videre intensiv langtidsbehandling på tvers av psykoterapeutiske orienteringer (Beck et al., 1990; Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 1999). Det tar gjerne 2-3 år eller mer med behandling for at tilstrekkelig endring skal finne sted. Faktisk slutter mange i denne pasientgruppen aldri helt å gå i behandling og oppsøker ofte terapeuten på et senere tidspunkt etter avsluttet terapi (Young et al., 2003).

Oppsummert ser vi at SFKT er en av de psykoterapeutiske tilnærmingene som har vist seg effektiv i behandlingen av BPF. Lidelsen er likevel en utfordring for mange terapeuter og påfører samfunnet betydelige kostnader grunnet blant annet langvarig behandling, innleggelse og annen kontakt med helsevesenet. Selv om SFKT anses å ha effekt med sine terapeutiske virkemidler, bør ikke det utgjøre en hvilepute for å slippe å se seg om etter andre virkemidler som denne pasientgruppen kan profitere på, som kan hjelpe terapeuter i sitt arbeid og begrense økonomisk omfang. Det er derfor viktig å søke og utforske om det finnes andre virkemidler som kan være med å gjøre en metode, som SFKT, ytterligere effektiv.

Stadig oftere møter man på artikler i ulike ukeblad som tar for seg hvordan nærvær og samvær med dyr kan ha innvirkning på menneskers fysiske og psykiske helse (Andreassen & Stenvold, 2010; Hægeland, 2010; Sandal & Hægeland, 2010; Vassnes, 2010). Et eksempel er i ukebladet Allers, hvor samvær med dyr blant annet beskrives slik:

Når mennesker er i nærkontakt med dyr, skilles det ut et hormon som heter oksytocin.

Det påvirker sinnstilstanden til mennesker. Pulsen blir lavere og blodtrykket senkes,

samtidig føler en seg tryggere og lykkeligere. Det kan blant annet brukes ved psykologisk behandling av både barn og voksne med depresjon og angst. Nærheten til hund bidrar til avslapping og mestringsfølelse (Vassnes, 2010, s. 7).

Dette eksemplet er hentet fra et allmennpopulært magasin, og fremstår som en skildring av hvordan dyr påvirker mennesket i positiv retning og foreslår via hvilke mekanismer denne påvirkningen foregår. Skildringen går ikke i detalj når det kommer til den praktiske gjennomføringen av slike intervensjoner. Hvorvidt en slik allmennpopulær referanse hører hjemme i en psykologisk hovedfagsoppgave kan det stilles spørsmål ved, men det er ikke bare innen allmennpopulære magasiner det refereres til bruk av dyr som terapeutisk virkemiddel. Antallet av vitenskaplige artikler har økt betraktelig de siste årene (Barker, Knisely, McCain, Schubert, & Pandurangi, 2010; Friesen, 2010; Hoffmann et al., 2009), nettopp i forsøk på å utforske hvilken betydning innlemmelsen av dyr kan ha i terapeutiske tilnærminger.

Det å trekke dyr inn i psykoterapi benevnes som dyreassistert terapi (DAT) (Fine, 2006). I fokuset på dyrs positive effekt på menneskers psykiske helse, opplever man relativt sjelden å kunne lese om hvordan psykoterapeuter nytter seg av dyr i individuell psykoterapeutisk behandling. Om en gjør det, vil det kanskje vekke tanker om at et dyr i terapirommet vil kunne virke forstyrrende. Hva med allergi? Hva med dem som ikke liker dyr? Hvilke dyrearter er mest anvendelige? Hvorfor er det nødvendig å bringe dette dyret inn i det terapeutiske rommet? Vil en ikke kunne oppnå samme resultat uten dyrets tilstedeværelse? Og ikke minst, hva er egentlig dyreassistert terapi?

Betydningen av bruk av dyr som en del av intervensjonen i arbeid innen psykisk helse, har vært kjent siden slutten av 1700-tallet, men systematisk forskning har først på 1990-tallet begynt å bli tilfredsstillende (Braatad, 2006). Barnepsykologen Boris Levinson er den som ansees som grunnleggeren av dyreassistert terapi, og han mente at vi har behov for dyr som allierte, for å bekrefte våre indre selv. I selve terapissettingen var Levinson opptatt av hvordan dyrene kan regulere det emosjonelle klimaet, fungere som en katalysator, og dermed hjelpe barnet med å gjøre større fremgang i den kliniske settingen (Fine, 2006).

The Delta Society er en av de største organisasjonene som er ansvarlig for sertifisering av terapidyr i USA. De har vektlagt at når bruk av dyr i behandling kalles terapi, skal det innebære en målorientert intervensjon hvor dyret oppfyller spesifikke kriterier som ses som betydelige for behandlingsprosessen, og hvor fremgang kan måles. Det betyr ikke at dyret i seg selv fungerer som en terapeut, men at dyret aktivt benyttes som et verktøy av helsepersonell med spesialisert ekspertise (Fine, 2006).

Parish-Plass (2008) beskriver i sin artikkel en rekke områder hvor dyr kan utgjøre en forskjell når de trekkes inn i en avgrenset terapeutisk situasjon, hvilket inkluderer en terapeut, en pasient og ett eller flere dyr. Hun setter lys på DAT sine unike kvaliteter som katalysator for terapiprosessen og hvordan DAT kan bistå måloppnåelse i utøvelsen av psykoterapi. Som andre terapeutiske verktøy, vil DAT være bedre egnet for enkelte pasienter fremfor andre. En høyt fungerende pasient, som utviser relativt liten motstand mot den terapeutiske prosessen, vil muligens ha lite utbytte av DAT og terapiens utfall vil bli det samme, uavhengig av tilstedeværelsen av et terapidyr. DAT er i stedet ansett som spesielt nyttig i arbeidet med pasienter som er motløse, demotiverte, tilbakeholdne, avvisende, utviser dårlig selvinnsikt,

mangler sosiale ferdigheter og utviser relasjonsvansker. DAT kan blant annet bidra til motivasjon, oppmuntring og inspirasjon (Chandler, 2005).

Ut i fra områdene nevnt ovenfor, der DAT anses å kunne bidra i psykoterapi, ser en at dette bidraget i stor grad overlapper med de behovene pasienter med BPF utviser i møte med psykoterapi. Individene innen denne målgruppen har ofte opplevd misbruk, overgrep og har med seg traumer fra barndommen. De har derfor ofte vansker med tillit, vil kunne være unnvikende i terapien og mangle motivasjon for terapi fordi de ikke har tro på at endring er mulig. På dette området antas DAT å kunne møte disse pasientene ved at et dyr kan fasilitere trygghet og terapeutisk allianse.

DAT tenkes ikke bare å kunne bidra til opprettelsen av kontakt og allianse, men òg fasilitere under den terapeutiske prosessen. Pasienter i denne målgruppen har nesten alltid erfaring med usikker tilknytning til omsorgsgivere i barndommen, noe som preger deres voksne liv med vansker i mellommenneskelige relasjoner. Disse pasientene er ofte svært orientert mot hva andre vil og ønsker av dem, og opplever liten kontroll over seg selv, egne ønsker og situasjon (Young et al., 2003). Erfaringer med misbruk gjør at mange av pasientene opplever utfordringer i forhold til intimitet og kan være i en traumeutløst fysiologisk hyperaktivering (Herman, 1997). Dyrets nærvær kan bidra til å senke pasientens aktivering og møte dens utfordringer i forhold til berøring.

Hund er den vanligste dyrearten å bruke ved DAT (Chandler, 2005). Hunder er svært samarbeidsvillig overfor mennesker, i tillegg er de ofte meget hengivne, er tydelige og direkte

i sin kommunikasjon. Derfor er hunden et naturlig valg av dyreart i arbeidet med BPF-pasienter, med tanke på disse pasientenes frykt for avvisning og behov for omsorg.

Sammenliknet med en hund, vil en katt oftere kunne oppfattes avvisende, fordi den ikke er like opptatt av å tilfredsstille mennesker. På samme måte er det begrenset hva eksempelvis marsvin evner å vise av omsorg, ettersom denne formen for mellomartslig atferd ikke er like vanlig for dem.

Begrepet dyreassistert terapi viser til at dyret assisterer i en terapi. Tilbudet om DAT må være psykologisk forankret og gis innenfor en psykologisk forståelsesramme. Young et al. (2003) sin SFKT er utviklet for behandlingsresistente pasienter, som ofte mangler motivasjon for behandling. I den sammenheng har BPF fått mye oppmerksomhet. Vi ønsker derfor å vise hvordan DAT kan innlemmes som et virkemiddel i SFKT og fasilitere behandlingen av BPF. Med dette ønsker vi å utarbeide en mer konkret forståelsesramme for hvordan DAT kan anvendes med utgangspunkt i en gitt psykoterapeutisk tilnærming overfor en gitt psykisk lidelse, og dermed gi et utgangspunkt for videre vitenskaplige studier.

Vår problemstilling blir da som følger:

Hvordan kan innlemmelse av dyreassistert terapi med hund, forsterke eller forbedre effekten av skjemafokusert kognitiv terapi for borderline personlighetsforstyrrelse?

Vi søker å belyse via hvilke mekanismer den terapeutiske effekten kan forsterkes ved hjelp av en terapihund. Det vil være naturlig å diskutere utdypende hva en hund kan bidra med i

terapirommet, som kvalitativt skiller seg fra det terapeuten kan bidra med. Videre er det sentralt å diskutere hvorvidt det utbyttet pasienten får av interaksjon med terapihunden er overførbart til mellommenneskelige relasjoner. Vår hypotese er at hunden i kraft av sin væremåte og sin holdning til mennesker kan bidra til å øke behandlingsutbyttet for pasienter med behandlingsresistente lidelser. Vi ser for oss at hunden i størst grad kan påvirke følgende områder av terapiforløpet; som motivator til deltagelse i terapien, bygging av allianse mellom terapeut og pasient, som emosjonelt påfyll for pasienter som i stor grad har opplevd emosjonell deprivasjon og bearbeide misbruk/mistillitsskjema

1.1 Oppgavens oppbygging

Innledningsvis har vi kort skissert hva som kjennetegner BPF og SFKT. Vi har også kort vært inne på hvilke områder DAT er tenkt å kunne ha en effekt på. I det følgende vil vi mer uttømmende gå inn på disse tre teoretiske områdene. Først vil vi beskrive de terapeutiske rammene for SFKT. Dette for å lage et fundament for det terapiforløpet vi ser for oss, og den forståelse av BPF som er grunnlaget for vår fremstilling. Deretter vil vi skissere de diagnostiske kriteriene for BPF, for så å gå nærmere inn på den forståelsen av BPF som presenteres i SFKT. Denne forståelsen danner grunnlaget for de intervensjoner innenfor DAT vi tror kan være nyttige for å fasilitere behandlingen og bedre utfallet for denne pasientgruppen. Den siste teoretiske delen av oppgaven er en utdypning av DAT sine antatte virkningsområder.

I diskusjonsdelen vil problemstillingen belyses i sammenheng med den presenterte teorien og vi vil forsøke å foreslå hvordan DAT kan være et nyttig verktøy i arbeidet med pasienter med BPF. Det vil også være nødvendig å diskutere de spesifikke begrensningene og utfordringene

terapeuten kan anta å møte i et slikt arbeid. Avslutningsvis vil vi oppsummere diskusjonen og forsøke å peke ut veien videre for dyreassistert terapi på dette feltet. Her vil vi forsøke å vise hvilke områder som må forskes på for å kunne gjøre dyreassistert praksis til en del av et godt behandlingstilbud for denne gruppen pasienter.

2.0 Teoretisk fundament

2.1 Hva er skjemafokusert kognitiv terapi?

Vår forståelse av SFKT er i hovedsak basert på den form som presenteres i behandlingsmanualen *Schema Therapy. A practitioners guide* (Young et al., 2003).

Presentasjonen tar sikte på å etablere det vi anser for rammeverket for innlemmelse av DAT i et terapiforløp med BPF-pasienter. Det er spesielt i lys av tre aspekter ved denne terapiformen vi ser potensial for innlemmelse av DAT; det å skape motivasjon for endring er et av de terapeutiske målene, terapiens store fokus på terapeutisk allianse som en viktig forutsetning og arbeidsverktøy, og tanken om påfyllsterapi i form av at terapeuten søker å tildels fylle noen av de behovene pasienten har på det emosjonelle plan.

SFKT er utviklet som en utvidelse og videreutvikling av kognitiv terapi. Terapiformen er tuftet på aspekter fra blant annet kognitiv atferdsterapi, gestalt-, og tilknytningsteori, samt psykoanalytisk terapi. SFKT har hentet bestemte elementer fra ulike teoretiske retninger og anvender disse målrettet ut i fra en grunnleggende forståelse av psykiske vansker. Dette er basert på antagelsen om at vi alle navigerer i verden med utgangspunkt i de skjemaene vi organiserer verden i (Young et al., 2003).

2.1.1 Målgruppe

Pasienter som tradisjonelt ikke har like stort utbytte av kognitiv terapi er ofte de med kroniske lidelser og personlighetsproblematikk. Målgruppen for SFKT er altså de behandlingsresistente pasientene. Kjennetegn ved disse pasientene er ofte underliggende personlighetsproblematikk som manifesteres som vage symptomer på akse 1-lidelser. SFKT legger vekt på å etablere en terapeutisk allianse og skape motivasjon for endring, ved å ta tak i underliggende negative skjema som preger individets forståelse av sin verden (Young et al., 2003).

2.1.2 Grunnleggende antagelser

En viktig antagelse innenfor SFKT er at menneskets erfaringer tidlig i livet er med på å forme hvordan vi opplever og forstår verden. Rammene for disse tidlige erfaringene ligger i det som kalles for skjema. Dette kan forstås som kognitive planer som bidrar til å hjelpe mennesket med å organisere sin erfaring, forstå sine omgivelser og skape konsistens i en flytende verden. Skjema kan videre defineres som vide mønster bestående av minner, emosjoner, kognisjoner og kroppslige responser. Atferd forstås som en konsekvens av de skjema som aktiveres hos individet. Alle mennesker har et repertoar av skjema som de veksler mer eller mindre fleksibelt mellom i sin interaksjon med verden. Det finnes både sunne og usunne skjema. For SFKT er det en spesiell type skjema som er sentrale, nemlig de som er utviklet basert på tidlige ubehagelige erfaringer. Slike skjema benevnes som tidlig maladaptive skjema (TMS), og antas å ligge til grunn for personlighetsforstyrrelser, mildere personlighetsproblematikk og kroniske psykiske lidelser. Det som kjennetegner pasienter med overnevnte problematikk, er at de er svært lite fleksible i sin skjemaaktivering, TMS aktiveres svært hyppig og preger livet til pasienten i stor grad (Young et al., 2003).

2.1.3 Tidlige maladaptive skjema

TMS antas å være utviklet i løpet av barndom og ungdomstid. Innholdet i disse skjemaene handler om hvordan individet ser seg selv i verden og i relasjon til andre. I følge skjemateori så er det i hovedsak tre aspekter som ligger til grunn for disse skjemaene; barnets temperament, oppfyllelse av grunnleggende emosjonelle behov i barndommen og eksponering for traumatiske hendelser som overgrep eller omsorgssvikt. Gjennom livet utvikler disse skjemaene seg og utvides til å gjelde individets forståelse og opplevelse av de fleste situasjoner. Pasienten opplever disse skjemaene som grunnleggende regler for sitt forhold til verden, og disse er i stor grad dysfunksjonelle for individet. TMS deles inn i fem ulike domener og 18 ulike skjema (Young et al., 2003). Tabell 1 oppsummerer disse.

Tabell 1: De 18 TMS fordelt på fem domener (Young et al., 2003)

Domene 1 Frakoblethet og avvisning	Domene 2 Sviktende autonomi og prestasjon	Domene 3 Sviktende grenser	Domene 4 Orientering mot andre	Domene 5 Overvåging og inhibisjon
Forlatthet/ustabilitet	Avhengighet/inkompetens	Grandiositet	Underkastelse	Negativitet/pessimisme
Mistillit/ misbruk	Sårbarhet for skade eller sykdom	Svikt i selvkontroll/ selvdisciplin	Selvoppofrelse	Emosjonell inhibisjon
Emosjonell deprivasjon	Underutviklet selv		Søken etter bekræftelse/ anerkjennelse	Ufravelige standarder
Defekthet/ skam	Mislykkethet			Straffende holdninger
Sosial fremmedgjøring				

Maladaptiv atferd antas å utvikles som respons til disse skjemaene. Denne maladaptive atferden kategoriseres gjerne i tre former for mestringsstrategier; det å overgi seg til skjema, skjemaunnvikelse og overkompensering (Young et al., 2003).

Modus er et annet viktig begrep i SFKT som refererer til den emosjonelle tilstand individet befinner seg i på et gitt tidspunkt. Dette står i motsetning til TMS som anses for å være mer

stabile og som trekk å regne. Modus kan derfor beskrives som de TMS som er aktive på et gitt tidspunkt (Young et al., 2003).

2.1.4 Terapien

Det er to konsept som er grunnleggende i et SFKT-forløp. Det første er empatisk konfrontasjon. Terapeuten viser forståelse for pasientens plager og anerkjenner hvordan TMS og de medfølgende mestringsstrategier en gang har vært adaptive og nødvendige for individets overlevelse i det miljøet det en gang sto ovenfor. På samme tid fremmer terapeuten et annet ståsted, hvor TMS og mestringsstrategier for disse, kan være forklarende faktorer knyttet til de problemer pasienten opplever i sitt liv. Målet med SFKT er blant annet for pasienten å anerkjenne, forstå og forsøke å endre sine TMS og de maladaptive mestringsstrategier disse bringer med seg. SFKT har også fokus på hvordan manglende behovsoppfyllelse tidlig i livet er underliggende for utvikling av TMS. I lys av dette søker terapeuten å være en avgrenset foreldrefigur for pasienten. Hovedtanken bak dette er at terapeuten skal sette et eksempel for pasienten slik at hun kan internalisere en trygg foreldrerolle i seg selv, og selv bidra med den nødvendige emosjonelle trygghet og stabilitet hun trenger i livet. SFKT ser to krefter som virker på TMS; skjemaopprettholdene og skjemalegende prosesser. Skjemaleging er alle de prosesser som forminsker TMS effekt på pasientens liv og bidrar til å endre de tanker, følelser og handlinger som er knyttet til TMS. Det anses ikke som realistisk at TMS forsvinner i sin helhet, men målet er heller at etterhvert som skjemaene leges, så vil de aktiveres sjeldnere og får mindre innvirkning på pasientens liv. Dette utgjør målsettingen for et SFKT-forløp (Young et al., 2003).

2.1.5 Motivasjon

Terapeutisk arbeid krever motivasjon, både fra terapeutens og pasientens side. Noen terapiformer forutsetter at pasienten er motivert for behandling og kan vedlikeholde denne motivasjonen gjennom et behandlingsforløp. SFKT fokuserer på at terapeuten sammen med pasienten skal hjelpe pasienten å finne motivasjon til endring og holde denne ved like gjennom et potensielt langvarig behandlingsforløp. I motsetning til blant annet tradisjonell kognitiv terapi forutsetter ikke SFKT at motivasjonen skal være tilstede ved behandlingsstart (Young et al., 2003).

2.1.6 Terapeutisk allianse

Terapeutisk allianse gis fokus innen samtlige områder for psykoterapi, men har muligens blitt ytterligere vektlagt innenfor SFKT og spesielt i tilknytning til behandling BPF (Young et al., 2003). Terapeutisk allianse defineres som en skriftlig eller underforstått kontrakt mellom terapeut og klient, som inngås når psykoterapeutisk behandling starter. Videre i terapien skal denne relasjonen utvikles og utvides, slik at det eksisterer en gjensidig forståelse mellom terapeut og klient når terapien avsluttes (Egedius, 2006).

Bordin beskrev i 1979, hvordan han mente at en god allianse er en forutsetning for endring i all form for psykoterapi. Han beskrev fenomenet som bestående av tre komponenter som står i et gjensidig avhengighetsforhold til hverandre; bånd mellom pasient og terapeut, terapeutiske mål og terapeutiske oppgaver. Ifølge Bordin vil alliansens styrke være avhengig av kvaliteten på det relasjonelle båndet mellom terapeut og pasient, og i hvilken grad de er enige om oppgavene og målet med terapien (Safran & Muran, 2000).

Båndet i alliansen består av den affektive kvaliteten i forholdet mellom pasient og terapeut. Det avhenger blant annet av i hvilken grad pasienten føler seg forstått, respektert og verdsatt. Målet med terapien bunner i en felles forståelse rundt hensikten med terapien. Terapiens oppgaver består av de spesifikke aktivitetene pasienten må delta i for å få utbytte av terapien. Disse tre dimensjonene ved alliansen vil påvirke hverandre, for eksempel ved at kvaliteten av det relasjonelle båndet påvirker i hvilken grad pasient og terapeut evner å enes om mål og oppgaver. Samtidig vil det å oppnå enighet rundt mål og oppgaver, styrke kvaliteten på det relasjonelle båndet mellom terapeut og pasient (Safran & Muran, 2000).

I over femti år har terapeutisk allianse vært under lupen for psykoterapeutisk forskning. Et av de mest konsistente funnene viser at kvaliteten på den terapeutiske alliansen utgjør den mest robuste predikatoren for vellykket behandling (Alexander & Luborsky, 1986; Horvath, Gaston & Luborsky, 1993; Horvath & Greenberg, 1994; Horvath & Symonds, 1991; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994). Carl Rogers (1957) fremla hvilke komponenter han anså som nødvendige for at konstruktiv personlighetsendring skal kunne finne sted i terapi. Av seks punkter, er det de tre siste Rogers særlig berører, som vedgår båndet og relasjonen mellom pasient og terapeut. Rogers beskriver hvordan han mener det er nødvendig for endring hos pasienten, at terapeuten opplever ubetinget positiv anerkjennelse overfor pasienten. Med det mener han at terapeuten genuint bryr seg om pasienten, samt viser varme og aksept for pasientens egne følelser, opplevelser og handlinger. Videre vektlegger Rogers nødvendigheten av at terapeuten er i stand til å vise en nøyaktig og empatisk forståelse for klientens opplevelser og bevisstheten rundt dem. I det siste punktet beskriver Rogers at det er nødvendig at terapeutens empatiske forståelse og ubetingede positive aksept kommuniseres til klienten. Dersom ikke et minimum av slike holdninger kommuniseres og oppleves av pasienten, mener Rogers at en terapeutisk prosess heller ikke kan initieres. Kvaliteten på

alliansen kan vurderes underveis i terapien, for eksempel ved strukturerte hjelpemiddel som Working Alliance Inventory (WAI). WAI vil kunne indikere i hvilken grad de tre hovedkomponentene; mål, oppgaver og bånd, er oppnådd i pasient-terapeut relasjonen (Knaevelsrud & Maercker, 2006).

2.1.7 De terapeutiske fasene

Det er hovedsaklig to faser i et SFKT-forløp: skjema kartlegging og edukasjonsfase, og skjemaendningsfase. *Skjemakartlegging og edukasjon:* I denne fasen av behandlingen fokuserer pasient og terapeut på å identifisere de skjema som er aktive hos pasienten. På samme tid arbeider de med å forstå hvordan disse skjemaene oppsto i pasientens livsforløp. Her lærer pasienten å oppdage sine egne maladaptive mestringsstrategier. I kartleggingsfasen brukes det både strukturerte kartleggingsskjema og livshistorieintervjuer i tillegg til samtale og forestillingsarbeid. Det er essensielt at terapeuten etablerer en god allianse med pasienten i denne fasen, slik at pasienten kan ha tillit til terapeuten i de neste fasene. Motivasjon for endring er også et aspekt terapeuten fokuserer på i denne første fasen (Young et al., 2003).

Skjemaendningsfase: I den neste fasen arbeider terapeuten med å endre pasientens skjema ved hjelp av tre ulike teknikker; kognitive teknikker, eksperimentelle teknikker og endring av atferdsmønster. Alle disse forutsetter at pasienten har tillit til terapeuten, det vil si en god nok relasjon til å tåle å gå gjennom de ulike terapeutiske teknikkene i denne arbeidsfasen.

Kognitive teknikker omhandler det arbeidet terapeut og pasient gjør for å endre pasientens holdning til sine skjema. Så lenge pasienten er overbevist om at skjemaene representerer sannheten, vil de ikke ha noen mulighet til endring. I tråd med tradisjonell kognitiv terapi samler pasient og terapeut bevis for hvorvidt skjemaene stemmer, og evaluerer dette sammen.

Denne informasjonen summeres ofte på et mestringskort (eng. flashcard) som pasienten kan ha med seg som en hjelp hvis skjema aktiveres igjen. Eksperimentelle teknikker handler i stor grad om forestillingsarbeid (eng. imagery); mentale bilder hvor pasient og terapeut sammen går inn i bildet og håndterer situasjoner fra tidligere på nytt. Hovedoppgaven i dette arbeidet er for pasienten å bekjempe skjemaene på et emosjonelt nivå. I forestillingsbildene øver pasienten på å konfrontere skjemaene, samt å ta til motmæle mot signifikante andre i livet som har voldt dem skade eller ubehag. Dette gjøres også gjennom rollespill sammen med terapeuten. Ved hjelp av atferdsteknikker arbeider pasienten med å endre skjemaaktiveringen i sitt daglige liv. Disse oppgavene øves på ved hjelp av rollespill og forestillingsbilder i timene, før de praktiseres ved hjelp av hjemmeoppgaver. En forutsetning for at pasienten skal kunne gjennomføre denne delen av terapien er at pasienten er motivert for å gi slipp på sine mestringsstrategier. Avslutningsvis hjelper terapeuten pasienten til å generalisere de nylærte mestringsstrategier og nye skjemaaktiveringer til sitt daglige liv. I tillegg trappes det gradvis ned på konsultasjonshyppigheten slik at pasienten kan venne seg til en tilværelse uten terapeuten (Young et al., 2003).

2.1.8 Modusarbeid

Mens TMS refererer til trekk ved pasienten og måten vedkommende forholder seg til verden på generell basis, referer modus til den tilstand av skjemaaktivering pasienten opplever i et gitt øyeblikk. De aktiverte skjema i en modus kan være både adaptive og maladaptive. Modusarbeid anses for å være en avansert del av SFKT som kan anvendes når de tidligere stegene i terapien blokkeres, eller at terapeuten anser dette som nyttig. Modusene kan hovedsaklig deles inn i fire hovedkategorier med tilhørende underkategorier (Young et al., 2003). Tabell 2 oppsummerer disse

Tabell 2: Oppsummering av de fire moduskategoriene (Young et al., 2003)

Barnemodus	Maladaptive mestringsmodus	Dysfunksjonelle foreldremodus	Den sunne voksenmodusen
Medfødte Representasjon av emosjonelt spekter Sårbarhet Sinne og impulsivitet Udisiplinert Lykkelig	Mestring og overlevelse med umøtte emosjonelle behov Tilpasset oppvekstmiljø Maladaptive i voksenlivet og tilsvarer mestringsstrategiene som presentert over.	Barnets internaliserte foreldrefigurer Den straffende og kritiske forelderen Den krevende forelderen	Selvets eksekutive side som modulerer og modererer de andre modusene. Skal tjene som kilde til selvomsorg og en styring og moderator av uheldige impulser og uheldig mestring. Forhindrer selvdestruktiv atferd.

Modusarbeid i SFKT innebærer granskning av de ulike modusene, ved å gjøre pasienten i stand til å se opprinnelsen og verdien av disse i barndommen. Dette forutsetter at terapeuten først har satt navn på modusene, ved hjelp av observasjon av pasientens emosjonelle tilstand, og gjennom samtale. Videre er det et mål å koble disse modusene opp mot de problemene pasienten opplever per dags dato. Ved hjelp av denne koblingen forsøker terapeuten sammen med pasienten å demonstrere hvordan det kan være gunstig å moderere eller gi opp noen moduser for å få tilgang til andre, mer adaptive moduser. Veiledet av terapeuten får pasienten kontakt med sin sårbare barnemodus gjennom forestillingsbilder. Sammen skaper de dialoger mellom de ulike modusene, hvor målet er at pasienten i større grad skal ta stemmen til den sunne voksenmodusen. I oppstartsfasen modellerer terapeuten i stor grad den sunne voksenmodusen. Etter hvert som pasienten får tilgang til denne modusen hjelper terapeuten vedkommende til å generalisere modusarbeidet til livssituasjoner utenfor terapirummet (Young et al., 2003).

2.2 Hva er borderline personlighetsforstyrrelse?

I forbindelse med vårt ønske om å belyse hvordan SFKT kan bedres ved innlemmelse av DAT i behandlingsforløpet, har vi valgt å fokusere på en diagnostisk gruppe. Dette valget er tatt for å eksemplifisere hvordan en slik innlemmelse kan foregå. Den aktuelle pasientgruppen er valgt med bakgrunn i en del kjennetegn og særpreg som antas å ha større utbytte av den form for hjelp DAT kan yte. Det vi spesielt har lagt vekt på i tilknytning til BPF er pasientenes vanskeligheter med allianse og relasjon, manglende motivasjon for behandling og tendens til å ha store behov for omsorg og støtte i den terapeutiske relasjonen. I det følgende vil vi kort gjøre rede for kjennetegn BPF for å kunne bygge opp under dette valget.

2.2.1 ICD 10

I ICD-10 (WHO, 2000) finner vi borderline personlighetsforstyrrelse som et ledd under *F.60, Spesifikke personlighetsforstyrrelser*. Kjennetegn ved denne formen for lidelser er at de ikke kan tilskrives betydelig hjerneskade, eller opptrer som følge av andre psykiske lidelser. Lidelsene særpreges av en tydelig disharmoni med tanke på holdinger og atferd. Disse avvikene er som regel vedvarende og ikke nødvendigvis begrenset til klare episoder. Avvik i emosjonsregulering, oppmerksomhet, impuls kontroll og holdninger er omfattende og maladaptivt i forhold til en rekke situasjoner, både av personlig og sosial art. Lidelsene debuterer som regel tidlig; ofte i løpet av barne- eller ungdomstid.

Borderline personlighetsforstyrrelse er ikke definert som en av de spesifikke personlighetsforstyrrelsene i følge ICD-10 (WHO, 2000), men som en type under *F60.3 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse*. Denne lidelsen beskrives som preget av impulsivitet og uforutsigbart stemningsleie. Pasientene kjennetegnes ofte på sine hyppige

svingninger i affekt og utbrudd av eksplosiv atferd. Det beskrives to typer av denne personlighetsforstyrrelsen: *F60.30 Impulsiv type*, og *F60.31 Borderline type*. Sistnevnte inkluderer BPF som beskrevet i DSM IV og beskrives som følger:

Flere av kjennetegnene på følelsesmessig ustabilitet er til stede, i tillegg til at individets eget selvilde, mål og indre verdier (også seksuelle preferanser) ofte er uklare og forstyrrede. Det foreligger vanligvis også kronisk tomhetsfølelse. En tilbøyelighet til å bli involvert i intense og ustabile forhold kan føre til gjentatte følelsesmessige kriser, og kan være forbundet med desperate bestrebelsler for ikke å bli forlatt, og med en serie av selvmordstrusler eller episoder med selvpåført skade (selv om disse også kan inntreffe uten klare utløsende faktorer). (WHO, 2000, s 203).

2.2.2 DSM- IV

I DSM- IV (APA, 2000), stilles diagnosen borderline personlighetsforstyrrelse på grunnlag av ni kriterier, hvor fem av disse må være oppfylt for at diagnosen skal kunne settes. De ni kriteriene oppsummeres i tabell 3.

Tabell 3: DSM-IV kriterier for BPF (APA, 2000)

Kriterium:	Beskrivelse:
I	Desperate etter å unngå å bli forlatt. Dette gjelder både reelle og innbilte situasjoner.
II	Ustabile og intense mellommenneskelige forhold. Svinger mellom enten idealisering eller devaluering.
III	Markert og vedvarende ustabilitet i personlighet, i form av ustabil selvilde og selvfølelse
IV	Impulsivitet i form av minst to av følgende: overforbruk, seksuell omgang, stoffmisbruk, spiseproblematikk, uforsvarlig kjøring. All denne atferden er potensielt selvdestruktiv, men dette kriteriet omfatter ikke selvskading eller suicidalitet.
V	Gjentagende suicidal atferd. Gjelder også trusler om selvmord og eller selvskading.
VI	Emosjonell ustabilitet. Hyppige humørsvingninger

VII	Tomhetsfølelse
VIII	Intens og upassende sinne eller vansker med sinnemestring.
IX	Forbigående paranoide eller alvorlige dissosiative symptomer.

Innledningsvis beskrives BPF som et tydelig mønster av ustabilitet. Dette berører områder som mellommenneskelige forhold, selvbilde og emosjonalitet. Pasienter kjennetegnes av en markant impulsivitet som starter i tidlig voksenalder og fremtrer i en rekke sammenhenger. Videre beskrives det at lidelsen preges av et variert forløp, hvor det vanligste forløpet er at tidlig voksenalder er preget av kronisk ustabilitet. Det er også vanlig med episoder med mer alvorlige symptomer på affektiv og impulsiv kontrollsvikt. Disse pasientene har ofte et høyt forbruk av helsetjenester. Suicidfaren er høyest blant de yngste pasientene og ustabiliteten avtar gradvis for de fleste i løpet av 30-40-årene (APA, 2000).

2.3 Skjemateoretisk forståelse av BPF

I den skjematerapeutiske forståelsen av borderline personlighetsforstyrrelse vektlegges samspillet mellom individets medfødte temperament, kvaliteten på tidlig tilknytting, traumer opplevd i barndom og frustrerte grunnleggende behov (Young et al., 2003). Dette er i samsvar med moderne tenkning i forhold til det at man går bort fra dualismen mellom det psykologiske og det biologiske (Kernberg & Michels, 2009).

De TMS som er aktivert hos pasienter med BPF er de samme man finner hos pasienter med andre psykiske vansker. Denne pasientgruppen skiller seg derimot noe fra andre pasientgrupper med tanke på antallet skjema (ofte alle 18, tabell 1) som er aktivert og hvor

hyppig de svinger mellom de ulike skjemaene. Arbeidet med denne typen pasienter er derfor både tid- og ressurskrevende (Young et al., 2003). I vår hypotese har vi fokusert på hvordan hunden kan avhjelpe med pasienters motivasjon, allianse til terapeuten, mistillit og emosjonelle deprivasjon. For vårt formål er det da spesielt to skjema som hyppig forekommer hos denne pasientgruppen som det er aktuelt å utdype nærmere; emosjonell deprivasjon og mistillit/misbruk.

Begge disse skjemaene befinner seg innenfor domene 1: Frakoblethet og avvisning (tabell, 1). Den grunnleggende tematikken her innebærer en forventning om at ens behov for trygghet, nærhet, beskyttelse og stabilitet ikke kan bli møtt, og at relasjoner er uforutsigbare. Pasienter med disse skjemaene kommer ofte fra hjem med et kaldt og avvisende miljø hvor relasjonene er preget av uforutsigbarhet, tilbakeholdenhet, ensomhet og misbruk. Disse pasientene er ofte ute av stand til å forme trygge tilknytningsforhold til andre (Young et al., 2003).

Emosjonell deprivasjonsskjema er et av de skjemaene som hyppigst kommer frem i SFKT-forløp og fremstår ofte som jegsyntont. Pasienten rapporterer depressivitet og ensomhet, men kan ikke stadfeste hvorfor hun føler seg slik. Forventningen er at ingen kan gi henne den omsorg, empati og støtte hun behøver. Målet med behandling av dette skjemaet er å gjøre pasienten bevisst på sine egne emosjonelle behov, få henne til å akseptere at disse er naturlige og at hun har rett til å ha behov på lik linje med andre. Den terapeutiske alliansen blir en egnet arena for pasienten å få oppfylt sine depriverte behov (Young et al., 2003).

Mistillit/misbruk fremstår ofte som en forventning hos pasienten om at andre skal lyve, manipulere og utnytte henne. Pasientene har ofte en mistenksom holdning til sine medmennesker og forventer at andre menneskers har til hensikt å skade dem. De har også en tendens til å unngå intimitet. Pasienter med mistillitsskjema ender ofte opp i offer- eller misbrukerroller også senere i livet. Målet med behandlingen er for pasienten å innse at det å kunne stole på noen er et spekter og at noen mennesker er mer til å stole på enn andre. Det er også et mål at pasienten selv må opptre mer åpent og være villig til å være sårbar for at andre skal kunne stole på henne og for at gjensidige forhold skal kunne etableres. I behandlingen av dette skjemaet er relasjonen til terapeuten avgjørende; hensikten er at denne skal virke som motvekt til alle de forventinger disse pasientene har om andre mennesker. Målet er at pasienten skal føle seg trygg nok til å dele sine emosjoner i den terapeutiske settingen. Dette skjemaet tar det ofte lang tid å behandle, spesielt hvis mistilliten bunner i misbruk eller overgrep i barndommen (Young et al., 2003). Tabell 4 oppsummerer hvordan disse to skjemaene behandles i SFKT.

Tabell 4: Behandlingsstrategier for mistillit/misbruk og emosjonell deprivasjon (Young et al., 2003)

Skjema	Terapeutisk allianse	Kognitive strategier	Emosjonelle/forestillingsøvelser	Atferdsendring
Mistillit/misbruk	En avgjørende faktor for behandling av dette skjemaet Etablere emosjonell trygghet	Redusere overvåging i forhold til misbruk Endre selvoppfatning som verdiløs	Rehåndtere minner om misbruk og bearbeide disse Utløp for sinne Gi det misbrukte barnet beskyttelse og trøst Finne et trygt sted	Lære å stole på ærlige mennesker Være mer selektiv i valg av partnere, omgangskrets
Emosjonell deprivasjon	Motgift for den emosjonelle deprivasjonen Omsorgsfull og varm Modell for gode relasjoner	Etablere troen på at det finnes uselviske og omsorgsfulle mennesker, som også kan tre inn i pasientens liv Lære å se deprivasjon som et gradert fenomen	Komme i kontakt med det forlatte barnet Uttrykke alle sine behov som har blitt neglisjert Uttrykke de følelser deprivasjonen	Stille krav til omsorg på akseptable måter Stoppe unngåelse av intimitet Lære toleranse for delvis deprivasjon i form av andre

		Ikke sette likhetstegn mellom grensesetting og deprivasjon	medfører overfor omsorgsperson	menneskers grenser
--	--	--	--------------------------------	--------------------

Fordi disse pasientene svinger hyppig mellom ulike skjema, er det mer naturlig å snakke om moduser med denne pasientgruppen. Det er også viktig å merke seg, at de ulike modusene er svært dissosiert fra hverandre hos pasienter med BPF, slik at pasienten som regel kun kan befinne seg i ett modus av gangen. Hos denne pasientgruppen identifiseres hovedsaklig fire modus. Disse er som følger; det forlatte barnet, det sinte og impulsive barnet, den straffende forelderen og den frakoblede beskytteren (Young et al., 2003). Tabell 5 oppsummerer egenskapene ved disse.

Tabell 5: BPF- moduser (Young et al., 2003)

Modus	Beskrivelse
Det forlatte barnet	Barnets indre lidende barn, sjelden eldre enn tre år Barnslig og sårbart Oppleveres som avhengig og uskyldig Opplever smerten og frykten som er forbundet med de aktiverte skjema som; forlatthet, misbruk og emosjonell deprivasjon
Det sinte og impulsive barnet	Pasientens sinne og impulsivitet kommer frem i lyset Resultat av akkumulering av emosjoner som skaper indre trykk Samme skjema som det forlatte barnet, men emosjonen er sinne Uttrykk av sinne i upassende former Selvskading, trusler om og forsøk på suicid
Den straffende forelderen	Barnets internalisering av kritiserende eller straffende foreldre Svært kritisk; spesielt til seg selv Funksjon; straffe pasienten for å ha gjort noe "galt" Selvskading er ofte tilhørende atferd når pasienten er i denne modusen
Den frakoblede beskytteren	Beskyttelsen mot skjemaaktivering Stenger av alle emosjoner og trekker seg unna andre Automatisert, <i>flink pike</i> -atferd Kan misoppfattes som sunn voksenmodus hvis terapeuten ikke er

	oppmerksom på fravær av emosjonsuttrykk Den modusen pasienter med BPF er i hyppigst
--	--

Målet med SFKT for pasienter med BPF er å styrke pasientens sunne voksnemodus (se tabell 2). Denne er i mange tilfeller tilnærmet fraværende. I terapien modellerer terapeuten denne modusen, mens pasienten gradvis tar over og internaliserer større deler av denne (Young et al., 2003).

2.3.1 Terapeutisk allianse i arbeidet med pasienter diagnostisert med BPF

SFKT legger stor vekt på alliansen mellom pasient og terapeut. Ikke bare som en viktig faktor for at pasienten skal bli i terapien, men som et terapeutisk virkemiddel i seg selv. Terapeuten skal gjennom den alliansen han skaper med pasienten motivere pasienten til å forbli i terapien, og samtidig bruke denne alliansen til å være et godt forbilde, yte empatiske konfrontasjoner og fremstå som en avgrenset foreldrefigur. Avhengig av hvilke skjema som er aktivert må terapeuten være fleksibel med tanke på hvilke aspekter ved den terapeutiske alliansen som skal virke inn. Terapeutens holdning og innstilling til pasienten må altså kunne fluktuere sammen med pasientens svingning mellom ulike skjema (Young et al., 2003).

Pasienter med BPF er en gruppe hvor undersøkelser og statistikk viser høy grad av frafall fra terapien. Waldinger og Gunderson (1984) gjennomførte en spørreundersøkelse blant erfarne terapeuter, som viste at av 790 borderline pasienter var 54 % i terapi etter seks måneder mens kun 33 % fullførte terapien i tilfredsstillende grad. Vi vil nå beskrive to årsaker til dette frafallet og se på hvordan frafallet kan motvirkes gjennom opparbeiding av en god terapeutisk allianse.

Pasientens motivasjon er en av årsakene til at allianse er viktig. For som med andre pasienter med ulike personlighetsforstyrrelser, oppleves symptomene ofte som jegsyntone, som en del av hvem de er og det eksisterer dermed en resistens mot å ”bli noen andre”. Ut ifra skjemateoretisk filosofi, vil en god allianse være inngangsporten som åpner for at pasienten skal se hvordan symptomene forårsakes av TMS. Alliansen styrkes ytterligere og brukes i terapien ved at forståelse og empati formidles for hvor pasientens symptomer (destruktive tanke-, følelses- og handlingsmønstre) kommer fra, hvorfor disse symptomene har vært adaptive og nødvendige i pasientens liv og hvordan det må oppleves for pasienten. Pasienter med BPF er ofte vare for avvisning, eller å ikke føle seg forstått og akseptert, derfor vil alliansebygging fra første time være spesielt viktig for denne pasientgruppen (Young et al., 2003).

En annen årsak til at alliansebygging er spesielt viktig i arbeidet med BPF-pasienter, er at en stor andel av disse pasientene har blitt utsatt for misbruk og overgrep i barndommen. Mange opplever derfor utfordringer på områder som handler om tillit og det er viktig for pasienten å føle seg trygg i de nye omgivelsene i møtet med en fremmed terapeut. Tillit og trygghet vil videre i terapien være en forutsetning for at pasienten skal klare å gå inn i og bearbeide traumatisk materiale (Young et al., 2003).

Det er kjent at terapeutisk allianse kan være et ekstremt vanskelig område i behandlingen av BPF. I behandling av personlighetsforstyrrelser generelt vil tidlige skåringer for terapeutisk allianse kunne si noe om utfall og hvorvidt pasienten vil avslutte terapien prematurt. Det er derfor særlig viktig at terapeutisk allianse er i fokus og at den styrkes gjennom den tidlige behandlingsfasen i den hensikt å fasilitere senere behandlingsutfall. Ettersom pasienter med

BPF ofte har problemer som er manifestert på det mellommenneskelige plan, vil terapeutisk allianse være et område som må utvikles og aktivt opprettholdes i løpet av det første året av behandlingen, og være en forutsetning for videre behandling (Beck et al., 1990; Clarkin, et al, 1999).

2.3.2 Behandlingsforløp med borderline pasienter.

Noe av målet med SFKT av pasienter med BPF, er at terapeuten skal greie å se pasienten som det sårbare barnet, med stort behov for omsorg og behov for å få dekt grunnleggende emosjonelle behov. Dette anses som viktig, da det kan være lett for helsepersonell å se pasienter med BPF som manipulative og egoistiske. Dette kan medføre at terapeuten tar rollen som den straffende forelderen, noe som vil være destruktivt for behandlingen. I løpet av terapiforløpet er målet at pasienten skal ”vokse opp” på ny, finne psykologisk autonomi og en solid sunn voksenmodus (Young et al., 2003).

En annen viktig forutsetning for vellykket behandling med BPF-pasienter er at terapeuten evner å balansere pasientens og egne behov. Pasienten vil i de fleste tilfeller ha større behov enn terapeuten greier å innfri. Forholdet mellom pasient og terapeut må kjennetegnes av gjensidig respekt og oppriktighet. Med pasienter med BPF krever dette aspektet av terapien mye tid og innsats, noe som gjør at behandling av denne type lidelse ikke gjøres ved hjelp av kortvarig terapi (Young et al, 2003).

Terapiforløpet består i hovedsak av modusarbeid som kan deles inn tre stadier:

Alliansebygging og emosjonsregulering, skjemamodus-endring og autonomi. Disse stadiene

samsvarer i stor grad med de stadier barn gjennomgår i normal emosjonell utvikling. I det følgende vil vi gi en redegjørelse for stegene i disse ulike fasene slik som de er gjengitt i behandlingsmanualen til Young et al. (2003).

Alliansebygging og emosjonsregulering: Et av de første målene i den første fasen er at terapeuten skal få innpass hos pasienten. Dette betyr at den frakoblede beskytteren må forsøres og tillate pasienten å vise sine andre moduser i relasjon til terapeuten. Terapeuten har som mål å etablere seg som en trygg og stabil base for pasienten. I denne fasen av terapien er motivasjon til å komme tilbake særdeles viktig. Ved å etterspørre de følelser og problemer pasienten har i nået forsøker terapeuten å møte pasientens forlatte barnmodus og etablere en sympatisk og varm holdning overfor pasienten. Sammen går de gjennom pasientens livshistorie. Arbeidet i denne fasen handler om at terapeuten oppmuntrer pasienten til å uttrykke sine behov og emosjoner. Med denne typen pasienter kan stillhet ofte bli tolket som mangel på støtte og omsorg, og spesielt i denne fasen er det viktig at terapeuten er aktiv med tanke på å bidra med støtte og anerkjennelse av pasientens følelser. Dette på en måte som oppfordrer pasienten til å uttrykke behov og følelser videre. For å oppnå alliansebygging er det mest effektivt om pasienten er i sitt forlatte barnmodus gjennom denne prosessen. Målet med denne fasen av terapien er å skape motivasjon til videre arbeid. Denne motivasjonen må komme innenfra og reflektere pasientens eget ønske om å være i et behandlingsforhold (Young et al., 2003).

Videre arbeider terapeuten tidlig med å lære pasienten mestringsstrategier med tanke på å håndtere humørsvingninger og adskillelsesuro. Mange av disse teknikkene er hentet fra Linehans (1993) dialektiske atferdsterapi, som for eksempel mindfulness og stressmestring.

Disse kan være til god hjelp med tanke på å redusere destruktiv atferd, men det at pasienten skal kunne dra nytte av denne formen for kognitive teknikker, forutsetter en stabil arbeidsallianse. Før denne er etablert, er sannsynligheten stor for at pasienten bruker størsteparten av sine kognitive ressurser på alliansen og på å sjekke hvorvidt den er tilstede. En hake ved dette, er at terapeuten løper en viss risiko for at disse teknikkene skal bli nye teknikker som pasienten benytter for å unngå emosjoner på. Etter hvert som alliansearbeidet begynner å sette spor, begynner terapeuten å fokusere på å øke pasientens selvkontroll med tanke på emosjoner og humør samt evne til selvtrøst.

Terapeuten og pasienten må også i løpet av denne første fasen etablere klare retningslinjer knyttet til terapeutens tilgjengelighet. Terapeutens første prioritet i denne sammenheng er å sikre pasientens sikkerhet og trygghet. Når det kommer til tilgjengelighet, er det særdeles viktig at terapeuten ikke går med på noe som han ikke kan overholde i lengden. Dette kan lett bli sett på som svik og vil sette den terapeutiske alliansen i fare. I tillegg til dette må terapeuten etablere klare kriterier for behandlingen med tanke på selvdestruktiv atferd og suicidalitet. Det må også tidlig etableres retningslinjer mellom pasient og terapeut for håndtering av kriser.

Skjemamodus-endring: I denne fasen av behandlingen skal pasienten, gjennom veiledning fra terapeuten, jobbe med å endre sine modusaktiveringer. Terapeuten opptrer som en modell for den sunne voksenmodusen, søker å trøste og beskytte det forlatte barnet og skaper en positiv erstatning for den frakoblede beskytteren. Det etableres grenser for, men tillates ventileringsmuligheter for det sinte barnet og den straffende forelderen forsøkes drevet vekk. Innledningsvis i dette arbeidet er det essensielt at terapeuten lærer pasienten hva moduser er og at pasienten og

terapeuten i felleskap gjenkjenner og setter passende navn på de ulike modusene pasienten opplever. Tabell 4 oppsummerer kvaliteter ved den terapeutiske alliansen, terapeutiske teknikker, tematisk fokus og risikofaktorer som gjør seg gjeldene ved arbeid med de ulike modusene.

Tabell 6: Kvaliteter ved terapeutisk allianse, terapeutiske teknikker og tematisk fokus i arbeidet med de ulike modusene samt risikoen terapeuten løper ved behandling av den enkelte modus (Young et al., 2003)

	Terapeutisk allianse	Terapeutiske teknikker	Tematisk fokus	Risiko
Det forlatte barnet	Omsorgsfull Beskyttende Gjensidig ærlighet	Edukasjon om menneskelige behov Forestillingsbilder / rollespill Innta en avgrenset foreldrerolle	Normale menneskelige behov Ubehagelig barndomshendelse Beskyttelse	Overveldende for pasienten Presse pasient over i annet modus Terapeuten blir frustrert på pasienten.
Den frakoblede beskytteren	Beskyttende men konfronterende Empatisk evaluerende	Edukasjon om modusfunksjon Forestillingsbilder/ rollespill	Emosjonsbevissthet Øve på modusskifte Evaluering av modusens funksjonalitet og hensiktsmessighet	Modus kan misoppfattes som sunn voksenmodus. Terapeuten må være oppmerksom på hvorvidt pasienten opplever emosjoner Terapeuten blir løsningsorientert og gir ikke pasienten nok omsorg og beskyttelse
Den straffende forelderen	Omsorgsfull og motsatt av modusens stemme Empatisk konfronterende	Edukasjon om følelser og behov Edukasjon om alternativer til selvstraff Forestillingsbilder: modusbekjempelse Eksternalisering av modus	Emosjoner og behov er tillatt Konstruktivt syn på feiltrinn Straffende holdning har rot i foreldrenes vansker, ikke vansker ved pasienten.	Fare for selvskading; hevn fra den straffende forelderen Terapeuten neglisjerer å beskytte pasienten tilstrekkelig Lojalitetskonflikt overfor foreldre
Det sinte barnet.	Tålmodig og tillatende Grensesettende	Forestillingsbilder: ventilere sinne Edukasjon: uttrykk av sinne Edukasjon: normale emosjoner Rollespill: sinnemestring	Ventilering og aksept for sinne Passende uttrykk av emosjoner	Defensiv terapeut; ser ikke realistiske komponenter i sinnet rettet mot seg selv Tillater pasienten å trekke sinnet mot terapeuten for langt; misbruk

Autonomi: I denne avsluttende fasen av behandlingen jobber pasienten og terapeuten med å generalisere de modusendringer pasienten har oppnådd i terapitimene over i hverdagslivet. I tillegg bidrar terapeuten som rådgiver i tilknytning til passende partnervalg. Mange av pasientene med BPF har vansker med å avslutte ugunstige forhold, da de har store vansker med å håndtere følelsene av å bli forlatt. Terapeuten kan gi råd og hjelp i forhold til pasientens atferd i relasjon til andre, for å hjelpe pasienten å skape mer konstruktive relasjoner.

Videre arbeider terapeuten med å lære pasienten å kjenne sine genuine ønsker og behov, dette slik at pasienten kan bruke disse som ledesnor i hverdagslige situasjoner så vel som store og viktige avgjørelser. Fokuset i denne delen av terapien er på selvrealisering. Avslutningsvis arbeider pasient og terapeut med å gradvis trappe ned terapien for å avvenne pasienten med å gå i terapi. Det er her svært viktig at det er pasienten som kontrollerer når og i hvilket tempo dette skal foregå. Det er også viktig å legge merke til at mange BPF-pasienter ikke avslutter terapien, de reduserer kun hyppigheten på konsultasjonene (Young et al., 2003).

2.4 Hva er dyreassistert terapi (DAT)?

Bruk av dyr som en del av behandlingen av mennesker med psykiske og/eller somatiske lidelser krever en nærmere teoretisk avgrensning. Det opereres med begreper som dyreassistert terapi (DAT), dyreassistert aktivitet (DAA) og dyreassistert intervensjon (DAI) (Braastad, 2006; Fine 2006).

DAT i individualterapi innebærer at man trekker inn dyr som terapeutiske agenter i terapiprosessen (Chandler, 2005). Det er viktig å være bevisst når en velger å bruke ordet

terapi, da det i dette ligger en forventning om medisinsk-, psykologisk- eller eventuelt sosial behandling med en kurerende hensikt (Egedius, 2006). Ordet terapi blir stående i kontrast til ordet rekreasjon. Rekreasjon viser mer til at omgivelsene gir en underholdende og behagelig opplevelse, uten å ha et valid og reliabelt utgangspunkt i teorier om hvordan endringer ved pasientens lidelse skal kunne fremkalles. På samme måte som at det ikke kan kalles klovneassistert terapi når en klovn besøker en barneavdeling, kan det heller ikke kalles dyreassistert terapi når en hund besøker et sykehjem (Fine, 2006).

The Delta Society har derfor definert dyreassistert terapi som målrettede terapeutiske intervensjoner som er utført av kvalifisert helsepersonell, hvor terapidyret kan ha både en aktiv og en passiv rolle i behandlingsprosessen. Det betyr ikke at dyret i seg selv fungerer som en terapeut, men at det aktivt benyttes som et terapeutisk verktøy (Fine, 2006). Chandler (2005) vektlegger båndet som dannes mellom mennesker og dyr, og mener det er dette man drar nytte av i behandlingsprosessen. Hun beskriver at en slik terapi fremmer positiv interaksjon mellom dyr og menneske og drar nytte av dyrets spesielle trekk og evner, med den hensikt å fremme helbredelse eller fremgang hos mennesker som søker fysisk eller psykisk helsehjelp.

2. 4.1 Hva er en terapihund?

Ut ifra forståelsen av hva DAT består av, vil det ligge en forståelse for at enkelte dyrearter er bedre egnet enn andre, og enkelte individer innen en art er bedre egnet enn andre individer innen samme art. Hund er det terapidyret som er vanligst å benytte i psykoterapeutiske settinger, etterfulgt av katter, hester og små kjæledyr. Det som hovedsakelig gjør at hunden utpeker seg som bedre egnet er dens tilbøyelighet for dressur og dermed formbarhet for adekvat atferd i terapisisuasjonen. I tillegg vil hundens hengivenhet overfor mennesker og at

den gjerne initierer kontakt, virke fremmede på relasjonen mellom menneske og dyr. Mange hunder er vanligvis tydelige og direkte i sitt språk, gode på å opprettholde øyekontakt med mennesker og ønsker vanligvis å gjøre mennesker til lags (Chandler, 2005).

Enkelte hunderaser er kjent for å være lettere å dressere eller som spesielt sosiale og hengivne overfor mennesker. Likevel er det ikke én enkelt rase som anses som bedre egnet enn de andre, men hva som har blitt vektlagt i avlen innen en gitt rase er av betydning. Hunder med linjer for aggressivitet, skyhet eller hyperaktivitet, øker sjansen for at uønskede trekk nedarves. I valget av terapihund er det derfor en fordel å få kjennskap til temperamentet til hundens foreldre og besteforeldre. Det finnes veiledende undersøkelser for hvordan man kan evaluere et individs egnethet som terapihund (Chandler, 2005).

Utvalgskriteriene for et terapihund involverer reliabilitet, prediktabilitet, kontrollerbarhet og egnethet knyttet til temperament og atferd (Fine, 2006). Egenskaper terapeuten bør ta hensyn til ved valg av terapihund vises i tabell 6 nedenfor.

Tabell 7: Ønskede kvaliteter i temperament og atferd hos terapihund (Chandler, 2005)

Iboende egenskaper	Lærbare
Hengiven	Høy stresstoleranse for høye lyder og annen stimuli.
Sosialt gangbar på tvers av alder, etnisitet og kjønn.	Tilpasningsdyktig i møte med nye mennesker, steder og situasjoner.
Ikke utvise aggresjon overfor mennesker eller andre hunder.	Komfortabel med transport.
Relativt rolig	Lydig og kontrollerbar.

Det vanlige er at terapeuten benytter sin egen hund i anvendelsen av DAT. Det har sine fordeler ved at terapeuten er den som da best kjenner sin terapihund og kan forutsi dens emosjonelle og atferdsmessige reaksjoner. I tillegg vil det sterke båndet mellom terapeut og

terapiahund kunne bidra i terapiprosessen, ved at pasienten observerer hvordan hunden har tillit til terapeuten. Dersom terapeuten ikke har egen hund eller ens egen hund ikke egner seg som terapiahund, er det mulig å praktisere DAT ved at en trent hundefører med sertifisert terapiahund bistår terapien. Ulempen med denne tilnærmingen omhandler problematikken ved å trekke inn enda et individ i terapiprosessen, taushetsplikt, terapeutens tillit og relasjon til hundefører og terapiahund og tjenestens tilgjengelighet (Chandler, 2005).

Etter å ha fått klarhet i definisjoner, er det på tide å se nærmere på akkurat hva det er DAT kan bidra med (Chandler, 2005). Nedenfor vil fokuset være rettet mot områder som litteraturen viser til at DAT i sin generelle form har noe å bidra med. Det vil si uten fokus på en gitt terapi eller en gitt pasientgruppe. Det vil likevel bli antydnet hvorfor de ulike potensielle bidragene er av særlig interesse i SFKT for BPF. Nedenfor vil det gjengis hvilke kvaliteter DAT anses å kunne bidra med som katalysator for å skape og opprettholde terapeutisk allianse i terapiprosessen og hvordan DAT kan bistå måloppnåelse i utøvelsen av psykoterapi.

2.5 Hunden som alliansebygger

Terapeutisk allianse er et område hvor DAT anses å kunne gi betydelige bidrag. I arbeidet med barn, som vanligvis ikke har tatt initiativ til terapi på egenhånd, anses DAT som en god innfallsvinkel (Fine, 2006). Det samme kan gjelde for voksne pasienter, men er særlig aktuelt i arbeidet med dem som mangler motivasjon eller på annen måte opplever resistens for å gå i behandling (Chandler, 2005). Manglende motivasjon og behandlingsresistens er blant årsakene til at Young et al. (2003) har utviklet og tilråder SFKT for å behandle BPF.

2.5.1 Motivasjon

Velde, Cipriani & Fisher (2005) undersøkte hvordan terapeuter så på dyreassistert terapi. Et av funnene var at det hadde blitt observert at motivasjonen for terapi hos pasientene økte når DAT var en del av behandlingstilbudet. Personer som tidligere hadde nektet å gå i terapi, var nå villige til å møte opp. Årsaken til dette var at DAT så ut til å øke den emosjonelle velværen i øyeblikket, da det ikke var uvanlig å få frem smil hos pasienter som sjelden smilte. Bare det å ha en hund tilstede skapte et felles ytre fokus og gjorde at konversasjonen gikk lettere, ettersom terapeut og klient kunne dele historier om egne dyr. På den måten virket dyret som en "icebreaker" og skapte utgangspunkt for konversasjon og starten på utviklingen av terapeutisk allianse.

Holcomb og Meacham (1989) fant at over en to års periode med tilbud om ulike former for terapi, var den terapien som også tilbød DAT, den som tiltrakk seg den største andelen av pasientene innlagt ved enheten. Det viste seg at dette terapitilbudet utpekte seg ved å tiltrekke seg de mest isolerte individene, uavhengig av diagnose.

Dyret kan derfor fungere som en motivasjonsfaktor for klienten til å bruke tid på terapien og faktisk følge terapiforløpet. Dersom klienten opplever relasjonen til hunden som positiv og noe vedkommende ønsker seg, kan hunden i seg selv virke som motivasjonsfaktor ved at deltagelse i terapien gir klienten mer tid med hunden (Chandler, 2005).

2.5.2 Fremmer kontakt og relasjonsdannelse

Pasienter med BPF har ofte erfaringer med misbruk i barndommen (Malt et al., 2003), og opplever utfordringer knyttet til tillit, også overfor en terapeut. Det finnes ulike studier som

viser hvordan nærvær og samspill med dyr kan mediere graden av mistillit. Et studie har blant annet vist at mennesker avbildet sammen med hund blir oppfattet som lykkeligere, vennligere, mindre truende og mer avslappet, enn de samme menneskene avbildet uten hunden (Lockwood, 1983). Ut ifra dette kan det tenkes at pasientene raskere vil føle seg komfortable i den terapeutiske situasjonen, når de observerer terapeuten sammen med en hund (Fine, 2006).

Beck (1985) har påpekt at en av fordelene med DAT er at de terapeutiske resultatene ofte er umiddelbare, selv hos behandlingsresistente pasienter som i utgangspunktet var tilbaketrukne, lite innstilt på samarbeid og lite kommunikative. Som Aubrey H. Fine (2006) kan rapportere fra sin egen praksis, er hundene svært imøtekommende og tar imot klienten på en varm og følelsesladd måte, noe som gjør at spenningen i rommet ved starten av hvert møte løsner. På den måten blir hundene instrumentelle i å regulere det emosjonelle klimaet.

Dyret fremmer den sosiale relasjonen blant annet som et nøytralt og eksternt stimuli å fokusere på (Fine, 2006). Studier som har forsøkt å undersøke denne funksjonen har funnet positive resultater i en vid rekke populasjoner. Disse funnene gjelder også en populasjon psykiatriske pasienter som har blitt karakterisert som sosialt tilbaketrukket og behandlingsresistente. Med denne populasjonen fant de en forkortet responstid på kontakt, og pasientene deltok i større grad verbalt i løpet av en terapisekvens (Kruger & Serpell, 2006).

2.5.3 Normaliserer og skaper trygghet i terapissettingen:

Hundens nærvær vil kunne bidra til at terapissettingen normaliseres, og dermed åpne for mer naturlig og spontan atferd og kommunikasjon. Med å normalisere menes det å bringe et hverdagslig kjæledyr inn i terapirommet, som ikke er bevisst sin rolle i den terapeutiske settingen. Aksept er et viktig stikkord, idet at hunder sjelden er dømmende eller kritiske,

verken til utseende, sosial eller økonomisk status. En hund står dermed i posisjon til å kunne tilby pasienten genuin ubetinget positiv aksept. Med sin naturlige atferd kan hunden bidra til å ta brodden av eventuelle spenninger mellom terapeut og pasient. Det at hunden stoler på terapeuten kan ha overføringsverdi. Ved at pasienten observerer omsorgen terapeuten viser overfor hunden, kan pasienten få tanker om terapeuten som tillitsverdig, og dermed føle seg mer komfortabel med å ta opp vanskelige temaer (Parish-Plass, 2008).

Young et al. (2003) vektlegger viktigheten av tilstedeværelsen av ubetinget positiv aksept i arbeidet med BPF-pasienter. Dette skyldes at disse pasientene er sensitive for avvisning og i stor grad trenger å føle omsorg og ivaretagelse i møte med terapeuten. Mange BPF-pasienter prøver å gjøre terapeuten til lags ved å fremstå som en ”god pasient” (Young et al., 2003). Dette mønstret av påtatt atferd kan muligens en hund bryte, gjennom sin naturlige atferd.

2.5.4 Fysiologiske fordeler

For mange pasienter vil det å skulle gå i terapi i seg selv være angstskapende og pasienten vil kunne oppleve å være svært aktivert i møte med en fremmed behandler. Tilstedeværelsen av et dyr vil kunne mediere denne opplevelsen på et fysisk nivå og medvirke til at pasienten føler seg mer komfortabel i situasjonen (Chandler, 2005). Dette vil også kunne være tilfelle hos pasienter med BPF blant annet fordi de ofte har vansker med å oppnå tillit og danne trygge tilnæringsforhold. Senere i behandlingen vil fysiologiske stressresponser i stor grad kunne oppstå når traumatiske barndomsminner aktiveres i terapien (Young et al., 2003).

Enkelte studier har sett på hvilken virkning det å se på eller observere dyr kan ha på det parasymatiske nervesystemet (Eddy, 1995, 1996; Globisch, Hamm, Esteves, & Ohman, 1999; Katcher, Friedmann, Beck & Lynch, 1983). Det å observere dyr ble funnet å være

forbundet med avslapning. Dyrs tilstedeværelse har blitt beskrevet å ha en beroligende effekt på mennesker i flere sammenhenger, men det finnes ingen data som demonstrerer at denne effekten er et resultat av menneskets naturlige tiltrekning til dyr (Krüger & Serpell, 2006). Det fremstilles hypoteser om at denne effekten kan forklares via det faktum at aktiviteter som oppleves som behagelige eller fokuserende kan virke beroligende og at dyret da blir et instrument i denne sammenheng (Serpell, 1996). Andre fremhever at denne effekten er svært avhengig av individets personlige erfaring og kulturelle bakgrunn i forhold til opplevd avslappende effekt ved interaksjon med dyr (Chandler, 2005; Serpell, 2004). Den beroligende effekten av dyr i en terapeutisk relasjon kan også forstås som at dyret virker som en buffer og en oppmerksomhetsavleder fra angstfremmende stimuli i den terapeutiske settingen (Brickel, 1982).

Odendaal (2000) hadde til hensikt å gi dyreassistert terapi en mer medisinsk innsikt, fremfor å tilskrive metoden magisk effekt. Han utførte et forsøk med 18 friske mennesker og 18 hunder, der et menneske og en hund skulle inngå i en positiv interaksjon. Blodtrykk og nivået av hormonene endorfin, oxytocin, prolactin, phenylethylamin, dopamin og kortisol ble målt. Blant annet ble det funnet at stresshormonet kortisol hadde en signifikant nedgang hos menneskene og at det eksisterte en signifikant senkning av blodtrykk. Nedgang i blodtrykk menes å kunne være en indikator for pågående biokjemiske endringer. Dersom det ikke ligger til rette for å måle hormonnivå, kan blodtrykksmål være en valid indikator på hvorvidt en interaksjon har en fysiologisk effekt. En signifikant nedgang i blodtrykk kan oppnås fra mellom 5-25 minutter ved positiv interaksjon med hund. Disse resultatene tilsier at i den grad en kjenner til hvilken betydning de ulike nevrokjemikalene og hormonene har for emosjonene, i den grad er det også mulig å bruke den type informasjon som evidens for nytten av å bruke dyr i terapi. På den måten kan hormonell ubalanse som resultat av stressfulle

erfaringer, påvirkes ved bruk av dyreassistert terapi, hvor kortisolnivå og blodtrykk senkes. Dette medfører reduksjon av stress og opplevelse av økt velbehag (Odendaal, 2000). At evnen til å oppleve velbehag øker i nærvær av og i interaksjon med dyr ble bekreftet av Nathans-Barel, Feldman, Berger Modai og Silver i 2005. De påpekte at dette vil være med på å senke bruk av forsvarsmekanismer og dermed åpne for muligheten for personlig vekst (Parish-Plass, 2008).

2.6 Hunden som katalysator for den terapeutiske prosessen

2.6.1 Virkelighet på en trygg psykologisk distanse

Hunder er levende skapninger, og all deres atferd er ikke alltid like forutsigbar. De kan derfor komme til å skape situasjoner som ellers ikke ville ha oppstått i en terapissetting. Disse situasjonene kan vekke en rekke ulike assosiasjoner, minner, følelser og reaksjoner hos pasienten, samtidig som man beveger seg på en trygg emosjonell distanse fra mellommenneskelig interaksjon. Interaksjonene med hunden der og da, kan skape muligheter for rollespill, overføring og gjenopplevelse av hendelser fra fortiden, hvor emosjonelt innhold som aggresjon, seksuelle temaer, sykdom, sinne, frykt, tristhet og avvisning kan komme til overflaten og jobbes igjennom. Det finnes mange anekdotiske referanser innen dyreassistert terapi, hvor det å få projisert konfliktfylt materiale over på noen eller noe annet, for eksempel en hund, gjør det mulig å samtale om det (Parish-Plass, 2008).

BPF-pasienter bærer ofte med seg mange vanskelige minner fra oppveksten, som de kanskje helst ønsker å holde skjult (Young et al., 2003). Å gjenoppleve erfaringene på nytt kan bli så utfordrende for pasienten at hun dissosierer i situasjonen. Bruk av DAT har vist seg å kunne virke fordelaktig overfor pasienter som lider av dissosiative forstyrrelser. Dette skjer ved at hunden virker beroligende på omgivelsene, hjelper terapeuten å fange opp pasientens stress,

fasiliterer kommunikasjon og interaksjon (Arnold, 1995). At hunden virker som en link til virkeligheten, kan være med på å øke den emosjonelle stabiliteten der og da (Frank, 1984).

2.6.2 Selvfølelse

Å interagere og skape en relasjon til hunden, vil ofte være positivt for pasientens selvfølelse og mestringsfølelse (Corson & Corson, 1980; Rosenkoetter, 1991). Pasienten vil føle at hunden har tillit til ham/henne og føle seg akseptert (Parish-Plass, 2008). I tråd med sosial kognitiv teori, eksisterer det et kontinuerlig forhold mellom en persons kognisjon, atferd og omgivelser. Målet med terapi er å skape positive endringer i personens selvoppfatning og dermed deres atferd, gjennom økt self-efficacy, selvfølelse og kontrollplassering (locus of control) (Berget og Braastad, 2008). Dette er områder pasienter med BPF ofte har behov for å styrke. De føler seg ofte verdiløse og at de ikke fortjener å få sine behov møtt. I tillegg vil mange ha behov for å øke sin mestringstro i arbeidet med å motstå selvdestruktive impulser (Young et al., 2003).

For mange individer som opplever psykiske vansker, har mestring og det å være viktig for noen andre, vært erfaringer det har manglet på. Interaksjon med et dyr, stell og omsorg kan bidra til at individer opplever seg selv i en ny rolle som påvirker opplevelsen av selvet. Det finnes dog ikke noen forskning som understøtter at dyreassistert terapi er mer effektiv enn for eksempel rollespill for å fremskaffe denne effekten (Kruger & Serpell, 2006).

2.6.3 Hunden som en tilknytningsfigur og transaksjonsobjekt

Mikulincer and Shaver (2003) pekte på visse funksjoner som er karakteristisk for en som utgjør en tilknytningsfigur. Blant annet fungerer tilknytningsfiguren som en kilde til å opprettholde nærhet, som en trygghet i å være en signifikant annen som har mer livserfaring

og som kan hjelpe med å dempe og regulere stressende emosjoner. I tillegg vil tilknytningsfiguren fungere som en trygg base å kunne vende tilbake til når barnet løsriver seg, i den hensikt å utvikle selvstendig atferd. En hund kan tenkes å fungere som en trygg base når pasienten opplever seg utfordret og har behov for mental støtte (Parish-Plass, 2008). Dette vil eksempelvis kunne gjøre seg gjeldende i arbeidet med traumatiske erfaringer hos BPF-pasienter.

Mennesker som har egne hund, knytter gjerne sterke emosjonelle bånd til disse. Dette betyr derimot ikke at det er en slik tilknytning som er den funksjonelle faktoren i terapeutisk interaksjon med hund. I terapeutisk relasjon til en hund er det sannsynligvis ikke nok tid til at pasienten skal danne en nær tilknytning til hunden og dette er kanskje heller ikke ønskelig, da tilknytning skaper en avhengighet som kan vanskeliggjøre avslutning av terapien. Det som i stedet foreslås er en forståelse av hunden som transaksjonsobjekt (Kruger & Serpell, 2006). Winnicot (gjengitt i Kruger & Serpell, 2006) definerer transaksjonsobjekt som et objekt, som for eksempel en leke, som har en trøstende funksjon for barnet og hjelper å lette normalt stress under barnets utvikling i forbindelse med separasjon fra omsorgsperson. Terapiahunden kan anses å ha en liknende funksjon som trøst og støtte for eksempel for personer med underutviklet evne til selvtrøst eller emosjonsregulering. Det foreslås også at hunden tilbyr pasienten en ikke-evaluerende og ubetinget affekt og akseptering. Dermed kan det antakelig fremstå som mindre risikofyllt og mindre komplisert å gå inn i en relasjon til et hund enn til et menneske (Kruger & Serpell, 2006; Rynearson, 1978).

2.6.4 Sosial kognisjon/Utvikling av adaptive representasjoner og strategier

I terapirommet kan hunden benyttes til å jobbe med sosial interaksjon. Når pasienten observerer samspillet mellom terapeut og hund vil det kunne virke modellerende. I tillegg vil

terapeuten kunne mediere interaksjonene mellom pasienten og hunden, i den hensikt å få internalisert sosiale regler, forstå vanlige reaksjoner på ulik atferd, akseptere det ansvaret hun har overfor andre og utvikle respekt for andres behov. I tillegg vil denne type interaksjon med hund, skape mulighet for å lære å uttrykke og forstå nonverbalt språk og tolke intensjoner bak handlinger (Parish-Plass, 2008). BPF-pasienter opplever ofte vansker i mellommenneskelige relasjoner. Dette kan utvises i aggressiv holdning overfor andre, for å unngå å bli såret selv. At denne atferden er med på å opprettholde deres vansker er for mange BPF-pasienter jegsyntont og vil utgjøre et område som terapeuten trenger å adressere (Young et al., 2003).

Interaksjon med terapihund kan ha effekt på hvordan individet opplever sin egen mestringsevne og sin egen atferd. Hundens kommunikasjon preges av å være nøyaktig og enkel, samtidig som den gir ærlig respons på både behagelig og ubehagelig stimuli. Dette kan fremme læring av tydelig kommunikasjon og akseptabel atferd for pasienten. Aggressiv atferd fra pasientens side vil for eksempel kunne bli møtt av avvisende atferd fra terapihunden. I motsatt tilfelle vil kontaktsøkende og positiv atferd fra pasientens side virke som en invitasjon for hunden og føre til positiv interaksjon mellom hund og menneske. Det er samtidig viktig å stille spørsmål ved hvorvidt disse ferdighetene som læres i konteksten med interaksjon med hund, er generaliserbare over til mellommenneskelig interaksjon (Kruger & Serpell, 2006).

Det er interessant å merke seg at mange av prinsippene som gjelder for dyreassistert terapi, også er fordelen ved gruppeterapi. Klienten, hunden og terapeuten utgjør en liten sosial gruppe hvor interpersonlig læring kan finne sted, men her er det kun én pasient som er i fokus for terapi. Gjennom atferdsmessige tilbakemeldinger fra hunden, og refleksjon fra terapeuten, kan pasienten komme til å oppdage sitt eget personlige ansvar i hvordan hun former sin egen mellommenneskelige verden, og se at hun kan endre den. Pasienten kan da prøve ut og øve på

nye atferder i det trygge terapeutiske rommet, for siden å forsøke seg utenfor denne triaden (Parish-Plass, 2008).

2.6.5 Kontrollbehov

Mennesker har et iboende behov for å ha en viss kontroll over seg selv, andre og situasjonen de befinner seg i. Virkeligheten tillater likevel ikke alltid det. Det er særlig tilfelle for ofre for kronisk mishandling, som ofte opplever en følelse av hjelpeløshet. Interaksjon mellom pasient og hund i terapi gir muligheter for at pasienten kan oppleve følelsen av å kunne kontrollere situasjonen selv. Denne nye følelsen av å ha kontroll kan igjen bidra til å bygge opp under et positivt selvbilde, høyere selvfølelse og økt selvsikkerhet (Parish-Plass, 2008).

2.6.6 Nærhet og berøring

Nærhet og fysisk berøring er grunnleggende menneskelige behov, som for mange ikke blir dekt. Nærværet av en hund skaper mulighet for naturlig, varm og myk berøring. Berøring kan særlig være et sensitivt område for pasienter som har blitt utsatt for seksuelt misbruk. I terapirommet kan en hund fungere som et overgangsobjekt for eksempel når pasienten trenger fysisk trøst gjennom berøring, men synes det er vanskelig å ta imot nærhet fra andre, og det vil være unaturlig med en slik type kontakt mellom klienten og terapeuten (Parish-Plass, 2008).

2.7 Hvorfor hund?

Hva er det så som gjør dyreassistert terapi unikt sammenliknet med andre intervensjoner?

Martin og Farnum (2002) ønsket å undersøke om interaksjon med en hund var mer effektivt en interaksjon med et livløst objekt. Ti barn med utviklingsforstyrrelser ble introdusert for tre

ulike betingelser: Én som inkluderte en ikke-sosial leke (ball), én som inkluderte et kosedyr og én som inkluderte en levende terapihund. Forskerne rapporterte at barna utviste mer lekent humør, fremsto mer fokuserte og mer bevisste på deres sosiale omgivelser i nærvær av hunden, sammenliknet med de to andre betingelsene.

En liknende undersøkelse inkluderte åtte barn med Downs syndrom i alderen 7-12 år, som fikk interagere med en hund i sju minutter med veiledning av en voksen. Kontrollgruppen mottok sammen type intervensjon, men med et kosedyr utformet som en hund. Det ble funnet signifikante forskjeller mellom de to gruppene til fordel for gruppen som hadde kontakt med hunden. Deltakerne i denne gruppen utviste økt visuell oppmerksomhet og økt initierende- og responsatferd både verbalt og nonverbalt. Den levende hunden la til rette for å opprettholde fokus på positiv og samarbeidende interaksjon både mellom barnet og hunden, og barnet og den voksne (Limond, Bradshaw & Cormack, 1997).

Katcher (2000) gir en forklaring på hvorfor dyr ser ut til å gi større effekt sammenliknet med livløse objekter. Han beskriver hvorfor dyr kan utgjøre gode transaksjonsobjekter; nettopp fordi de kan bevege seg og vise intensjonell atferd. De oppfører seg mer som en person enn hva for eksempel et kosedyr kan. Selv om kosedyr også kan tilby myk pels, er et levende dyr i stand til å aktivt vise affekt, respondere og søke kontakt. I motsetning til mennesker, kan ikke et dyr motsi eller kritisere det de får høre, og de kan tilby ubetinget positiv affekt uten å dømme.

En annen undersøkelse fant ut at de positive effektene ved DAT i arbeid med deprimerte, var basert på mer enn muligheten for pasientene til å sosialisere i forbindelse med å bli presentert for ny stimuli (Mcvarish, 1995). Forsøket bestod av 74 pasienter innlagt ved to ulike psykiatriske sykehus. Deltakerne ble delt i to grupper, hvor den ene gruppen mottok et 40 minutters besøk av en trent frivillig, som viste dem bilder av dyr. Den andre gruppen mottok et 40 minutters besøk av de samme frivillige, men som nå hadde med seg hunder og kattunger. Funnene viste at gruppen som fikk interagere med levende dyr, hadde signifikant nedgang i depressive symptomer sammenliknet med dem som fikk se bilder av dyr. Grad av depresjon ble målt med Becks Depression Inventory og The Brief Psychiatric Rating Scale. Samtidig ble det funnet at gruppen som fikk se på bilder av dyr viste signifikant nedgang i depressive symptomer sammenliknet med de andre innlagte pasientene, som ikke mottok noen av tilbudene. Det ble dermed konkludert med at selv om sosiale intervensjoner med fokus på ny, men livløs stimuli, har effekt, kan introduksjon av dyr tilby ytterligere signifikant positiv effekt.

Dette illustrerer godt hvordan DAT kan betraktes. Terapeutiske mål kan oppnås via mange terapeutiske innfallsvinkler og virkemidler, og DAT fortjener å bli anerkjent som et av disse virkemidlene som kan anvendes innenfor hvilken som helst terapeutisk tilnærming. Dyrets rene nærvær kan ikke alene tilskrives æren for pasientens fremgang. Terapeutens tilrettelegging og fasilitering av interaksjon mellom klient og terapihund, og seg selv og klienten er avgjørende for resultatene. På denne måten kan DAT utgjøre et integrerende og betydningsfullt bidrag i den terapeutiske progresjonen (Chandler, 2005).

3.0 Diskusjon

Med utgangspunkt i det presenterte teoretiske fundamentet vil vi nå forsøke å illustrere

hvordan innlemmelse av dyreassistert terapi kan forsterke eller forbedre effekten av SFKT. Vi vil spesielt legge vekt på å belyse hvordan DAT kan avhjelpe i forhold til det å skape motivasjon for behandling, bygge en terapeutisk allianse, arbeide med emosjonell deprivasjon og mistillit/misbrukskjema hos pasienter med BPF. Vi vil benytte oss av fiktive situasjonsbeskrivelser for å belyse de aktuelle problemstillingene.

3.1 Motivasjon og terapeutisk allianse

Det er vanskelig å snakke om motivasjon for terapi, uten å samtidig nevne terapeutisk allianse. Etersom terapeutisk behandling og resultatene av behandlingen avhenger av motivasjon og allianse, blir det naturlig å starte diskusjonen nettopp her. Det å ha hunden tilstede første timen kan være problematisk med tanke på allergi og fobi. Det vil derfor enten være nødvendig med noen forhåndsopplysninger om pasienten, eller hunden kan rent praktisk være lokalisert i et annet rom enn terapirommet og hentes inn om pasienten samtykker til det. En annen, men anbefalt mulighet, er at å vente til en senere terapitime med å trekke inn hunden som virkemiddel, etter å ha mottatt pasientens informerte samtykke (Chandler, 2005). Da kan det være at man ikke får utnyttet den initiale virkningen av hunden som motivator eller som en sosial fasilitator ved det første møtet. Samtidig er det nødvendig å vurdere hvorvidt både SFKT og DAT er aktuelt for den enkelte pasient, ut ifra av hvor motivert pasienten er og om hun fremstår som vanskelig å nå inn til.

Absolutte kontraindikasjoner for DAT som intervensjon, vil være om pasienten er allergisk eller det foreligger kulturelle begrensninger. Fobier eller manglende interesse for hund kan overkommes og til og med benyttes til å jobbe med utfordringer i forhold til tillit. I forsøk på å drive en pasientorientert terapi og oppnå en god terapeutisk allianse vil det å ta hensyn til pasientens ønsker og behov være en faktor. I tråd med prinsippene for oppbyggingen av

terapeutisk allianse, er det å ha en felles forståelse for hva som er hensikten med terapien og på hvilken måte disse målene skal nås, som igjen vil påvirke kvaliteten av det emosjonelle båndet mellom pasient og terapeut, av stor betydning (Safran & Muran, 2000). Det vil dermed være fordelaktig at pasient og terapeut deler oppfatningen om DAT vil være et virkemiddel som passer den aktuelle pasienten. I SFKF består første fase i å vurdere pasientens egnethet for nettopp denne type intervensjon. Tilstedeværelse av akutt alvorlig ubehandlet akse-1 diagnose, psykose og rusmisbruk vil være grunn til å utsette SFKT, til disse områdene først er ivarettatt (Young et al., 2003). I samme forbindelse som denne screeningen finner sted, kan BPF-pasienten screenes for egnethet til DAT, eksempelvis via Client Screening Form for Animal Assisted Therapy utformet av Chandler (2005).

I mange tilfeller med BPF vil nettopp manglende motivasjon for terapi vise seg gjeldende. Disse pasientenes oppveksthistorie og ofte traumatiske erfaringer kan gjøre at de kvier seg for å åpne seg og ta tak i dette. Skjemaer for mistillit og avvisning som resultat av tidligere erfaringer og jegsyntone symptomer ligger ofte til grunn for resistansen. I tråd med skjemafokusert kognitiv terapi vektlegges derfor særlig behovet for en god terapeutisk allianse i arbeidet med denne typen pasienter (Young et al., 2003). Det kan riktignok ta betydelig tid for å oppnå dette, hvor det har blitt anslått at hele det første året av terapi må regnes til nettopp alliansebygging (Young et al., 2003). Hva er det så som kan motivere pasienten til å komme fra time til time, når det ennå ikke ligger noen tillit til grunn og pasienten ikke har tilstrekkelig selvinnsett i behovet for terapi? Selv om SFKT har vist seg å være en passende tilnærming for BPF-pasienter, ser man også at det særlig i startfasen av terapien kan være et behov for ytterligere motivasjonsfaktorer (Young et al., 2003) Når denne motivasjonen ikke finnes i pasienten selv, er det dermed rimelig å tenke at denne motivasjonen må komme utenfra. Terapeuten kan til en viss grad fylle denne rollen som

motivator. Men samtidig har denne typen pasienter ofte erfaring med andre terapeuter fra tidligere terapi, og pasienten kan oppleve tvil rundt hva en ytterligere terapeut har å bidra med. Hvordan hunden kan bidra til pasientens motivasjon skisseres i følgende eksempel.

Lise er en ung kvinne i starten av tjuetårene. Hun har diagnosen BPF og har vært innlagt ved gjentatte ganger grunnet alvorlige episoder med selvskading og selvmordsforsøk. Psykiateren ved den siste avdelingen hun er innlagt ved, ønsker at hun skal forsøke SFKT. Isabelle er negativ og tror ikke hun vil ha noe utbytte av ytterligere terapi. Psykiateren overtaler henne likevel og forteller at terapeuten hun skal til ofte har med seg en hund i timene, og spør om Isabelle har noe imot det. Isabelle sier at det har hun ikke.

Det første møtet med terapeuten fortoner seg slik: Inne i terapirommet har de satt seg ned i hver sin stol, hun hører psykologen sier noen av de innledende frasene hun vet psykologer sier, men hun ser tomt på ham. "De er alle like disse psykologene", tenker hun. Så ser hun plutselig et par brune øyne som ser på henne fra en stor myk pute under kontorpulten i rommet. Psykologen legger merke til at Lise sine øyne livner noe til, og han ser at hun ser på hunden og han ser at hun åpner munnen for å si noe. "Jeg håpet hunden skulle være her" sier hun med et lite smil. "Vil du hilse på henne?" spør terapeuten Lise. Hun nikker og terapeuten gir tegn til hunden, som vennlig og imøtekommende hilser på Isabelle, for så å sette seg ved hennes side.

Et forslag til hvordan man kan skape motivasjon hos pasienten for å komme tilbake er DAT. Noen undersøkelser har vist hvordan dyreassisterte intervensjoner bedret oppmøtet til terapisesjoner (Holocomb & Meacham, 1989; Velde et al., 2005). De samme undersøkelsene

sier likevel lite om hvorfor det forbedret oppmøte. Det er flere faktorer som tenkes å virke inn her.

Hunden kan være med på å gjøre behandlingsrommet til et mindre truende sted. Under oppbygging av en god allianse vektlegges viktigheten av at terapeuten opplever og utviser ubetinget positiv aksept overfor pasienten (Rogers, 1957). Det vil være variere fra terapeut til terapeut i hvilken grad den evner dette, og det vil avhenge av og variere med hvordan terapeuten opplever den enkelte pasient. Her vil en hund kunne bidra med sin hengivne natur. I det at en hund ikke dømmer for eksempel etter utseende, bekledding, sosioøkonomisk status, legning eller holdninger, vil hunden møte pasienten uten fordommer. En hund kan med sin atferd, i form av logring, ønske om berøring og fysisk tilnærming, både søke og gi nærhet til et menneske. For mange vil dette oppleves som en bekreftelse at en hund ønsker kontakt med dem, og hunden utviser så med sin hengivne atferd, evne til å formidle ubetinget positiv aksept.

Slik Young et al. (2003) beskriver terapeutisk allianse, vektlegges viktigheten av å skape et miljø som er aksepterende og trygt, som gjør pasienten i stand til å danne et emosjonelt bånd til terapeuten. I SFKT skal ikke terapeuten være tilbaketrukket og reservert, eller fremstå som perfekt. Det vektlegges at terapeuten skal la sin naturlige personlighet komme frem og dele sine emosjonelle responser så sant det tenkes å gagne pasienten. Varme, ektehet og personlig tone blir viktig i den nære prosessen terapeut og pasient står overfor, der terapeuten skal ivareta pasientens behov for emosjonelt påfyll. I tillegg tolker ofte BPF-pasienter en stille og reflekterende stil som at terapeuten ikke er interessert og ikke støtter dem. Det er derfor viktig at terapeuten er aktiv og stiller spørsmål, fremfor å vente på pasientens umiddelbare tanker

(Young et al.2003). Her kan hunden komme inn og bidra med å skape en varm og autentisk atmosfære (Parish-Plass, 2008).

En av utfordringene i arbeidet med pasienter med BPF er at de ofte har et tankesett preget av en rekke, om ikke alle, de ulike TMS. I tillegg er det typisk for BPF-pasienter med raske skiftninger mellom de ulike modusene; det forlatte barnet, det sinte og impulsive barnet, den straffende forelderen og den frakoblede beskytteren. Alliansen terapeuten danner med pasienten er ment å skape forbindelser med pasientens sunne voksenmodus, som ofte er så godt som fraværende. Målet er å styrke denne, og svekke TMS (Young et al., 2003).

Avhengig av hvilken modus pasienten befinner seg i, kan terapeuten bruke hunden på ulike måter for å møte pasienten. Modusen BPF-pasienten befinner seg oftest i, er den frakoblede beskytteren. Modusen er ment for å hjelpe pasienten å stenge av emosjoner og forhindre skjemaaktivering. Dette fremmer en *flink pike*-atferd som er lett å misoppfatte som sunn voksenmodus. Når dette er tilfelle er terapeuten sin hovedstrategi å hjelpe pasienten å erfare emosjoner slik de fremstår uten å blokkere, uten å stenge andre ute og samtidig forsøke å uttrykke sine behov. Terapeutens mål er å forsere den frakoblede beskytteren som ikke stoler på noen, og nå inn til modusen for det forlatte barnet, hvor man vanligvis finner BPF-pasientens kjerneskjemaer. I SFKT sammenliknes pasientens fremgang med hvordan et barn utvikler seg. Når pasienten befinner seg i modusen for det forlatte barnet, oppfører hun seg gjerne på en svært barnaktig måte. Hun kan fremstå som skjør og trengende, på et nivå som tilsvarer et barn under tre år av alder. I møte med det forlatte barnet med tanke på å bygge allianse, er det viktig at terapeuten empatiserer og beskytter det forlatte barnet. Det er fordelaktig for alliansen å holde pasienten i den forlatte barnemodusen, da denne modusen

fremmer terapeutens følelse av empati og varme overfor pasienten. Eksempel på hvordan terapihunden kan benyttes for å forsere den frakoblede beskytteren, kan være i terapeutens forsøk på å få pasienten til å uttrykke behov og følelser gjennom åpnende spørsmål:

Terapien er i sin innledende fase og terapeuten har fanget opp fraværet av emosjoner i ord og væremåte fra pasientens side. Terapeuten registrerer at modusen for den frakoblede beskytteren er aktivert. Terapihunden Felix sitter ved pasientens side og viser tegn på velbehag over at pasienten stryker den over nakken. Terapeuten forsøker å aktivere modusen for det forlatte barnet og spør:

T: Du har svart at du synes det er greit at jeg har med hunden som en del av din terapi, men hva tenker du egentlig om det?

P: ..nei..jeg tenker ikke så mye, det er hyggelig..

T: Hva føler du når hunden sitter så nær deg?

P: Det føles godt.. Det er en fin hund.

T: Hva tror du det er som gjør at det føles godt? Føler du deg glad, trygg, avslappet..?

P: Jeg føler meg kanskje tryggere, jeg tror Felix skjønner at jeg er litt nervøs og rastløs når jeg er her.. virker som om han vil støtte meg.

T: Det forstår jeg må være en god følelse. Er det andre som har gitt deg en slik liknende følelse tidligere?

P: (tenker seg om en stund) ..bestemor gav meg den samme følelsen, men hun døde like før jeg skulle fylle 6år. Og jeg opplevde det litt slik hos de siste fosterforeldrene jeg bodde hos..

T: Hvis du lukker øynene nå, får du til å se for deg en situasjon der du er sammen med bestemor, hvor hun gav deg en slik følelse av trygghet?

Eksempelet åpner med pasienten i frakoblet beskyttermodus, der hun svarer kort, men høflig. Hun komplimenterer terapeutens hund, i forsøk på å tilfredsstille terapeutens spørsmål, og for å fremstå som en ”god pasient”. Terapeuten gjenkjenner dette mønsteret for respons, og retter spørsmålene i retning for å nå det forlatte barnet. Spørsmålene som aktiviserte det forlatte barnet kunne selvsagt vært reformulert og brukt i en setting uten en terapihund. Det som da ville være annerledes er at i eksempelet opplever pasienten trygghet der og da. Så tidlig i terapien som eksempelet er tenkt å være, vil kanskje ikke terapeuten ha klart å skape lik grad av trygghet. Nettopp denne tryggheten er viktig for alliansen, som igjen er viktig for at pasienten ikke skal avslutte terapien prematurt (Alexander & Luborsky, 1986; Horvath, Gaston & Luborsky, 1993; Horvath & Greenberg, 1994; Horvath & Symonds, 1991; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994).

Kvaliteter ved hunden kan påvirke hvorvidt pasienten føler seg trygg. En liten hund, kan pasienten ha på fanget, og kjenne nærheten til, og holde rundt som et barn ville holdt rundt en bamse. En større hund vil kunne appellere mer til godmodighet og følelsen av lojalitet og trofasthet der den sitter, samt at dens størrelse kan tilsi at den vil være en god beskytter. Det at hunden sitter på ved pasientens side eller lar seg håndtere på pasientens fang, krever naturligvis opplæring av hunden. Denne atferden kan kontrolleres for eksempel ved å være betinget til en nærmest usynlig håndbevegelse fra terapeuten, slik at pasienten får inntrykk av at hunden selv har tatt initiativ til nærværet. Enkelte hunder trenger ikke å læres dette, men søker denne kontakten uavhengig av kommando. Selv om terapeut og terapihund også kan

interagere i terapirommet, er det pasienten som er av behov for ekstra støtte, omsorg og trygghet. Derfor er det naturlig at interaksjonen foregår hovedsakelig mellom pasient og terapihund. Terapeuten kan fordelaktiv demonstrere sine omsorgsevner via hunden, men det er viktig at ikke pasienten føler seg utenfor det fellesskapet terapeut og terapihund deler.

Selvsagt er ikke alle hunder like sosiale eller hengivne. Noen individer utviser så og si like stor hengivenhet overfor alle de møter, mens andre viser hengivenhet først og fremst overfor dem de kjenner og trenger å opparbeide tillit overfor et nytt menneske. Andre kan være direkte avvisende eller har en mindre tydelig måte å vise affekt på. I terapeutisk sammenheng gjelder det å velge en hund som passer det formålet den er tiltenkt. En svært imøtekommende hund vil kunne bidra med å tilby nettopp ubetinget positiv aksept. En hund som har behov for å opparbeide et kjennskap og en relasjon for å vise denne typen aksept, vil kunne bidra til å gi pasienten mestringsfølelse idet relasjonen oppnås. I tillegg vil pasienten kunne lære om hvordan relasjoner dannes og det vil kunne gi dem assosiasjoner til egne erfaringer rundt tillit og relasjoner som er relevant i det terapeutiske arbeidet.

Som nevnt skifter pasienter med BPF hyppig mellom moduser. Det betyr at terapeuten må forholde seg adekvat avhengig av hvilken modus som er aktivert. Modusen for det sinte og impulsive barnet er den modusen helsepersonell oftest forbinder med BPF. Likevel er dette den modusen BPF-pasienter mest sjelden befinner seg i. Den blir fremtredende når pasienten ikke klarer å holde tilbake alt sinnet de har båret på. Sinnet får da gjerne utløp på en impulsiv måte, i forsøk på å få deres behov møtt. I denne modusen kan pasienten bli irrasjonell og handle upassende ved å være forlangende, devaluerende, kontrollerende eller mishandlende, og kan dermed oppfattes som manipulerende. Pasienten kan i denne modusen fremstå som

urimelig og bortskjemt, mens atferden opprinnelig er et desperat uttrykk for å få sine behov møtt. Terapeutens strategi vil være å sette grenser og lære pasienten mer passende måter å kontrollere sitt sinne på og å oppnå at deres behov blir møtt (Young et al., 2003). Et eksempel hvor det sinte og impulsive barnet er aktivert, kan være hvor pasienten vender sin frustrasjon mot terapeuten:

“Du gjør ingenting for å hjelpe meg! Du bare sitter der dag ut og dag inn, med den forbanna hunden din, du vet ikke hvordan mitt liv egentlig er! Det er lett for deg å late som om du forstår, men det gjør du ikke! Hvis jeg tar livet mitt, er det din skyld!!”

Når dette skjer er terapeutens strategi å sette grenser for pasienten, for eksempelvis ved å si til pasienten at selv om hun har rett til å være sint, kan han ikke godta at hun roper slik til ham. Eventuelt kan han be pasienten om å ta seg en timeout utenfor. Når pasienten er mottakelig lar terapeuten pasienten ventilere med å uttrykke sitt sinne. Deretter søker terapeuten å empatisere med pasientens underliggende skjemaer, med mål om å bringe pasienten fra det sinte og impulsive barnet modus til det forlatte barnet modus. Neste steg vil være å realitetsteste om terapeuten virkelig var kilden til sinnet, eller om graden sinnet ble uttrykt med var rimelig. Terapeuten ber om unnskyldning hvis det var berettiget. Den siste fasen består i at pasienten får øvelse i å uttrykke selvhevdelse på en mer hensiktsmessig måte (Young et al., 2003).

Hundens rolle kan bli mer usynlig når pasienten er i denne modusen. På grunn av sitt sinne kan det være at pasienten ikke oppfatter hundens reaksjon. Atferden som kan følge med denne

modusen kan være utfordrende ikke bare for terapeuten, men også for hunden. Hunden kan bli redd, eller i verste fall gå i forsvar for terapeuten om pasienten blir fysisk utfordrende. Det siste er svært uheldig i en fase der terapeutisk allianse bygges, da polariseringen hund og terapeut opp mot pasienten alene, vil bli veldig tydelig. Hvis hunden blir redd, kan dette brukes for å aktualisere hvordan graden av sinnet påvirker omgivelsene og hvordan det går an å få sine behov møtt, uten å overreagere eller true.

Etter en slik episode kan det være at pasienten går over i modus som den straffende forelderen. Denne modusen er resultat av at pasienten har internalisert omsorgsgiveren(e) sine uttrykk for sinne, hat, avsky eller mishandling overfor pasienten. Når pasienten er i denne modusen, fungerer hun som sin egen straffende eller avisende forelder, ofte uttrykt i avsky mot seg selv, selvkritikk, selvskading eller annen selvdestruktiv atferd. Årsaken til at denne modusen aktiveres, skyldes at pasienten blir sint på seg selv for å ha eller for å vise normale behov, som omsorgsgiveren(e) ikke tillot henne å uttrykke. Terapeutens strategi når pasienter er i denne modusen er å hjelpe pasienten å motstå beskjedene fra den straffende forelderen og å bygge selvtillit hos pasienten. Terapeuten jobber for å støtte det forlatte barnet sine behov og rettigheter, samt å overvinne og erstatte den straffende forelderen. I dette arbeidet er det viktig at terapeuten har en støttende og aksepterende holdning overfor pasienten og ikke anklager eller kritiserer henne. Ved å presentere den selvstraffende atferden som en modus, hjelper terapeuten pasienten å eksternalisere atferden. Terapeuten bør empatisere med pasienten ved å uttrykke forståelse for hvor vanskelig dette er for pasienten, samtidig som pasienten oppfordres til å bekjempe den straffende stemmen (Young et al., 2003).

Etter et sinneutbrudd som demonstrert i modusen for det sinte og impulsive barnet, kan pasienten bli selvbebreidende for å ha uttrykt følelser og behov så sterkt, noe som pasienter har erfart som uakseptabelt i oppveksten. Igjen er det viktig at pasienten mottar aksept og trygghet. I arbeidet med pasienter med BPF bør en terapihund være trent for å håndtere å overvære en slik beskrevet situasjon, for å i etterkant kunne møte pasienten i den modusen hun da befinner seg i og fremstå som tilgivende. Det er viktig at ikke terapeuten inntar rollen som straffende forelder ved å utvise misnøye med pasientens væremåte. Det er gunstig både for pasienten og terapeuten at den straffende forelderen forseres ved å nå inn til det forlatte barnet (Young et al., 2003). Det kan gjøres på en liknende måte som i eksempelet med den frakoblede beskytteren. Når pasienten er i modus for straffende forelder kan hun eksempelvis bli selvbevisst over om hun kom i skade for å skremme hunden. Terapeuten kan benytte muligheten til å bekrefte at hunden ble skremt, men påpeke at ettersom hunden vet hvem pasienten er utenom når hun aktiveres til modusen for det sinte og impulsive barnet, har hunden tillit til henne. Terapeuten kan følge opp med å spørre om pasienten selv har blitt skremt av andres sinne før. Om en historie fra barndommen blir fremstilt kan terapeuten lykkes i å bringe frem det forlatte barnet. Det kan skape rom for samtale om eksternalisering av det sinte og impulsive barnet modus og forklaringer på utagerende atferd.

Med tanke på relasjonen som skal dannes mellom pasient og terapeut vil hunden kunne fungere som en fasilitator. Som tidligere nevnt oppfattes mennesker i følge av hund som mer vennlige enn det samme mennesket uten hund (Lockwood, 1983). I den grad dette er tilfelle, er det tenkelig at en terapeut som har en hund til følge vil kunne påvirke pasientens oppfatning av terapeuten i positiv retning, som igjen tenkes å ha betydning for motivasjon. Samspillet mellom terapeuten og hunden vil også kunne gi pasienten bekreftelse på om terapeuten er tillitsverdig. Ved å observere hvordan terapeuten behandler hunden og hvordan

hunder responderer og stoler på terapeuten, kan det virke betryggende på pasienten. Det samme kan faktisk gjelde i motsatt fall, ved at terapeuten vil oppfatte pasienten i positiv retning når den observerer samspillet mellom hund og pasient. En slik dynamikk vil trolig påvirke alliansen positivt (Chandler, 2005), som igjen er viktig for det terapeutiske utfallet (Alexander & Luborsky, 1986; Horvath, Gaston & Luborsky, 1993; Horvath & Greenberg, 1994; Horvath & Symonds, 1991; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994).

Det er ikke bare et positivt inntrykk av terapeuten, tilstedeværelsen av en hund kan bidra med for pasienten. I tillegg vil hunden kunne gjøre terapirommet og settingen mindre truende (Parish-Plass, 2008). Å komme til terapeutisk samtale der en skal la seg vurdere av et menneske en ikke kjenner og dele tanker og erfaringer en til og med helst ville holdt skjult for seg selv, er ikke ukomplisert. Hundens tilstedeværelse vil utgjøre et avbrudd i hva som vanligvis befinner seg i et terapirom. Med mindre ikke pasienten ikke er redd for eller allergisk for hunder, vil hunden kunne skape trygge assosiasjoner til hund som et familiemedlem, i hvert fall innenfor store deler av vestlig kultur. Hundens tilstedeværelse vil kunne fjerne noe av selvbevisstheten rundt årsaken til at pasienten i utgangspunktet er i terapirommet, og kan bidra til at pasienten senker et eventuelt forsvar (Parish-Plass, 2008). Hunden vil kunne fungere som et felles ytre fokus for pasient og terapeut. Synonymer for denne funksjonen vil være ”sosial fasilitator” eller ”icebraker”, da de begge vil ha en annen skapning å rette blick mot, kommunisere med og samtale med hverandre om.

Samtidig må det vektlegges at det er pasienten som er i fokus og ikke hunden. Hunden bør ikke i for stor grad bli en unnskyldning for pasienten til avsporinger og årsak til distraksjon. Den skal i stedet fungere som en ”unnskyldning” for terapeuten for å lede pasienten på sitt

eget spor og aktivt bruke hunden til å forsere hindringer på dette sporet. For pasienten kan det likevel ha betydning for motivasjon, å vite at det er mulighet for å kunne skifte mellom fokus på hunden og fokus på aktuelle temaer når disse blir for overveldende. Dette skisseres i følgende eksempel:

Terapeuten forsøker å vise interesse for en hjemmeoppgave pasienten har hatt i forhold til et mestringskort de har laget i timen for hvordan hun skal tenke og handle når kjæresten skuffer henne. I denne situasjonen forsøker pasienten å unngå temaet.

T: Har det vært noen situasjoner siden sist, der du fikk behov for å bruke mestringskortet vi brukte sist?

P: Ja, jeg og Christian skulle på fest hos en kollega av ham, og vet du hva? Han hadde en slik hund som Felix er!

T: Da er han heldig som har en så fin hunderase (sier terapeuten spøkefullt bekreftende). Men hva var det som gjorde at du hadde behov for mestringskortet?

P: vel, det skjedde da jeg hadde lyst til å.. ååå! Se så søøøøt Felix er nå, når han gjør sånn med potene sine!

T: (Ler litt over hundens atferd) ja, han var veldig søt nå. (Roper på hunden som ligger i kurven sin og gir den tegnet for å sette seg nær pasienten). Men både Felix og jeg er nysgjerrig på denne situasjonen. Det har ikke noe å si om du ikke fikk til å bruke flashkortet, da må vi heller prøve å finne ut av hva det var som gjorde at det ikke virket denne gangen.

P: (sukker) det var da jeg ønsket å dra hjem. Christian hadde ikke lyst til å dra hjem akkurat da, og jeg dro hjem i sinne for at han ikke ville slå følge med meg. ..jeg gjorde ting mot meg selv jeg ikke skulle ha gjort da jeg kom hjem, følte at det ikke var noen som brydde seg om meg.. Jeg vet jeg skulle ha brukt kortet, men jeg klarte ikke, det var for mange følelser, jeg var redd han skulle gjøre noe med noen andre jenter når jeg ikke var der og..uff..jeg får ikke til noen ting.

Beskrivelsen overfor viser hvordan hunden, som resultat av kun sin tilstedeværelse, påvirker situasjonen. Dette utgjør mer passive faktorer som kan finne sted uavhengig av terapeutens involvering. Terapeuten kan også gå mer aktivt gå inn for å bruke hunden som motivator. Det kan for eksempel gjøres ved at terapeuten arrangerer aktiviteter som pasienten kan ta del i sammen med hunden. Det kan være seg i form av lek med hunden, dressur, lære hunden en øvelse eller et triks og stell av hunden. Eksempelvis vil det å skulle klippe klørne til en hund, kreve at pasienten har stor nok mestringstro på at hun eller han ikke kommer til å klippe for langt inn på kloen, slik at man treffer nerven og hunden vil begynne å blø. Samtidig er det en stor tillitserklæring fra hunden overfor pasienten å la seg klippe klørne på. Det forutsetter at terapihunden er fortrolig med at fremmede håndterer dens poter og klør og ikke tyr til aggresjon.

På en slik måte kan praktiske øvelser med hunden kan tematisere problemområder som mestringstro og tillit. For pasienter som er svært mistroiske og ikke ønsker å dele sine problemområder med terapeuten kan muligens slike øvelser være særlig fordelaktige. De står da foran en praktisk oppgave i sammen, der terapeuten vil assistere pasienten. Dette kan i seg selv utgjøre et ufarlig tema og en erfaring de kan dele, men kan også representere en metafor

for deres videre samarbeid som mer direkte vil handle om pasienten. Dette kan terapeuten kommunisere til pasienten. Eksempelvis kan pasienten komme til skade å klippe over hundens nerve og ønsker i dette øyeblikket ikke å fortsette i frykt for å skade hunden ytterligere. Det er likevel viktig å oppmuntre pasienten til å fortsette senere, slik at øvelsen avsluttes med en mestringserfaring. I et slikt tilfelle kan terapeuten trekke linjer til pasientens egne mentale nerver som kan påvirkes under terapi. Terapeuten kan formidle at noen ganger vil temaer bli for vanskelige å gå nærmere inn på, og at det er helt i orden å ta en pause og gå frem i pasientens tempo. Videre formidler terapeuten at det er viktig å ikke la det vanskelige bli liggende, for som med en hund som ikke får klørne klippet, vil de gro seg lengre og til slutt gjøre det både smertefullt og vanskelig å gå videre.

Hunden kan være med å moderere skepsis og usikkerhet rundt terapisettingen og terapeuten. I tillegg kan den være kilde til samtaleemner og skape muligheter for motiverende metaforer. Mange mennesker liker i tillegg hunder rent intuitivt og hundens imøtekommende vesen og til tider underholdende vesen, vil kunne være motivasjon nok for enkelte, som et lyspunkt i en ellers vanskelig prosess. Terapiprosessen kan oppleves motstridende, idet at pasienten ønsker at dens situasjon skal forbedres, men samtidig tar det tid og er utfordrende. Nødvendigheten av en god terapeutisk allianse i det samarbeidet terapi utgjør, er anerkjent og godt dokumentert (Beck et al., 1999; Clarkin et al., 1999, Spinhoven et al., 2007). Et av DAT sine viktigste bidrag omhandler potensialet for å fasilitere alliansebygging, gjennom å skape trygghet, være kilde til et felles ytre fokus, ha en fysiologisk beroligende effekt, gi nærhet og tilby ubetinget positiv aksept. Disse faktorene kan være av betydning også senere i terapiforløpet og ikke bare i de initiale fasene.

Eksemplene beskrevet kan muligens ikke tilskrives unik effekt som resultat av å bruke en hund som intervensjon. En kan argumentere for at terapeuten kunne ha håndtert situasjonene uten tilstedeværelsen av en hund. Likevel har Parish-Plass (2008) påpekt hvordan bruk av hund i psykoterapi kan skape noen av de samme terapeutiske gevinstene som kan oppnås i gruppeterapi. Fraværet av andre menneskelige individer sørger for at fokuset rettes mot den ene pasienten hele tiden. En slutter ikke å tilby gruppeterapi selv om individualterapi fungerer og heller ikke omvendt. Gruppeterapi kan være samfunnsøkonomisk besparende ettersom flere pasienter kan hjelpes samtidig. Dersom en hund kan hjelpe terapeuten å raskere opprette en god allianse med pasienten, vil intervensjoner i behandlingen også kunne iverksettes tidligere. Om hunden evner å motivere pasienten til å følge opp terapien og ikke avslutte prematurt, vil antakelig flere pasienter med BPF oppnå større fremgang og ha behov for mindre oppfølging av offentlige støtteapparatet. Det er derfor verd å se nærmere på hva det er en hund kan bidra med i SFKT for BPF-pasienter.

3.2 Emosjonell deprivasjon

En av våre antagelser omkring terapihundens funksjon i et SFKT-forløp er som et gunstig bidrag i forhold til emosjonell deprivasjonsskjemaer. Slike skjema er hyppig fremtredene hos pasienter med BPF og arter seg som manglende oppfyllelse av grunnleggende emosjonelle behov i barndommen. Det være seg behov for omsorg, behov for beskyttelse og behov for empati. Pasienter med BPF er ofte ikke klar over at de har denne typen skjema og behøver også hjelp til å identifisere at de faktisk har opplevd emosjonell deprivasjon i løpet av barndommen. Det er av den grunn viet en stor del av den skjemafokuserte kognitive terapien til arbeid med å gi påfyll for denne emosjonelle deprivasjonen. Dette arbeidet foregår gjennom arbeid med kognitive, emosjonelle og atferdsmessige uttrykk av denne deprivasjonen (tabell 5). Målet for dette er å gi pasienten innsikt i sine egne behov og

validiteten av disse, lære å håndtere mild grad av deprivasjon, arbeide med å gi uttrykk for sine behov på akseptabelt vis og forsterke pasientens sunne voksenmodus slik at pasienten blir autonom når det kommer til omsorg og beskyttelse (Young et al., 2003). Vi vil i det følgende se på i hvilke faser av dette arbeidet det potensielt kan være aktuelt å bringe inn en terapihund og hvordan dette kan bidra til å styrke det terapeutiske arbeidet i forhold til denne typen skjema.

3.2.1 Den terapeutiske alliansen

I arbeid med emosjonell deprivasjon er den terapeutiske alliansen et viktig virkemiddel i den terapeutiske prosessen. For en del av pasientene er dette det første stedet de har opplevd å bli vist omsorg, beskyttelse og empati. Den terapeutiske relasjonen skal fungere som en delvis motgift for den emosjonelle deprivasjonen og være en modell for en sunn og nærende relasjon. Gjennom den terapeutiske relasjonen er målet at pasienten skal få en korrigerende emosjonell erfaring i forhold til sitt skjema (Young et al., 2003). I det foregående har vi diskutert hvordan hunden potensielt kan bidra til å raskere etablere terapeutisk allianse i egenskap av å være en motivasjonsfaktor til deltagelse i terapi (Chandler, 2005; Holocomb & Mecham, 1989; Velde, Cipriani & Fisher, 2005), fremme kontakt og relasjonsdannelse ved å få terapeuten til å fremstå som vennligere og mindre truende (Lockwood, 1983) og via sosialt medierende egenskaper som det å være et nøytralt eksternt stimulus (Fine 2006). Disse effektene ligger til grunn for det videre arbeidet, hvor den terapeutiske alliansen ikke bare er en forutsetning for terapiens fortsettelse, men også et av de viktigste verktøyene i den terapeutiske prosessen (Young et al., 2003).

Nærhet og berøring

Emosjonell deprivasjonsskjemaer stammer ofte fra oppvekst i familier preget av kulde, avvísning, misbruk, ensomhet og uforutsigbarhet. Man kan anta at nærhet og berøring av det positive slaget er i stor grad fraværende i pasientenes oppvekst (Young et al., 2003).

Deprivasjon på nettopp dette feltet fremstår generelt som en terapeutisk utfordring med hensyn til etiske variabler. Det anses ikke som profesjonsetisk passende å inkludere berøring og fysisk nærhet i den terapeutiske relasjonen på grunn av muligheten for rollemisforståelser og misbruk (Psykologforeningen, 1998). Det at terapeuten ikke kan fylle dette behovet for pasienten kan muligens være en utfordring med tanke på å opprettholde den terapeutiske alliansen og gi pasienten et troverdig bilde av at terapeuten oppriktig bryr seg om henne.

Nærhet og berøring er naturlige deler av mellommenneskelig-interaksjon som er ekskludert fra den terapeutiske relasjonen. Ved bruk av hund i terapien kan det emosjonelle påfyllet i forhold til emosjonell deprivasjon utvides til å også inkludere berøring og fysisk nærhet. I følgende eksempel illustreres hvordan dette tenkes gjennomført:

Lise og hennes terapeut arbeider med hennes emosjonelle deprivasjon; terapeuten belyser at i alle de forestillingsbilder de har gjennomgått og i alt hun har fortalt i terapien, har hun aldri nevnt at mor gav henne fysisk nærhet i oppveksten. Lise virker ubekvem og urolig når dette blir nevnt og viker med blikket. Sammen med terapeuten går de inn i et bilde fra barndommen hvor Lise ikke fikk møtt sine behov, og terapeuten hjelper Lise til å komme i den forlatte barnmodusen. Lise ser seg selv sittende alene på rommet sitt som femåring og hun er trist fordi mor har bedt henne holde seg unna og slutte å være sånn til bry, når Lise søkte trøst fordi hun hadde falt under lek og slått seg kraftig. Terapeuten går inn som en stemme i forestillingsbildet

og utforsker sammen med Lise hva hun føler i forhold til morens avvvisning. Lise begynner å gråte når terapeuten tar opp dette og blir tydelig urolig. Hun greier ikke fortsette å prate og sier at hun synes det er for vondt å bli værende i forestillingsbildet. Terapeuten kommanderer da terapihunden labradoren Felix, fra plassen sin i hjørnet og bort til Lise og ber han sette seg nært henne. Instinktivt legger Felix hodet i Lises fang og Lise omfavner hunden og begraver ansiktet i den myke pelsen. Hun gråter og gråter og Felix sitter tålmodig og tar i mot alle tårene. Etter hvert hikster hun og forteller at alt hun ønsket var at moren skulle plukke henne opp, holde henne og trøste henne. Når Lise og terapeuten i etterkant av denne forestillingsøvelsen oppsummerer, sier Lise at det var vondt å være i det bildet hvor hun følte seg avvist og uønsket. Hun trodde ikke hun skulle greie å bli værende i bildet. Når Felix satte seg inntil henne følte hun at hun hadde noen som sto på hennes side og gav henne noe av det hun savnet i den situasjonen hun bearbeidet.

Her benytter terapeuten seg av den muligheten hunden innebærer i form av å tilby pasienten nærhet og berøring som trøst i en situasjon hvor pasienten er i affekt og uttrykker et behov. Som beskrevet tidligere kan det også være tilfelle at pasienten ikke er klar over at dette er et behov hun har (Young et al., 2003), og da kan hundens nærhet og berøring muligens virke som en katalysator for pasientens innsikt i egne behov. Dette ved at hun først opplever at det er et behov der ved å få det dekket. I eksemplet kan dette gjenspeiles ved at Lise i forkant av Felix nærhet ikke greide å uttrykke hva hun hadde ønsket seg fra sin mor i det gitte forestillingsbildet. Vi ser også for oss at terapeuten kan utnytte dette videre i den terapeutiske prosessen ved å utforske de følelsene pasienten opplever i nærhet med hunden og sette disse i sammenheng med de følelser som kommer i farvannet av at disse behovene blir deprivert.

Parish-Plass (2008) beskriver nærhet og berøring som en av de bidrag hunden kan yte i terapien, som skiller seg kvalitativt fra det terapeuten kan. Katcher (2000) viser til fordelene ved å interagere med et levende vesen fremfor for eksempel et kosedyr. I kraft av å være levende er hundens berøring kvalitativt nærmere menneskelig berøring. Hunden er sensitiv for menneskets affektive tilstand, responderer på kontaktsøkende atferd og tilbyr kontakt. Vi ser likevel at hundens evne til nærhet og berøring ikke er en fullgod erstatning for den menneskelige nærhet og omsorg pasienten ble deprivert for i barndommen. Det mest naturlige vil derfor være å se på hunden som et overgangsobjekt for oppfyllelse av dette behovet (Kruger & Serpell, 2006).

I vårt eksempel er terapihunden en relativt stor hund, og nettopp hundens størrelse, utseende og andre egenskaper vil nok også spille inn i forhold til hvilket utbytte pasienten opplever av det å kjenne nærhet. En kan anta at ulike typer terapihunder kan fremme ulike følelser hos pasienten. I vårt eksempel skisserer vi at pasienten opplevde at det var noen som sto ved hennes side og gav nærhet. Ville dette hatt samme effekt om terapihunden var en liten hund som kløv opp i fanget hennes og la seg trygt til rette der? Ville dette ha fremkalt andre følelser? En kan også stille spørsmål ved hvorvidt den situasjonen som skisseres i eksemplet kvalifiserer som en korrigerende emosjonell erfaring. I denne situasjonen er det ikke hunden som tilbyr nærheten, den gjør det på kommando fra terapeuten. Dette kan pasienten potensielt tolke dit hen at hunden ikke oppriktig bryr seg om henne, den gjør bare jobben sin. Ut i fra dette vil det være en fordel om terapihunden er vår på menneskers emosjonelle tilstand og på eget initiativ søker kontakt. En slik forutsetning begrenser tilgjengeligheten av kvalifiserte hunder, da det kreves et lynne og en atferd som er svært kontaktsøkende og sensitivt for menneskelige emosjoner.

Som beskrevet tidligere er det en hyppig forekomst av misbrukshistorikk blant pasienter med BPF, noe som kan medføre at pasienten synes dette med fysisk kontakt er utfordrende (Herman, 1997). Dette må man også ta hensyn til hvis man skal ta i bruk hundens evne til nærhet og berøring i terapeutisk sammenheng. I det foregående impliserer vi at det å føle nærhet til en hund kan fungere som påfyll for pasienter som mangler dette i menneskelige relasjoner. Ved å implisere en likhet mellom disse to formene for nærhet må vi også ta høyde for at noen pasienter som synes berøring er utfordrende og ubehagelig, og kan få samme opplevelse av nærheten en hund kan tilby.

I vårt eksempel skisserer vi at pasienten spesifikt savner nærhet fra sin mor i den gitte situasjonen. Det vil da være naturlig å stille spørsmål ved om nærhet fra noen andre enn mor kan tjene som påfyll og korrigerende emosjonell erfaring for denne deprivasjonen? Vil det å oppleve den nærheten terapihunden kan gi, være sammenlignbart med den grunnleggende nærheten og tilknytningen pasienten savner i relasjon med sin mor? Her er begrensningene åpenlyse; en hund kan neppe erstatte en mors kjærlige nærhet til sitt barn og det er heller ikke det vi ønsker å implisere. Den nærheten og berøringen hunden kan tilby i den terapeutiske settingen vil kunne være effektiv i å lette prosessen for pasienten i å finne behovsoppfyllelse i andre relasjoner.

3.2.2 Kognitive strategier

Det kognitive arbeidet med denne typen skjema innebefatter en bevisstgjøring av pasienten om at det å ha emosjonelle behov er både naturlig og tillatt. Mange pasienter med BPF er heller ikke klar over at de må uttrykke sine behov på en adaptiv måte for at disse skal kunne bli møtt. Dette er også en del av bevisstgjøringen i det kognitive arbeidet med emosjonell

deprivasjonsskjema. I tillegg er det en del av målsettingen at pasienten skal kunne se emosjonell deprivasjon som et gradert fenomen; og ikke trekke likhetstegn mellom grensesetting og deprivasjon (Young et al., 2003).

Edukasjon om emosjonelle behov og kommunikasjon av disse

Hunden er som kjæledyr og terapihund prisgitt mennesket for å få oppfylt sine grunnleggende behov og må derfor kommunisere disse til sin omsorgsgiver på effektivt vis for å overleve. På samme måte er vi mennesker avhengige av vår egen evne til å kommunisere behov til omverden for at andre skal kunne møte disse. Dette er en innsikt mange pasienter med BPF er foruten og det er en av målsettingene med SFKT å kunne etablere en slik innsikt (Young et al., 2003).

Vi ser for oss at terapeuten kan dra nytte av denne likheten mellom hund og menneske i det kognitive arbeidet med emosjonell deprivasjonsskjema hos pasienten. Det er mulig for terapeuten å konstruere analogier mellom hundens grunnleggende behov og validiteten av disse, og pasientens tilsvarende behov i forsøk på å gi pasienten en forståelse av at emosjonelle behov er naturlige og valide. En slik sammenligning kan virke noe umoden, og vil kanskje ikke være særlig egnet for arbeid med voksne pasienter. Likevel vil vi foreslå den i det SFKT-arbeidet med BPF pasienter av to grunner; for det første er disse pasientene ofte umodne i sin tankegang spesielt i forhold til sin egen emosjonalitet og for det andre fremmer SFKT at terapeuten skal kunne se pasientens sårbare barn (Young et al., 2003). I denne sammenheng kan det være nyttig for terapeuten og bruke noen ukompliserte og lite truende analogier for å eksemplifisere det hun prøver gi pasienten innsikt i. For at terapeuten skal kunne dra nytte av den overstående teknikken er det ikke nødvendig at hunden er tilstede og

av den grunn kan man jo stille spørsmål ved hvorvidt dette kvalifiserer som en dyreassistert intervensjon. I videreførelsen av dette vil vi derfor foreslå at pasienten sammen med terapeuten kan observere hundens atferd, og pasienten kan øve seg på å kjenne igjen hvilke behov hunden har og hvordan disse uttrykkes. Dette ser vi som en mulighet for bevisstgjøring på hvordan grunnleggende behov kommuniseres og en ytterligere bevisstgjøring omkring at alle levende vesen har grunnleggende behov, alle kommuniserer dem for å få dem oppfylt. Dette gjelder også pasienten. Videre tror vi at hundens bidrag i de kognitive arbeidsteknikkene begrenser seg til å fungere som motivasjon for pasientens deltagelse.

3.2.3 Forestillingsarbeid

Målsettingen med forestillingsøvelsene er overordnet at pasienten skal bearbeide sine skjema på et emosjonelt plan. Når det kommer til emosjonell deprivasjon er det under forestillingsarbeidet at pasienten skal komme i kontakt med sin forlatte barnemodus og bli kjent med det behov som har blitt deprivert i løpet av oppveksten. Videre er det en målsetting at pasienten skal kunne uttrykke de følelser dette medfører, overfor foreldrefigurer og signifikante andre som har vært årsak til den emosjonelle deprivasjonen. Terapeutens oppgave i forestillingsbildene er å modellere en sunn voksenmodus og yte trøst og beskyttelse for det forlatte barnet (Young et al., 2003). Terapiahundens potensielle bidrag i denne sammenheng ser vi for oss at i hovedsak er knyttet til de fysiologiske effekter samvær med dyr ser ut til å ha (Odendal, 2000).

Beroligende fysiologisk effekt

Det arbeidet pasienten og terapeuten gjør gjennom arbeid med forestillingsbilder i forhold til emosjonell deprivasjon, kan ofte fremstå som svært krevende og strevsomt for pasienten.

Sammen med terapeuten skal vanskelige opplevelser og såre minner om manglende behovstilfredsstillelse fra barndommen gjennomgås og rehandteres. Dette i seg selv kan være angstfremmende og stressende for pasienten. Her er det naturlig å fremme den beroligende fysiologiske effekten interaksjon med dyr har vist seg å ha på mennesker. Odendaal (2000) viser hvordan relativt kort interaksjon med hund påvirker en rekke av kroppens stressresponser; i løpet av en 5-25 minutters interaksjon senkes blodtrykket og utskillelse av stresshormon reduseres. SFKT legger vekt på at terapeuten må sette av tilstrekkelig tid for pasienten til å komme i emosjonell balanse etter slike forestillingsøvelser. Tradisjonelt benyttes blant annet stressmestringsteknikker inspirert fra Linehans (1993) dialektiske atferdsterapi i dette øyemed (Young et al., 2003). Vi ser for oss at hunden kan spille en rolle her og skisserer følgende hendelsesforløp:

Lise og terapeuten har akkurat arbeidet seg gjennom en forestillingsøvelse omkring mangel på fysisk nærhet i Lises oppvekst. Det har vært en krevende time og Lise er fortsatt i sin forlatte barnmodus. Terapeuten ser nødvendigheten av at Lise ikke føler seg så sårbar og aktivert før hun forlater timen. Han instruerer Lise om at de skal gjøre en avslappingsøvelse før de avslutter og han oppfordrer henne til å sette seg sammen med ham og Felix på gulvet. "Din oppgave blir nå å få Felix til å slappe helt av på gulvet her," sier terapeuten, "husk at hunder er veldig oppmerksomme på hva slags energi vi mennesker utsonderer, så for at Felix skal kunne slappe av, må også du være avslappet," sier han. Før de starter ber terapeuten Lise om å gradere hvor anspent og stresset hun er på en skala fra 1-10. Lise føler seg på en sjuer når de begynner øvelsen. Lise setter seg på gulvet og Felix kommer bort til henne og setter seg ved siden av henne. Med litt usikre bevegelser begynner Lise å klø hunden på nakken mens hun titter bort på terapeuten litt spørrende. Terapeuten instruerer Lise i

å observere hvilken effekt det hun gjør har på hunden. Den spente hånden til Lise fikk Felix til å sette seg rettere opp og kikke nysgjerrig på henne. Terapeuten minner Lise på at Felix er veldig oppmerksom på hvilken energi hun utsonderer og instruerer henne i å gjøre noen av de avspenningsøvelsene de har øvd på tidligere. Lise puster dypt inn, senker skuldrene, lukker øynene og klør Felix langsommere på skuldrene og opp mot ørene. Hunden senker gradvis hodet og legger seg ned ved siden av Lise. Bevegelsene hennes blir langsommere desto mer avslappet hunden blir. Terapeuten spør så Lise hvor anspent og stresset hun føler seg nå, og hun svarer fire.

I dette eksemplet trekker terapeuten hunden inn i avspenningsarbeidet som et speil på pasientens energinivå. Samtidig som terapeuten utnytter de antatte fysiologiske effektene av denne energien så inkluderes hunden også i den konkrete øvelsen. Når pasienten er anspent og urolig vil de fleste hunder, og alle gode terapihunder, reagere på dette og speile energinivået. Pasienter med BPF har ikke nødvendigvis den klareste innsikten i sin egen emosjonalitet (Malt et al., 2003; Young et al., 2003) og vi antar at denne speilingen av egen tilstand kan være et nyttig steg mot større grad av bevissthet omkring egne emosjoner og behov. En forutsetning for en slik effekt er at hunden er koblet på pasientens energinivå og speiler dette. Det er også en forutsetning at disse fysiologiske effektene også finner sted. Naturlig nok vil det være gunstig om antagelsen om beroligende fysiologisk effekt som resultat av interaksjon med hund testes ut på en klinisk populasjon.

Anker i virkeligheten.

Pasienter med BPF er ofte lite fleksible i sin skjemaaktivering, spesielt når det kommer til skjemamodus. De ulike modusene er svært dissosierte fra hverandre og pasienten kan ha

vanskelig for å anerkjenne at hun har andre modus når hun er i en gitt en. Dette gir utfordringer i forhold til forestillingsøvelser hvor pasienten jobber med å komme i en gitt modus og utforske de hendelser og minner som henger sammen med denne modusen. I den sammenheng kan enkelte pasienter ha vanskeligheter med å skifte mellom forestillingsbildet og virkeligheten. De blir hengende fast i bildet og terapeutens oppgave blir å skape et skille mellom bildet og virkeligheten (Young et al., 2003). Vi ser for oss at terapihunden kan være et nyttig verktøy her, som ankerpunkt i virkeligheten når pasienten går inn i forestillingsbildet. Her kan det stilles spørsmål ved om hvorvidt det trenger å være en hund, eller et levende vesen som tjener denne funksjonen. Kan ikke pasienten benytte seg av en hvilken som helst gjenstand som fysisk *er* i virkeligheten som et slikt anker? Hva kan hunden bidra med som ikke terapeuten eller et hvilket som helst objekt kan? Det er en mulighet at terapeuten kan benytte seg selv i denne sammenheng for å hjelpe pasienten ut av forestillingsbildet og tilbake til emosjonell stabilitet. Utfordringen med dette vil muligens være terapeutens rolle i forestillingsbildet. I mange av disse øvelsene er terapeutens rolle å tre inn i forestillingsbildet for å ta rollen til den sunne voksenmodusen. Av den grunn vil ikke nødvendigvis det å fokusere på terapeuten og hennes fremtoning være differensiert i noen stor grad fra det pasienten ser i forestillingsbildet. Et annet alternativ er for pasienten å bruke objekter i terapirommet som et anker i virkeligheten, ved å kunne berøre disse og på slikt vis koble seg på det som ikke tilhører bildet. En av fordelene med dette er at pasienten kan benytte seg av et liknende objekt i det daglige liv, dersom hun opplever fastlåsing i en maladaptiv modus.

Ved å bruke hunden i dette får vi en variabel som de døde objektene i terapirommet ikke kan bidra med. Hunden er levende og initiativrik. Den kan skape uforutsigbare situasjoner i terapirommet ved å gjøre ting som ikke var forventet (Parish-Plass, 2008). I så måte har den også potensial for å skape emosjoner hos pasienten som ikke harmonerer med de som følger

forestillingsbildet. Utfordringen her blir å gi pasienten et tilsvarende verktøy i hverdagslige rammer hvor hunden ikke er til stede. Det å anbefale alle pasienter med BPF å kjøpe sin egen hund er nok ikke særlig høyetisk og forsvarlig praksis. Som et alternativ foreslår vi at pasienten kan få med et bilde av hunden som kan tjene som en substitutt i situasjoner hvor hunden ikke er tilstede. Ulempen med dette er at hunden da mister alle sine kvaliteter som levende og får samme funksjon som en kulepenn, eller et hvilket som helst objekt.

3.2.5 Atferdsendring

Målet med de atferdsendrende øvelsene i forhold til emosjonell deprivasjon omhandler pasientens evne til å velge omsorgsfulle partnere og venner, stille krav om emosjonell omsorg på akseptabelt vis og stoppe unngåelse av intimitet. Målsettingen er at pasienten skal lytte til sin sunne voksenmodus og praktisere dens idealer (Young et al., 2003).

Praktisere nærhet og intimitet

Emosjonelt depriverte pasienter har som beskrevet over en tendens til å unngå nærhet og intimitet, fordi de ikke har positive erfaringer med dette og mangler kunnskapen om hvordan regulere denne formen for interaksjon i forhold til egne behov (Young et al., 2003). Vi ser for oss at interaksjon med terapihunden kan være en egnet arena for pasienten å teste ut atferd på en aksepterende og lite truende motpart. Pasienten får mulighet til å uttrykke sine behov for nærhet og kontakt med en imøtekommende og kontaktsøkende motpart (hvis terapeuten har valgt en egnet terapihund). I tillegg så er hunder noe mer regulerbare enn de fleste mennesker. Pasienten kan selv styre intensiteten og varigheten av interaksjonen og ta kontroll over situasjonen.

En slik øvelse vil kunne gi pasienten en nyttig erfaring i forhold til eget bidrag i interaksjonen. Som nevnt over er det en målsetting i denne fasen av terapien at pasienten skal lære seg å uttrykke sine behov på akseptabelt og hensiktsmessig vis. Hvis pasienten er krevende, påtrengende og aggressiv overfor terapihunden, vil denne sannsynligvis vike unna og forsøke å dempe atferden. Dette kan være kilde til at terapeuten kan ta opp pasientens egen påvirkning i situasjoner der hun opplever at hennes behov ikke blir møtt. Sammen kan de da eksperimentere med ulike måter å uttrykke sine ønsker og behov på, og observere den responsen hunden gir på dette.

Pasienter som har vært depriverte for nærhet, empati, omsorg og beskyttelse har ofte også liten erfaring med å gi omsorg og støtte til sine medmennesker (Young et al., 2003). Dette er et område som kan være vanskelig å arbeide med i psykoterapi da rollene (selvfølgelig) er definert klart slik at pasienten mottar omsorg og terapeuten yter omsorg (Psykologforeningen, 1998). Likevel kunne det nok vært gunstig for pasienten med korrigerende emosjonelle opplevelser også i forhold til å yte omsorg for andre levende vesen. Dette av to grunner; for det første så vil det å etablere en god omsorgsfull relasjon til et menneske kreve gjensidighet. For å motta omsorg og nærhet må pasienten også være i stand til å yte omsorg og nærhet. For det andre vil det å kunne yte omsorg for et annet levende vesen kunne forsterke pasientens selvfølelse og selvverd.

Vi ser her for oss at pasienten kan bidra med å hjelpe terapeuten med å gi hunden den omsorg den trenger. Dette kan gjennomføres med enkle grep. Pasienten kan for eksempel ha ansvaret for å sørge for at hunden har vann i forkant av hver terapitime, hun kan være med terapeuten å lufte hunden både i forkant og etterkant av timen og hun kan bidra ved å gi hunden nærhet og

kos når den søker slik oppmerksomhet. I terapeutisk sammenheng kan pasienten og terapeuten benytte seg av disse situasjonene og ta tak i de emosjonene dette vekker hos pasienten. De kan sammen observere hundens respons på pasientens omsorgsfulle handlinger. Terapeuten kan da skape en analogi mellom den omsorgsfulle relasjonen til hunden, som er preget av gjensidighet, til mellommenneskelige relasjoner. Dette kan bidra til å hjelpe pasienten i sin innsikt i betydningen av hennes eget bidrag i mellommenneskelige relasjoner.

I den sammenheng er det viktig at terapeuten har valgt en egnet hund for oppgaven. For at disse øvelsene skal være gjennomførbare er det nødvendig at terapihunden er meget sensitiv for den energi mennesket bringer med seg inn i situasjonen. Den må også være kontaktsøkende og interessert i interaksjon. En annen utfordring i denne sammenheng er at jo mer omsorg pasienten viser for hunden, desto nærmere relasjon vil de kunne knytte. Dette er noe terapeuten må ta høyde for og være klar over når terapien skal avsluttes. Hvis ikke er det mulig å skape et nytt forlatthetskjema hos pasienten, som resultat av adskillelse fra terapihunden.

3.4 Mistillit/misbruk

Vi har antydnet at en terapihund kan bidra i forhold til skjemaet for mistillit og misbruk. Bakgrunnen for slike skjema er gjerne at pasienten har opplevd å bli fysisk eller psykisk misbrukt/mishandlet i løpet av oppveksten. Pasienter med dette skjemaet, forventer at andre skal lyve, manipulere, bedra eller på annen måte utnytte dem. De tror ofte at folk vil handle slik bevisst og i verste fall; at de vil ha nytelse av å gjøre slikt mot dem. Av denne grunn unngår disse pasientene både fysisk og psykisk intimitet, for å unngå å bli utnyttet. Noen forsøker også å forhindre å selv bli utnyttet og misbruk, ved å handle på denne måten selv, og

blir da selv misbrukere. Målet for terapien er at pasienten skal oppdage nyansene i det at selv om ikke alle mennesker er troverdige, er det mange andre som er det, og at en person ikke trenger å være perfekt for å være verdig tillit (Young et al., 2003).

3.4.1 Den terapeutiske alliansen

Relasjonen mellom pasient og terapeut er helt avgjørende i arbeidet med misbruk i barndommen. De dominerende følelsene etterfulgt av slike erfaringer er skrekk, hjelpeløshet og isolasjon. Det er viktig at følelsen i terapirommet domineres av emosjonell trygghet, slik at terapirommet fremstår som et trygt sted for pasienten å fortelle sin misbrukshistorie (Young et al., 2003). Det har tidligere blitt beskrevet hvordan en hund i sitt nærvær har potensial for å skape slike følelser hos pasienten; ved sitt nærvær, som formidler av ubetinget positiv aksept, og som et eksternt ”frirom” fra selve det terapeutiske å kunne rette oppmerksomheten mot (Parish-Plass, 2008).

3.4.2 Kognitive strategier

I det kognitive arbeidet blir det viktig å redusere pasientens overveldende oppmerksomhet rettet mot misbruket og lære å differensiere mellom grader av tillitsverdighet. Det blir også viktig å endre pasientens oppfatning av seg selv som skyldig i at misbruket fant sted og ikke lenger skape unnskyldninger for overgriperen (Young et al., 2003). Vi ser for oss at behandlingen av dette skjemaet kan parallelliseres til behandlingen for skjemaet for emosjonell deprivasjon, i det at hunden kan trekkes inn i form av analogier. Dersom hunden for eksempel har en erfaring fra den var valp, av å ha blitt angrepet av en voksen hund, kan dette brukes som en illustrasjon overfor pasienten. Det kan være at hunden i ettertid av hendelsen var usikker i møte med andre voksne hunder og brukte noe tid på å overkomme

hendelsen før den igjen kunne hilse tillitsfullt på andre hunder. Det kan være at den aktuelle pasienten i sitt liv bruker overkompenserende strategier basert på at hun angriper andre før de rekker å såre henne selv. I så tilfelle kan pasienten fortelle om en hund han kjenner, som i likhet med terapihunden, som unghund opplevde å bli angrepet. Men denne hunden har i etterkant ikke klart å overkomme hendelsen, og utviser aggresjon til nærmest alle andre hunder den møter. Det gjør at andre hunder og mennesker frykter eller ikke liker den. Så i stedet for å kunne være løs med andre artsfrender og leke og ha en positiv opplevelse er den fanget i sin egen frykt som utvises i aggresjon.

Dette er en analogi pasienten kan kjenne seg igjen i, og som kan være med å åpne for pasientens forståelse av dynamikken mellom skjema og atferd. Som i diskusjonen for emosjonell deprivasjon, kan denne formen for analogier overfor pasienten virke umodne i arbeidet med voksne pasienter. En kan også undres om hvorfor ikke terapeuten heller benytter eksempler som inkluderer mennesker i form av eksempelvis tidligere pasienter. En kan tenke at det vil være lettere og mer passende for en pasient å identifisere seg med et annet menneskelig individ, fremfor en hund, og det kan oppleves godt for pasienten å høre at hun ikke er alene om sine erfaringer og utfordringer. Samtidig kan enkelte pasienter oppleve det vanskelig å høre om andre pasienter, både fordi de ikke ønsker å høre om andre pasienters historie og fordi de synes det er vanskelig å håndtere at det faktisk at de må dele terapeutens oppmerksomhet og omsorg med andre (Young et al., 2003). I så tilfelle kan en hundeorientert analogi virke mindre truende og i større grad appellere til pasienten. Eksempelet ovenfor kvalifiserer muligens ikke til definisjonen dyreassistert terapi. Hunden trenger ikke å være til stede for at dette kan gjennomføres. Likevel ville det kanskje ikke være like naturlig å bruke hund som tema for analogi om hunden ikke var til stede i form av en dyreassistert intervensjon.

3.4.3 Forestillingsarbeid

I den eksperimentelle delen av behandlingen benyttes forestillingsarbeid og hensikten er at pasienten skal gjenoppleve barndomsminnene om misbruk. Pasienten skal gjenoppleve de tidligere erfaringene på en slik måte at de kommer styrket ut av det. Dette oppnås blant annet ved at terapeuten trer inn i pasientens bilde og representerer den sunne voksenmodusen, som pasienten på sikt skal internalisere. I bildet står terapeuten opp for det forlatte barnet og beskytter det. Her skal pasienten også få rettet sitt sinne mot dem som har forgrepet seg på henne. Dette anses som en svært viktig del av prosessen, med antagelsen om at om sinnet får sitt utløp overfor den i pasientens bilde som fortjener det, vil det bli lettere for pasienten å ikke rette dette sinnet mot mennesker rundt dem, som vil dem vel. Her vil det være aktuelt å aktivere det forlatte barnet for å gi pasienten noe av den omsorgen og beskyttelsen barnet hadde behov for, men også det sinte og impulsive barnet, for å hevde sin rett og få rettet sitt raseri mot overgriperen. Pasienten skal avslutningsvis gjennomføre forestillingsarbeid, der hun ser for seg positiv og åpent samspill med tillitsverdige mennesker de har rundt seg (Young et al., 2003).

Det fremstår som utfordrende å definere hva slag rolle hunden kan utgjøre i forestillingsarbeidet. Hundens rolle vil derfor kunne gjøre seg mest gjeldende i forkant og i etterkant av selve forestillingsarbeidet. Dette er en prosess som vanligvis oppleves svært urovekkende for pasienten. Det vil kreve høy grad av tillit til terapeuten for at pasienten i det hele tatt stiller seg villig til å gjennomføre øvelsen, samt at uro og angstnivå vil trolig være svært forhøyet i etterkant. Eksempelet nevnt tidligere der pasienten Lise får i oppgave å få hunden til å slappe av etter en opprivende time, fremstår som et eksempel som også kan benyttes i etterkant av forestillingsarbeid vedrørende misbruk/mistillitsskjema. Hundens evne til å dempe fysiologisk stressaktivering (Odendaal, 2000), vil kunne komme til nytte før,

underveis og i etterkant av øvelsen. Pasienten vil trolig ha stort behov for omsorg og støtte under dette arbeidet, som gjerne tar flere år å jobbe med (Young et al., 2003). Å kunne klappe hunden underveis, at den legger hodet på stolkannten eller i pasientens fang, kan oppleves beroligende og støttende.

Øvelsen kan oppleves så truende for pasienten at hun begynner å dissosiere. Forskning av DePrince og Freyd (1999) har vist at personer som dissosierer ofte har problemer med oppmerksomhetsregulering. Oppmerksomhet rundt symptomene, eksempelvis nummenhet og uvirkelighetsfølelse, kan bidra til å øke dem. Derfor tenkes det at refokusering av oppmerksomheten vil bryte den onde symptomsirkelen, og rette pasientens kontakt mot virkeligheten. Terapeuten kan hjelpe pasienten med å håndtere disse erfaringene ved å lære dem å rette oppmerksomheten utover og ikke mot seg selv (Dehli, 2007). I terapirommet kan fokuset rettes mot alt fra hvordan terapeuten er kledd, hvordan terapirommet er utformet eller hvordan terapihunden ser ut eller hva den foretar seg. Fordelen med å bruke hunden som et levende vesen som ytre fokus, er at den ved berøring kan virke beroligende (Odendaal, 2000). Ulempen med å bruke hunden som teknikk for å håndtere dissosiasjon, er at hunden ikke vil være tilstede hvis pasienten dissosierer utenfor terapirommet. Dette kan imøtekommes ved å øve på ulike kilder for eksternt fokus, mens hundens rolle som anker i virkeligheten kan benyttes i terapien der pasienten vil være ekstra sårbar.

3.4.4 Atferdsendring

I denne delen av behandlingen er målet å lære pasienten å stole på ærlige og tillitsverdige mennesker. Det kan innebære å våge å være mer nær andre mennesker, både i form av å dele private tanker og følelser, men også berøring. I terapien vil rollespill være et viktig

virkemiddel. På dette tidspunktet har forhåpentligvis pasienten tillit til terapeuten og det i seg selv vil stå som et eksempel på at det er mulig for pasienten å lære å stole på noen. Fremdeles er det innlysende at fysisk nærhet ikke skal utfordres direkte i terapirommet. Hunden kan her være et nyttig virkemiddel. Et eksempel som utfordrer både tillit og nærhet, vil være en øvelse der pasienten skal gi hunden en godbit. Øvelsen kan struktureres slik at den blir gradvis utfordrende; først ved at pasienten lar hunden ta godbiten fra hånden, dette har muligens pasienten gjort tidligere i terapien. Neste skritt vil for eksempel være at godbiten plasseres på pasientens lår. Videre på skulderen, da må kanskje hunden hoppe opp for å nå den. Det øverste trinnet kan bestå av at pasienten har godbiten i munnen eller på hodet. Hunden må selvsagt være trent til ikke å ta godbiten før den får tillatelse om det. Øvelsen vil demonstrere høy grad av tillit, idet at pasienten må stole på at hunden ikke kommer til å skade henne. I tillegg vil intimitetssoner utfordres ved å ha hunden så nær. Det at hunden er kontrollerbar og at den ikke tar godbiten før pasienten lar den få gjøre det, vil kunne gi pasienten opplevelsen av kontroll i situasjonen.

For enkelte pasienter vil ikke øvelsen utgjøre noen utfordring, i det at intimitet overfor en hund ikke virker truende overfor dem. For andre pasienter vil øvelsen oppleves motbydelig, ikke fordi det er nærheten som blir problemet, men nettopp det å skulle ha en hund så nær. Da er det viktig å ta hensyn til pasientens ønsker, og det vil samtidig kunne representere en øvelse i å sette grenser for nærhet pasienten ikke ønsker. Det vil selvsagt være andre øvelser der nærhet kan utfordres gjennom hunden, og det kan sette krav til terapeutens kreativitet i å tilpasse til den aktuelle pasient.

Igjen er det nødvendig å tenke igjennom om øvelsene er overførbare til menneskelige nærhet. Eksempelvis kan erfaringene fra øvelsene tematiseres senere i forestillingsarbeid, hvor pasienten ser for seg bilder av nærhet til mennesker hun stoler på. Øvelsen med hunden kan også oppleves som komisk for pasienten, der hun eventuelt sitter med en godbit på hodet. I et ellers vanskelig tema som nærhet kan utgjøre for pasienten, vil hun da få erfaring med at nærhet ikke trenger å være fullt så alvorlig.

Vi har nå presentert noen av de områdene hvor vi ser terapihundens potensial til positiv påvirkning av utkommet av et SFKT-forløp med en BPF pasient. Dette er tuftet på teoretiske antagelser og den empiri som finnes per dags dato. Våre hypoteser behøver derfor nærmere undersøkelse for å bekrefte eller avkrefte hvorvidt de holder vann.

3.5 Forskningsdesign

Nåtidens psykologi er preget av den medisinske forståelsesmodellen og en evidensbasert behandlingstradisjon. Med dette menes en forståelse av at alle intervensjoner skal være basert på etablert teori og ha evidens i solid forskning som kan underbygge dens effekt. Dette er en av utfordringene for et felt i utvikling. Det stilles store krav til gode studier og store nok utvalg. I forhold til dyreassistert terapi er nok dette arbeidet på mange måter i startgropen, men en del studier finnes (Kruger & Serpell, 2006). Mange av områdene diskutert i denne oppgaven er sparsommelig utforsket i form av randomiserte, kontrollerte studier, og til vår viten er det ikke gjennomført studier som undersøker de variabler vi diskuterer.

Prosesen videre for videreføring av våre hypoteser vil derfor være å gjennomføre kontrollerte randomiserte studier. En slik studie må ta høyde for å sammenligne SFKT, DAT og kombinasjonen SFKT og DAT med en kontrollgruppe. Utvalget må tilfredsstille kriteriene for BPF. Da SFKT skisseres som et relativt langvarig behandlingsforløp bør intervensjon og oppfølging være tilstrekkelig lang til at man kan sammenligne effekten med et standard SFKT-forløp. Det er viktig å sikre at terapeuten som gjennomfører behandlingen er kvalifisert og at det tilbys lik behandling for alle. Hunden som benyttes må også være kvalifisert og det er fordelaktig om alle pasienter eksponeres for den samme hunden. Når det gjelder mål på effekt foreslår vi at man benytter seg av etablerte mål på terapeutisk allianse (Working Alliance Inventory, Knaevelserud & Maercker, 2006), skjemaaktivering (Young Schema Questionnaire, Young et al., 2003), frafall fra behandling og hvorvidt pasienten fortsatt fyller kriteriene for BPF. Et slikt forskningsdesign er omfattende, ressurskrevende og kostbart. Det kan derfor være gunstig om det i forkant gjennomføres kasusstudier som kan gi en pekepinn på hvorvidt dette er et felt man kan ha godt utbytte av å utforske nærmere.

3.6 Begrensninger ved bruk av hund i DAT

Få studier har sett på mulige negative sider fremfor positive ved å bringe dyr med inn i helse- og omsorgssituasjoner. Det kan være hensyn å ta overfor pasient, hunden og terapeuten. Det blir derfor viktig å planlegge den dyreassisterte intervensjonen godt og følge visse forhåndsregler. Noen av disse utfordringene har allerede vært nevnt og diskutert, men enkelte områder vil belyses nærmere her.

Zoonose refererer til alle de ulike infeksjonsslidelsene som kan overføres fra dyr til mennesker under normale omstendigheter. Uten å gå nærmere inn på dem, kan det nevnes at det viktigste er at både pasienter og terapeut opprettholder god håndhygiene. Likeledes bør dyret bades

ofte og ha fått de vaksiner, ormekurer og parasittbehandlingene som er vanlig, i tillegg til generell helsesjekk av veterinær (DiSalvo et al., 2006). Zoonotiske lidelser kan smitte fra mange ulike dyr, men oftest er det hunden helsepersonell er mest bekymret for. Dette til tross for at både leger og veterinærer anser hunden som det dyret med lavest risiko med tanke på smittefare for mennesker (Grant & Olsen, 1999).

Allergiske reaksjoner kan forebygges ved å bade dyret, kanskje med en spesialsjampo. Eventuelt kan det tilrettelegges med egne rom som er tillatt for terapidyr, mens andre holdes fri for hund (DiSalvo et al., 2006). Bitt eller oppkloring vil også kunne oppstå når man jobber med hunder, selv om det vanligvis ikke utgjør noen stor trussel. Dette kan forebygges ved å bruke godt trente dyr og ved at terapeuten har og har evne til å videreformidle en viss psykologisk forståelse av dyret, og på den måten unngå provoserende atferd (Guay, 2001).

Begrensninger for bruk av dyr vil også finne sted i tilfeller hvor pasienten har en spesifikk fobi for dyr (Fine, 2006). Enkelte mennesker ønsker ikke kontakt med hunder. Det kan skyldes at de misliker dyr, ikke synes de har noe i et terapirom å gjøre eller det kan skyldes kulturelle årsaker. Disse nevnte forholdene må naturligvis respekteres, og dyreassistert terapi sine positive påvirkninger, vil ikke kunne bidra med sitt potensial om pasienten ikke ønsker hundens nærvær (Chandler, 2005).

En annen utfordring ved anvendelse av terapihund gjelder at avslutning av terapien kan kompliseres fordi pasienten vil savne hunden. Da er det viktig som ved avslutning av terapi generelt, å forberede pasienter flere uker i forveien. For BPF pasienter er ofte nedtrapping og avslutning av terapi særlig utfordrende (Young et al., 2003). Det blir viktig å tematisere hvordan pasienten har opplevd samarbeidet med hunden og eventuelt savn. Hvis det er

naturlig kan pasienten få med seg et minne om hunden, for eksempel et bilde av seg selv og hunden, for å hjelpe pasienten å forsones seg med at kontakten avsluttes (Chandler, 2005).

Det er likevel ikke bare pasientene som skal beskyttes i denne typen intervensjoner. Hunden må også tas hensyn til og beskyttes om nødvendig. Hunder kan bli vel så utslitt av mentalt som fysisk arbeid, og det er derfor viktig at hunden får mulighet for tilstrekkelig hvile. Videre må terapeuten ta ansvar for å veilede interaksjonen mellom pasient og hund, dersom interaksjonen virker anstrengt. Selv om hunden bør være vant med å møte mange ulike typer mennesker og deres ulike væremåter, skal hunden beskyttes mot atferd som kan virke provoserende eller kuende (Fine, 2006).

I tillegg til hensyn overfor pasienten og hunden, må terapeuten vurdere om dyreassistert terapi er aktuelt av hensyn til seg selv. Selv om DAT som virkemiddel er en metode som tiltaler terapeuten og terapeuten har tro på dets potensial, krever det å disponere en terapihund både tid og penger. Det å ha en terapihund skaper ikke mer utgifter enn ved annet hundehold, bortsett fra de omkostningene som oppstår i forbindelse med kurs i utdanning innen DAT og godkjenning av hunden (Chandler, 2005).

Hvorvidt hunden må være godkjent terapihund eller ei, er per dags dato et aktuelt spørsmål. Til nå har psykologer og annet personell som jobber med mennesker, benyttet seg av egne hunder i terapeutisk og rekreasjonell sammenheng, uten spesiell utdanning eller godkjenning. Slik utdanning eller godkjenning er foreløpig ikke påkrevd, og terapeuten kan velge å ikke benytte seg av muligheten for dokumentert kompetanse. Med tanke på at DAT er et virkemiddel med foreløpig begrenset anerkjennelse og som avfeies av mange fagfolk, kan

utdanning, dokumentasjon av effekt og godkjenning av hund være med å gjøre at feltet blir tatt mer seriøst av uinnvidde. DAT har et godt stykke igjen for å oppnå adekvat nivå av forskning og dokumentasjon, men utfordringene rundt det at alle pasienter er individuelle, skaper rom for at terapeuten kan bruke klinisk skjønn i å vurdere om DAT er noe som vil passe den enkelte pasient. Evalueringsskjemaer gitt til pasienten underveis i terapien vil kunne bekrefte eller avkrefte om intervensjonen er av betydning eller bør avvikles til fordel for intervensjoner som passer klienten bedre. Godkjenning av terapihund utgjør også en del av kvalitetssikringen av hva pasienten tilbys, i det at det sikrer at intervensjonen er kvalifisert som trygg og at hunden er egnet. Dette er viktig i en intervensjonsmetode som involverer levende individer med egen vilje og egne impulser.

Det foreligger en rekke utfordringer ved å inkludere DAT i terapeutisk sammenheng, men mange av utfordringene kan overkommes. Nylig kunne man lese i Norsk Kennel Klubb sitt medlemsblad (Hansen, 2010) om den svenske professoren i klinisk bakteriologi, Agnes Wold, som anser dyrs effekt på mennesker som viktigere enn faren for allergi. Hun mener man ikke bør være redd for å bringe hunder eller andre dyr inn i helsevesenet. Totalt sett anses fordelene med å involvere dyr i behandling av mennesker som større enn risikoen. Det tenkes at om en har veldefinerte retningslinjer som overholdes, kan dyr fylle en nyttig funksjon også i avdelinger som tilhører sykehus (DiSalvo et al., 2006).

3.7 Kritiske kommentarer

BPF-pasienter er en pasientgruppe med stor intern variasjon. Dette henger sammen med blant annet de diagnostiske kriteriene, hvor fem av ni må være oppfylt for å kunne sette diagnose (DSM IV, APA, 2000). Dette medfører at uttrykket av en BPF diagnose kan variere betydelig. Også når det gjelder den skjemateoretiske forståelsen av BPF ser vi muligheten for relativt

stor varians i lidelsens uttrykk. Det er derfor nødvendig å ta høyde for at innlemmelse av DAT i SFKT ikke nødvendigvis vil være like gunstig for alle typer BPF-pasienter.

I vår presentasjon har vi fokusert på skjemaene mistillit/misbruk og emosjonell deprivasjon. Vi har skissert hvordan vi ser for oss at DAT kan være nyttig for behandling av disse skjemaene. Samtidig har vi forsøkt å fremheve begrensninger med dette terapeutiske verktøyet. Det er viktig å presisere at våre hypoteser ikke er testet ut i randomiserte kontrollerte studier. De effekter som er beskrevet er teoretiske resonnementer. Dette maler et fragmentert bilde av behandlingen av BPF. Denne pasientgruppen har ofte de fleste skjema (tabell 1) aktivert og behandlingen er ofte omfattende og tidkrevende. DAT er her skissert som et terapeutisk verktøy terapeuten kan benytte seg av, der det synes passende. Det er derfor viktig å understreke at det ikke finnes noen evidensbaserte indikasjoner på når DAT bør anvendes. Foruten for allergier og pasientens motforestillinger, finnes det heller ingen evidensbaserte kontraindikasjoner.

Det er heller ikke gitt at de effektene vi skisserer vil være tilstede slik vi har beskrevet de. En pasient med mistillits/misbruksskjema kan oppleve nærkontakten og berøring fra en terapihund som invaderende og dette kan i neste rekke forsterke mistillitsskjemaet. Dette kan igjen skade den terapeutiske alliansen til terapeuten, da pasienten kan holde terapeuten ansvarlig for å ha tatt hunden med inn i terapirommet. Gjennomføring av DAT krever derfor nøye planlegging og lydhørhet for pasientens opplevelse av intervensjonene for at det skal kunne gi ønskede resultater. I noen tilfeller vil den korrekte vurderingen være å ikke inkludere DAT. På samme måte kan man se på emosjonell deprivasjon. Pasienter med denne typen skjema har ikke fått oppfylt sine emosjonelle behov fra sine nærmeste omsorgsgivere i

barndommen. Det at en terapeut bringer en hund inn i terapien for å gi påfyll til pasientens emosjonelle behov kan potensielt slå feil ut. Pasienten kan muligens oppleve dette som en bagatellisering av hennes depriverte behov, ettersom en hund er ment å kunne gi påfyll på de områdene omsorgsgiverne sviktet på. På denne måten kan DAT potensielt forsterke emosjonell deprivasjon. Det å få emosjonelt påfyll fra en hund kan gjøre at savnet av denne omsorgen, beskyttelsen og empatien fra omsorgsgiver blir tydeligere.

Det er også utfordringer i forhold til flere av de andre skjemaene med tanke på å kunne innlemme DAT. Dette må man også ta høyde for ved evaluering av om det er aktuelt å benytte seg av terapihund. Et punkt vi spesielt vil ta for oss er i forhold til forlatthetsskjema. Pasienter med dette skjemaet har en forventning om å bli forlatt og sviktet av sine nære. Ved å la pasienten bygge et nært forhold til en terapihund ser vi potensial for at pasientens forlatthetsskjema kan forsterkes når terapien skal avrundes. Dette er i seg selv en utfordring i forhold til den relasjonen pasient har til terapeuten (Young et al, 2003), og vi ser muligheten for at det å bringe inn en terapihund kan komplisere dette. Pasienten skal nå bli ”forlatt på ny” ikke bare av terapeuten, men også hunden. Forberedelse på å avslutte terapiforholdet vil da potensielt ta lenger tid og kreve nøye tilpassing til pasientens tempo og behov.

Vi har også belyst hvordan DAT har et begrenset nedslagsfelt slik det fremstår per i dag. Over har vi presentert hvordan denne formen for terapeutisk verktøy i størst grad er egnet for pasienter med lavt funksjonsnivå, manglende motivasjon til behandling og lidelser karakterisert av jegsyntone symptomer. I lys av dette kan man stille spørsmål ved hvorvidt nedslagsfeltet er for snevert til at DAT er noe som er realistisk å anvende for den jevne psykolog i klinisk praksis? Vil det være samfunnsøkonomisk forsvarlig å satse på en slik

behandlingsform? Er pasientgrunnet som er egnet for denne typen intervensjon for lite til at det vil være gunstig å etablere tilbud?

Før man tar stilling til de samfunnsøkonomiske spørsmålene, må de skisserte effektene av DAT som terapeutisk verktøy, belyses i form av gode studier. DAT som fagfelt er generelt preget av mangelen på randomiserte kontrollerte studier. De studiene som er gjennomført er ofte uten kontrollgruppe, utvalget er lite og beskrivelsene av hvordan den dyreassisterte terapien er gjennomført er ofte mangelfulle. Dette gjenspeiler muligens at forskningen i stor grad gjennomføres av entusiaster som i stor grad tror på DAT som terapeutisk verktøy. Derfor kan bildet fremtøne seg som noe mer rosenrødt enn virkeligheten er. Det er stort behov for gode randomiserte kontrollerte studier for å kunne si noe mer om effekten av dette terapeutiske verktøyet.

4.0 Konklusjon

Vi har her forsøkt å vise hvordan DAT kan anvendes og kanskje er spesielt egnet for innlemmelse i SFKT for pasienter med BPF. SFKT sitt fokus på viktigheten og nødvendigheten av terapeutisk allianse, motivasjon for terapi, ubetinget positiv affekt, empati og forståelse, samt bearbeiding av vanskelige erfaringer og traumer sammenfaller godt med de områdene hvor DAT ansees for å ha sitt potesial. Hunden har vist nettopp å kunne fasilitere kontakt og terapeutisk allianse, virke motiverende, utvise ubetinget positiv affekt, søke kontakt, kunne virke stressdempende og bidra med fysisk nærhet når terapien oppleves opprivende. Pasienter med diagnosen BPF mangler ofte motivasjon for terapi, opplever tillitsvansker som igjen bidrar til å forsinke og vanskeliggjøre utviklingen av en terapeutisk

allianse. De er ofte vare for avvisning, er emosjonelt depriverte, og har derfor behov for å bli forstått og føle seg trygg og ivaretatt. I tillegg har de ofte erfaringer med ulike former for overgrep eller mishandling og vil ha behov for optimal støtte under bearbeidelse av dette. SFKT ansees som en adekvat behandlingsform for denne pasientgruppen og vi tror med dette at DAT vil kunne bidra ytterligere i forhold til denne pasientgruppen.

Pasienter med BPF har ofte langt større behov enn en terapeut kan dekke og som beskrevet tidligere må terapeuten være nøye med å avgrense hva han kan tilby slik at det er gjennomførbart over det tidsrommet terapiforløpet varer (Young et al., 2003). Vi ser for oss at ved å benytte en terapihund kan terapeuten tilby pasienten mer i forhold til oppfyllelse av de emosjonelle behovene pasienten har, samt gå over en del grenser som terapeuten ikke kan gå over alene.

Hunden vil i størst grad kunne bidra i tilknytting til relasjonsbygging, motivasjonsskaping, delvis påfyll i forhold til emosjonell deprivasjon og mistillit/misbruk. Terapeuten kan her benytte hunden i det konkrete arbeidet med de ulike skjemaene og modusene, ved hjelp av analogier og atferdsobservasjon. Pasienten kan ta med seg hunden inn i forestillingsbilder som beskyttelse, og hundens varhet og responsivitet for ulike energier kan gi pasienten økt innsikt i egen påvirkningskraft i relasjoner. I tillegg kan hundens påvirkning på pasienten utenfor de konkrete terapeutiske oppgavene virke fasiliterende for arbeidet. Hundens dempende effekt på stressresponer kan bidra til at pasienten bruker mindre tid på å roe seg og får større utbytte av de terapeutiske øvelsene. Ved å bruke hunden som et anker i virkeligheten kan terapeuten hjelpe pasienten til å komme lettere ut av disosiasjon. Hunden kan også tilby pasienten fysisk nærhet og berøring, noe terapeuten av profesjonsetiske årsaker ikke kan.

Det er likevel noen begrensninger ved denne tilnærmingen som må tas hensyn til. Dette gjelder både de mer åpenbare begrensningene, som allergier og motforestillinger mot bruk av terapihund hos pasienten, og mindre åpenbare begrensninger som kontraeffektive virkninger bruk av terapihund kan medføre. Slike effekter kan vise seg i at de skjema som søkes heles blir forverret på grunn av pasientens fortolkning av interaksjonen med hunden.

Hvorvidt DAT er et tilbud som er verd å satse på og som det er realistisk at klinikere vil anvende, er problemstillinger det er vanskelig å ta stilling til, før DAT har vært under lupen for tilfredsstillende vitenskapelig forskning. Dersom det viser seg at DAT kan resultere i at terapeutisk allianse oppnås raskere og gjør at pasienten føler seg trygg til å bearbeide vanskeligere temaer, er det mulig å spare samfunnet for betydelige kostnader, og pasientene for ytterlige belastninger. Dersom videre forskning viser at disse intervensjonene minsker frafallet og forsterker effektene av behandlingen, kan innlemmelse av DAT i SFKT for BPF bidra til å; redusere samfunnskostnadene knyttet til behandling av BPF, samt gi økt behandlingstro i forhold til en pasientgruppe som tradisjonelt oppfattes som behandlingsresistent.

Referanser

- Alexander, L. B., & Luborsky, L. (1986). The Penn helping alliance scales. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 325-366). New York: The Guilford Press.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Revised 4th ed.). Washington, DC: Author.*
- Andreassen, G., & Stenvold, L. C. (2010). Hunden – vår beste venn og medisin: En studie av tilknytning og helse. *Tidsskrift for Norsk Kennel Klubb*, 3, 48-49.*
- Arnold, J. C. (1995). Therapy dogs and the dissociative patient: Preliminary observations. *Dissociation*, 8, 247-252.
- Arntz, A., Klokman, J., & Sieswerda, S. (2005). An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 226–239.*
- Barker, S. B., Knisely, J. S., McCain, N. L., Schubert, C. M., & Pandurangi, A. K. (2010). Exploratory study of stressbuffering response patterns from interaction with a therapy dog. *Anthrozoos*, 23, 79-91.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
- Beck, A. M. (1985). The therapeutic uses of animals. *Veterinary Clinics of North America Small Animal Practice*, 5, 365-375.

- Beck, A. T., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*.
New York: Guilford Press.
- Berget, B., & Braastad, B. O. (2008). Theoretical framework for animal-assisted interventions: Implications for practice. *Therapeutic Communities, 29*, 323-337.*
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory Research and Practice 16*, 252-260.
- Braastad, B. O. (2006). Kjæledyr – kilde til trivsel og helse – Med basis i vitenskapeligkunnskap. *Kompendiet til Innføringskurs i Dyreassistert terapi, Modul 1 (2008)*.*
- Brickel, C. M. (1982). Pet-facilitated psychotherapy: A theoretical explanation via attentionshifts. *Psychological Report, 50*, 71-74.
- Cecero, J. J., Nelson, J. D., & Gillie, J. M. (2004). Tools and tenets of schema therapy: Toward the construct validity of the early maladaptiv schema questionnaire: Research version (EMSQ-R). *Clinical Psychology and Psychotherapy 11*, 344-357.
- Chandler, C. K., (2005). *Animal Assisted Therapy in Counseling*. New York: Routledge Taylor and Francis Group.*
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. New York: Wiley.
- Corson, S. A., & Corson, E. O. (1980). *Ethology and nonverbal communications in mental health: An interdisciplinary bio-psychosocial exploration*. New York: Pergamon Press.
- Dehli, L. (2007). Kognitiv terapi ved depersonalisering og derealisasjon. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 44*, 1143-1146. *
- DePrince, A. P. & Freyd, J. J. (1999). Dissociative tendencies, attention, and memory. *Psychological Science, 10*, 449-552.

- DiSalvo, H., Haiduven, D., Johnson, N., Reyes, V. V., Hench, C. P., Shaw, R., & Stevens, D. A. (2006). Who let the dogs out? Infection control did: Utility of dogs in health care settings and infection control aspects. *American Journal of Infection Control*, *34*, 301-307. *
- Eddy, T. J. (1995). Human cardiac responses to familiar young chimpanzees. *Anthrozoos*, *4*, 235-243.
- Egedius, H. (2006). *Psykologisk Leksikon* (4th Ed.). Norge, Oslo: Aschehoug. *
- Fine, A. H. (2006). *Handbook on animal assisted therapy: Theoretical foundations and guidelines for practice* (2nd ed.). USA, California: Academic Press. *
- Frank, S. (1984). The touch of love. *Journal of Gerontological Nursing*, *10*, 35-39.
- Freeman, A., & Fusco, G. M. (2003). *Borderline personality disorder: A therapist's guide to taking control*. London: Norton & Co.
- Friesen, L. (2010). Exploring animal-assisted programs with children in school and therapeutic contexts. *Early Childhood Education Journal*, *37*, 261-267.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, *63*, 649-658.*
- Globisch, J., Hamm, A. O., Esteves, F., & Ohman, A. (1999). Fear appears fast: Temporal course of startle reflex potentiation in animal fearful subjects. *Psychophysiology*, *36*, 66-75.
- Grant, S. & Olsen, C. W. (1999). Preventing zoonotic diseases in immunocompromised persons: The role of physicians and veterinarians. *Emerging Infectious Diseases*, *5*, 159-163.
- Guay, D. R. P. (2001). Pet-assisted therapy in the nursing home setting: Potential for

- zoonosis. *American Journal of Infection Control*, 29, 176-186. *
- Gunderson, J. G. (2003). *Borderline personality disorder: A clinical guide*. Washington: American Psychiatric Press.
- Hansen, E. T. (2010). Pelsdyrallergi: Et innholdsløst begrep? *Tidsskrift for Norsk Kennel Klubb*, 5, 46-47.*
- Herman, J. (1997). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Herman, J. L., Perry, J. C., & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 146, 490-495.*
- Hoffmann, A. O. M., Lee, A. H., Wertenaue, F., Ricken, R., Jansen, J. J., Gallinat, J., & Lang, U. E. (2009). Dog-assisted intervention significantly reduces anxiety in hospitalized patients with major depression. *European Journal of Integrative Medicine*, 1, 145-148.
- Holcomb, R., & Meacham, M. (1989). Effectiveness of an animal-assisted therapy program in an inpatient psychiatric unit. *Antozoos*, 2, 259-264.
- Horvath, A. O., Gaston, L., & Luborsky, L. (1993). The therapeutic alliance and its measures. In N. Miller, L. Luborsky, J. Barber, & J. Doherty (Eds.), *Handbook of psychodynamic psychotherapy: Theory and research* (pp. 247-273). New York: Basic Books.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1994). *The working alliance: Theory, research, and practice*. New York: Wiley.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Hægeland, E. (2010). Hester øker pasienters livskvalitet. *Medium Magasin*, 3, 86. *
- Jovey, M., & Jackson, H. J. (2004). Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *Journal of Personality Disorders*, 18, 467-478.

- Katcher, A. H. (2000). The future of education and research on the animal-human bond and animal-assisted therapy. In A. H. Fine (Ed.), *The handbook on animal assisted therapy: Theoretical foundations and guidelines for practice* (pp. 461-473). USA, San Diego: Academic Press.
- Katcher, A. H., Friedmann, E., Beck, A. M., & Lynch, J. J. (1983). Looking, talking and blood pressure: The physiological consequences of interaction with the living environment. In A. H. Katcher & A. M. Beck (Eds.), *New perspectives on our lives with companion animals* (pp. 351-359). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Kellogg, S. H. & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 445-458. *
- Kernberg, O. F., & Michels, R. (2009). Editorial borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry 166:5*, 505-508. *
- Knaevelserud, C., & Maercker, A. (2006). Does the quality of the working alliance predict treatment outcome in online psychotherapy for traumatized patients? *Journal of Medical Internet Research, 8*, p. e31.
- Kruger, K. A. & Serpell J. A. (2006). Animal-assisted interventions in mental health: Definitions and theoretical foundations. I A.H. Fine (Ed.), *Handbook on animal-assisted therapy: Theoretical foundations and guidelines for practice* (2nd ed., pp. 21-38). USA, California: Academic Press.
- Layden, M. A., Newmann, C. F., Freeman, A., & Byers Morse, S. (1993). *Cognitive therapy for borderline personality disorders*. Boston: Allyn and Bacon.
- Lieb, K., Zanmarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet, 364*, 453-461.
- Limond, J., Bradshaw, J., & Cormack, K. (1997). Behavior of children with learning

- disabilities interacting with a therapy dog. *Anthrozoos*, 10, 84-89.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitiv-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioural treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioural treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal of Addiction*, 8, 279-292.
- Lobbestael, J., Arntz, A., & Sieswerda, S. (2005). Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 240–253.
- Lockwood, R. (1983). The influence of animals on social perception. In A. H. Katcher and A. M. Beck. (Eds.), *New perspectives on our lives with companion animals* (pp. 64-77). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Maier, W., Lichtermann, D., Klingler, T., Heun, R., & Hallmayer, J. (1992). Prevalence of personality disorders (DSM-III-R) in the community. *Journal of Personality Disorders*, 6, 187-196.
- Malt, U. F., Retterstøl, N., & Dahl, A. A. (2003). *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Gyldendal Norsk Akademisk. *
- Martin, F., & Farnum, J. (2002). Animal assisted therapy for children with pervasive developmental disorders. *Western Journal of Nursing Research*, 24, 657-671.

- Mcvarish, C. A. (1995). The effects of pet facilitated therapy on depressed institutionalized inpatients. *Dissertation Abstracts International*, 55, 3019.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 56-152). New York: Academic Press.
- Moldin, S. O., Rice, J. P., Erlenmeyer-Kimling, L., & Squires-Wheeler, E. (1994). Latent structure of DSM-III-R axis II psychopathology in a normal sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 259-266.
- Nathans-Barel, I., Feldman, P., Berger, B., Modai, I., & Silver, H. (2005). Animal-assisted therapy ameliorates anhedonia in schizophrenia patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 31-35.
- Nordahl, H. M., & Nysæter, T. E. (2005). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 254–264.*
- Odendaal, J. S. J. (2000). Animal-assisted therapy: Magic or medicine? *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 275-280. *
- Ogata, S. N., Silk, K. R., Goodrich, S., Lohr, N. E., Westen, D., & Hill, E. M. (1990). Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1008– 1013.
- Oldham, J. M. (2005). Guideline watch: Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *FOCUS: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 3 396-400. *
- Orlinsky, D. A., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy*

- and behavior change* (4th ed., pp 270-376). New York: Wiley.
- Paris, J. (1993). The treatment of borderline personality disorder in light of research on its long term outcome. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 28-34.
- Paris, J. (2005) Borderline personality disorder *Canadian Medical Association Journal*, 172, 1579-1583.*
- Parish-Plass, N. (2008). Animal-assisted therapy with children suffering from insecure attachment due to abuse and neglect: A method to lower the risk of intergenerational transmission of abuse? *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13, 7-30.*
- Psykologforeningen: Etske prinsipper for nordiske psykologer (1998). Latet ned 03.05.2010, fra [http://www.psykologforeningen.no/pf/Fag-og-profesjon/For-fagutoeverere/Etikk/Etske-prinsipper-for-nordiske-psykologer/\(language\)/nor-NO](http://www.psykologforeningen.no/pf/Fag-og-profesjon/For-fagutoeverere/Etikk/Etske-prinsipper-for-nordiske-psykologer/(language)/nor-NO) *
- Rijkeboer, M. M., van den Bergh, H., & van den Bout, J. (2005). Stability and discriminative power of the Young schema-questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical population. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 129-144.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103. *
- Rosenkoetter, M. (1991). Health promotion: The influence of pets on life patterns in the home. *Holistic Nursing Practice*, 5, 42-51.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2006). *What works for whom?* (2nd ed.). New York, The Guilford Press.* Rynearson, E. K. (1978). Human and pets and attachment. *British Journal of Psychiatry*, 133, 550-555.
- Safran, J. D. & Muran J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: The Guilford Press. *
- Samuels, J., Eaton, W. W., Bienvenu, O. J., Brown, C. H., Costa Jr., P. T., & Nestadt, G. (2002). Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample.

- British Journal of Psychiatry* 180, 536-542.
- Sandal, S., & Hægeland, E. (2010). Bruker hesteassistert terapi mot fysiske og psykiske problemer. *Medium Magasin*, 3, 82-85. *
- Serpell J. A. (1996). *In the company of animals: A Study of Human-Animal Relationships*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Serpell J. A. (2004). Factors influencing human attitudes to animals and their welfare. *Animal Welfare*, 13, 145-152.
- Spinhoven, P., Giesen- Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K., & Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 104-115.*
- Swartz, M., Blazer, D., & Winfield, I. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of Personality Disorders*, 4, 257-272.
- Torgersen, S., Kringlen, E., Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590-596. *
- Vassnes, H. B. (2010). Nala hjalp meg til et bedre liv. *Allers*, 8, 6-7. *
- Velde, B. P., Cipriani, J., & Fisher, G. (2005). Resident and therapist views of animal-assisted therapy: Implications for occupational therapy practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52, 43-50. *
- Verheul, R., van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., de Ridder, M. A. J., Stijnen, T., & van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.*
- Waldinger, R., & Gunderson, J. (1984). Completed psychotherapies with borderline patients. *American Journal of Psychotherapy*, 38, 190-202.

- WHO (2000). *ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer.* (Statens Helsetilsyn, overs.). Oslo: Gyldendal. (Original publisert 1992).*
- Widiger, T. A., & Weissman M. M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry, 42*, 1015-1021.*
- Young, J. E. (1996). *Outline for schema-focused cognitive therapy for borderline personality disorder.* New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A practitioner's guide.* New York: The Guilford Press.*
- Zimmermann, M., & Coryell, W. H. (1990). Diagnosing personality disorders within the community: A comparison of self-report and interview measures. *Archives of General Psychiatry, 47*, 527- 531.