

Betydningsfulle øyeblikk i terapi –

**En kvalitativ studie av pasienters egne opplevelser av
endringsskapende øyeblikk i terapi**

Susann Ødegård Dybvik

Vår 2012

Hovedoppgave ved Profesjonsstudiet i Psykologi,
PSYPRO 4100

Forord

Da temaet for hovedoppgave skulle bestemmes var jeg ikke lenge i tvil om hva som skulle bli mitt prosjekt. Etter flere år på profesjonsstudiet, med mengder av teori og empiri som skulle være vårt fundament for yrkesmessig suksess som psykologer, var det noe jeg følte manglet. I en studiehverdag preget av litteratur og forelesere som alle kunne fortelle oss hva som virker i terapi, satt jeg fortsatt igjen med ønsket om å spørre pasientene – hva var det som virket for deg? Jeg hadde lyst til å dyppdykke i beskrivelsene av hva som skjedde idet pasienten opplevde at noe endret seg. Og jeg hadde lyst til å lytte til disse stemmenes fortellinger om hvordan hver enkelt lagde mening rundt dette. Så det ble mitt hovedoppgaveprosjekt. Å si ”og jeg har ikke angret et sekund” vil være en løgn. Prosjektet ble stort og krevende og noen ganger i løpet av prosessen kom romantiske tanker om antatte lettvinde teoretiske oppgaver snikende. Etter jeg hadde snakket med informantene mine skjedde det noe annet. Prosjektet opplevdes ikke lenger som mitt, men som vårt, og ønsket mitt om å yte informantene rettferdighet ble etter hvert den givende og sentrale drivkraften.

Med dette ønsker jeg først og fremst å takke informantene mine for å ha gjort dette prosjektet til et mer givende, spennende, artig og interessant prosjekt enn jeg ante det kunne bli.

Takk til hovedveilederen min Roger Hagen, og biveileder Anne Iversen.

Jeg ønsker også å takke familien min – Peder, Ine og Per – for å ha holdt fortet.

Takk også til Espen for at jeg fikk bruke bilde av den flotte og meget passende skulpturen på omslaget mitt.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
2.0 Teoribakgrunn	2
2.1 Måling av effekt – hvordan finner man ut at terapien har virket?	2
2.2 Psykoterapiforskningen – vår søken etter å finne ut hva som virker	3
2.2.1 Diskusjonen om ”The Dodo Bird verdict” – en av hovedlinjene i psykoterapiforskningen	4
2.3 Fellesfaktorer og spesifikke faktorer – to perspektiver på terapi og effekt.....	7
2.3.1 Fellesfaktorer	7
2.3.2 Spesifikke faktorer.....	8
2.4 Hvorfor lytte til pasientens stemme – i forskningen og i klinikken?.....	10
2.5 Målene med studien	12
3.0 Metode.....	14
3.1. Metodologisk tilnærming og valg av spesifikk metode	14
3.2 Forforståelse	16
3.2.1 Samkonstruksjon av mening	16
3.2.2 Forskeren	16
3.3 Deltakere og rekruttering	17
3.3.1 Utvalgskriterier.....	17
3.3.2 Informantenes problematikk	18
3.3.3 Anonymitet.....	18
3.4 Datainnsamling	18
3.5 Dataanalyse.....	19
3.5.1 Transkribering.....	19
3.5.2 Gjennomføring av analysen.....	19
3.5.3 Validitet og reliabilitet	20
3.6 Etikk.....	23
4.0 Resultater	24
4.1 Tema 1: En endret historie – en ny forståelse.....	24
4.1.1 Fritak fra skyld	25
4.2.2 Et endret selv	28
4.2.3 Den nye forståelsen aktiverer handlingsresponsen – håp og handling.....	30
4.2 Tema 2: Opplevelsen av å bli tålt.....	32
4.2.1 Repetisjoner	33
4.2.2 Terapeuten er noe annet enn andre mennesker, og terapien skiller kvalitativt seg fra livet for øvrig.....	34

4.3 Tema 3: En følelse av terapeutens genuine ønske om å hjelpe	37
4.3.1 Terapeuten husker det jeg har sagt før	37
4.3.2 Jeg kan stole på at det terapeuten sier er sant.....	38
4.4 Tema 4: Terapeuten gjorde for meg det jeg ikke var i stand til selv	40
4.4.1 "Surrogati" – håp, grensesetting og tiltak.....	40
4.4.2 Terapeuten ser for meg, det jeg ikke ser selv.....	43
4.4.3 At terapeuten holdt meg da jeg trengte det gjorde meg sterkere til å holde meg selv.....	44
5.0 Diskusjon.....	46
5.1 De betydningsfulle øyeblikkene	46
5.2 Fellesfaktorer eller spesifikke faktorer – en enkel kategorisering?	47
5.2.1 Det andre rom	47
5.2.2 Håpet kommer ikke alene.....	48
5.2.3 Nødvendigheten av å bli holdt	51
5.3 Bevegelse mot et rikere forskningsfelt?	52
5.3.1 Pasientens stemme og dens plass i psykoterapiforskningen	53
5.3.2 Et godt utfall.....	54
5.3.3 Tilbake til Dodo.....	56
5.3.4 Studiens begrensninger.....	57
5. 4 Konklusjon	57
6.0 Referanser.....	59

1.0 Innledning

Mange pasienter som går i psykoterapi opplever at terapien er hjelpsom gjennom å skape endringer som gjør det lettere å være menneske. Hvordan opplever og beskriver pasienter de øyeblikkene eller elementene i terapien som har virket endrende på dem? Og hvordan dannes mening rundt det som er endringsskapende i psykoterapi, sett fra pasientens side?

I det psykoterapeutiske forskningsfeltet har det lenge vært konsensus om at psykoterapi virker (Castonguay & Beutler, 2006a; Kazdin 2009; Murray, 2002). Vi vet nå, gjennom mange års forskning, at pasienter i mange tilfeller kan få et bedre liv gjennom å gå i terapi, altså at terapi er bedre enn placebo eller ingen intervensjon. Feltet diskuterer ikke lenger *om* psykoterapi har en ønsket effekt i form av bedring, men i mye større grad *hvilke faktorer* i psykoterapi som er endringsskapende, og for hvem (Kazdin 2009, Roth & Fonagy, 2005). Historisk sett kan man si at man har gått fra å stadfeste at å gå i terapi er bedre enn ikke å gå i terapi, til å se nærmere på den terapeutiske prosessen og hvilke elementer i terapien som er endringsskapende. Forskningen og den tilhørende faglige debatten rundt virksomme faktorer i terapi er viktig fordi den forsøker å skape bevegelse i feltet mot en mer presis forståelse av de faktorene som faktisk skaper ønskelige endringer (Lambert, Bergin & Garfield, 2004) samtidig som den kan guide den kliniske praksisen mot bedre effekt og effektivitet.

I denne kvalitative studien ønsker jeg å se på, utforske og undersøke informantenes egne opplevelser og beskrivelser av betydningsfulle øyeblikk i terapien de har gått i. I teoribakgrunnen nedenfor presenteres noen hovedlinjer i psykoterapiforskningen. Videre følger en metodedel der gjennomføring og resultater presenteres. Diskusjonen tar opp funnene og setter disse i relasjon til gjeldende teori og empiri.

2.0 Teoribakgrunn

2.1 Måling av effekt – hvordan finner man ut at terapien har virket?

Hovedvekten av effektforskningen baserer sine konklusjoner på målinger av symptomtrykk før, under og etter gjennomføring av et sett av spesifikke terapeutiske intervensjoner innenfor rammen av gitte terapiretninger ¹ (Kendall, Holmbeck & Verduin, 2004). Målingene er ofte basert på godt validerte spørreskjemaer som pasienten fyller ut og derav rapporterer frekvens og intensitet på de ulike symptomene man er ute etter å måle. På denne måten kan det konkluderes med om nettopp dette settet av spesifikke intervensjoner har vært virksomme eller ikke. Det finnes også andre metoder som brukes i effektforskningen, for eksempel kliniske intervjuer og skåringer av videoopptak av, men disse er i hovedsak mer anvendt i klinisk virke enn i forskning. Spørreskjemaer er minst tid- og ressurskrevende og er derfor den datainnsamlingsmetoden hovedvekten av psykoterapiforskningen er basert på. Dette gjør at det i mindre grad har blitt lagt vekt på pasienters egne beskrivelser av hvilke deler av terapien som har vært endrings- og bedringsfremmende (Castonguay & Beutler, 2006b, Lambert, 2001, McLeod, 2001). Spørreskjemaene man bruker baserer seg på selvrappport, men har forhåndsdefinerte kategorier og konsepter som man ber pasienten gradere (Polkinghorne, 2005). Det er i hovedsak altså ikke pasientens *egne* beskrivelser som innhentes, undersøkes og måles, men en tallfestelse av enheter som man gjennom forskning har kommet frem til er meningsfulle å måle.

Det har samtidig vært en tradisjon for å måle symptomer før og etter *et terapiforløp som helhet – en konstellasjon av intervensjoner*, og i mindre grad en tradisjon for å se på effekten av enkeltintervensjoner eller enkeltøyeblikk i terapien og hva disse skaper av endring. Det vil si at målingene av effekt av terapi ikke plukker fra hverandre elementene i terapien og ser på effekt av disse hver for seg, men ser på effekt av en *”terapipakke”* som helhet.

For å finne ut om en terapi har vært effektiv, er det også essensielt å vite hva man mener med et godt utfall, eller terapeutisk suksess. Når kan man si at terapien har virket? Er

¹ Som for eksempel kognitiv atferdsterapi, psykodynamisk terapi, dialektisk atferdsterapi med mer.

det når det rapporteres nedgang i symptomer av individet selv, eller når individet beskriver seg selv som lykkeligere? Er det når andre observerer færre symptomer, eller når individet kommer tilbake til jobb eller skole etter fravær? Kan det være et godt utfall hvis individet fortsatt har en rekke symptomer, men betydelig økt funksjonsnivå? Og er det forhåndsdefinerte kategorier av bedring, for eksempel målt nedgang i symptomtrykk, som avgjør om vi kan kalle terapien en suksess, eller er det individets egne beskrivelser som skal legges til grunn for det vi definerer som oppnådd effekt? Disse, og mange andre lignende spørsmål stilles i dag i psykoterapiforskningen, og er viktige å fokusere på fordi de bidrar til å klargjøre hvilke konstrukter og konsepter som danner grunnlaget for konklusjonene som trekkes.

2.2 Psykoterapiforskningen – vår søken etter å finne ut hva som virker

Det er mange nivåer i diskusjonen om virksomme faktorer (eller aktive ingredienser) i psykoterapi. Ett av nivåene kan en anse som filosofiske og epistemologiske spørsmål. På et annet nivå ser man aspekter ved polemikken gjenspeiler de mer terapeuttekniske drøftelsene. Å gjøre rede for alle de forskjellige nivåene ligger ikke innenfor rammene til denne oppgaven, men noen hovedlinjer vil beskrives.

Forskningen på effekt av psykoterapi ligner nå mye på den medisinske forskningen for øvrig. På samme måte som man forsker på effekten av et medikament i somatisk medisin, er man også opptatt av effekten av en rekke forskjellige psykologiske intervensjoner. En slik tilnærming skaper diskusjoner på forskjellige nivåer. På et vitenskapsfilosofisk plan kan stilles det spørsmål om man i det hele tatt kan bruke en klassisk sykdomsmodell når man forsker på psykoterapi og endring (Aarre, 2011; Duncan, 2002). På et terapeutteknisk nivå kan man se diskusjonene mellom de forskjellige terapiretningene og hvilke terapeutiske intervensjoner som bør implementeres for det gitte symptomet.

Et annet viktig moment i psykoterapiforskningen er de forskjellige retningenes ulike oppfatninger av hva endring er, samt de forskjellige perspektiver på om endring lar seg måle, med den metodologien som brukes i dag (Nock, 2003). Psykoterapiforskningen

står i dag derfor overfor flere utfordringer når det gjelder debatten om hvordan en pasient med en psykisk lidelse best mulig skal bli hjulpet.

2.2.1 Diskusjonen om "The Dodo Bird verdict" – en av hovedlinjene i psykoterapiforskningen

På søken etter virksomme faktorer i terapi har det oppstått en viss polarisering i forskningsfeltet (Beutler, 2002; Castonguay & Beutler, 2006a; Duncan, 2002; Luborsky, Rosenthal, Diguier, Andrusyna, Berman, Levitt, Seligman & Krause, 2002; Rosen & Davidson, 2003). Man kan se en polemikk med to tydelige poler – de som "taler" fellesfaktorenes sak og de som "taler" de spesifikke faktorenes sak. Selv om det nå finnes en rekke forskjellige terapiretninger eller "skoler", som har sine egne spesifikke intervensjoner (med tilhørende rasjonale), sier forskningsdata at forskjellene i effekt mellom retningene i hovedsak er relativt små (Duncan, 2002; Lambert & Ogles, 2004; Lambert, Garfield & Bergin 2004; Luborsky et al. 2002; Wampold, 2010). Dette funnet – *likhet mellom effekt på tvers av terapiretninger* – kan ha flere mulige forklaringer.

Lambert og Ogles (2004) lister opp tre mulige forklaringer:

- 1) forskjellige terapiretninger kan oppnå de samme målene gjennom forskjellige prosesser – altså at man kommer frem til det samme målet, men man går forskjellige veier;
- 2) de forskjellige terapiretningene skaper forskjellige terapeutiske endringer, men forskningsmetodene vi hittil har brukt fanger dem ikke opp – altså at de forskjellige skolene faktisk skaper forskjellige endringer, men de kan ikke alltid måles;
- 3) de forskjellige terapiretningene innehar noen felles elementer – fellesfaktorer – som er kurative, men som ikke er lagt vekt på av psykologiske teorier om endring som er sentrale for de spesifikke retningene.

Det er den siste forklaringen, om felles kurative faktorer på tvers av retninger, som har fått mest oppmerksomhet og skapt mest debatt i det psykoterapeutiske forskningsfeltet. Det er kanskje også dette punktet som har de sterkeste implikasjonene for det kliniske virket og som jeg derfor vil gjennomgå mer i detalj nedenfor.

En av de som først tilbød forklaringer på hvorfor forskjellige terapiretninger oppnår de samme resultatene var Saul Rosenzweig, allerede i 1936 (Duncan, 2002), og det var han som først brukte begrepet "Dodo-bird" om dette fenomenet ². Denne fuglen (eller mer korrekt – denne fuglens dom over deltakernes rangeringer etter endt kappløp) har blitt brukt som et bilde på likheten i effekt mellom terapiretningene. Dette blir oftest referert til som "*the Dodo bird verdict*" (Duncan, 2002; Luborsky et al, 2002; Beutler, 2002), og handler i essens om at effekten av alle terapiretningene er tilnærmet like stor. Man kan derfor ikke konkludere med at det er de spesifikke intervensjonene som skaper endringene og den målte effekten, men de felles kurative faktorene som finnes på tvers av terapiretningene. Dette peker også i retning av at de endrende faktorene kanskje ikke er unike for den enkelte skole. Man antar at dersom det hadde det vært de spesifikke intervensjonene som hadde skapt effekten, ville man også sett større forskjeller i effekt mellom retningene. Det ser derfor ut som det må være panteoretiske faktorer som overskygger enhver oppfattet eller antatt forskjell mellom de terapeutiske tilnærmingene (Duncan, 2010).

I de senere år, med økt fokus på effektivitet i helsevesenet, har det kliniske feltet beveget seg mer i en retning av manualiserte behandlinger (Lambert & Ogles, 2004). Dette kan forstås som et fast sett av intervensjoner som skal brukes for spesifikke diagnoser. Selv om psykoterapeutiske retninger kan vise til relativ lik effekt vil ikke dette si at verken forskere, klinikere eller helsemyndigheter vil si at denne effekten er "god nok". Videreutvikling, forbedring og effektivisering av psykoterapi vil alltid etterstrebnes, og fokuset har etter hvert blitt mer rettet mot å utvikle bedre og mer diagnosespesifikke terapier for slik å kunne bedre helsetilbudet til de som har psykiske lidelser. Selv om de klassiske terapeutiske skolene fortsatt står sterkt i terapifeltet ser man nå et mindre fokus på (behandlings-) klassifikasjoner basert på de "store teoriene" (Roth & Fonagy, 2005). Grunnen til dette er delvis at et økende press for å implementere behandlingsformer som er empirisk grunnet (Roth & Fonagy, 2005), og dette kan ha ført til et skifte fra en interesse for generelle prinsipper for endring til interesse for spesifikke intervensjoner og terapeutferdigheter. Bak de manualiserte behandlingene ligger et rasjonale om at spesifikke lidelser/symptomer behøver spesifikke

² Dodo er en fugl i eventyret om Alice i Eventyrland, som forfekter etter et kappløp at "alle vinner og alle må få premier!".

intervensjoner, altså at man ikke kan vente endring i et spesifikt symptom uten visse spesifikke intervensjoner.

Man kan slik sammenligne de spesifikke intervensjonene i terapi med spesifikke medisiner i behandling av somatisk sykdom. Tanken bak de manualiserte behandlingene er at de skaffer til veie slike spesifikke "terapeutiske medisiner" for spesifikke psykiske symptomer. Forskningsdata viser for eksempel at enkle fobier oppnår den beste behandlingseffekten hvis de behandles med eksponeringsterapi (Roth & Fonagy, 2005), og at man kan se fra effektstudier at effekten av eksponeringsterapi ikke har lik effekt som andre typer behandlinger, men overgår dem i stor grad. Slike funn, der noen terapiretninger viser seg å ha betydelig større effekt enn andre typer terapier, har bidratt til en optimisme i forhold til å utvikle diagnosespesifikke terapiintervensjoner.

Man ser altså et forskningsfelt der man finner tilsynelatende kontradiktoriske bevis for hvilken rolle tekniske og relasjonelle faktorer spiller i terapi (Castonguay & Beutler, 2006b). Rosenzweig var tidlig ute med sine argumenter om fellesfaktorene, men også senere forskningsfunn om likhet i effekt mellom terapier har ført til at det fortsatt skrives tekster der de to perspektivene – fellesfaktorer eller spesifikke faktorer – blir diskutert som to gjensidig utelukkende faktorer. Castonguay og Beutler (2006b) skriver:

"Specifically we were struck by the "either/or" position that many researchers and clinicians seemed to take with regard to the variable(s) responsible for change. While some authors seemed to emphasize the importance of relationship above all, other focused on the effect of participant (therapist or patient) factors, and still others drew attention to the salience of certain treatment procedures and models."
(Castonguay & Beutler, 2006b, s v, preface)

Denne polariseringen i feltet er som nevnt en av *hovedlinjene* i psykoterapiforskningen. Psykoterapiforskning utgjør etter hvert et stort forskningsfelt, og det er selvsagt også andre aspekter ved psykoterapi som forskes på og diskuteres. I denne hovedoppgaven ønskes allikevel denne todelingen å brukes som et bilde på hvordan store deler av feltet gjennom årene har diskutert og drøftet hva som virker i terapi.

2.3 Fellesfaktorer og spesifikke faktorer – to perspektiver på terapi og effekt

En kan altså se at polariseringen i forskningsfeltet i hovedsak har vært sentrert rundt to leirer, og man kan se at diskusjonen om felles- versus spesifikke faktorer gjennom årenes løp har blitt rotfestet i den psykoterapeutiske forskningskulturen. For å kunne sette funnene i denne studien opp mot gjeldende teori og empiri vil det derfor være nødvendig å tydeliggjøre hva som menes med fellesfaktorer og spesifikke faktorer.

2.3.1 Fellesfaktorer

Fellesfaktorer i terapi har blitt klassifisert, konseptualisert og operasjonalisert på mange forskjellige måter. Den enkleste, men minst matnyttige måten å definere fellesfaktorene på er å definere dem som de faktorene i terapi som *ikke* er spesifikke. Et tradisjonelt syn på dette er gjerne at disse er de *relasjonelle* faktorene i terapi (Duncan, 2002), men med tiden har mer nyanserte og detaljerte konseptualiseringer av fellesfaktorene blitt utviklet. Gabbard (2005) beskriver de mest kjente antatte fellesfaktorene å være genuinitet, ubetinget positiv oppmerksomhet og empati. Det er også vanlig å presisere at fellesfaktorer er faktorer skaffet til veie av både terapeuten og pasienten, samt faktorer ved det emosjonelle båndet mellom de to. Fellesfaktorer er altså ikke noe man kan klassifisere som egenskaper ved terapeutens handlinger alene, men egenskaper ved begge, *og* egenskaper ved det som skjer imellom dem.

Lambert og Ogles (2004) påpeker at de forskjellige måtene å konseptualisere fellesfaktorer på gjør at begrepet og forståelsen av dette kan bli utvannet, og at det kan ligge flere forskjellige betydninger bak ett og samme begrep. Dette kan være problematisk i forhold til forskningen og ikke minst i forhold til tolkning av forskningsresultater.

I denne hovedoppgaven er det Lambert og Ogles' (2004) konstrukt som er valgt som grunnlag når det henvises til fellesfaktorer. De organiserer faktorene som følgende dimensjoner:

- 1) Støttedimensjonen – støttende faktorer: bekreftelse, spenningsutløsning, katarsis, struktur, terapeutisk allianse, samt terapeutens varme, respekt og empati.
- 2) Læringsdimensjonen – læringsfaktorer: råd, tilbakemeldinger, innsikt, kognitiv læring, korrigerende emosjonelle erfaringer og assimilering av problematiske erfaringer.
- 3) Handlingsdimensjonen – handlingsfaktorer: mestringstiltak, øving, oppfordring til å møte sine frykter, realitetstesting og atferdsregulering.

Lambert og Ogles' organisering og konseptualisering av fellesfaktorene er ryddig og klargjørende. En kan allikevel se, ut ifra de mange undertemaene i hver dimensjon, at å konseptualisere og operasjonalisere faktorene i effektforskningen kan være en utfordring.

2.3.2 Spesifikke faktorer

I motsetning til disse felles kurative faktorene er det, som nevnt, et sterkt fokus på *spesifikke terapifaktorer*, både i det kliniske feltet og i forskningsfeltet. Når det refereres til spesifikke faktorer menes i hovedsak forskjeller i terapeutiske prosedyrer eller teknikker i forskjellige terapiretninger (Orlinsky, 2010). De spesifikke intervensjonene, eller settene av intervensjoner, er tenkt å virke direkte på det gjeldende symptomet. I en artikkel fra 1986 identifiserte Kazdin over 400 forskjellige terapier eller metoder (Kazdin, 1986). Disse vil igjen inneholde en rekke intervensjoner som de som har utviklet terapien anser som spesifikke for akkurat denne metoden. Blant alle de forskjellige metodene som har utviklet seg finnes det naturlig nok en stor mengde med slike spesifikke intervensjoner. Fokuset her blir ikke å gjøre rede for alle disse, men å tydeliggjøre hva som menes med spesifisitet i terapeutiske intervensjoner og slik gjøre rede for hva dette perspektivet innebærer.

Spesifisitetsperspektivet har i liket med fellesfaktorperspektivet solide røtter i psykoterapiforskningen. Dette henger sammen med at utviklingen av psykoterapi ikke kan forstås uavhengig av den generelle medisins utvikling (Wampold, 2010). I en bevegelse bort fra overtro, myter, religion og åndelighet som medisin, til et mer

fysiokjemisk perspektiv på sykdommers årsaker og reparasjon, er utviklingen av psykoterapien og forskningen på denne tett sammenvevd med medisins historie og den samfunnsmessige utviklingen for øvrig (Wampold, 2010). Ved å plassere psykiske lidelser i samme kategori som somatiske sykdommer, vil det eksistere en underliggende logikk om *spesifisitet* i behandlingen. Med det menes at man behandler et spesifikt symptom eller spesifikk sykdom, med en spesifikk medisin. Innenfor somatikken er dette som oftest kjent som farmakologisk behandling, men kan også være atferdsbasert for eksempel ved opptrening av muskulatur. Poenget er at man "angriper" problemet bak symptomet, og slik behandler lidelsen. Et tydelig eksempel på dette kan være at man behandler en betennelse forårsaket av bakterier med antibiotika.

Wampold (2010) formidler en måte å forstå hvordan atferdsbaserte behandlinger (psykoterapi) kan plasseres inn i en medisinsk modell ved å beskrive fem komponenter ved psykisk sykdom:

- 1) Det eksisterer en lidelse, et problem eller en klage som pasienten presenterer.
- 2) Det eksisterer en forklaring for problemene. I somatikken ville dette vise til noe biologisk, for eksempel et virus. Innenfor psykologisk teori ville dette vise til noe psykologisk, for eksempel et traume.
- 3) Det eksisterer mekanismer for endring som er konsistente med den teoretiske forklaringen for lidelsen.
- 4) Endingsmekanismene bestemmer hvilke spesifikke terapeutiske handlinger som skal gjennomføres.
- 5) Den terapeutiske handlingen er ansvarlig for nytten av behandlingen, og ikke andre faktorer ved behandlingen. Med dette menes at det ikke er andre aspekter ved behandlingen som forklarer bedringen, men den spesifikke intervensjonen i seg selv.

Det er punkt nummer fem som blir referert til som *spesifisitet* i medisinsk forskning, det være seg innenfor forskning på psykopatologi eller somatisk patologi. Hvis en igjen skal bruke eksemplet om antibiotika er det altså slik at det er pillene som gjør at halsbetennelsen går over, og ikke koppene med honning-te som pasienten samtidig har drukket.

Som beskrevet tidligere i oppgaven er det relativt bred konsensus om at psykoterapi virker. En ser allikevel en klar polarisering og dikotomi i feltet, der noen holder fast på at en kan attribuere terapeutisk endring til fellesfaktorer, og andre som mener at det er de spesifikke faktorene som best kan forklare den terapeutiske suksessen (Castonguay & Beutler, 2006a). Flere teoretikere (Castonguay & Beutler, 2006b; Duncan, Miller, Wampold & Hubble, 2010; Morrow, 2007) peker imidlertid på at denne dikotomien ikke tar høyde for, eller yter rettferdighet mot, kompleksiteten ved terapeutisk endring. For å fange opp denne kompleksiteten blir det satt spørsmål ved om de målingsmetodene man bruker i dag er for ensidige (Morrow, 2007; Ponterotto, 2005), og at man i for liten grad bruker metoder som lytter til pasientenes stemmer på en utfyllende måte.

2.4 Hvorfor lytte til pasientens stemme – i forskningen og i klinikken?

Spørsmålet i overskriften kan for noen kanskje virke overflødig i kraft av å være en selvfølgelighet som ikke trenger videre utdyping. Men pasienters egne beskrivelser av terapiforløp, endring, og ikke minst enkeltøyeblikk i terapi, er ikke typisk eller vanlig for psykoterapeutisk forskning (Ponterotto, 2005). Som nevnt over, er det mer typisk for psykoterapiforskningen å basere sine konklusjoner på målinger gjort ved hjelp av spørreskjemaer. Spørreskjemaene som brukes gir ikke tilgang til slike beskrivelser som er forskningsfokus i denne og andre kvalitative studier av idiosynkratiske beskrivelser av endring (for eksempel Binder, Holgersen & Nielsen 2009; Levitt, Butler & Hill, 2006) og terapeutisk utfall (for eksempel Binder, Holgersen & Nielsen 2010). Det er altså ikke en sterk tradisjon i forskningsfeltet for å spørre pasienten: "Hva var det som virket for deg?". Her kan det til en viss grad være nyttig å skille mellom hva som gjøres i en klinisk praksis og hva som gjøres i forskningen. Selv om pasientens stemme og egne beskrivelser tradisjonelt har hatt en relativt liten plass i forskningen, kan det være annerledes i klinikken. For mange klinikere er nok pasientens stemme, integritet, ønsker og agenda en viktig og selvsagt del av hverdagen. I psykoterapiens, og den medisinske og sosialpolitiske historien for øvrig, kan man nå se en bevegelse mot større vekt på enkeltindividets selvbestemmelse.

Å lytte til pasienters stemme kan forstås som en form for brukermedvirkning.

Brukermedvirkning er noe som refereres til relativt ofte i psykologiske tidsskrifter og

annen litteratur om psykoterapi (se for eksempel Tidsskriftet for Norsk Psykologforening, april 2010). For noen psykologer er pasientens medvirkning i å avgjøre deler av terapiens innhold en naturlig del av den kliniske hverdagen. For andre er det i mindre grad pasienten som guider hvilke terapeutiske intervensjoner som brukes. Hvorfor skal vi lytte til pasientens stemme, og hvilke implikasjoner skal denne stemmen ha for klinisk virke? Hvis man velger å se Freud som starten på den moderne psykoterapien ser man at det fra begynnelsen ikke var stor plass til pasientens egen stemme om hva som var den beste behandlingen. Carl Rogers' klientsentrerte terapi tok imidlertid et stort steg bort fra dette med å gå bort ifra holdningen om "terapeuten som ekspert" (Lambert, Garfield & Bergin, 2004). Denne bevegelsen, fra "*paternalisme til autonomi*" (Gullestad, 2010), er en generell bevegelse i dagens psykoterapeutiske felt.

Når det nevnes at det *til en viss grad* er nyttig å skille mellom forskningsfeltet og det kliniske feltet er det fordi det også innenfor forskjellige terapeuters kliniske virke vil være forskjellige oppfatninger og implikasjoner av brukermedvirkning. Dette avhenger på mange måter av hvilken teoretisk skole den enkelte terapeut tilhører, men en kan kanskje anta at det også kan omhandle den enkelte terapeuts private verdier og holdninger. Valla (2010) formidler i sin artikkel at selv om forskning viser at økt brukermedvirkning fører til bedre terapeutisk utfall, virker det å ligge en motvilje i det kliniske miljøet mot å implementere slike prinsipper. Valla beskriver dette som å representere et stort problem. Gullestad (2010) peker på at det er problematisk med et ensidig fokus på brukermedvirkning som noe som betyr at pasienten er med på å *utforme* egen behandling. Hun peker på at å gå i psykoterapi for mange vil bety å "*vite at behandleren er ekspert når vi selv ikke er i stand til å ta beslutninger, og derfor trenger å kunne gi oss over i 'de gode hender'*" (Gullestad, 2010, s 549). Hun beskriver videre at klienten ikke er ekspert på psykoterapi, og at det er terapeuten som ofte kan vite hva som er terapeutisk virksomt. Tekstene til Gullestad (2010) og Valla (2010) kan ved første øyekast gi inntrykk av to diametralt motsatte holdninger til implementering av brukermedvirkning i terapeutiske settinger. Leser man imidlertid tekstene godt, kan det se ut som at de har en noe ulik forståelse av begrepet brukermedvirkning, og at det derfor er et uavklart begrep som diskuteres. En videre diskusjon vil kunne bidra til at begrepet i seg selv avklares, og dermed at en i større grad kan nyttiggjøre seg av konklusjonene som trekkes.

I tillegg til fokuset på brukermedvirkning i kliniske settinger, og de etiske og terapeuttekniske aspektene av dette, har det å lytte til pasientenes egne beskrivelser klare epistemologiske drivkrefter. Å lytte til pasienters beskrivelser kan ses som noe kvalitativt annet enn å telle kryss på et spørreskjema, og en kan tenke seg at kvalitativ forskning kanskje er bedre egnet til å få tak i slike beskrivelser. På veien mot å søke svar på hva som virker i terapi – er det et poeng å søke disse utfyllende beskrivelsene gitt av pasientene selv, i tillegg til kvantifiseringene feltet holder seg sterkt til? I denne sammenhengen stiller Ponteretto (2005) spørsmål om et smalt paradigmatisk fokus og assosierte metoder har begrenset psykoterapiprofesjonens evne til å avansere. Flere klinikere og forskere etterlyser en mer klientsentrert fokus i datainnhenting (Lambert, Hansen & Finch, 2001; Lutz, 2002), samt peker på behovet for at styringsenheter, som for eksempel APA³, tydeliggjør statusen til og nytten av kvalitativ forskning (Kidd, 2002; Jack, 2006).

2.5 Målene med studien

Denne studien er en kvalitativ studie av betydningsfulle øyeblikk i terapi. Det er pasienters egne beskrivelser av øyeblikk i terapien som skal undersøkes, og det legges vekt på at dette er øyeblikk som erfarer som endrings- og bedringsskapende av pasienten selv. I tillegg til at dette er en kvalitativ studie er det derfor to vesentlige dimensjoner ved denne studien som skiller seg fra mer tradisjonelle undersøkelser av effekt. For det første er det *øyeblikk*, og ikke terapien som helhet som undersøkes. For det andre er det pasientens egen stemme som høres og ikke symptomers frekvens og intensitet som måles (kvantifiseres), sammenlignes og rapporteres. Målet med denne studien er således å undersøke og utforske idiografiske beskrivelser av hva som har vært endringsfremmende i et terapiforløp. Med en slik utforsking er ønsket å oppnå en bedre forståelse av pasienters egne erfaringer med, forståelse av, og perspektiver på endringsprosessen – en forståelse som kan være en viktig del av å videreutvikle og optimalisere klinisk virke.

³ APA – American Psychological Association er en vitenskapelig og yrkesutøvende organisasjon som representerer psykologi i USA. APA er den største foreningen for psykologer på verdensbasis (apa.org, 2012).

Et annet mål med denne studien er å se nærmere på om pasientenes egne beskrivelser av hva som er virksomt i terapi sammenfaller med gjeldende forskningsfunn og retningslinjer – sammenfaller det idiografiske med det nomotetiske? Det idiografiske er, i denne sammenhengen, det pasientene beskriver. Det nomotetiske er de robuste forskningsfunnene på effekt som i dag guider det kliniske feltet. Å gå igjennom hver spesifikke intervensjon for alle terapeutiske retningene som finnes, er utenfor rammene for denne oppgaven. Det vil derfor først og fremst være et mål å finne og videreformidle det informantene opplevde som betydningsfulle øyeblikk, samt å se på hvordan det beskrevne kan forstås i forhold til diskusjonen om fellesfaktorer og spesifikke faktorer.

Gjennom semistrukturerte intervjuer prøver jeg å fange disse øyeblikkene fra et førstehåndsperspektiv, med spesielt fokus på selve øyeblikkets natur og meningsdannelsen rundt de endrende faktorene for den enkelte informant.

Gjennomgangen av denne teoribakgrunnen følges av en metodedel der gjennomføringen av studien og resultater presenteres. I diskusjonen settes funnene i relasjon til gjeldende teori og empiri.

3.0 Metode

3.1. Metodologisk tilnærming og valg av spesifikk metode

I denne studien var målet å utforske øyeblikk i terapien som klienten selv opplevde som betydningsfulle og endringssskapende. Det er et fenomen – øyeblikket – og meningsdannelsen av dette som undersøkes, og det er idiosynkratiske opplevelser og beskrivelser av levd erfaring som er satt i fokus. En fenomenologisk-hermeneutisk metode ble derfor valgt (Lindseth og Nordberg, 2004). Fenomenologi er på et grunnleggende plan studiet av menneskers opplevelser av verden de lever i – erfaringsvitenskap (Langdridge, 2007; Todres & Wheeler, 2001). Hermeneutikk er både en filosofi og en forskningstilnærming, der tolkning er grunnsteinen (Dybvig og Dybvig, 2003; Todres & Wheeler, 2001). I kjernen av valget av metode ligger en forståelse av fenomenet, øyeblikket, som noe grunnleggende interaksjonelt. Med det menes at det gjennom å bruke en fenomenologisk holdning og metode legges vekt på at bevisstheten om det som undersøkes ikke er noe som "bor" inne i den enkelte, men noe som skjer *mellom* individet og verden rundt (Langdridge, 2007). Referansen for fenomenologiske undersøkelser er således ikke objektive beskrivelser av et hendelsesforløp eller et øyeblikk, men den essensielle meningen ved disse erfaringene (Lindseth og Nordberg, 2004). Videre er det førstehånds beskrivelser av levd erfaring som søkes undersøkt, og en fenomenologisk-hermeneutisk metode brukes for å se på, og undersøke, klientens tilgang til erfaringen, samt dens meningsinnhold.

Fenomenologien er deskriptiv, med fokus på verden slik den oppleves og å gjøre det usynlige synlig (Kvale, 2009). Den fenomenologiske-hermeneutiske metoden brukt her er også en fortolkende metode (Lindseth & Nordberg, 2004), og hører således til under den hermeneutiske fenomenologien, i motsetning til den eksistensielle fenomenologien (Langdridge, 2007). I hermeneutikken ligger det en erkjennelse av at tolkning er en uunngåelig del av prosessen med å utforske et annet menneskes livsverden (Todres & Wheeler, 2001), og at samkonstruksjon av mening er en grunnleggende del av denne tolkningen (Laverty, 2003). Det er ikke slik at det finnes en sannhet gjemt *bak* teksten, men at det skjer en "avdekking" av en mulig sannhet idet leseren leser og tolker teksten – tolkningen er en pågående prosess der det leseren møter, utvider hans eller hennes

horisont, men bare ved å endre leserens allerede eksisterende perspektiv (Gadamer, 2004). Ved at en fenomenologisk holdning legges til grunn for den konkrete metoden brukt i denne studien, erkjennes også en eksistens av forskerens forforståelse av det undersøkte fenomenet.

Det er både filosofiske og historiske forskjeller på fenomenologi og hermeneutisk fenomenologi. En full gjennomgang av dette ligger utenfor denne oppgaven, men for en grundig gjennomgang se Laverty, 2003. Lindseth og Nordberg (2004) vektlegger i sin metode at levde erfaring, som er fokuset for forskningen, må gjøres om til tekst av forskningsgrunner, og videre at teksten alltid vil trenge fortolkning. Hermeneutisk fenomenologi fokuserer på mening som er et resultat av den fortolkende interaksjonen mellom livsfortellingene, i kraft av den produserte teksten, og leseren (Laverty, 2003). Hermeneutisk fenomenologisk metodologi kan således sies å være forskjellig fra fenomenologisk metodologi blant annet, og kanskje mest, i kraft av det fortolkende elementet (Laverty, 2003). Også i Lindseth og Nordbergs metode ligger fokuset på "syntesen" mellom fenomenologien og hermeneutikken:

"We do not believe in 'pure' phenomenology in which essences are seen as intuitively, 'uncontaminated' by interpretations. Nor are we interested in 'pure' hermeneutics, i.e. in text interpretations that does not transcend the text meaning to reveal essential traits of our life world." (Lindseth & Nordberg, 2004, s. 147).

Metoden er derfor utviklet for å kunne jobbe med materialet i en "*dialektisk bevegelse mellom forståelse (en nomotetisk pol) og forklaring (en metodisk pol)*" (Lindseth og Nordberg, 2004, s. 149). Dette gjør at man holder fast på det idiosynkratiske, samtidig som målet blir å oppnå innsikt om det undersøkte fenomenet og videreformidle dette gjennom en forskningsrapport.

3.2 Forforståelse

3.2.1 Samkonstruksjon av mening

Som nevnt over erkjennes og anerkjennes, med bruk av denne metoden, forskerens forforståelse. Det er imidlertid viktig å påpeke at metoden vektlegger et skifte fra en naturlig holdning til en fenomenologisk holdning (Lindseth og Nordberg, 2004). I en naturlig holdning til et fenomen vil man trekke slutninger, ta for gitt og dømme. I en fenomenologisk holdning vil man være åpen og ikke-dømmende i forhold til det faktiske, man vil sette dette "i parantes" – man oppnår epoché (Kvale, 2009; Lindseth og Nordberg, 2004). Det er vesentlig å påpeke at det som settes til side ikke er forforståelsen per se, men det man tar for gitt og før-dømming av materialet man står ovenfor. Metoden tar høyde for at forskeren bringer med seg noe inn i prosessen, både i utvikling av intervjuguiden og under intervjuene og analysen. Både informant og forfatter er en del av en felles samkonstruksjon av mening.

3.2.2 Forskeren

For at leseren skal få et helhetlig bilde av studien vil det kunne være nyttig å si noe om hvem forfatteren/forskeren er. Dette kan gi leseren et bilde av, ikke bare hva informantene bringer med seg inn i samkonstruksjonen av mening, men også forfatteren. Forfatteren av denne studien er en psykologstudent på siste året ved NTNU. I kraft av å være snart ferdigutdannet psykolog er det åpenbart at jeg har med meg min forforståelse basert på den litteraturen og de forelesningene jeg har blitt presentert for i løpet av utdannelsen så langt. Det som imidlertid kanskje er det mest vesentlige her er at studien er utført av en forsker som ennå ikke har gått inn i en skoleretning innenfor behandlingstradisjonene. I en studie av hvordan tidligere psykoterapipasienter selv beskriver hva som er et godt behandlingsutfall bruker Binder, Holgersen og Nilsen (2010) en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. Forfatterne peker, i sin methodedel, på at alle tre forfattere hører til under en relasjonell orientering. De skriver videre at det muligens kan antas at deres orientering kan ha gjort dem spesielt nysgjerrige på relasjonelle temaer, og at de derfor kan ha blitt mer oppmerksomme når informantene deres snakket om dette. I en annen studie (Binder, Holgersen og Nilsen, 2009) peker de

samme forfatterne på at det trengs flere eksplorative studier gjort av forskere som har et annet ståsted. Som student, uten et etablert fotfeste i én enkelt teoretisk behandlingsorientering, kan det muligens være lettere å innta den åpne ikke-dømmende, og først og fremst nysgjerrige og undrende holdningen i forskningsprosessen, uten at det betyr at forforståelse er ikkeeksisterende.

3.3 Deltakere og rekruttering

Informantene i denne studien var fem polikliniske klienter, fire kvinner og én mann. Informantene hadde alle gått i terapi over én eller flere perioder. Fire av de fem informantene hadde gått flere ganger i terapi, og varigheten på hvert terapiforløp varierte fra uker til år.

3.3.1 Utvalgskriterier

Siden dette er en retrospektiv studie, der man skal se tilbake på et terapiforløp for så å gå nærmere inn på bestemte øyeblikk, var det viktig at informantene hadde et terapiforløp, nettopp å se *tilbake* på. Det var derfor et krav for deltakelse at hver enkelt informant hadde ett eller flere terapiforløp bak seg, og at de derfor ikke kunne inkluderes hvis de nettopp hadde startet i terapi. Det ble ikke lagt noen føringer i forhold til at informantene skulle ha spesifikke diagnoser eller at de skulle ha gjennomgått en spesifikk type terapi. Det ble imidlertid informert om at deltakerne ikke skulle ha pågående psykoser. Alder eller andre demografiske variabler ble ikke innhentet. Deltakerne ble rekruttert gjennom sine respektive terapeuter. Det ble gitt skriftlig informasjon til ledelsen ved institusjonen, som ble videreformidlet til psykologene. Disse psykologene ble videre bedt om å forespørre noen av sine klienter om å stille opp i studien. Forskeren har således ikke informasjon om hvor mange som ble spurt om å delta totalt sett. Rekrutteringen ble avsluttet da fem informanter hadde sagt ja til deltakelse. Kontakt mellom informantene og forskeren ble formidlet gjennom ledelsen på institusjonen.

3.3.2 Informantenes problematikk

De fem deltakerne oppga forskjellige årsaker for å søke terapi – spiseforstyrrelser, depresjon, angst, utbrenthet og mellommenneskelige problemer – men flere av deltakerne oppga flere av disse kategoriene samtidig som årsak til hjelpesøk. Det er altså ikke problematikk avgrenset til én diagnose deltakerne refererer til når de forteller om hvorfor de oppsøkte psykolog.

3.3.3 Anonymitet

I dette utvalget var det fire kvinner og én mann. Av anonymitetshensyn har jeg derfor valgt å referere til alle de fem informantene som "hun" i resultatdelen. I min analyse gjør jeg ikke kjønn relevant. Slik tapes ikke noe ved at kjønnsspesifikasjoner utelates.

3.4 Datainnsamling

Semistrukturerte dybdeintervjuer ble brukt for å fremme rike beskrivelser av betydningsfulle øyeblikk i terapi. Det ble lagt vekt på å gi informanten tid og rom for å huske, reflektere og beskrive. Det kan være vanskelig å huske detaljer fra øyeblikk som kan ha skjedd langt tilbake i tid. Informantene fikk derfor oppfølgings spørsmål som fasiliterte mer detaljerte beskrivelser av øyeblikkene de refererte til. For å huske spesifikke øyeblikk er det samtidig viktig at øyeblikket får lov til å bli fortalt som en del av en større narrativ kontekst. Det ble derfor også lagt vekt på å fremme det kontekstuelle rundt de konkrete øyeblikkene. Både å ha fokus på det konkrete – hva skjedde der og da?, og det kontekstuelle – hva var rammene, hva skjedde før og etter øyeblikket, ga mulighet til også å reflektere rundt meningsdannelse – hvorfor tror du akkurat dette øyeblikket ble så viktig for akkurat deg. De fem intervjuene hadde en varighet på 1-2 timer. Intervjuguiden er vedlagt (vedlegg 3).

Når man bruker kvalitative forskningsmetoder vil ofte stegene i metoden (datainnsamling, transkribering og analyse) ikke være adskilte, men gå over i og overlappe hverandre. Analysen er noe man ofte tenker på som noe man utfører skriftlig, når man begynner å transkribere intervjuene, men man kan også si at analysen på

mange måter starter under intervjuet, da både fortelleren og lytteren tar del i meningsdannelsen (Lindseth og Nordberg, 2004). Å vektlegge en åpen og fenomenologisk holdning og lyttestil underintervjuene var derfor vesentlig. Under intervjuene fokuserte intervjueren på å ha en holdning som bar med seg nysgjerrighet, undring og åpenhet. Målet var å se på, og grundig utforske, disse øyeblikkene sammen med informantene.

3.5 Dataanalyse

3.5.1 Transkribering

De fem intervjuene ble transkribert ord for ord. Nonverbal kommunikasjon av betydning ble markert i teksten, for eksempel latter, gråt og lengre pauser. All transkribering ble foretatt av forfatteren.

3.5.2 Gjennomføring av analysen

Gjennomføring av analysen ble gjort i henhold til Lindseth og Nordbergs (2004) fenomenologisk-hermeneutiske metode. Umiddelbart etter intervjuene ble det skrevet notater som inneholdt de første inntrykkene av det som hadde blitt fortalt. Videre ble teksten (de transkriberte intervjuene) først gjennomlest som helhet og dette dannet grunnlaget for en naiv forståelse av teksten. Denne naive forståelsen ble forsøkt formulert i et fenomenologisk språk i henhold til den valgte metoden. Dette ble gjort informant for informant. Denne naive forståelsen ble underveis validert eller invalidert av den påfølgende strukturelle analysen.

Den strukturelle analysen startet med at teksten ble gjennomlest flere ganger etter formuleringen av den naive forståelsen, og meningsenheter ble identifisert. Disse meningsenheter ble kodet med empirinære koder, og disse kodene ble brukt ved gjennomlesinger informant for informant. Videre ble tekstene (de fem intervjuene) lest og kodet med de samme kodene. På denne måten ble arbeidet med å identifisere mønster startet. De første kodede meningsenheter ble så fortettet idet like

meningsenheter ble identifisert på tvers av informantene. Forskjeller og likheter mellom meningsenhetene ble nøye vurdert, og hovedtemaer og undertemaer ble identifisert. Hovedtemaer og undertemaer ble kontinuerlig validert eller invalidert av den naive forståelsen som beskrevet over. Navnene på temaene og undertemaene ble til etter flere gjennomlesinger, og er navn som ikke ble laget i begynnelsen av forskningsprosessen. Temaene har kommet ut av materialet og er ikke kategorier laget på forhånd som materialet skulle plasseres inn i – prosessen er en av motsatt retning, der temaer utelukkende trer frem av det innhentede materialet. En kan altså si at man holder seg nært datamaterialet ved å ikke lage forhåndsdefinerte kategorier, samt at den naive forståelsen fra de første stegene i analysen guider den strukturelle analysen.

Når man gjennomfører fem dybdeintervju vil det naturlig dukke opp en rekke temaer i materialet. For å kunne vise, gjengi og formidle det som er typisk for et slikt materiale må man derfor utelate noen temaer. I denne analysen ble det lagt vekt på å formidle de typiske temaene, altså temaer man tydelig ser på tvers av informantene.

3.5.3 Validitet og reliabilitet

Å vurdere validiteten av et forskningsarbeid vil si å vurdere gyldigheten av kunnskapen som kommer ut av forskningsarbeidet (Malterud, 2011). Å vurdere kunnskaps gyldighet kan sies som å vurdere om kunnskapen er *sann*. I kvalitativ forskning har man et annet forhold til *sannhet* enn i kvantitativ forskning, og det betyr også at man forholder seg annerledes til spørsmålet om validering. *"I en kvalitativ studie tar vi utgangspunkt i en kunnskapsteoretisk erkjennelse av at det finnes mange ulike versjoner av virkeligheten som samtidig kan være gyldige"* (Malterud, 2011, s 188). Malteruds poengtering av erkjennelsen av sannheten som mangefasettert er viktig når man sier noe om validitet i en kvalitativ forskningsrapport. Å forholde seg til sannhet og validitet på den nevnte måten gjør allikevel ikke at validitet er uinteressant i kvalitativ forskning. Fokuset på validiteten i et arbeid som dette ligger i å vise at man har "overveid rekkevidden av" resultatenes gyldighet og at man da kan begrunne hva resultatene sier noe om. En erkjennelse av at det finnes mange mulige sannheter betyr således ikke at alle funn, eller svar, er like gyldige, men at man gjennom forskningsprosessen har begrunnet hvorfor noen funn kan være mer gyldige enn andre (Malterud, 2011).

I kjernen av validitetsvurderingen ligger problemstillingen, forskningsspørsmålet eller hva som skulle undersøkes. At et arbeid har intern validitet betyr at man har undersøkt det man hadde til hensikt å undersøke. Som et godt bilde på dette spør Malterud (2011) om vi har *"rettet undersøkelsesinstrumentet i riktig retning i forhold til det vi skulle se på, eller om vi har gjort den grunnleggende feilen at vi har stilt opp vårt kamera østvendt for å fotografere solnedgangen"* (Malterud, 2011, s22). Denne typen validitet kan forsterkes i flere stadier av forskningsprosessen (Kvale, 2009). Under hele forskningsprosessen må man derfor forsikre seg om at kameraet er vendt riktig vei. Dette ble forsøkt gjort ved å kontinuerlig vurdere ulike tolkninger av materialet opp mot hverandre, og at disse forskjellige tolkningene alltid ble vurdert opp mot forskningsfokuset. Gjennom hele prosessen har fokuset ligget på å ha en data- eller empirinær holdning der forskeren har holdt fast i fenomenet som skulle undersøkes, nemlig de betydningsfulle øyeblikkene. Denne holdningen, der man holder seg tett til dataene for å styrke validiteten er vesentlig ikke bare under intervjuene (for eksempel ved å tilpasse intervjuguiden) og analysen (for eksempel ved å vurdere hver tolkning opp mot forskningsfokuset), men også viktig når man skal gjengi sine funn i en forskningsrapport. Det er derfor lagt vekt på å skille mellom beskrivelser og tolkninger i resultatdel og diskusjon.

For å styrke validiteten har det også vært viktig for forskeren å holde analysen strukturert. Å holde seg streng til en metode ved å være grundig, strukturert og å dokumentere, styrker studiens validitet i kraft av å skille vitenskapelighet fra synsing (Malterud, 2002). Gjennom å være strukturert og gjengi prosessen presist i forskningsrapporten oppnår man en "gjennomsiktighet", og en slik gjennomsiktighet i prosessen kan bidra til validitetsvurderingene. Den indre validiteten ble således forsøkt styrket gjennom å holde en vitenskapelig, empirinær holdning gjennom hele prosessen, samt at forfatteren la vekt på å opprettholde det bevisste forholdet til den metodologiske tilnærmingen. Et av målene var hele tiden å gjøre det metodemessige tydelig for leseren, og slik styrke resultatenes validitet.

Ekstern validitet handler om overførbarhet (Malterud, 2011). Det handler altså om i hvilken grad resultatene kan overføres til andre utvalg og situasjoner, i motsetning til den indre validiteten som handler om i hvilken grad resultatene er gyldige for det fenomenet og det utvalget som er undersøkt. I kvalitativ forskning ligger ikke fokuset på representative utvalg slik som det gjør i kvantitativ forskning (Malterud, 2011).

Malterud poengterer at man istedenfor begrepet generaliserbarhet, som man bruker i kvantitativ forskning, bør bruke begrepet overførbarhet, da dette i mindre grad fører til at leseren urealistisk skal assosiere til allmenngyldig overføringsverdi av forskningsresultater. Hun sier videre at kvalitativ forskning ikke fritas fra å forholde seg til spørsmålet om overførbarhet siden *”overførbarhet er en forutsetning for kunnskap som skal kunne deles med andre”* (Malterud, 2011, s 62).

Hovedmålet med denne studien var ikke å fremskaffe resultater som er umiddelbart generaliserbare til store populasjoner. Målet var å undersøke et fenomen. Ved å gjøre resultatene tydelige og utfyllende er det allikevel et mål at funnene, gjennom leseren, kan ha overføringsverdi eller gi implikasjoner utover de individene som er en del av denne studien, blant annet gjennom å bidra til nye forståelsesmåter. Gjennom å *grundig* utforske et fenomen – øyeblikkene – sett fra pasientenes side, kan det antas at man finner noe som også kan være gyldig for andre enn de som var deltakere i studien.

Man bruker både kvalitative og kvantitative metoder i medisinsk forskning. For å innhente viktig informasjon om for eksempel depresjon ønsker man både å vite noe om hvordan det (kvalitativt) oppleves å være deprimert, samtidig som man ønsker å vite noe om hvor stort problemet er i et folkehelseperspektiv, ved å telle hvor mange som er deprimerte. Når man snakker om ekstern validitet blir det derfor viktig å erkjenne at man får forskjellig type kunnskap av forskjellige metoder, og at forskjellig type kunnskap derfor har forskjellig overføringsverdi. En kan se det slik at kvalitativ forskning utøves for å svare på vitenskapelige spørsmål som er forskjellige fra de spørsmålene man søker svar på med å bruke kvantitativ forskning; og at verdien av forskningen må evalueres i lys av resultatenes evne til å skaffe til veie meningsfulle og anvendbare svar på spørsmålet som lå til grunn for forskningen i utgangspunktet (Elliot, Fisher & Rennie, 1999).

I kvantitativ medisinsk forskning er reliabilitet et viktig fokus og et mål på pålitelighet (Malterud, 2011). Reliabilitetsbegrepet handler da om repeterbarheten av studien – altså om en annen forsker eller andre informanter hadde gitt det samme resultatet. I kraft av å være en kvalitativ studie, med det erkjennelsesmessige fotfestet nevnt innledningsvis og senere i metodedelen, er det åpenbart at dette ikke vil være et

kriterium for pålitelighet i en studie som denne. Det metodologiske fundamentet og den spesifikke metoden fører med seg en erkjennelse av flere gyldige versjoner av den kunnskapen som samles. Dette er et mangfold som ikke bare erkjennes, men som verdsettes og ses som nødvendig for en god kvalitativ forskningsprosess.

3.6 Etikk

Studien er godkjent av Regional Komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge. Alle intervjuene ble gjennomført i nøytrale lokaler, enten i institusjonen de gikk i terapi, eller i lokaler tilhørende Psykologiske Poliklinikker på NTNU Dragvoll. Siden klienter som går, eller har gått, i terapi regnes som en sårbar gruppe, ble det lagt til rette for ivaretagelse. Under intervjuene var intervjueren årvåken i forhold til tegn på økt angst eller stress når informanten snakket om spesielt vanskelige ting. Intervjueren kunne da, ved behov, midlertidig bytte tema, eller regulere samtalen på andre måter. Ved rekruttering ble det også lagt vekt på at det skulle være informanter som ikke ennå hadde avsluttet terapien. Dette gjorde at informantene også senere kunne dele sine erfaringer om intervjusituasjonen med sin terapeut. Forskningstemaet tatt i betraktning anså forfatteren det som viktig at informantene hadde mulighet til å snakke med terapeuten sin etter intervjuene. Når man skal huske og utforske betydningsfulle øyeblikk i terapi vil det være naturlig at det kommer opp tanker, følelser og spørsmål som ikke har kommet opp tidligere. Å se på, og snakke om hva som har vært viktig og endrende, og hvorfor, kan anses som en kontinuerlig meningsdannelse, og informantene kan ha spesielt stort behov for å snakke med terapeuten sin i etterkant.

Etter avtale ble informantene også kontaktet av intervjueren ca 2 uker etter gjennomført intervju. Dette ga informantene muligheter til å gi tilbakemelding om hvordan de opplevde intervjusituasjonen, samt formidle det de eventuelt måtte føle trengte oppklaring. Én informant benyttet seg av denne oppfølgingsmuligheten. Denne informanten ønsket å forsikre seg om at forfatteren hadde fått det hun ønsket ut av intervjuet. Etter bekreftelse på dette hadde informanten ikke mer å tilføye.

Under følger resultatdelen der funnene presenteres. Funnene er som nevnt delt opp i hovedtemaer og undertemaer, og disse belyses med sitater.

4.0 Resultater

Under intervjuene lå hovedfokuset på å undersøke øyeblikk i terapien som har vært av betydning for informantenes endringsprosess. Alle de fem informantene kunne fortelle om, og beskrive slike øyeblikk i terapien. Flere av informantene fortalte om flere betydningsfulle øyeblikk. Når det refereres til øyeblikkene i denne resultatdelen, vises det derfor til flere enn fem øyeblikk til sammen. For alle de fem informantene var det enkeltord eller enkeltsetninger sagt av terapeuten de selv beskrev som det utløsende for øyeblikket. I tillegg til beskrivelser av de konkrete øyeblikkene har også et viktig fokus vært informantenes egen meningsdannelse omkring øyeblikket, nemlig hvordan informantene selv opplever, beskriver og årsaksforklarer det endringsfremmende ved øyeblikket. For noen av informantene kan en si at beskrivelsene var mest sentrert rundt tiden etter øyeblikket, altså at de i sin fortelling fant mest mening i å beskrive hvordan og hvorfor ting har endret seg i ettertid. Andre informanter fokuserte mer på hva som skjedde i det konkrete øyeblikket, og hva som skjedde med dem der og da. Hva øyeblikket inneholder og hva det fører til av endring etterpå, ble også beskrevet av informantene som uløselig sammenvevd, og begge disse aspektene ved opplevelsene vil derfor også gli inn i hverandre under gjengivelse av resultatene.

I kraft av studiens fokus på det idiosynkratiske var det en rekke temaer som kom opp under intervjuene. En kan allikevel tydelig se at temaer og undertemaer sammenfaller på tvers av informantenes beskrivelser. Resultatene er samlet under fire hovedtemaer med ulike undertemaer. Både hoved- og undertemaer belyses her med sitater.

4.1 Tema 1: En endret historie – en ny forståelse

Alle de fem informantene beskrev øyeblikk som hadde endret hvordan de så på og dannet mening rundt sin egen historie, og seg selv som en del av den historien. Dette temaet sto frem som gjennomgripende viktig og endringsfremmende for alle informantene, samtidig som temaet er mangefasettert. De forskjellige fasettene beskrives i undertemaene som gjengis som separate temaer, men må forstås og leses som deler av en større helhet, der delene henger sammen på forskjellige måter, både kronologisk og meningsmessig.

Å få en ny forståelse av sin historie er som nevnt mangefasettert. For informantene i denne studien var mye av denne nye forståelsen sentrert rundt årsakssammenhenger i forhold til egne psykiske vansker, egen atferd og egne reaksjoner. Denne nye forståelsen av sammenhenger og årsakskjeder ble av flere informanter referert til som en ny forståelse av *"hvorfør ting har blitt som de har blitt"*, eller *"hvorfør ting er som de er"*. Det var tydelig at informantene refererte til en helhetlig og sammenhengende forståelse, og at den endrede historien fremmet endring på mange forskjellige måter.

Alle de fem informantene fortalte om enkeltord eller setninger, som terapeuten hadde sagt, som essensielle for en endret historie. Flere av informantene la imidlertid vekt på at det var en sammensatt og dynamisk prosess av endring, og spesielt at endringsprosessen fortsatte etter det konkrete øyeblikket. Alle de fem informantene refererte allikevel til mikroprosesser i terapien, spesielt konkrete spørsmål terapeuten hadde stilt, når de snakket om øyeblikk i terapien som hadde vært spesielt endringsfremmende. Dette gjaldt spesielt for tema 1 – en endret historie – en ny forståelse, men også for andre temaer og undertemaer hentet fra intervjuene.

4.1.1 Fritak fra skyld

Et av de mest fremtredende aspektene ved øyeblikkene som endret historien og ga en ny forståelse, handlet om *"fritak fra skyld"*. Alle de fem informantene fortalte om øyeblikk som hadde ført til en endret forståelse av egne psykiske vansker og årsakene til disse. Flere av informantene fortalte om at de tidligere, før terapien og dette øyeblikket, hadde hatt en forståelse av seg selv som skyldige i egne psykiske vansker. For flere handlet det om at en ny forståelse av hvordan de psykiske vanskene har utviklet seg, eller sykdommens opprinnelse, ga en ny forståelse av seg selv som *"skyldfri"*. Dette fritaket fra skyld hang spesielt sammen med at informantene fikk en endret forståelse av vanskenes utvikling – fra en forståelse av en selv som skyldig i egne vansker til en forståelse av vansker som ikke har utviklet seg i isolasjon. I følge informantenes beskrivelser handlet dette fritaket fra skyld også mye om at de gjennom terapien, og spesielt disse øyeblikkene, fikk en forståelse av at man ikke går upåvirket gjennom livet. Alle informantene forteller om erfaringer og opplevelser, både som barn og voksne, som

har vært vanskelige og tunge. Å se disse erfaringene som noe som påvirker en og setter spor, bidro til at de kunne se seg selv som skyldfrie.

I et intervju snakker en informant om hvor viktig det har vært å se på årsakssammenhenger, og kommer spontant opp med et øyeblikk der terapeuten bruker begrepet "løvetannbarn" om informanten når de snakker om oppvekst og hvordan informanten har klart seg gjennom livet.

"Hun (terapeuten) snakket om løvetannbarn. (...) Jeg syntes det var et godt begrep. (...) Jeg har jo kommet meg igjennom ting på tross av hindringer. Hindringer og mangler. (...) Så begrepet traff."

Videre forteller informanten om hvorfor akkurat dette øyeblikket, med dette begrepet, ble betydningsfullt.

"Jeg fikk liksom et, hva skal jeg si? Alibi. Man fikk et ord på det som hadde skjedd. Man fikk et alibi for at ting hadde blitt som de hadde blitt. (...) Altså... ikke en løsning, men en forklaring. (...) Det har jo noe med historien å gjøre. (...) Ja, man føler skyld og skam."

I ordet alibi ligger også fritak fra skyld. Informanten legger vekt på at hun gikk bort fra å se på seg selv som en person som i utgangspunktet ikke burde hatt vansker, at det var hennes egen skyld at hun hadde det vanskelig fordi hun ikke klarte å ta seg sammen eller gjøre det riktige, og at hun burde klare å ordne opp på egen hånd når vanskene først var der. Da terapeuten brukte begrepet "løvetannbarn" ble dette et begrep som ble stående som en rasjonell forklaring på hvorfor og hvordan vanskene utviklet seg.

Flere av informantene forteller om at det å se bakover, på årsakskjeder, utvikling og sammenhenger, hjalp dem i å forstå at det ikke er unormalt eller underlig at man kan reagere på påkjenninger og vonde erfaringer med å utvikle psykiske vansker. Denne forståelsen av "det er ikke min *skyld*" ble beskrevet av flere som essensiell for å kunne jobbe videre med seg selv, mot et bedre liv. Én av informantene forteller om et øyeblikk i

terapien der det går opp for henne at hun ikke har skyld i egen sykdom, etter et spørsmål stilt av terapeuten.

"(...) Jeg fant ut at det ikke var min skyld at jeg var spiseforstyrret. (...) Jeg har tenkt at det er meg, at jeg er født sånn. (...) Og det er jo en ganske sterk oppdagelse (...)."

Informanten forteller at det er en enorm stor forskjell på å leve med en historie der en selv har skyld i sykdommen sin, og å leve med en endret historie, en ny forståelse av at det har skjedd ting i eget liv som en ikke selv kunne kontrollere, og at utviklingen av psykisk sykdom er sammensatt.

For alle informantene var den endrede historien og den nye forståelsen knyttet til deres egen livshistorie helt tilbake til barndommen. Men noen informanter refererte også til hendelser og erfaringer nærmere i tid, i voksen alder, når de fortalte om øyeblikk i terapien som har hjulpet dem med å bli fritatt fra skyld for egen sykdom. I flere av intervjuene forteller informanter om hvor viktig det har vært for dem at terapeuten har hjulpet dem med å se sammenhenger, se *"fra utsiden"* hvilke påkjenninger de har hatt, og at noen har sagt *"det er jo ikke så rart"*. Flere informanter forteller om at et slikt utsagn fra terapeuten har gjort at de har kunnet erkjent at de har hatt det vanskelig, at det derfor ikke er underlig at de har slitt, og at det derfor heller ikke er deres egen skyld at de er syke eller at de sliter. En informant forteller om at familie- og jobbsituasjonen har vært en stor belastning de siste årene og at det har skjedd mye som er vondt og vanskelig. Hun forteller om øyeblikket der terapeuten formidler noe som får henne til å slippe skyldfølelsen over at hun har vært deprimert og ikke fungert så godt som hun hadde ønsket.

"For jeg hadde jo virkelig masse symptomer (...) og da å bli bekreftet på at det er greit, (...) det er ikke rart at man reagerer."

Videre forteller hun om hvor mye bedre det har vært å være henne etter at terapeuten formidlet dette. Hun forteller blant annet om et bedre og mer stabilt humør og om sterkere handlekraft.

En annen informant forteller om hvordan hun gjennom livet har følt skyld i forhold til egne vansker, og at hun alltid har følt at hun burde ha gjort ting annerledes og hvordan det ansvaret lå på henne. Hun forteller om et øyeblikk i terapien da dette ansvaret ble tatt fra henne, og dermed også skylden.

"Hun sa til meg: du var jo bare et barn. Så kikket jeg på henne – ja, jeg var jo det! Og så begynte jeg å tenke selv – et barn skal jo ikke tenke sånn. Et barn må jo bare henge med på lasset. Du har jo ikke noe du skulle sagt. Nei det hadde jeg ikke nei. Så hun gjorde meg klar over ting jeg aldri har tenkt over. At jeg bare var et familiemedlem som måtte henge på, for jeg var jo bare et barn. Jeg hadde ikke noe makt og myndighet til å gjøre noe annet enn å henge med på lasset. Og den empatien hun ga meg da, det var en sånn... det gjorde noe med meg fordi da fikk jeg empati for meg selv."

Oppsummert, og belyst av sitatene, ser man at det gjennomgående formidles av informantene at det å bli fritatt fra skyld for egen sykdom har vært betydningsfullt. Øyeblikk i terapien der årsakskjeder, sammenhenger og skyldplassering har vært et tema er tydelige tilstede i det innhentede materialet, og kan regnes som et typisk funn. Som nevnt over er det å få et endret narrativ og en ny forståelse mangefasettert og dynamisk. Videre vil to andre undertemaer under dette temaet presenteres, og de må som nevnt forstås og leses som elementer i sterkt samspill.

4.2.2 Et endret selv

Et annet, og for informantene veldig viktig aspekt ved å få en endret historie er en endret forståelse av seg selv, og i forlengelsen av dette – et endret selv. Det er gjennomgående i informantenes beskrivelser at de har opplevd en betydelig endring i hvordan de ser på, definerer og forstår seg selv. Dette henger sammen med punktet over, fritak fra skyld, som informantene formidlet som en viktig del av det å forstå seg selv på en ny måte. Det er imidlertid også andre viktige aspekter ved det å oppleve et endret selv som står frem i materialet, blant annet opplevelsen av at man ikke er noe kvalitativt annet enn andre mennesker; at man ikke, på grunn av sin personlighet eller karakter, er et menneske som ikke kan være noe annet enn alene; eller at man ikke er

skapt feil. Informantene formidler et endret selv, gjennom en endret historie, på mange nivåer.

En informant snakker om relasjoner til nære andre, og hvordan hun har sett på seg selv som en person "som bare er sånn", og hvordan dette har blitt endret gjennom terapien. Hun forteller om et øyeblikk der hun og terapeuten tematiserer sinne i relasjonene, og hvordan hun forandret forståelsen av seg selv.

"Det er godt å bli bevisst hvorfor man gjør det man gjør. For man vet jo ikke at det er det man holder på med. (...) Jeg trodde jo jeg gjorde det bare fordi det var naturlig for meg. (...) Sånne fastlagte mønster fra barneår. Jeg har blitt veldig glad for å se det her. Jeg er ikke sånn!"

En annen forteller om hvordan hun gikk fra å se på seg selv som uforanderlig ensom og alene, til et menneske som var god nok til at andre skulle kunne få et ønske om å kjenne henne.

"Øyeblikket åpnet øynene mine for at det fantes mennesker som kunne se en. At det finnes folk som kjenner en. Jeg tror jeg lærte meg det da."

En annen informant forteller om hvordan en endret historie har ført til et endret selv på en måte som har vært svært viktig for henne. Hun beskriver hvordan hun før har vært sykdommen sin.

"Jeg tenker ikke på meg selv som psykisk syk da. Jeg tenker på meg selv som spiseforstyrret. Og det er jo en psykisk sykdom, jeg er klar over det altså. Men jeg har nesten ikke tenkt på det som en diagnose, for det har vært sånn en integrert del av meg."

Gjennom hele intervjuet formidler denne informanten at dette var det slik hun definerte sitt eget selv før. Hun snakker om "det syke selvet som bare er sånn" i retrospekt og signaliserer at dette er endret. Informanten forteller om at prosessen med å endre forståelsen av seg selv startet i et øyeblikk i terapien der terapeuten stilte et konkret

spørsmål om konteksten rundt informanten den gangen symptomene startet. Terapeuten hadde stilt spørsmål om hvordan situasjonen var for informanten da hun var liten, før symptomene startet. Informanten fortalte da om en omsorgsperson som endret seg og der omsorgen i stor grad opphørte. Da de snakket om hvordan og når symptomene startet, stilte terapeuten spørsmål om tapet av denne omsorgspersonen, og informanten satte for første gang dette i relasjon til starten på symptomene. Informanten beskriver hvordan øyeblikket opplevdes for henne og hvilke tanker hun gjør seg:

"Greia er jo at vi har snakket om det her før. Det er jo ikke sånn at jeg ikke har visst om det her. Men jeg har jo aldri kommet frem til det alene. Og det er jo veldig spesielt, for det her har jo skjedd parallelt.... Det har jo alltid vært der. I tidslinja mi bakover. Det er utrolig merkelig at jeg ikke har koblet det sammen før. (...) Det var et eller annet fantastisk og katarsisaktig som gjorde at det ble helt riktig. Som gjorde at jeg følte at når jeg gikk ut derifra så svedde jeg litt på en sky. Det var veldig fint."

Det kommer tydelig frem av intervjumaterialet at informantene opplevde, gjennom de betydningsfulle øyeblikkene som ble undersøkt, et endret selv – fra noen som bare er "sånn", til noen som har *blitt* "sånn" i samspill med verden og andre i den. Et viktig funn i forhold til dette er *gleden* flere av informantene uttrykte da de fortalte om denne "oppdagelsen". Det formidles en glede og lettelse over å slippe å bære på en forståelse av seg selv som "feil", eller bare syk.

4.2.3 Den nye forståelsen aktiverer handlingsresponsen – håp og handling

Det var typisk for informantene å være tydelige i forhold til at øyeblikkene som bidro til den endrede historien – fritaket fra skyld og det endrede selvet – ga håp og fasiliterte handling. Alle de fem informantene beskrev at de nevnte øyeblikkene ikke bare ga en ny forståelse, men at de også aktiverte en handlekraft – en vilje og en økt evne til å sette i gang endringer som skapte en bevegelse mot et bedre liv. En kan si at informantene formidlet at det i øyeblikkene lå et endringspotensiale som de ikke på samme måte hadde oppdaget før, og dette potensialet førte til handling. Å få en endret forståelse av

seg selv kom altså ikke som en forståelse alene. Alle de fem informantene beskriver at forståelse av egen historie og et endret selv muliggjorde handling mot endring.

For flere av informantene var denne handlingsresponsen knyttet til forskjellen på å "være syk" og å "ha blitt syk". Flere av informantene beskriver dette som en oppdagelse av at hvis det å bli syk er en prosess der noe blir til, så kan det også "ikke-bli" – hvis noe formes, så kan det omformes. Informantene beskriver hvordan øyeblikkene som ga denne opplevelsen ledet opp til handling. Én informant forteller om hvordan håp og handling for henne går hånd i hånd. Hun viser til en et øyeblikk fra en bildeterapi hun gikk i for mange år siden. Hun hadde malt et bilde av et hus, som hun hadde med seg i terapien. Rundt huset har hun malt et høyt plankegjerde som dekker nesten hele huset, foruten i en liten sprekke. Informanten forteller om øyeblikket da terapeuten ser sprekken i gjerdet og hvor viktig det var for informanten at terapeuten formidler en lettelse og glede over at den lille sprekken i gjerdet var der.

"Jeg husker at jeg ikke så på det som noe rart at jeg malte det der store gjerdet. I dag hadde jeg gjort det, selvsagt. Men å bli gjort oppmerksom på hvor mye plank jeg hadde, på et vis..... (...) Hun bemerket at det var en sprekke i gjerdet. Hun syntes det var veldig godt at det var en sprekke i gjerdet. Hun ble lettet. Jeg tror det ga meg et slags håp."

Hun forteller videre:

"Håpet var at det faktisk var en liten sprekke der. At jeg lot det være en liten åpning der. Sånn at løpet ikke var kjørt da. Hehe. Det gikk an å få hull på det. (...) Når jeg tenker på det nå så tenker jeg på hvordan jeg har jobbet for å ta bort plankene, og hvordan jeg har satt dem opp igjen. Det er en fin tanke å se på. (...) Og fortsatt i dag, når jeg tenker på det, så tenker jeg: jeg skal rive ned de her plankene. Og det kjennes helt okay!"

Flere av de andre informantene forteller også hvordan forståelse, håp og handling henger sammen:

"Det blir håp da. For det her kan man faktisk gjøre noe med! For det er ikke så mye som skal til egentlig. Det har jeg kjent på hele tiden. Jeg er egentlig ganske lett å få glad. Og jeg er drittlei av å gå rundt å føle meg lei meg!"

"Jeg tror de fleste gangene jeg ser det sånn utenifra, og tenker sånn... Det her har jeg lyst til å prøve å forandre på. At jeg ser at det er noe som ikke stemmer, så tror jeg at jeg føler meg litt sånn glad for at jeg kan gjøre noe med det."

Flere av informantene formidler at en endret historie og en ny forståelse ikke bare gir mulighet for endring, men at dette også er et nødvendig premiss for endring.

"Refleksjon er vel det jeg føler egentlig hjelper. At jeg får tatt oppgjørene med meg selv. På godt og vondt."

"For meg var det i hvert fall veldig viktig. Å se den sammenhengen. Hvorfor man gjør som man gjør. (...) Jeg synes det var utrolig viktig. For da kunne jeg gjøre noe med det."

"Det går faktisk an å gjøre noe med det. Bare man ser det."

Alle de fem informantene legger altså vekt på at en endret historie, fritak fra skyld og et endret selv ikke gjør at man lener seg tilbake. Tvert imot forteller informantene om hvordan det å få klarhet i "hvorfor ting har blitt som dem har blitt" er en nødvendighet for å kunne ta tak i problemene og forsøke og endre. Øyeblikkene som beskrives som betydningsfulle inneholder, for alle de fem informantene, elementer som bidrar til en endret historie, som igjen fasiliterer handling.

4.2 Tema 2: Opplevelsen av å bli tålt

Informantene viser ofte til øyeblikk de kan huske, der de har fått en opplevelse av at terapeuten tåler dem. De forteller om øyeblikk der de har blitt både overrasket eller

glade over hva terapeuten orker eller klarer. Alle de fem informantene formidler at de har tanker om hvor vanskelig, umulig eller utfordrende det må være å være deres terapeut, og alle fem beskriver øyeblikk der de har kjent at terapeuten på tross av dette har tålt å være akkurat deres terapeut.

4.2.1 Repetisjoner

Flere av informantene viser til øyeblikk der repetisjoner er et tema. De formidler en glede over at terapeuten orker eller tåler å høre dem si de samme tingene om og om igjen. På samme måte forteller de om hvordan terapeuten orker og tåler å si det samme til pasientene mange ganger. En informant forteller om tanker hun hadde om terapeuten sin:

”Det må jo være en litt fortvilt situasjon for en terapeut når du ser at den som skal behandles liksom ikke får... du ser at det ikke går inn. Neste øyeblikk så preller det av igjen.”

Den samme informanten forteller om hvordan det opplevdes for henne at terapeuten tålte å repetere seg selv, selv om det hun sa ikke ”gikk inn”. Informanten forteller om mange år med panikkangst der hun tolket de fysiske symptomene som tegn på dødelig somatisk sykdom. Hun beskriver det hun selv kaller vendepunktet i terapien som den timen da hun forsto det terapeuten hadde gjentatt utallige ganger, nemlig at ”angsten er fysisk” og at de symptomene hun tror er en dødelig sykdom er vanlige angstsymptomer. Hun forteller selv at vendepunktet kom idet hun faktisk forsto det hun hadde hørt så mange ganger før. Hun beskriver flere øyeblikk med repetisjoner, og formidler hvordan det har vært essensielt for henne at terapeuten har tålt henne alle de gangene hun ikke har forstått.

En annen pasient forteller om hvordan det har vært å leve med en spiseforstyrrelse og om terapien knyttet til dette. Hun forteller om en terapeut som har repetert ”i det uendelige” ting som har med fordøyelse, forbrenning og mat å gjøre. Informanten beskriver at hun har hørt hva terapeuten har sagt, men at det å kunne spise normalt har vært en umulighet fordi det behandleren har snakket om har vært gyldig for andre

mennesker, men ikke henne. Videre forteller hun at dette har å gjøre med en følelse og en tanke hun har hatt helt siden hun ble syk, om at hun ikke er et menneske på linje med andre. Hun forteller at repetisjonene har vært viktige for henne for, som hun beskriver det selv, å oppdage at hun også er et menneske.

"Jeg har jo skjønt at jeg er et menneske... det er jo litt essensielt. (...) Jeg har fått det forklart veldig mange ganger. (...) Jeg har skjønt at jeg har forbrenning, at alt det der er på plass. Som andre folk har."

Videre forteller hun at hun på et intellektuelt plan har forstått at det behandleren sier er sant (om hvordan kroppen fungerer), men at hun allikevel ikke klarer å tenke at det gjelder for henne fordi hun ser seg selv som noe kvalitativt annet enn andre. Det å få det repetert beskrives igjen som betydningsfullt.

"Dette vet jeg veldig godt. Men det gjelder jo ikke meg. Og det er fryktelig frustrerende å være så fornuftig at jeg skjønner at dette gjelder alle andre, bortsett fra meg. Men samtidig... så er det sant. Det er helt grusomt å gå rundt med flere parallelle sannheter. Som jeg er fullstendig klar over. Og jeg vet at den ene ikke stemmer, men den er der og den er hundre prosent til stede hele tiden. Og jeg fatter ikke hvordan jeg kan få den bort. Men én måte å få den bort er å spørre og spørre og spørre, og få gjentatt og gjentatt og gjentatt."

4.2.2 Terapeuten er noe annet enn andre mennesker, og terapien skiller kvalitativt seg fra livet for øvrig

Når informantene snakker om hvordan terapeuten har tålt både informantens og egne repetisjoner, samt vist tålmodighet og aksept i forhold til bedringskurve, er det tydelig overraskelse å spore hos informantene. Aksepten, tålmodigheten og å bli tålt som man er, beskrives som overraskende fordi det er noe annet enn det informantene er vant til. Flere av informantene beskriver øyeblikk der de opplever at terapeuten tåler mer enn hva man erfarer i relasjoner utenfor terapirommet. Terapien beskrives som noe kvalitativt annet enn livet for øvrig. Spesielt er det flere av informantene som påpeker at terapi er noe annet enn livet for øvrig når det kommer til *trøst*. Utenfor terapirommet,

forteller flere, blir man møtt med trøst når man har en psykisk lidelse. Flere av informantene forteller at det de har fått i terapien er noe *annet* enn trøst, og at terapeuten på et vis skiller seg fra andre fordi han/hun tåler å ikke trøste. Flere beskriver hvorfor det har vært betydningsfullt for dem at terapi ikke er trøst. En informant forteller om at hun følte hun fikk trøst hos legen sin i forbindelse med frykt for alvorlig sykdom.

"Da kommer jeg i en slik situasjon at jeg ikke tror på noen. Nå sitter legen min bare og trøster meg igjen!"

Hun forteller videre om hvordan det var annerledes hos terapeuten:

"Jeg forsto at det hun sa var sant. Det var ikke noe hun bare sa for å roe meg ned eller trøste meg (...) Hun trøster meg ikke, hun viser at hun forstår."

Hun beskriver også at trøst er det hun har blitt møtt med i andre relasjoner også, ikke bare hos legen:

"Og det med trøst, det var jo veldig kjent. For det er jo det jeg har blitt møtt med hele tiden når jeg har fortalt om hvordan jeg har det. (...) Du blir så oppgitt av din egen situasjon. Hvis man ikke blir møtt med forståelse... jeg trenger ikke trøst! Jeg vil ikke ha noe trøst! Jeg vil ha en forklaring på hva som skjer!"

En annen informant forteller også at hun ikke ble møtt med trøst hos terapeuten, og at dette har vært betydningsfullt.

"Jeg behøver veldig tydelige grenser. Dulling eller trøsting gjør meg utrygg. (...) Det hjelper ikke at man synes synd på noen. Mitt helvete blir ikke mindre fordi om noen andre også synes det er et helvete. Tvert imot. Det er ikke det man trenger da."

Informantene skiller mellom trøst, som de sier ikke har en naturlig plass i terapi, og forståelse, aksept og bekreftelse. I forlengelse av det siste sitatet, der informantene forteller at hun ikke trenger trøst, forteller hun videre:

"Jeg tenker at man søker å bli bekreftet. Det tror jeg alle mennesker gjør."

Videre spør intervjueren om det var det som skjedde idet terapeuten så sprekken i plankegjerdet foran huset.

I (informanten): "Absolutt! Det er jeg helt sikker på! Nøkkelordet er nok at hun så meg."

In (intervjueren): "Hva betyr det å bli bekreftet?"

I: "Jeg tror det er kjempeviktig".

In: "Men hva vil det si"?

I: "Det betyr at jeg eksisterer tror jeg. At jeg er god nok."

Det er tydelig at informantene tenker på trøst som noe som ikke har en naturlig plass i terapi, men flere beskriver betydningsfulle øyeblikk med forståelse, aksept og bekreftelse.

Informantene legger altså vekt på at erfaringen av å være i terapi er noe kvalitativt annet enn det man opplever i livet utenfor terapirummet. I livet for øvrig forteller informantene at de ofte blir møtt med trøst, utålmodighet eller irritasjon av andre. Alle de fem informantene forteller om hvor viktig det har vært for deres bedringsprosess når terapeuten har gjort det motsatte – ikke trøstet eller syntes synd på, og heller ikke vært utålmodig eller irritert, selv når informantene selv føler at de er håpløse, irriterende eller treige.

"Jeg tror kanskje det ikke er så lett med meg egentlig. Jeg er ganske sterk egentlig. Ganske sterk, og kan være ganske sånn verbal. Sier kanskje ting som virker irriterende, som passer dårlig inn i det her systemet, med dette hierarkiet her. Det kjenner jeg ofte. (...) Men hun blir ikke irritert. Og jeg synes at hun kjennes trygg også. Grunntrygg."

"Hun bekrefter meg når jeg unnskylder meg for at jeg prater for mye og for at jeg ikke følger trådene, eller at alt virker kaotisk. Hun trygger meg hele tiden: jeg synes

ikke det høres sånn ut, jeg synes ikke du roter. (...) Det er kjempeviktig, for da kan man la det være sånn. Hvis ikke så ville jeg jo ha korrigert det. (...) For det er jo en sånn ting egentlig, at man ikke vil være for mektig for noen."

"Her kan man få være uten å bli stemplet og dømt for evig og alltid."

4.3 Tema 3: En følelse av terapeutens genuine ønske om å hjelpe

Alle de fem informantene har gått i terapier der de har følt at terapeuten har et genuint ønske om å hjelpe. Og på spørsmål om betydningsfulle øyeblikk er det flere ganger øyeblikk med et slikt innhold kommer opp. Flere av informantene kunne eksplisitt si at de fikk en følelse av at terapeuten var der for å hjelpe, og beskriver at det følte genuint. På spørsmål om *hvordan* terapeuten formidlet denne genuiniteten i øyeblikket, var det tydelig at dette var vanskelig å sette ord på. At terapeuten hadde et ekte ønske om å hjelpe, var noe informantene i stor grad bare kunne *føle*.

"Det har med kroppsspråk å gjøre, og øyeblikk. Å være aktiv på en måte. Aktiv passiv. Det er rart. Veldig vanskelig å forklare egentlig! For det er jo følelser som man kanskje ikke har så lett for å sette ord på, og som man kanskje ikke tenker så nøye over. Det bare er sånn."

Selv om flere av informantene synes det var vanskelig å beskrive hvordan terapeuten formidlet ekthet var det allikevel noen temaer som gikk igjen når dette ble utforsket i intervjuene.

4.3.1 Terapeuten husker det jeg har sagt før

Under intervjuene kom det opp en rekke ganger at det hadde vært betydningsfullt for informantene at terapeuten husket. Flere trakk frem at dette hadde vært viktig for dem. Én informant beskriver øyeblikk der terapeuten har husket hva hun har sagt tidligere, og hvorfor dette har vært viktig for henne.

”Det virket som terapeuten var engasjert. Og hadde lyttet til historien. Hun var tydelig forberedt. Hun husket historien. Ja... jeg vet jo ikke hvordan psykologer vanligvis jobber, men jeg regner med at de har mange... historier å forholde seg til, og det blir jo litt sånn samleband i mange tilfeller da. Og det var tydelig at hun var engasjert og forberedt til timen.”

Videre forteller hun:

”Det er veldig viktig, for da slipper du å gjenta deg selv. Og du har, i løpet av en periode, fått en felles forståelse av ting.”

Denne, og flere av de andre informantene la vekt på at det at terapeuten husket, hadde flere betydninger. Helt konkret var det godt for informantene å slippe å gjenta seg selv. På et mer overordnet plan handlet det om en opplevelse av at terapeuten faktisk har lyttet, og dette ble beskrevet som genuinitet i ønsket om å hjelpe. Når terapeuten har lyttet, og husket, kan terapeuten sette det nye informantene kommer med i en time, inn i en større sammenheng og forståelse.

”Hun husker ting. Husker historien din. Så får det deg til å føle at hun er der for å hjelpe deg.”

For informantene henger terapeutens evne til å huske det de har fortalt før sammen med en opplevelse av et ekte engasjement i informantene. At terapeuten husker betyr at hun faktisk har lyttet, og dette oppleves som et genuint ønske om å hjelpe.

4.3.2 Jeg kan stole på at det terapeuten sier er sant

Et annet tema som viste seg å være sentralt, var øyeblikk der informantene opplevde at de kunne *stole* på terapeuten sin, og at det terapeuten sier er *sant*. En følelse av at det terapeuten sa var sant var et aspekt ved det genuine ønsket om å hjelpe – ektheten i det som formidles stammer fra ektheten i ønsket om å hjelpe. Én informant fortalte om en rekke legebesøk der hun hadde fått beskjed om at symptomene hennes ikke skyldtes en dødelig somatisk sykdom. Hun klarte allikevel ikke å stole på at det legen sa var sant.

Som nevnt over beskriver informanten selv et øyeblikk som vendepunktet i terapien. Det var det øyeblikket hun forsto det terapeuten hadde sagt så mange ganger før, nemlig at symptomene hennes var symptomer på panikkangst. Informanten formidler at hun ikke kunne fått dette vendepunktet uten at hun kunne stole på at det terapeuten sa, var *sant*. Hun beskriver et øyeblikk der terapeuten gir henne et ark der symptomene på panikkangst er listet opp.

"De arkene var et bevis på at hun snakket sant. Det var ikke bare noe hun hadde funnet på. (...) Det var ikke noe hun hadde sittet og krotet ned for egen hånd. Jeg forsto at det hun sa var sant."

Informanten legger vekt på at hun ikke hadde bedt om å få dette arket, og at en av grunnene til at hun kunne stole på at terapeuten snakket sant og ville henne godt var at det hun kaller beviset (arket), kom uten at hun hadde bedt om det.

"Det at hun viste forståelse uten at jeg måtte be om det. Det overbeviste meg om at hun forsto meg. Den overbevisninga, at jeg skulle tro på henne.... For problemet mitt var jo at jeg ikke trodde på noen, ikke legen min, ikke alle jeg har hørt snakke om at de har angst (...) Det var så mange faktorer som klaffet (...) Akkurat som alle de faktorene møttes der og da og fikk en samlet sannhet."

En annen informant forteller om et øyeblikk (nevnt over) der hun gjør en oppdagelse av at spiseforstyrrelsen hennes ikke har utviklet seg i isolasjon, men i en kontekst der ting påvirker og påvirkes. Hun formidler hvordan øyeblikket ikke bare bestod av oppdagelsen i seg selv, men også hvordan det å stole på, det å kunne betro seg, også var en del av øyeblikket.

"Da fikk jeg sånne gode tanker. At hun forsto meg. At hun er en bra psykolog og at jeg kan betro meg til henne. (...) Jeg følte at vi kom frem til det i fellesskap."

Informanten forteller videre at det å komme frem til noe i *fellesskap* var nødvendig for at hun skulle kunne stole på det terapeuten sa og det hun følte i øyeblikket. En annen informant forteller også om et øyeblikk der det å kunne stole på det terapeuten sier er

en vesentlig del av øyeblikket. Hun forteller om hvordan hun etter store påkjenninger over lang tid utviklet en depresjon, og hvordan hun ikke klarte å la være å si til seg selv at hun egentlig burde klart å være "normal" eller "frisk". Øyeblikket hun viser til (nevnt over) er når terapeuten formidler at det ikke er rart at hun reagerer på alle påkjenningene med å bli lei seg, og hvordan dette oppleves lettende og bekreftende for informantene.

"Det er faktisk ikke sånn at du er syk på noe vis.... Det er ikke rart man reagerer. Og det trenger man noen som sier noen ganger. Som man kan stole på. Og jeg stoler på henne. Sier hun at jeg ikke er.... At det er greit – så er det sånn."

Hun formidler at øyeblikket ikke bare består av bekreftelsen alene, slik som informantene over der øyeblikket ikke besto av oppdagelsen alene, men også en følelse av at man kan stole på at det som sies er sant, og at det som sies kommer fra et genuint ønske om å hjelpe.

4.4 Tema 4: Terapeuten gjorde for meg det jeg ikke var i stand til selv

Alle de fem informantene forteller om øyeblikk der terapeuten har gjort noe for dem, som de ikke har turt, evnet eller maktet å gjøre selv. Noen av de mest betydningsfulle øyeblikkene har bestått av at terapeuten på en eller annen måte har styrt, tatt ansvar, håpet, satt grenser eller handlet på vegne av informantene. Dette beskrives som avgjørende for bedring.

4.4.1 "Surrogati" – håp, grensesetting og tiltak

Flere av informantene beskriver øyeblikk der terapeuten har fungert som et slags "surrogat" for en selv i situasjoner der informantene selv ikke har evnet å håpe, ta ansvar, sette grenser eller handle. To av informantene viser til situasjoner der terapeuten har satt grenser på vegne av dem, når de ikke har klart det selv. I begge disse situasjonene har terapeutene blitt med informantene ut av terapirommet og på møter med NAV eller arbeidsgiver der informantenes situasjoner har blitt drøftet og avgjørelser har blitt tatt.

Begge informantene legger vekt på hvor betydningsfullt disse øyeblikkene har vært for dem.

" (...) da hadde vi et dialogmøte. Og da stilte hun opp sammen med meg. (...) Jeg er kanskje litt sånn ja-menneske. Og det hjalp hun jo å styre unna. (...) Hadde jeg dratt på det møtet alene hadde jeg sannsynligvis gått i kjelleren igjen. (...) Arbeidsgiver kom med enkelte forslag, og da sa hun (terapeuten) rett og slett nei. Da slapp jeg å ta stilling til det. Jeg hadde mer enn nok. (...) Jeg trodde ikke det gikk an å bli så hjelpeløs. Det visste jeg ikke."

I forlengelse av dette forteller hun:

"Jeg følte at hun var liksom... på min side. Og mitt talerør. Samtidig balanserte hun mellom å være mitt talerør og at jeg beholdt integriteten. (...) Du har jo både NAV og alt som er med på et sånt tidspunkt. Og de vil jo ha deg i gang igjen. Og det er jo klart at det hadde vært greit å komme i gang igjen. Men jeg var ikke der. Og det visste terapeuten."

Den andre informanten forteller om at terapeuten har vært med på flere slike møter, og hun viser også til at det har vært betydningsfullt for henne at terapeuten har satt grenser på vegne av henne.

"Til å begynne med var det absolutt nødvendig at hun var med meg på møtene. Jeg var vel ikke i stand til å... Som hun sa, jeg hadde så liten kontakt med meg selv at hvis de hadde kommet med et forslag, så hadde jeg sikkert gjort det. (...) Men når hun var der så fikk jeg ikke begynne så hardt. Hun bremsset."

Andre informanter viser også til øyeblikk der terapeuten har gjort noe på vegne av dem, og at dette har vært betydningsfullt. Flere formidler en opplevelse av at terapeuten visste hva som var best og tok styring når informanten trengte det fordi hun ikke klarte det selv. Én informant viser til hvordan det opplevdes for henne da terapeuten tok styring for henne.

”Det tar jo mot å gå i terapi. Det er kanskje godt de første gangene, men så gjør det vondt, og jeg må stå i det. (...) Hun tok veldig styring. Avtalte med meg hvordan det skulle være. Stilte krav. Det var veldig viktig for meg der og da. Da var det det. I dag er det noe annet fordi jeg har en annen kunnskap, men da jeg hadde gått meg vill så var det trygt at hun fortalte meg at det var sånn det var. At hun så det med en gang.”

Den samme informanten snakker om hvordan hun ikke hadde mye erfaring med å bli sett, eller la seg bli sett, av andre, men at terapeuten fikk lov til å se henne.

”Det var for at hun var så bestemt med meg. Og jeg behøvde det jo, så desperat. Og hun var trygg i det. Når man er så utrygg og noen viser at de vet hva de gjør, så kan man jo bare kapitulere. Det er jo enten eller. Enten så kan man bare krype tilbake under den steinen man kom fra, eller så gjør du som hun sa. Og det som var viktig i dette var at hun holdt det hun lovet hele tiden, holdt hele vegen. For det tenker jeg er avgjørende. Med å være så bestemt og streng, det er greit så lenge hun holder mål og gjør det hun gjør av kjærlighet eller vennlighet eller ønske om å hjelpe, og ikke for å dominere. For det er en vesentlig forskjell på det og å være dominant fordi jeg vet at du trenger det.”

Flere av informantene legger vekt på at noe av det som gjør ”surrogatien” betydningsfull er at det er begrenset hva et menneske kan klare alene. Det blir derfor viktig at noen kan ta litt av børen av informantens skuldre, både for at informanten skal kunne samle krefter og for at hun skal kunne fokusere på hovedoppgaven sin som er å jobbe mot et bedre liv. En informant forteller om hvordan det oppleves for henne at terapeuten av og til tar styring over timene.

”Det kjennes veldig bra, for jeg føler jo selv at jeg er ganske flytende og kaotisk. (...) At hun har kontroll på en måte, for det gjør at jeg kan slappe litt av i kaoset. At ok, det der tar hun seg av liksom.”

4.4.2 Terapeuten ser for meg, det jeg ikke ser selv

Alle de fem informantene trekker frem konkrete øyeblikk der terapeuten har stilt et spørsmål eller sagt noe som har blitt til noe betydningsfullt. De formidler at selv om det er de selv som avgjør hva de bringer inn i terapien, så er det terapeuten som styrer hvilke deler av det som bringes inn som ses på, for eksempel ved å dvele ved noe, stille spørsmål eller stoppe informanten når hun forteller. De fem informantene formidler at de selv ikke var i stand til å se hvilke deler av deres fortelling som burde dveles ved, og at det derfor var viktig for deres endring at terapeuten så det og handlet ut ifra det. Å bli bedt om å se på noe ved seg selv, og å bli holdt i det selv om det kanskje gjør vondt, formidles som betydningsfullt i kraft av å være nødvendig for å kunne skape endring. Alle de fem informantene formidler øyeblikk der terapeuten har tatt ansvar for å dra frem det de skulle se på, når de ikke var i stand til det selv. Sitater fra flere informanter belyser dette.

"Hun stiller spørsmål som gjør at du må se deg selv. (...) Og når man gjør det, når man ser seg selv utenifra, så fortsetter hun å stille spørsmål. (...) Når jeg sier noe så stiller hun det tilbake til meg på en annen måte – kan du ikke se det på den her måten, eller den..."

"Hun plukker opp deler innimellom, sånn at jeg må stoppe opp på en måte, og tenke på det. Reflektere. (...) Hun plukker opp sånne ord som jeg tror betyr ganske mye, men som man lett bare sier. (...) Så når man stopper opp og ser på det, så begynner man å snu og vende på det, og da kommer man noe sted. Det er litt som å nøste. Jeg synes det er veldig kult når det fungerer. For meg, og det må sikkert være det for terapeuten og."

Én informant forteller om et slikt øyeblikk der terapeuten stiller et spørsmål som fører til en ny forståelse av seg selv og egen sykdomsutvikling. Hun legger vekt på at oppdagelsen hun fikk i øyeblikket var avhengig av at terapeuten gjorde for henne det hun ikke klart selv, nemlig å se og ta tak i sammenhenger i sykdomsutviklingen.

"Jeg har jo aldri kommet frem til det her alene. (...) Det er det jeg ikke klarer å fatte selv. (...) Men det var noe hun sa. En setning."

De konkrete spørsmålene som stilles, som vises til som betydningsfulle, er tett knyttet til den enkeltes konkrete historie der og da, og som av hensyn til anonymitet ikke kan siteres direkte. Det vises for eksempel til spørsmål som belyser sammenhenger av hendelser og reaksjoner, spørsmål som får informanten til å vurdere antatte konsekvenser av egne og andres handlinger og spørsmål som belyser alternative måter å tolke hendelser på. I så måte vises det til relativt forskjellige spørsmål eller utsagn. Det som imidlertid er felles for opplevelsene til informantene er verdien av at terapeuten regulerer, eller tar ansvar for, hvilke ting som trengs å ses på når informantene opplever at de ikke klarer det selv. Én informant forteller om hvor viktig det har vært for henne når terapeuten har bedt henne se på elementer hun selv har bragt med seg inn i terapien. Hun bruker en fargemetafor for å fortelle hvordan terapeuten så for henne det hun ikke klarte å se selv:

"I en situasjon hvor du er temmelig nedkjørt så er det svart, svart, svart tankegang. Ensporet svart tankegang. Og da er det jo viktig å få frem de andre fargene og."

4.4.3 At terapeuten holdt meg da jeg trengte det gjorde meg sterkere til å holde meg selv

Som nevnt under punktet om "surrogati" ser informantene det som betydningsfullt at terapeuten i visse situasjoner setter grenser, håper eller styrer på vegne av dem. Det formidles imidlertid også at denne "surrogatien" var midlertidig samtidig som det var nødvendig for at informantene etter hvert skulle stå mer og mer på egne ben. I tema 1 beskrives det hvordan fritak fra skyld og et endret selv aktiverer en handlingsrespons. På samme måte formidles det av informantene at det å "bli holdt" av terapeuten når en ikke klarer det selv fører til at man etter hvert, gradvis, klarer å holde seg selv. Det pekes på, av informantene, at de betydningsfulle øyeblikkene er en del av en prosess der elementene henger sammen. Flere sitater belyser hva informantene får til nå, som de ikke fikk til før terapien, og hvordan ansvaret for egen bedring i større og større grad er overført til dem selv.

"Det har vært en prosess egentlig. Først så var jeg så innmari redd for å bli alene at jeg sa ja til alt. Anstrengte meg maksimalt for å hele tiden være til lags."

"Hun har jo brukt å være med meg, men denne gangen sa jeg at hun ikke trengte det. Nå går jeg på møtene selv. (...) Nå er det opp til meg. Hvis jeg vil noe nå, så er det jeg som må stå på."

"Den måten hun spør på får meg til å måtte tenke selv. Jeg får ikke noe svar hos henne. Jeg har prøvd, hehe... Jeg får ikke noe svar. Jeg må tenke det ut selv."

"Hun kan jo ikke skape endring, det er det jo bare jeg som kan."

"Når jeg forsto det så var det et vendepunkt, og da begynte jeg å tørre mer. Da turte jeg mer når jeg gikk ut den døra."

"Jeg krevde jo ingen ting. Jeg ble jo bare så glad hvis noen smilt til meg at jeg hoppet i taket. Nå stiller jeg krav. (...) Jeg har fått tilbake veldig mye livsgnist."

Oppsummert av resultatdelen ser man en rekke beskrivelser fra øyeblikk i terapien. Øyeblikkene som beskrives viser til flere aspekter, både prosesser i informantene, og mellom informantene og terapeutene, og livet for øvrig. Resultatene peker på at for at et øyeblikk skal oppleves og beskrives som betydningsfullt, er disse indre og interaksjonelle prosessene tett sammenvevd. I sine beskrivelser av det endringsskapende viser også informantene til en form for kausalitet. For eksempel kan man se at fritak fra skyld, et endret selv og handling beskrives som en kausal kjede. På samme måte beskrives håp og det å bli holdt som kausale forløpere for autonom handling.

Under følger diskusjonen av resultatene. Diskusjonen innledes med noen sitater fra informantene. Disse sitatene anses ikke som en del av resultatdelen per se, men brukes i diskusjonsdelen for å tydeliggjøre hvordan informantene beskriver styrken i øyeblikkene.

5.0 Diskusjon

5.1 De betydningsfulle øyeblikkene

Innledningsvis ble det stilt spørsmål om hvordan pasienter selv opplever og beskriver betydningsfulle øyeblikk i terapi. Gjennom intervjuene har jeg prøvd å få innblikk i denne opplevelsen. Informantene i denne studien kunne alle fortelle om øyeblikk fra terapien som hadde vært av betydning for deres endringsprosess. De betydningsfulle øyeblikkene eksisterte for disse fem informantene. Det konkrete innholdet i øyeblikkene varierte, men kunne for eksempel bestå av ett enkelt spørsmål fra terapeuten, som i følge informantene satte i gang og fasiliterte en endringsprosess. Det kommer tydelig frem av materialet i denne studien at disse fem informantene har hatt opplevelser i terapien som en kan kalle nettopp betydningsfulle øyeblikk i terapi. Dette kommer også klart frem av *ord* informantene selv bruker for å beskrive øyeblikkene. En informant bruker ordene vendepunkt og magisk flere ganger gjennom intervjuet.

"(...)vendepunktet i behandlninga (...) ja, det var jo magisk (...)"

To andre informanter refererer til en følelse av en slags fysisk endring i hodet eller hjernen når de beskriver hva som skjedde i det betydningsfulle øyeblikket.

"Ledningene begynner å finne hverandre på noe vis. Ok, sånn er det!"

"Det skjedde et eller annet oppi hodet mitt da hun stilte det spørsmålet. (...) Jeg har hørt at hjernen hele tiden lager seg nye... det skjer ting hele tiden. Jeg følte at jeg kunne kjenne at det skjedde noe! Noe i hodet mitt liksom."

Andre måter å beskrive styrken på, eller viktigheten av, øyeblikket var:

"(..) det burde jo vært skutt opp raketter, tenker jeg. I det øyeblikket."

"Der og da så var det jo nesten livsavgjørende for meg. Det høres jo veldig dramatisk ut, men jeg var veldig ødelagt og veldig ensom da jeg kom dit."

Gjennom disse sitatene kan man få et innblikk i hvor sterkt og påvirkningskraftig slike øyeblikk kan oppleves, samt at det illustrerer at øyeblikkene finner sted og hvor betydningsfulle de oppleves for den enkelte.

Når man som leser, leser om vendepunkt eller slike betydningsfulle øyeblikk i terapi, er det naturlig at man blir nysgjerrig på nøyaktig *hva* terapeuten sa. På grunn av anonymitetshensyn kan ikke alltid det konkrete spørsmålet eller utsagnet fra terapeuten gjengis. Gjennom å sitere informantene i resultatdelen har jeg forsøkt å danne et bilde og en ramme rundt øyeblikkene som er så nøyaktig som mulig, uten å krysse etiske grenser. Det at spørsmålene eller utsagnene ikke alltid kan gjengis ordrett, sier noe om hvor nære den enkeltes problematikk og private sfære utsagnene ligger. Dette kan gi informasjon om at det terapeuten har sagt i slike øyeblikk ikke er generelle støttende utsagn, løftet opp til det allmennmenneskelige, men utsagn som har møtt den enkelte akkurat der hun er. Det sier kanskje også noe om at det konkrete, erfaringsnære og individuelle kan være et sentralt element i endringsskapende øyeblikk.

5.2 Fellesfaktorer eller spesifikke faktorer – en enkel kategorisering?

Resultatene fra denne studien viser til flere øyeblikk i terapi som har vært betydningsfulle for den enkelte informant. Går det an å sette disse øyeblikkene inn i kategoriene fellesfaktorer eller spesifikke faktorer? En endret historie; opplevelsen av å bli tålt; en følelse av terapeutens genuine ønske om å hjelpe og en terapeut som gjorde for pasienten det hun ikke var i stand til selv – er disse et resultat av faktorer som går igjen på tvers av terapiretninger eller av spesifikke intervensjoner? Og vil det være meningsfullt å kategorisere dem innenfor ett av disse to konseptene? Under vil aspekter av resultatene ses nærmere på og diskuteres for å se om en slik kategorisering vil være en nyttig forståelsesramme for resultatene i denne studien.

5.2.1 Det andre rom

Alle informantene i denne studien trakk frem øyeblikk der de fikk en opplevelse av å bli tålt. Dersom man tar utgangspunkt i "opplevelsen av å bli tålt" ser man tydelig at en kategorisering av øyeblikket som specifikt *eller* relasjonelt ikke yter rettferdighet til

kompleksiteten. Opplevelsen av å bli tålt ble formidlet som en *overraskende* eller *uventet* erfaring – som et annet rom enn det rommet livet for øvrig representerer. I overraskelsen over den gode opplevelsen av å bli tålt ligger også en forståelse av seg selv som utålbar i utgangspunktet. Å være tålbar betyr samtidig å ikke være en uutholdelig byrde for den andre, som igjen kan forstås som at man er god nok til å være verdt å hjelpe. Å bevege seg fra å se seg selv som utålbar til tålbar med hjelp av noe terapeuten gjør eller sier kan settes inn i rammeverket av fellesfaktorer ved å forstå det som en korrigerende emosjonell erfaring (se Lambert og Ogles' konseptualisering av fellesfaktorer i innledningen). At informantene også opplevde terapeuten som noe annet enn andre mennesker, og terapien som noe kvalitativt annet enn livet for øvrig, foreslår også at korrigerende erfaringer er en nyttig forståelsesramme.

Ser man nærmere på underkategorien som omhandler repetisjoner kan man også knytte denne kategorien til en mer terapeutteknisk forståelse. Ved å bruke repetisjoner som en terapeutteknisk intervensjon kan man muligens bidra til en endret forståelse og en bevegelse fra utålbar til tålbar. En kan tenke seg at det spesifikke eller konkrete en terapeut sier eller gjør de første gangene kan gi en konseptuell ny forståelse, men at informantene med repetisjoner kan oppnå en erfaringsmessig endret forståelse (Greenberg, 2008). Kan man på denne måten se selve repetisjonene som en spesifikk intervensjon? Ville det gi noen mening å fokusere på repetisjoner på et generelt nivå, uten samtidig å se på *hva* som blir repetert? For informantene i denne studien beskrives repetisjonene i seg selv som meget viktige. Repetisjonene kom spontant opp i intervjuene, opp til flere ganger i hvert intervju, og selv om repetisjonene betydde noe mer, var en del av noe større, ble det trukket frem hvor viktig det var at terapeuten sa det samme – mange, mange ganger.

5.2.2 Håpet kommer ikke alene

Å fremme pasientens håp har av mange vært fremhevet som en sentral del av å oppnå terapeutisk suksess (Bergin & Walsh, 2005; Snyder, Michael & Cheavens, 1999). Under tema 1 – *en endret historie – en ny forståelse*, ser man at informantene viser til øyeblikk som har bidratt til en ny forståelse av seg selv og egen sykdom. Denne nye forståelsen inneholder blant annet fritak fra skyld, og dette fritaket beskrives av alle de fem

informantene som meget sentralt i deres endringsprosess. Informantene legger vekt på endringspotensialet som ligger i forståelsen av seg selv som dynamiske og utviklende i kraft av at sykdommen har utviklet seg i en kontekst, i motsetning til at den enkelte "bare er sånn". Det viktige stikkordet her er nettopp utvikling. Det at sykdommen har utviklet seg betyr for informantene at den kan "ikke-utvikle" seg, altså at det er en prosess som også kan endre retning. Informantene legger vekt på at det å forstå utviklingen av sykdommen eller symptomene åpnet opp for denne retningsendringen. Å ha *blitt* syk, istedenfor å *være* syk ga tydelig informantene håp.

Det dynamiske ved at en sykdom har utviklet seg, i motsetning til det statiske ved at en sykdom bare *er*, er åpenbart en forståelse som består av mindre determinisme. Kanskje kan man si at det å tro på at endring er mulig, er en forutsetning for at endringsprosessen skal tre i kraft. Men det mest vesentlige er kanskje at håpet ikke kommer alene – med håpet følger en evne til, og et ønske om, å *gjøre*. Alle de fem informantene i denne studien beskriver at den nye forståelsen av seg selv har hatt et viktig "vedheng", nemlig en aktivering av en handlingsrespons.

I de øyeblikkene der en ny forståelse, fritak fra skyld og et endret selv er sentralt, er det sykdommens utvikling som har vært det sentrale i formidlingen fra terapeuten. Det er flere interessante aspekter ved dette. Noen kan kanskje oppfatte dette som å ta ifra den enkelte ansvar og dermed også handlekraft. Det terapeutene i øyeblikkene i denne studien har gjort, er å se på historien til informanten, sammen med informantens, og slik belyst hendelser som kan ha bidratt til utviklingen av vansker. Kanskje er det også slik at noen vil tenke at dette er en sykeliggjøring av pasienter i kraft av å gjøre dem til offer. Å være i en offerrolle kan ofte være pasifiserende og kan bidra til at mennesker med psykisk sykdom låses fast i rollen som offer uten å klare å bryte ut av denne identitetsrollen. Kan dette bidra til at terapeuter blir redde for å hjelpe pasienter med å oppleve fritak fra skyld? Er det lett å tro at dette hemmer autonomi og dermed også evnen til, og ønsket om, å gå inn i en endringsprosess? I følge resultatene i denne studien er dette i så fall en ubegrunnet bekymring. Disse fem informantene viser til en diametralt motsatt respons. Som en del av det nye og dynamiske synet på seg selv og egne vansker lå håpet. Med håpet kom en aktivering av en handlingsrespons som bidro til en bevegelse mot endring. Selv om skylden ble plassert andre steder enn hos den

enkelte, førte ikke dette til et syn på seg selv som en hjelpeløs som bare har blitt *påført* smerte og dermed en som ikke selv har makten eller evnen til å endre. Den endrede forståelsen, det endrede selvet og fritaket fra skyld førte tvert i mot til handling – håpet kom ikke alene.

Å fremme håp og en tilhørende handlingsrespons hos informantene er sammensatt, dynamisk og komplekst på samme måte som å fremme en opplevelse av å føle seg tålt. Kan dette temaet plasseres i en av kategoriene fellesfaktorer eller spesifikke faktorer? Det er intuitivt lett å forstå håp som en fellesfaktor, altså en faktor som er kurativ og som finnes på tvers av terapiretninger. Men bare å forstå det på denne måten, for så å stoppe der, vil kanskje være reduksjonistisk. Lambert og Ogles (2004) konseptualisering av fellesfaktorer inneholder ikke ordet håp. Håp er i seg selv noe sammensatt og komplekst (Bruinikins & Malle, 2005), og håpets plass i terapi er ikke avklart, selvsagt eller enkelt (O'Hara, 2012). Det er ikke et mål å dykke dypt i definisjoner av håp i denne hovedoppgaven. Det som imidlertid er viktig å se på her, er at håpet ikke beskrives eller forklares av informantene som noe entydig, men som noe mangefasettert og sammensatt. Det kommer tydelig frem at håpet om mulighet for endring verken er et *rent* kognitivt eller et *rent* emosjonelt anliggende. Det håpet som beskrives av informantene i denne studien inneholder elementer av kognisjoner, emosjoner og atferd (se tema 1 med underkategorier). Og en kan tydelig se at det går an sette disse øyeblikkene inn i forståelsesrammer av alle de tre dimensjonene i Lambert og Ogles (2004) modell over fellesfaktorer.

Betyr dette at alt som beskrives av informantene i forhold til dette (tema 1) kan forstås som noe som har blitt utløst av intervensjoner som finnes på tvers av alle terapier? Å svare entydig ja på et slikt spørsmål vil sannsynligvis være både reduksjonistisk og lite matnyttig, og det vil ikke yte rettferdighet til kompleksiteten i det informantene i denne studien formidler. For å nyttiggjøre seg av informasjonen om håp, som disse informantene kommer med, er det essensielle å gå inn i kompleksiteten i øyeblikkene og å ta denne kompleksiteten på alvor. Når man nettopp tar denne kompleksiteten inn over seg ser man fort at å konkludere med rådet "*plasser håp hos pasienten(!)*" vil gi en terapeut lite hjelp på veien mot terapeutisk suksess. En teoretiker eller kliniker fra enhver terapiretning ville sannsynligvis brukt *sitt* teoretiske rammeverk og sin

forståelsesramme på disse øyeblikkene, og således også kunnet attribuert den terapeutiske suksessen til spesifikke intervensjoner i akkurat den terapiretningen.

5.2.3 Nødvendigheten av å bli holdt

I tema 4 – terapeuten gjorde for meg det jeg ikke klarte å gjøre selv – ser man øyeblikk der informantene beskriver seg selv som hjelpeløse, og der terapeuten har overtatt, gjort noe for, eller på vegne av informantene. Å ha en terapeut som setter grenser for egen arbeidskapasitet på et møte med NAV, å ha en myndig terapeut når man trenger det, å ha noen som tar kontroll når en ikke evner å kontrollere selv, er alle ting som har ført til betydningsfulle øyeblikk for informantene i denne studien. Hvordan kan man forstå dette? Å bli fritatt fra skyld fører, som belyst over, ikke til en passivitet, en offerrolle eller fastlåsthet, men tvert imot til handling. På samme måte beskriver informantene her at det å "bli holdt" av terapeuten var en nødvendighet for etter hvert å evne å holde seg selv. En kan se beskrevne øyeblikk der det formidles at nødvendigheten og viktigheten av å bli holdt når det virkelig trengs ikke gjorde at disse individene ble værende i terapeutenes favn, men at det fremmet en bevegelse mot å klare seg selv.

Som terapeut ønsker man å hjelpe pasientene sine med å bli autonome og å klare seg selv. Man vil kanskje fremme disse egenskapene ved å la pasienten selv ta ansvar for seg selv og eget liv – *gjøre* selv. Ansvarliggjøring kan forstås som sentralt, og det kan kanskje føre til at terapeuter vegrer seg for å håpe, grensesette og *gjøre for* pasienten – hvordan skal da pasienten lære seg å *gjøre* det selv? Informantene i denne studien trekker frem som betydningsfullt og endringsskapende at terapeuten har holdt dem når de ikke evnet det selv. Flere av informantene legger vekt på at det kreves mot for å gå i terapi, og at for å bevege seg så må man tørre, og for å tørre å ta det skrittet fremover må man ha troen på at ikke bakken åpner seg idet foten når underlaget. Det handler om balanse – om en tilstrekkelig trygghet til å tørre å bevege seg samtidig som lysten til å bevege seg fremover skal være tilstede. Når disse faktorene er tilstede kan det se ut som at det foregår en bevegelse fra ytre regulering til selvregulering. Det vesentlige her er at informantene formidler at det oppleves som at denne bevegelsen ikke kunne funnet sted uten at terapeuten først holdt henne når det virkelig var nødvendig. For å sette dette inn i en teoretisk forståelsesramme kan man vende blikket mot utviklingspsykologien.

En sentral oppgave i tidlig utvikling er den progressive veksten av emosjonell regulering som tar form som en sekvensiell overføring av ansvaret fra omsorgsgiver, til dyaden mellom omsorgsgiver og barn, til barnet (Sroufe, 1997). Små barn har begrensede kapasiteter for selvtrøst og selvregulering, og det gjør at de ofte befinner seg i en tilstand av overveldende aktivering. I begynnelsen av et individs liv har omsorgsgiveren nesten det totale ansvar for å holde aktiveringen (arousal) tolererbar. Med tiden spiller barnet en økende rolle i en dyadisk reguleringsprosess og, til sist fremkaller barnet gjennom intensjonelle "befalinger" regulatorisk assistanse ("hjelp meg, dette takler jeg ikke alene"). Gradvis, gjennom de tidlige årene av livet blir disse regulatoriske prosessene tatt over og internalisert av barnet (Sroufe, 1997). Informantenes beskrivelser av nødvendigheten av å bli holdt, "når det virkelig trengs", kan kanskje forstås som en overføring av reguleringsansvar, som beskrevet av utviklingspsykologien. Veien mot selvregulering, selvtrøst og evnen til å holde seg selv beskrives, av informantene, som en prosess der et fravær av initiell regulering ("å bli holdt") av terapeuten ikke bare er en fin ting, men en nødvendighet. Dette er i tråd med annen forskning der det er fokus på å utforske endringsprosessen i psykoterapi ved å bruke perspektiver fra utviklingsmessige prosesser (Stern, 1998).

Igjen er kompleksiteten i øyeblikkene som beskrives enorm. Det er mye som skjer i de konkrete øyeblikkene – med og i terapeuten, med og i informanten, og mellom de to. Tanken på å plassere det som skjer i de konkrete øyeblikkene inn i avgrensede kategorier virker påfallende reduksjonistisk, og å begrense forståelsen til denne forståelsesrammen – å forstå det som skjer i terapien som enten fellesfaktorer eller spesifikke faktorer – virker ikke å være pragmatisk nyttig når man søker å komme nærmere svaret om hva som virker i terapi.

5.3 Bevegelse mot et rikere forskningsfelt?

Å forske på effekt av psykoterapi er ingen enkel oppgave. For å trekke konklusjoner må det alltid foreligge noen premisser. Spørsmålet er om vi kan trekke konklusjoner og stadfeste dem som sannheter når de som deltar i diskusjonen ikke er enige i sannhetsgehalten i premissene som ligger til grunn. Ut ifra den diskusjonen man ser om Dodos dom kan man se at det i mange tilfeller er konklusjoner som diskuteres uten at

premissene har blitt gjort grundig nok rede for. Psykoterapiforskningen er, i et vitenskapshistorisk perspektiv, en ung forskning. Hvor langt har vi kommet? Hva er psykologiens teoremer? Der vi står nå, har vi et solid fotfeste som bringer oss videre mot kunnskap som kan gjøre det lettere for mennesker med psykiske lidelser å være menneske? Kanskje er det slik at feltet kunne dratt nytte av å ta ett steg tilbake og se grundigere på premissene før flere konklusjoner trekkes? I dette ligger det ikke en passivitet i forhold til forskning på effekt av psykoterapi – en holdning der man tar en grundigere kikk på premissene for konklusjonene kan tvert imot bære med seg en nysgjerrighet og handlekraft som kan komme pasientene til gode. Og kanskje er pasientens stemme og egne beskrivelser et middel som kan føre oss nærmere målet om enda større kurativ effekt av våre terapeutiske metoder og de terapeutiske relasjonene.

5.3.1 Pasientens stemme og dens plass i psykoterapiforskningen

Hvordan kan feltet dra nytte av pasienters fortellinger om betydningsfulle øyeblikk i terapi? Psykoterapiforskningen har i mange tilfeller blitt et veldig ”teknisk” anliggende. Det anses som nødvendig å holde flest mulig variabler stabile for å kunne måle effekt, med randomiserte kontrollerte studier. Rasjonalet bak evidensbasert terapi, og randomiserte kontrollerte studier på toppen av det forskningsmessige hierarkiet er intuitivt lett å forstå. Hvis en selv skulle bli syk, somatisk eller psykisk, ville man ønsket seg den beste tilgjengelige behandlingen. Og dette er nettopp et av kjerneargumentene for evidensbasert behandling – nemlig at syke har krav på den behandlinga vi vet gjennom forskning har virket best på andre mennesker med den samme sykdommen. Det etiske prinsippet om best mulig behandling er ikke vanskelig å forstå. Uenighetene trer gjerne frem når man skal begynne å konseptualisere variablene i forskninga.

Randomiserte kontrollerte studier har gitt det kliniske feltet mye informasjon om hva som kan virke i terapi, og det evidensbaserte fokuset kan være med å sørge for at en viss kvalitetssikring av terapeuters arbeid. Spørsmål det imidlertid er viktig å stille i denne forbindelse er flere: Gir randomiserte kontrollerte studier oss *all* den informasjonen vi trenger? Finnes det annen viktig informasjon som, hvis tilgjengelig for oss, hadde ført oss nærmere en mer effektiv behandling av psykiske lidelser? Ved å binde seg til de ”strengeste” vitenskapelige forskningsdesignene, kan man da gå glipp av meget viktig

informasjon om endringsmekanismer i terapi? Kanskje er det hele et spørsmål om hvor vi vil, hva vi ønsker endestasjonen for vår søken skal være – ønsker vi å kunne slå oss på brystet og være stolte av at svarene vi har funnet kun er basert på de strengeste vitenskapelige kriteriene, eller vil vi stå igjen og kunne si: vi har sett, tenkt og forsket bredt, vi har snudd hver stein og vi har undersøkt psykoterapi fra alle mulige vinkler?

Flere peker i dag på at flere forskningsmetodologier kan være med på å bedre behandlingskvaliteten (Nock, 2003; Lambert et al, 2001; Roth & Fonagy, 2005), og det pekes på at det mangler forskning som gir en fenomenologisk forståelse (Binder, Holgersen & Nilsen, 2009), samt forskning som gir klare bilder av prinsippers kausale roller i å skape endring (Castonguay og Beutler, 2006a). Glemmer vi det fenomenologiske i dagens effektforskning? Og da også å spørre om hvordan det oppleves for den enkelte? Å la pasientens stemme beskrive og forklare hva som opplevdes som endringsskapende i terapien kan kanskje i like stor grad som symptommålinger informere det kliniske feltet om virksomme faktorer i terapi. Ved å aktivt bruke pasientens stemme i forskningen, i større grad enn det som gjøres i dag, kan kanskje nyttig og viktig informasjon komme til overflaten – informasjon vi kanskje ikke kan få tilgang på gjennom randomiserte kontrollerte studier med kvantifiseringer av symptomer gjennom kryss på spørreskjemaer. Å la det fenomenologiske få en større plass i forskningen krever imidlertid en drøftelse av hvorfor pasienters egne beskrivelser skal innhentes, hvordan man skal forstå informasjonen, samt hvordan man skal systematisere og nyttiggjøre seg av den. Det har vist seg å være en diskrepans mellom interessen for kvalitative studier (målt ved intervjuer av redaktører i APA-tidsskrifter) og hva som faktisk publiseres (Kidd, 2002). Kvalitative metodologier har en uklar posisjon (Kidd, 2002), og det er et behov for å øke bevisstheten om hvilke forskningsspørsmål som best lar seg besvare ved hjelp av kvalitativ forskning (Jack, 2006).

5.3.2 Et godt utfall

Alle de fem informantene i denne studien viser til øyeblikk som har bidratt til bedring. Selv om hovedfokuset i denne oppgaven var å se på hva de betydningsfulle øyeblikkene bestod av, samt meningsdannelsen rundt disse, kan man se av resultatdelen at øyeblikk

og utfall er tett sammenvevd. Tema 1 "En endret historie – en ny forståelse" kan forstås både som beskrivelser av øyeblikkene (i kraft av hva som oppstod) og utfall (i kraft av at et endret selv og en aktivert handlingsrespons kan ses som et resultat av øyeblikket). Innledningsvis ble det pekt på at forskere og teoretikere ikke nødvendigvis er enige om hva slags type endring man søker i terapi, og om endringene er målbare. Dokumentasjon og klargjøring av hva som er et godt utfall av psykoterapi bør være en sentral drivkraft i psykoterapiforskningen. Uten å vite hva som er målet, er det vanskelig å sikte.

Tradisjonelt har symptomlette blitt fremhevet som et sentralt mål for psykoterapeutisk utfall (Binder, Holgersen & Nilsen, 2009; Murray, 2002). I en gjennomgang av litteratur som omhandler pasienters egne oppfatninger av endring identifiserte Connolly og Strupp (1996) to hovedkategorier: endringer i selvkonsept og symptomlette. Connolly og Strupp (1996) formidler at tradisjonell psykoterapiforskning har lagt for stor vekt på symptomlette, på bekostning av endringer i selvkonsept. Murray (2002) skiller mellom første og andre ordens endring i psykoterapi, og sier at forskningen kan ha oversett denne potensielt viktige karakteristikken og distinksjonen ved endringsnivået. Murray (2002) beskriver første ordens endringer som endringer som ikke fører til forandringer i systemet eller strukturen som egentlig er et mål for endring. Første ordens endring er for eksempel problemløsning og symptomlette, mens andre ordens endring beskrives som endringer i den fundamentale strukturen. Denne type endring betyr at systemet blir "*permanent redesignet*" (Murray, 2002, s 168).

Ingen av de fem informantene i denne studien nevner symptomlette spesifikt som et resultat av de betydningsfulle øyeblikkene. Dette trenger ikke bety at symptomlette ikke var en del av utfallet for den enkelte. Når informantene viser til at de har "fått det bedre" eller at de har "blitt mer i stand til å handle" er det kanskje naturlig å tenke at for eksempel angstsymptomer har blitt redusert. At informantene ikke beskriver symptomlette eksplisitt kan også handle om hvordan spørsmålene om øyeblikkene ble stilt, og om informantene innehar et språk for å formidle dette på en måte som sammenfaller med forskningslitteraturen. Det er allikevel verdt å merke seg at symptomlette i seg selv ikke er et eksplisitt fokus i informantenes beskrivelser. I sin kvalitative studie av endring hos pasienter i psykoterapi beskriver Murray (2002) hva slags type endring pasientene beskriver som andre ordens endring. Hun finner, i tråd

med funnene om et endret selv i denne studien, at et tilbakevendende tema er det hun kaller transcending av selvet. Med dette menes en endring som involverer å bevege seg over og forbi det selvet man har vært, og slik få nye perspektiver på problemer, verden og seg selv. Murray (2002) foreslår derfor at å fasilitere andre ordens endring i terapi vil være essensielt å etterstrebe. I tråd med Murrays (2002) forskning viser informantene i denne studien ikke til symptomlette når de beskriver betydningsfulle øyeblikk. Når informantenes stemmer blir hørt er det beskrivelser av et endret selv som trer frem. Dette kan peke på at informantenes stemmer kan gi nyttig informasjon i forhold til *hva som oppleves som gode utfall for den enkelte*, og dette kan igjen bidra til en styrket forståelse av hva som virker endrende i terapi.

5.3.3 Tilbake til Dodo

Diskusjonen om Dodos eksistens har ikke gitt forskere eller klinikere de entydige svarene på hva virksomme faktorer i terapi er. Resultatene fra denne studien kan ikke benyttes for å stadfeste hvem som er nærmest sannheten. Resultatene kan imidlertid brukes til å peke på kompleksitet, dynamikk og at forståelsen endringskapende øyeblikk i terapi kan befinne seg på flere forståelses- og forklaringsnivåer. Dette peker videre på behovet for en diskusjon og en forskning som på et pragmatisk nivå bringer oss nærmere de svarene vi faktisk søker.

Over peker jeg på at det ikke er matnyttig å forstå elementene i øyeblikkene som ensidig innenfor en av de to kategoriene. Når jeg sier at funnene i denne studien ikke ensidig kan plasseres inn i en av faktorboksene – felles eller spesifikke, peker jeg da på at den pågående og langvarige diskusjonen om Dodo kanskje ikke har vært matnyttig eller gyldig? Å si at den ikke har vært det vil være feil og arrogant. Diskusjonen bunner i klinikerens og teoretikerens nysgjerrighet på og ønske om å kunne optimalisere hjelpen som gis til de med psykiske lidelser. Diskusjonen har i aller høyeste grad inspirert en del forskere og klinikere til å ha et bevisst forhold til hva som gjøres i terapi og hvordan intervensjonene og terapien som helhet kan skape den ønskede endringen. Diskusjonen har også fostret nysgjerrighet rundt disse virksomme faktorene, og ikke minst mekanismene "bak" det virksomme (Kazdin, 2009).

Det ser nå ut som at feltet beveger seg mer og mer bort fra en streng dikotomi og polarisering mellom de to perspektivene – fellesfaktorer eller spesifikke faktorer. På samme måte som resultatene i denne studien peker på behovet for et mer nyansert syn på virksomme faktorer i terapi, er det nå flere forfattere som tar ordet for en mer mangfoldig forståelse (Castonguay & Beutler, 2006b; Duncan, Miller, Wampold & Hubble, 2010). Enkelte nye forskningsresultater peker også i samme retning. I en studie av Ryum, Stiles & Vogel (2009) ble den kurative effekten av allianse undersøkt. Resultatene peker i retning av at alliansens kurative funksjon kan være diagnosespesifikk. Forfatterne formidler at resultatene på et overordnet plan gir *”støtte til både tilhengere av at universelle faktorer er avgjørende i terapi og til dem som i større grad vektlegger betydningen av spesifikke teknikker”* (Ryum et al., 2009, s 46). Disse resultatene peker på at en ny og mer nyansert forståelse av fellesfaktorer og spesifikke faktorer er nødvendig, samt at vi trenger mer forskning på hvordan fellesfaktorer og spesifikke teknikker veksler i å skape effekt, samt hvordan de to virker på hverandre. Og muligens er det slik at for å oppnå denne nye forståelsen vil det være nødvendig at vi implementerer flere forskningsstrategier og forholder oss til flere forklaringsnivåer (Nock, 2003).

5.3.4 Studiens begrensninger

Alle metodologier og forskningsdesign har begrensninger med tanke på hvordan man kan nyttiggjøre seg av resultatene og konklusjonene. Som ved all forskning bør man lese denne studien med et bevisst forhold til hva studien er og hva den *ikke* er. I begynnelsen av denne hovedoppgaven hevder jeg å skulle undersøke informantenes *opplevelse* av de betydningsfulle øyeblikkene. På et eksistensielt og vitenskapsteoretisk plan kan man stille spørsmål om andre menneskers erfaringer noen sinne vil være tilgjengelig for oss; og sågar om erfaringen er fullt ut tilgjengelig for individet selv (Polkinghorne, 2005).

5. 4 Konklusjon

Resultatene i denne studien viser at de fem informantenes erfaringer av betydningsfulle øyeblikk var sentrert rundt fire hovedkategorier:

- (i) Oppnåelsen av en endret historie og en nye forståelse av seg selv og egen sykdomsutvikling.
- (ii) Opplevelsen av å bli tålt.
- (iii) En følelse av terapeutens genuine ønske om å hjelpe.
- (iv) At terapeuten gjorde for pasienten det hun ikke greide å gjøre selv.

Funnene i denne studien kan på ingen måte alene virke konkluderende for hva som er virksomt i terapi. Funnene peker imidlertid mot en mer dynamisk forståelse av fellesfaktorer og spesifikke faktorer effekt. Man kan se at de betydningsfulle og endrende øyeblikkene som vises til ikke ensidig kan plasseres i en av disse kategoriene, men er dynamiske og sammensatte øyeblikk der begge dimensjonene virker *sammen* og skaper en bevegelse mot bedring.

Resultatene i denne studien kan også peke i retning av at psykoterapiforskningen kan oppnå lærdom av å inkludere pasienters egne beskrivelser av meningsdannelsen rundt det endringsskapende i forskningen. Kvalitativ forskning og et fenomenologisk blikk på endring, med fokus på det idiosynkratiske kan gi viktige implikasjoner for klinisk virke. Flere ulike metodologiske tilnærminger kan bidra til å optimalisere psykoterapi, og ved å binde oss til kun noen få metodologier og forskningsdesign kan resultatet muligens bli at en mengde informasjon om endringsprosesser og deres bakenforliggende mekanismer går tapt. For å bevege oss mot en mer presis forståelse av hva som er endringskapende vil det i fremtiden kanskje være viktig å ikke ensidig fokusere på enkelte forskningsdesign, men å utvide vår forståelse av hva som er nyttig kunnskap og metodene som kan brukes for å oppnå denne kunnskapen.

6.0 Referanser

- Aarre, T.F. (2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Apa.org. (2012). Hentet 27. mars. 2012, fra <http://www.apa.org/about/index.aspx>
- Bergin, L. & Walsh, S. (2005). The role of hope in psychotherapy with older adults. *Aging and Mental Health*, 9, 7-15.
- Beutler, L.E. (2002). The Dodo Bird Is Extinct. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 30-34.
- Binder, P.E., Holgersen, H. & Nielsen, G.H. (2010). What is a “good outcome” in psychotherapy. A qualitative exploration of former patients’ point of view. *Psychotherapy Research*, 20, 285-294.
- Binder, P.E., Holgersen, H. & Nielsen, G.H. (2009). Why did I change when I went to therapy? A qualitative analysis of former patients’ conceptions of successful psychotherapy. *Counseling and Psychotherapy Research*, 9, 250-256.
- Bruinikins, P. & Malle, B.F. (2005). Distinguishing hope from optimism and Related Affective States. *Motivation and Emotion*, 29, 324-352.
- Castonguay, L.G. & Beutler, L.E. (2006a). Principles of Therapeutic Change: A task Force on Participants, Relationships, and Technical Factors. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 631-638.
- Castonguay L.G & Beutler, L.E. (Red.) (2006b). *Principles of therapeutic change that work*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Connolly, M. & Strupp, H. (1996). Cluster analysis of patient reported psychotherapy outcomes. *Psychotherapy Research*, 6, 30-42.
- Duncan, B.L. (2002). The Legacy of Saul Rosenzweig: The Profundity of the Dodo Bird. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12, 32-57.
- Duncan, B.L. (2010). Prologue: Saul Rosenzweig: The founder of the common factors. I Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E. & Hubble, M.A. (Red.), *The Heart and Soul of Change. Delivering What Works in Therapy*. (2. utg). Washington, DC: American Psychological Association.
- Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E. & Hubble, M.A. (Red.) (2010). *The Heart and Soul of Change. Delivering What Works in Therapy*. (2. utg). Washington, DC: American Psychological Association.
- Dybvig, D. D., & Dybvig, M. (2003). Det tenkende mennesket. Filosofi- og vitenskapshistorie med vitenskapsteori (2. utg.). Trondheim: Tapir akademisk forlag.

- Elliot, R., Fisher, C.T. & Rennie, D.L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 215-229.
- Gabbard, G.O. (2005). Major modalities: psychoanalytic/psychodynamic. I G.O. Gabbard, J.S. Beck & J. Holmes (Red.), *Oxford Textbook of psychotherapy (s 3-14)* Oxford, England: Oxford University Press.
- Gadamer, H.G. (2004). *Truth and method*. London: Continuum.
- Greenberg, L. (2008). Emotion and Cognition in Psychotherapy: The Transforming Power of Affect. *Canadian Psychology*, 49, 49-59.
- Gullestad, S.E. (2010). Brukermedvirkning er ikke løsningen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47, 547-549.
- Hubble, M.A., Duncan, B.L., Miller, S.D. & Wampold, B.E. (2010). Introduction. I B.L. Duncan, S.D. Miller, B.E. Wampold & M.A. Hubble (Red.), *The Heart and Soul of Change. Delivering What Works in Therapy*. (2. utg). Washington, DC: American Psychological Association.
- Jack, S. M. (2006). Utility of Qualitative Research Findings in Evidence-Based Public Health Practice. *Public Health Nursing* 23, 277-283.
- Kazdin, A.E. (1986). Comparative outcome studies of psychotherapy: Methodological issues and strategies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54, 95-105.
- Kazdin, A.E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19, 418-428.
- Kendall, P.C., Holmbeck, G. & Verduin, T. (2004). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5. utg., s 16-43). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Kidd, S.A. (2002). The Role of Qualitative Research in Psychological Journals. *Psychological Methods*, 7, 126-138.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lambert, M.J., Bergin, A.E. & Garfield, S. L. (2004) Introduction and Historical Overview. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5. utg., s 3-15). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Lambert, M.J., Garfield, S.L. & Bergin, A.E. (2004). Overview, Trends, and Future Issues. I

- M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5. utg., s 805-821). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Lambert, M.J. & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I
M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5. utg., s 139-193). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Lambert, M.J., Hansen, N.B. & Finch, A.E. (2001). Patient-Focused Research: Using Patient Outcome Data to Enhance Treatment Effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 159-172.
- Lambert, M.J. (2001). Psychotherapy Outcome and Quality Improvement: Introduction to the Special Section on Patient-Focused Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 147-149.
- Langdrige, (2007). *Phenomenological Psychology: Theory, Research, and Method*. Essex: Pearson Education Limited.
- Laverty, S. M. (2003). Hermeneutic phenomenology and phenomenology: A comparison of historical and methodological considerations. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(3).
- Lindseth, A. & Nordberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 18, 145-153.
- Levitt, H., Butler, M. & Hill, T. (2006), What clients find helpful in psychotherapy: Developing principles for facilitating moment-to-moment change. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 314-324.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T.P., Berman, J.S., Levitt, J.T., Seligman, D.A. & Krause, E.D. (2002). The Dodo Bird Verdict Is Alive and Well – Mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 2-12.
- Lutz, W. (2002). Patient-focused psychotherapy research and individual treatment progress as scientific groundwork for an empirically based clinical practice. *Psychotherapy Research*, 12, 251-272.
- Malterud (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- McLeod, J. (2001). *Qualitative research in counseling and psychotherapy*. London: Sage Publications.
- Morrow, S. L. (2007). Qualitative Research in Counseling Psychology: Conceptual Foundations. *The Counseling Psychologist*, 35, 209-235.
- Murray, R. (2002). The Phenomenon of Psychotherapeutic Change: Second -Order Change in

- One's Experience of Self. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32, 167-177
- Nock, M.K. (2003). Progress Review of the Psychosocial Treatment of Child Conduct Problems. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 1-28.
- O'Hara, D. (2012). The nature of Hope. Hentet 27.mars.2012 fra <http://www.therapytoday.net/article/show/2331/>
- Orlinsky, D.E. (2010). Foreword. I B.L. Duncan, S.D. Miller, B.E. Wampold & M.A. Hubble (Red.) (2010). *The Heart and Soul of Change. Delivering What Works in Therapy*. (2. utg., s 49-81). Washington, DC: American Psychological Association.
- Polkinghorne, D.E. (2005). Language and Meaning: Data Collection in Qualitative Research. *Journal of Counselling Psychology*, 52, 137-145.
- Ponteretto, J.G. (2005). Qualitative Research in Counseling Psychology: A Primer on Research Paradigms and Philosophy of Science. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 126-136.
- Rosen, G.M. & Davidson, G.C. (2003). Psychology Should List Empirically Supported Principles of Change (ESPs) and Not Credential Trademarked Therapies or Other Treatment Packages. *Behavior Modification* 27, 300-312.
- Roth, A. & Fonagy, P. (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (2. utg.). New York, NY: The Guilford Press.
- Ryum, T., Stiles T.C. & Vogel, P.A. (2009). Kvaliteten på tidlig terapeutisk allianse som prediktor for behandlingseffekt ved depresjon og angst. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 651-657.
- Snyder, C.R., Michael, S.T. & Cheavens, J.S. (1999). Hope as a psychotherapeutic foundation of common factors, placebos, and expectancies. I M.A. Hubble, B.L. Duncan & S.D. Miller (Red.) (s 179-200), *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Sroufe, L.A. (1997). *Emotional development. The organization of emotional life in the early years*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stern, D.N. (1998). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Mental Health Journal* 19(3), 300-308.
- Todres, L. & Wheeler, S. (2001). The complementarity of phenomenology, hermeneutics and existentialism as a philosophical perspective for nursing research. *International Journal of Nursing Studies*, 38, 1-8.
- Valla, B. (2010). Brukers medvirkning I psykoterapi – behov for kompetanseutvikling.

Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 47, 308-314.

Wampold, B.E. (2010). The Research Evidence for Common Factors Models: A Historically Situated Perspective. I B.L. Duncan, S.D. Miller, B.E. Wampold & M.A. Hubble (Red.) (2010). *The Heart and Soul of Change. Delivering What Works in Therapy*. (2. utg., s 49-81). Washington, DC: American Psychological Association.

Informasjon og forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

"Betydningsfulle øyeblikk i terapi – en kvalitativ studie av pasienters egne opplevelser av endringsskapende øyeblikk i terapi"

Bakgrunn, og hensikten med studien:

Formålet med studien "Betydningsfulle øyeblikk i terapi" er å undersøke og utforske pasienters egne og subjektive opplevelser av hvilke elementer i terapien som har vært betydningsfulle og endrende. Hensikten med studien er ikke å måle hvor mye "friskere" pasientene har blitt etter endt terapi, men å se nærmere på hvilke øyeblikk i terapien pasienten selv mener har vært med på å skape en form for endring. Videre ønskes det å utforske pasientens egen forståelse av disse øyeblikkene – hva øyeblikket bestod i, hva øyeblikket skapte av endring, samt pasientens egen forståelse av hvorfor nettopp dette eller disse øyeblikkene var av betydning for akkurat denne pasienten.

I forskningen på effekt av psykoterapi måles ofte symptomreduksjon ved at pasientene før og etter behandling fyller ut et skjema med direkte spørsmål om symptomer. Slik finner man ut om terapien/behandlingen har virket eller ikke. I denne studiene ønsker vi å spørre pasientene om *hva* det var som virket, samt hvordan og hvorfor. Dette er for å gi pasienter en stemme i psykoterapiforskningen ved at vi utforsker de subjektive opplevelsene av endringsskapende øyeblikk i psykoterapi

Hvorfor blir du forespurt:

Som pasient med erfaring med psykoterapi (behandling hos psykolog) kan du tilføre denne studien viktig informasjon om temaet "betydningsfulle øyeblikk i terapi". Å være med krever ikke at du forbereder deg eller at du på forhånd må vite hva du skal fortelle om. I intervjuet skal vi sammen utforske og undersøke dine opplevelser.

Frivillighet:

Å delta i studien er frivillig. Dersom du, etter å ha lest denne informasjonen velger å ikke delta, trenger du ikke oppgi noen grunn, og å takke nei til deltakelse vil ikke få noen negative konsekvenser for deg. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller vitenskapelige publikasjoner.

Praktisk gjennomføring:

Hvis du sier ja til å delta i studien vil du delta på et intervju som kommer til å vare opp til 90 minutter. Intervjuet vil finne sted i egnede, nøytrale lokaler, fortrinnsvis på

Psykologiske Poliklinikker ved NTNU Dragvoll eller Tiller DPS. Intervjuet vil bli tatt opp på en digital lydopptaker. Underveis i intervjuet bestemmer du selv hva du ønsker å fortelle, og du kan når som helst velge å trekke deg. På bakgrunn av at temaet for intervjuet er både personlig og privat vil intervjueren ca 2 uker etter intervjuet ta kontakt med deg (på den måten du måtte ønske det). Dette gjøres for at du skal ha mulighet til å oppklare noe du har snakket om i intervjuet (hvis du for eksempel føler at du ikke fikk formidlet deg på en tilfredsstillende måte), og for at intervjueren skal kunne be om oppklaring hvis det er noe som var uklart. Denne samtalen vil være betraktelig kortere enn selve intervjuet. Oppfølgings samtalen vil fortrinnsvis foregå over telefon.

Hva skal informasjonen brukes til og hvordan blir informasjonen behandlet:

Informasjonen som blir samlet gjennom intervjuene skal brukes til å belyse den beskrevne tematikken i en hovedoppgave som skal leveres på NTNU. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og ingen personopplysninger (fødselsdato, adresse osv) blir innhentet i denne studien. Det du formidler under intervjuet vil anonymiseres, og kan således ikke knyttes til identifiserbare personopplysninger om deg. Av kontrollhensyn bli grunnlagsdata oppbevart forsvarlig frem til mars 2017. Deretter vil data bli slettet. Det er Susann Ødegård Dybvik som er ansvarlig for datamaterialet i denne perioden. Instanser som kan tenkes å kontrollere grunnlagsmaterialet er for eksempel forskningsansvarlige og Uredelighetsutvalget for forskning, samt Helsetilsynet.

Vurdering av etiske retningslinjer – ivaretagelse av dine rettigheter:

Prosjektet er godkjent av Regional Komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge, og det legges til grunn at alle forskningsetiske retningslinjer følges. Det ligger ingen form for økonomisk vinning knyttet til dette prosjektet for de prosjektansvarlige.

Hvem har ansvaret for prosjektet – hvor kan du henvende deg for mer informasjon:

Dersom du har spørsmål til prosjektet, enten i form av spørsmål før du eventuelt sier ja til å delta eller i forbindelse med gjennomføringen, kan dette rettes til Susann Ødegård Dybvik – psykologistudent ved NTNU. Telefonnummeret du kan ringe er: 478 22 943. Du kan også ta kontakt med hovedveileder Roger Hagen – Førsteamanuensis ved NTNU (tlf: 73591960).

**Samtykkeerklæring for deltaker
i studien**

"Betydningsfulle øyeblikk i terapi"

Deltakelsen i studien er basert på ditt frivillige, informerte samtykke. Dersom du ønsker informasjon utover det som fremkommer i dette informasjonsskrivet og den muntlige informasjonen du har mottatt/vil motta, har du full anledning til å be om det. Dersom du, etter å ha fått den informasjonen du synes er nødvendig, sier ja til å delta i studien, må du signere samtykkeerklæringen under.

Jeg, _____ (navn med blokkbokstaver), bekrefter at jeg har mottatt skriftlig informasjon om studien, og har fått anledning til å innhente den informasjonen jeg har hatt behov for. Jeg bekrefter med dette at jeg er villig til å delta i prosjektet. Jeg bekrefter også at jeg har fått informasjon om at intervjuet blir tatt opp på en digital lydopptaker.

Signatur:

Sted og dato:

Intervjuguide

for hovedoppgavestudien

”Betydningsfulle øyeblikk i terapi – en kvalitativ studie av pasienters egne opplevelser av endringsskapende øyeblikk i terapi”

Bakgrunn: Denne studien søker å undersøke, utforske og beskrive pasienters opplevelse av, og erfaring med, betydningsfulle øyeblikk i terapi. Med betydningsfulle øyeblikk menes øyeblikk i terapien som har vært av spesiell betydning for pasientens endrings- og bedringsprosess. Det skal altså være en undersøkelse av personenes idiosynkratiske beskrivelser av opplevelser som har vært virksomme, eller skapt en bevegelse mot bedring, i terapien. Gjennom et semistrukturert intervju, med et fenomenologisk metodemessig grunnlag vil de følgende spørsmålene stilles som utgangspunkt for å kunne belyse den aktuelle tematikken:

- Kan du fortelle litt om terapien du har gått i?
 - Når begynte du, hvor lenge har du gått i terapi?
 - Hvorfor begynte du å gå i terapi?
 - Hva slags terapi har du gått i?
 - Føler du at terapien har hjulpet deg – på hvilken måte?
- Er det noen spesielle øyeblikk du kan huske fra terapien som har vært betydningsfulle for deg?/Er det øyeblikk du husker spesielt godt fra terapien?
 - Hva skjedde (hvem sa eller gjorde hva)?
 - Kan du beskrive hvordan dette øyeblikket opplevdes for deg? Hva sa eller gjorde du? Hvordan følte det?
- Det øyeblikket du beskriver som viktig, endrende eller betydningsfullt for deg, eller bare noe du husker spesielt godt – kan du fortelle om hvorfor du tror akkurat dette øyeblikket ble viktig for deg?
 - Hva tror du er årsaken til at dette ble betydningsfullt for deg?
 - Hva slags virkning hadde øyeblikket på deg der og da?
- Det øyeblikket, eller de øyeblikkene, du beskriver – hvilken effekt har de hatt på deg?

- Er det noe som har blitt annerledes etter dette øyeblikket i terapien?
På hvilken måte?
- Har dette øyeblikket skapt endring eller bedring for deg? På hvilken
måte?
- Når du tenker tilbake på øyeblikket – hva tenker du om det?
- Er det mer du har lyst til å fortelle om dette øyeblikket, eller disse
øyeblikkene du beskriver?