

Adele Vågsett Holt-Iversen

“Hvis et system gir ti timer, når du trenger hundre”

En kvalitativ studie av behandleres erfaringer med engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse

Hovedoppgave i profesjonsstudiet i psykologi

Veileder: Joar Øveraas Halvorsen

Medveileder: Katrine Høyer Holgersen

Januar 2024

Adele Vågsett Holt-Iversen

“Hvis et system gir ti timer, når du trenger hundre”

En kvalitativ studie av behandleres erfaringer med engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse

Hovedoppgave i profesjonsstudiet i psykologi
Veileder: Joar Øveraas Halvorsen
Medveileder: Katrine Høyer Holgersen
Januar 2024

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for psykologi



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn og formål: Formålet med studien var å utforske psykoterapeuters erfaringer og opplevelser i behandling av pasienter med engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse (UvPF). Til tross for å være den vanligste personlighetsforstyrrelsen i Norge, både i klinisk populasjon og i befolkningen forøvrig (Karterud et al., 2017, s. 252), finnes det lite forskning på denne gruppa, og enda mindre vet vi om behandlernes egne reaksjoner.

Metode: Det ble gjennomført kvalitative intervju av fem psykoterapeuter som hadde erfaring med behandling av pasienter med UvPF. Tematisk analyse med en forankring i kritisk realisme og kontekstualisme ble benyttet for å analysere datamaterialet. Målet var å finne sentrale temaer i informantenes erfaringer, både innad i og på tvers av de ulike datasettene.

Resultater: Det ble identifisert fire overordnede temaer; 1) *Rammeverk som hindring og muliggjøring* omhandlet 'autonomi', 'å bruke tid', samt 'utilstrekkelig DPS-behandling'.

2) *Utfordringer i behandlingen* belyste informantenes opplevelser av 'lite mestring', 'utålmodighet', og 'å tåle stillhet'. (3) *Bevissthet rundt terapiprosesser* beskrev 'motoverføringer', 'terapeuten som relasjonelt objekt' og å være en 'aktiv terapeut'.

4) *Terapeutisk trygghet* viste til 'opplevd mestring' og 'endringer over tid'.

Konklusjon: Resultatene gir et nytt innblikk i terapeuters spesifikke og subjektive erfaringer fra arbeid med UvPF som ikke allerede er beskrevet i litteraturen. For å kunne gi adekvat behandling til pasienter med UvPF, må rammene det jobbes under muliggjøre lange nok forløp, for at behandler skal ha tid til å avdekke underliggende vansker, sette riktig diagnose, blir kjent med pasienten, danne en trygg relasjon og utforske undertrykte følelser, i et intrikat samspill mellom å være en aktiv terapeut og å tøyse trangen til å skape fortgang i terapien. Det stilles tydelig spørsmålstegn ved om arbeid med UvPF i det hele tatt bør utføres innenfor DPS-systemet, og impliserer videre et behov for å tenke annerledes rundt behandlingen av UvPF i offentlig praksis. Funnene viser også flere nyanser i terapeutreaksjoner enn tidligere forskning, samt trekker frem hvordan mye av fremgangen i behandlingen skyldes endringer over tid og opparbeidelse av erfaring over et langt yrkesliv.

Abstract

Background and purpose: The purpose of the study was to explore psychotherapists' experiences from treating patients with avoidant personality disorder (AVPD). Despite being the most common personality disorder in Norway, both in the clinical and general population (Karterud et al., 2017, p. 252), there is little research on this group of patients, and even less is known about the therapists' own reactions.

Method: Qualitative interviews of five psychotherapists who had experience with treatment of patients with AVPD were conducted. Thematic analysis with an anchoring in critical realism and contextualism was used to analyze the data material. The aim was to find central themes in the respondents' experiences, both within and across the various data sets.

Results: Four main themes were identified; 1) *Framework as obstacle or opportunity* dealt with 'autonomy', 'using time', as well as 'inadequate DPS treatment'. 2) *Challenges in the treatment setting* highlighted the participants' experiences of 'little achievement', 'impatience' and 'tolerating silence'. (3) *Awareness of therapeutic processes* described 'countertransferences', 'the therapist as a relational object' and being an 'active therapist'. 4) *Therapeutic security referred to* 'perceived achievement' and 'changes over time'.

Conclusion: The results provide a new insight into therapists' specific and subjective experiences from their work with AVPD that has not yet been described in the literature. In order to be able to provide adequate treatment to patients with AVPD, the framework under which they work must enable long enough treatment, so that the therapist has time to uncover underlying difficulties, make the correct diagnosis evaluation, get to know the patient, form a relationship of trust, and explore repressed emotions, in an intricate interaction between being an active therapist and reining in the urge to create progress in therapy. It is clearly questioned whether working with AVPD should at all be carried out within the DPS system, which further implies a need for thinking differently about the treatment of AVPD in public healthcare. The findings also show more nuances in therapist reactions than previous research, and highlight how much of the progress in treatment is due to perceived changes over time and the accumulation of experience over a long working life.

Forord

I januar 2022 satt jeg og drodlet over hva jeg ville skrive hovedoppgave om. Jeg visste at jeg ville skrive om en klinisk populasjon, men ikke hvilken, og at jeg ville gjøre mitt eget studie, selv om flere hadde rådet meg fra det. Jeg spurte min gode venn og psykologfaglige mentor Marte Solheim om hjelp, som sa vi kunne snakke om det under isbading den kvelden. Jeg tenkte jeg var for pingle til å prøve, men ble med for badstua. Og glad er jeg for det, for der satt psykologspesialist Håvard Solvang Felberg. Vi kom i snakk og han fortalte at han drev gruppeterapi for engstelig unnvikende pasienter. Jeg ble ytterst fascinert over at det fantes et spesialisert tilbud for en gruppe jeg hadde lite kjennskap til, og som jeg hadde fått inntrykk av var utfordrende å behandle. Men der hadde jeg jo hele oppgaven min, for dette var noe jeg kunne utforske. Og kort tid etter hadde ballen begynt å rulle.

Takk Håvard, for at du serverte meg studiet mitt på et sølvfat og hjalp meg med den innledende prosessen. Uten deg hadde ikke denne oppgaven eksistert. Beklager for at jeg ikke har latt høre fra meg på to år, men nå er vi altså her. En like stor takk til Marte som tok meg med den dagen (og kan dokumentere at jeg faktisk isbada), og som støtter og motiverer, gir meg vin og redder meg hver eneste eksamensperiode. Dette er forhåpentlig ikke den siste.

Tusen takk til informantene, som satte av tid til meg i en periode der rekruttering var utfordrende, og som delte så åpent og ærlig om sine erfaringer. En takk også til deres pasienter, som indirekte har bidratt med sine historier.

Jeg ønsker også å rette en stor takk til mine to veiledere ved NTNU, Joar Øveraas Halvorsen og Katrine Høyer Holgersen. Takk Joar, for gode innspill og struktur, for jevnlig mailer om hvordan jeg lå an, og for at du alltid møtte meg med et smil selv om jeg ikke hadde gjort som jeg sa jeg skulle. Takk Katrine, for hjelp med å forstå kvalitativ metode, for gode refleksjoner og for å minne meg på at forskning blir enklere om man fokuserer på det som er gøy og spennende.

Ikke minst takk til medstudent og kollega Marianne Aronsen Bjørset, for veiledning, gode tips og moralsk støtte, og for at du har hjulpet meg med å forstå hva det egentlig er jeg holder på med. Takk også til familie, venner og kollegaer, for interesse, gode spørsmål, heing og for å holde ut med mitt skiftende humør gjennom denne berg-og-dalbanen av en oppgave. Og takk til meg selv. Du klarte det! Nå skal vi feire.

Adele Vågsett Holt-Iversen

Januar 2024

Innhold

Forord.....	3
Introduksjon	5
Om engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse.....	5
Hva vet vi om behandleres erfaringer med UvPF?.....	7
UvPF i møte med behandlingsapparatet	10
Studiens formål og problemstilling	11
Metode.....	13
Begrunnelse for valg av metode	13
Tematisk analyse	13
Teoretisk forankring	14
Utvalg og rekruttering	15
Forskerens refleksivitet	16
Personvern og forskningsetikk	19
Analyse av data	19
Resultater.....	26
Rammeverk som hindring og muliggjøring.....	26
Bevissthet rundt terapiprosesser	30
Utfordringer i behandlingen	34
Terapeutisk trygghet.....	37
Diskusjon.....	39
Muligheter og utfordringer i pasient-terapeut-relasjonen.....	41
Rammer for endringsarbeid.....	43
Implikasjoner for praksis.....	43
Styrker og begrensninger ved studien	44
Videre forskning.....	46
<u> Konklusjon</u>	<u>47</u>
<u> Referanseliste</u>	<u>48</u>
Appendiks.....	51

Introduksjon

Den engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelsen ble først introdusert som diagnose i 1980, og omtaler de menneskene som ønsker nærhet og relasjon til andre, men som trekker seg unna grunnet frykt for å bli kritisert og avvist, eller avslørt som inkompetente (Lampe & Malhi, 2018, s. 57). På engelsk kalles den Avoidant personality disorder, og for enkelhets skyld kan vi på norsk omtale den som unnvikende personlighetsforstyrrelse (UvPF). I Norge er det den vanligste personlighetsforstyrrelsen, både i den kliniske populasjonen og i befolkningen for øvrig (Karterud et al., 2017, s. 252), men til tross for dette finnes det fortsatt lite forskning på disse pasientene. Selv om vi nå vet mer om etiologien og hvordan pasientene forstår seg selv, er det fortsatt ikke tydelig hvordan de bør møtes og behandles innenfor psykisk helsevern. Vi vet heller ikke nok om hvordan behandlerne som skal yte disse helsetjenestene opplever å jobbe med pasientene med UvPF, men når symptombildet er preget av frykt for at andre skal komme for nær, med en samtidig mistenksomhet overfor andres motiver, er det ikke vanskelig å tenke seg til at dette også kan by på utfordringer i behandlingsrelasjonen. Denne studien søker å besvare nettopp det; hvilke erfaringer har norske psykologer og psykiatere med å gi behandling til pasienter med UvPF, og hva kan de selv kjenne på i disse møtene? For å bedre kunne forstå terapeutenes reaksjoner, følger det videre en kort beskrivelse av de engstelig unnvikende pasientene, før den aktuelle litteraturen på området belyses. Avslutningsvis presenteres studiens formål og problemstilling.

Om engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse

I kodeverket *International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. edition* (ICD-10) som anvendes i Norge for å diagnostisere psykiske lidelser, er det listet seks kjennetegn for F60.6 Engstelig (unnvikende) personlighetsforstyrrelse (World Health Organization [WHO], 2010, s. 204). Disse presenteres i Tabell 1. Ved implementering av nyeste versjon av diagnosemanualen (ICD-11) vil personlighetsforstyrrelser skåres basert på dimensjoner og alvorlighetsgrad, men i denne oppgaven er det de spesifikke kriteriene for engstelig unnvikende PF i ICD-10 som ligger til grunn.

Tabell 1

Diagnosekriterier for F60.6 engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse i ICD-10

Kriterier

- (a) vedvarende og gjennomgripende følelse av anspenning og frykt
 - (b) oppfatning om at en er sosialt klønete, lite personlig tiltrekkende eller underlegen andre
 - (c) overdreven oppfatning av å kunne bli kritisert eller avvist i sosiale situasjoner
 - (d) uvillighet til å involvere seg med andre hvis en ikke er sikker på å bli likt
 - (e) innskrenket livsstil som følge av behov for fysisk sikkerhet
 - (f) unngåelse av sosiale eller yrkesmessige aktiviteter som innebærer betydelig mellommenneskelig kontakt, på grunn av frykt for kritikk, misbilligelse eller avvisning
- Andre ledsagende egenskaper kan være overfølsomhet overfor avvisning og kritikk
-

I tillegg til at minst tre av disse kriteriene må være oppfylt for UvPF, må man også først tilfredsstille de generelle kriteriene for en personlighetsforstyrrelse. En personlighetsforstyrrelse kjennetegnes av et vedvarende mønster av avvikende emosjoner, kognisjoner og atferd på tvers av situasjoner, som oppstår i barne- og ungdomsårene og vedvarer inn i voksenlivet, og som fører til personlig lidelse og ofte betydelige vansker i sosiale og yrkesmessige settinger (WHO, 2010, s. 200). I den amerikanske diagnosemanualen DSM-5, er de spesifikke personlighetsforstyrelsene delt inn i tre ulike klynger, såkalte Clusters, basert på visse likhetstrekk. I Cluster A finner vi de merkverdige og eksentriske, i Cluster B er de dramatiserende og ustabile, mens de unnvikende befinner seg i Cluster C, med de engstelige og hemmede (American Psychiatric Association, 2013).

Forekomsten av UvPF i befolkningen rapporteres noe ulikt på tvers av land, men i den nordiske befolkningen antas det å ligge et sted mellom 3 og 4% (Lampe & Malhi, 2018, s. 56; Pettersen et al., 2021, s. 143; Wilberg & Eikenes, 2022, s. 26). En befolkningsundersøkelse fra Norge fant at UvPF i Oslo lå på 5%, mens det i sentrumskjernen var oppe i 6.5 % (Torgersen et al., 2001, s. 591). I kliniske populasjoner ligger tallet et sted mellom 11 og 57%, som dermed gjør engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse til den vanligste personlighetsforstyrrelsen i Norge (Karterud et al., 2017, s. 252). Grunnet den spesielt høye forekomsten av UvPF i de nordeuropeiske og skandinaviske landene, blir det noen ganger

referert til som den «nordiske personlighetstypen», og det spekuleres i om det kan henge sammen med genetiske og kulturelle faktorer (Wilberg & Eikenes, 2022, s. 27).

Til tross for å være en vanlig forekommende tilstand, både i Norge og internasjonalt, er det fremdeles lite forskning på pasientgruppa og på hva som kan være den mest virksomme behandlingen (Lampe & Malhi, 2018). Årsakene til dette er uklare, men det er sannsynlig å tenke at det henger sammen med faktorer som at 1) symptomene i stor grad er internaliserte og derfor skaper mindre bry for hjelpeapparatet, sammenlignet med andre tilstander og personlighetsforstyrrelser, 2) at pasientene heller unnviker enn å oppsøke hjelp, og 3) at det i fagmiljøet fortsatt råder noe tvil om UvPF skiller seg nok fra sosial angst til å kvalifisere som en egen diagnose (Kantor, 2003, s. 5). Psykoterapeuter strever generelt med å oppdage engstelig unnvikende PF, enten ved at lidelsestrykket ikke fremstår tydelig nok, eller at det vurderes som andre symptomtilstander, og flere rapporterer å sjeldent eller aldri ha satt diagnosen (Kantor, 2003, s. 3).

Hva vet vi om behandleres erfaringer med UvPF?

En gjennomgang av forskningsgrunnlaget på terapeutreaksjoner knyttet til UvPF, viser at dette er et lite undersøkt fenomen, men det finnes enkelte studier som har berørt tematikken, og som samlet kan danne en oversikt. En studie av Eren & Şahin (2016, s. 22) så på hvilke utfordringer, emosjonelle reaksjoner og holdninger ansatte innen psykisk helsevern hadde til pasienter med personlighetsforstyrrelser. Av 332 informanter var det 38 psykiatere og 30 psykologer. De fant at av alle personlighetsforstyrrelsene, var de unnvikende pasientene rapportert som den minst vanskelige gruppa å jobbe med, mens emosjonelt ustabil var den de strevde mest med (Eren & Şahin, 2016, s. 27). Selv om de også undersøkte spesifikke terapeutreaksjoner rangert etter hyppighet, var disse ikke knyttet opp mot hver respektive personlighetsforstyrrelse, og vi kan dermed ikke si noe om hvilke som er knyttet til UvPF.

En systematisk oversiktsartikkel over kvantitative studier av terapeuters reaksjoner på pasienters personlighetsfungering (Stefania et al., 2020, s. 707), fant at unnvikende trekk vekket følelser av omsorg, beskyttelse og tidvis overinvolvering, samtidig som terapeutene opplevde det positivt og tilfredsstillende å jobbe med disse pasientene. Engstelige trekk var også assosiert med en omsorgsrespons, men her følte terapeutene seg mer frakoblet. Det understrekes at de ikke så på UvPF isolert, men som en del av Cluster C, slik at disse reaksjonene også gjelder overfor pasienter med avhengig og tvangspreget personlighetsforstyrrelse. De oppsummerer med at personlighetsforstyrrelsene i Cluster A og

B stort sett vekker flere negative og ubehagelige følelser hos terapeutene enn de i Cluster C (Stefana et al., 2020, s. 698).

En kvalitativ undersøkelse av terapeuters erfaringer med mentaliseringsbasert terapi (MBT) for UvPF, så bl.a. på hvordan informantene opplevde å jobbe med pasientgruppa. Av seks deltakere (fire psykologer og to sykepleiere) rapporterte alle at de opplevde det som inspirerende, meningsfylt og interessant, og som “stimulerende, men emosjonelt utfordrende arbeid” (Pettersen et al., 2021, s. 150). Informantene jobbet i et spesialisert team med fokus på MBT for personlighetsforstyrrelser i gruppe, og selv om de rapporterte å både like og mestre behandlingen med pasientene med UvPF, kunne de samtidig kjenne på følelser av frustrasjon, irritasjon og utålmodighet. Dette var dels som reaksjon på at pasientene ofte ikke responderte, dersom en annen i gruppa fortalte noe utleverende om seg selv, men dels også som reaksjon på pasientenes generelle tilbaketrekning og motvillighet til å dele (Pettersen et al., 2021, s. 154). Flere rapporterte også om et vondt ubehag av å ikke kunne ta bort pasientenes smerte, og en fortalte om å føle seg slem ved å påpeke at de burde endre egen væremåte.

Samlet sett tyder dette på at det ikke oppleves spesielt utfordrende for terapeuter å jobbe med pasienter med UvPF, spesielt når det sees opp mot andre personlighetsforstyrrelser. Samtidig kan det se ut til at terapeutene har mer blandede reaksjoner i møte med engstelig unnvikende pasienter enn det majoriteten av litteraturen viser, når det spørres spesifikt etter dette. Det løftes frem hvordan kunnskapsgrunnlaget foreløpig er for tynt, og at det trengs mer forskning på bl.a. psykoterapiprosesser relatert til UvPF, på de utfordringene som kan oppstå i behandlingsrelasjonen og på terapeuters egne reaksjoner, samt hvordan disse kan endre seg over tid (Pettersen et al., 2021, s. 144; Stefana et al., 2020, s. 710). Per i dag finnes det ingen studier som spesifikt ser på allmennpraktiserende psykoterapeuters reaksjoner på pasienter med engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse.

Hva kan vi lære av pasienters erfaringer med terapi?

I 2019 ble det gjennomført en kvalitativ studie av norske pasienter med UvPF, blant annet for å kartlegge hvordan de selv opplevde å gå i terapi og motta behandling. Funnene fra denne undersøkelsen viser at selv om noen av pasientene opplevde å få hjelp til å forstå seg selv og egne unnvikelsesstrategier, rapporterte også mange av dem å føle en avstand til terapeuten og at de ikke ble forstått, som igjen gjorde dem til passive mottagere av terapi (Sørensen et al. 2019, s. 7). Flere fortalte også om feildiagnostisering og behandlingsmetoder de hverken forstod hensikten med eller følte var rett for dem. Pasientene opplevde ikke dette som bevisst uvilje, men forstod det i lys av et manglende gjensidig og tillitsfullt bånd med terapeuten, som

gjorde at de tok i bruk de velkjente strategiene med å unngå og trekke seg unna, både emosjonelt og relasjonelt (Sørensen et al. 2019, s. 8). De som opplevde en forbedring av tilstanden ved å gå i terapi, beskrev tålmodige terapeuter som hadde tid til å høre på dem, og som gjorde en aktiv innsats for å prøve å forstå dem, så de igjen kunne forstå seg selv (Sørensen et al. 2019, s. 7). Selv om disse pasientbeskrivelsene i beste fall vitner om mangelfull terapi, gir de samtidig et viktig innblikk i fallgruvene for behandling av UvPF, som kan danne et grunnlag for å videreutvikle og tilpasse tilbudet til disse pasientene.

UvPF i møte med behandlingsapparatet

Som et bakteppe for å forstå psykoterapeuters reaksjoner på å gi behandling til pasienter med UvPF, presenteres det her noen sentrale områder som kan være relevante for terapi, hentet fra forskning på etiologien og fenomenologien for UvPF, samt fra psykoterapiforskningen generelt, og på arbeid med personlighetsforstyrrelser spesielt.

Pasient - terapeut-relasjonen

Når et av kjernekrteriene for UvPF er unngåelse av situasjoner som involverer sosial og mellommenneskelig kontakt (WHO, 2010), vil det å skulle åpne opp det aller innerste for en man ikke kjenner være svært skummelt. Etersom de unnvikende pasientene også som regel har et ønske om å oppleve nærhet til andre, blir det å tørre å åpne opp for en slik mulighet et utfordrende mål, som kjemper mot behovet for å beskytte seg selv ved å trekke seg unna (Wilberg & Eikenes, 2022, s. 200). I følge Karterud (2017, s. 172) tar de unnvikende pasientene det som en selvfølge at de negative tankene de har om seg selv er objektive sannheter, og forsøker å skjule disse sidene av seg selv ved å unnvike alle sosiale situasjoner som skaper angst og ubehag. For at det å gå i terapi i det hele tatt skal kunne ha noen nytteeffekt, er det avgjørende at pasienten føler en viss tillit til terapeuten, og kan oppleve en form for relasjonell kontakt. Når pasientene i utgangspunktet har en utrygg tilknytningsstil, der situasjoner som innebærer en slik mellommenneskelig kontakt utløser angst og unngåelse, er det viktig at terapeuten er bevisst på disse mekanismene og tar seg god tid til å gjøre pasientene tryggere (Wilberg & Eikenes, 2022, s. 199).

Tilbakeholdenheten rundt å fortelle om seg selv trenger ikke bare å handle om angst og frykt, men kan også være et uttrykk for vansker med å gjenkjenne, differensiere mellom og forstå egne følelser (Johansen et al., 2018, s. 389). Alexitymi beskriver en tilstand karakterisert av en manglende evne til å få tak på og forstå ulike emosjoner og indre tilstander hos seg selv, som igjen gjør det vanskelig å uttrykke overfor andre hvordan man har det

(Bilotta et al., 2016, s. 262). Sannsynligheten for at pasienter med UvPF også har alexitymi, er antatt å ligge et sted mellom 20 og 40% (Nicolò et al., 2011, s. 39). Det har også blitt påpekt hvordan det å unngå egen emosjonalitet kan fungere som en psykologisk forsvarsmekanisme mot å kjenne på stressende og ubehagelig følelsesaktivering (Bilotta et al., 2016, s. 262).

Selv om det ikke finnes direkte forskning på terapeuters opplevelse av stillhet i behandlingen av engstelig unnvikende pasienter, kan det likevel tenkes at terapeuters generelle reaksjoner på svært stille pasienter har noe overføringsverdi. Pasienters stillhet kan eksempelvis oppleves som en intens spenning i rommet, der terapeuten føler seg fanget, frustrert og forvirret, samt får et behov for å fjerne seg fra situasjonen eller avslutte samtalen (Lane et al., 2002, s. 1097). Wilberg & Eikenes (2022, s. 206) hevder at mental tilbaketrekning og stillhet i timene er den vanligste utfordringen for terapeuters allianse med de engstelig unnvikende pasientene. Det kan bli lite å snakke om i timene, og vanskelig for behandleren å forstå hva som skjer i pasientene. For å håndtere denne vedvarende stillheten, rådes terapeuter til å forsøke å møte den med en åpenhet og tålmodighet, slik at pasientene i størst mulig grad kan skjerme fra å føle terapeutenes eventuelle frustrasjon og irritasjon (Coltart, 1991, referert i Lane et al., 2002, s. 1097). Videre kan terapeuters tillit til egen utdanning og terapeutiske egenskaper være nyttige momenter å minne seg selv på i møte med de stille pasientene (Coltart, 1991, referert i Lane et al., 2002, s. 1097). For terapeuter som har et genuint ønske om å være til hjelp, kan det oppleves svært frustrerende om pasienten trekker seg tilbake og sier lite eller snakker om andre ting enn det som kan være relevant for terapien (Wilberg & Eikenes, 2022, s. 200). Når de terapeutiske endringene i tillegg uteblir, kan dette vekke irritasjon og utålmodighet hos behandleren (Wilberg & Eikenes, 2022, s. 210).

Motoverføringer

Når en jobber så tett på andre mennesker som det en gjør som psykoterapeut, er det naturlig at ikke bare pasientens følelser og reaksjoner blir en del av behandlingen, men også det terapeuten kan kjenne på. Begrepet *motoverføringer* ble lansert av psykoanalytikerens Freud tidlig på 1900-tallet, og har siden blitt definert som alt fra at uløste konflikter i terapeuten triggeres av pasienten, til hvordan terapeuten plukker opp og reagerer på de relasjonelle signalene som vanligvis vekkes i pasientens forhold til andre (Stefana et al., 2020, s. 698). I nyere tid er det mer vanlig å beskrive motoverføringer som alle de normale og naturlige følelsesreaksjonene som vekkes i terapeuten, og som ikke lenger sees som en hindring for, men heller et viktig bidrag til å kunne forstå pasienten og den terapeutiske relasjonen, samt enklere legge til rette for virksom behandling (Epstein & Feiner, 1988, s. 299). Vanlige

motoverføringer kan bl.a. være kjedsomhet eller manglende konsentrasjon, maktkamp og konkurranse, eller seksuell interesse (Malt, 2019).

Ettersom alle pasienter vekker ulike følelser og reaksjoner hos terapeuten, er det heller ikke noe unntak for de engstelig unnvikende, men hvorvidt pasienter generelt er klar over eller plukker opp dette er både uvisst og individuelt. For pasientene med UvPF bør det imidlertid ansees som en selvfølge at de er vare for andres reaksjoner, da tilstandsbildet kjennetegnes av en utrygg tilknytningsstil, en hypersensitivitet overfor andres bedømminger, og en overveldende frykt for å bli kritisert eller avvist (Lampe & Malhi, 2018, s. 60). For at disse motoverføringsreaksjonene ikke skal påvirke samspillet i pasientrelasjonen negativt, bør terapeuten være seg bevisst disse prosessene og reflektere rundt hvordan de kan forholde seg til dem (Wilberg & Eikenes, 2022, s. 210). Samtidig kan det som terapeuten plukker opp fra pasienten være både bevisste og ubevisste repetisjoner av tidligere relasjonelle erfaringer, og motoverføringene kan derfor sees som et nyttig verktøy for å fange opp det pasienten ikke alltid selv er klar over eller i stand til å sette ord på (Wilberg & Eikenes, 2022, s. 228).

Studiens formål og problemstilling

Selv om det finnes studier som omhandler terapeuters erfaringer med å jobbe med pasienter med personlighetsforstyrrelser, er det ingen som spesifikt har undersøkt erfaringene med de engstelig unnvikende pasientene. Forskning på erfaringer fra arbeid med personlighetsforstyrrelser er i langt større grad relatert til de i Cluster A og B, og det er lite sannsynlig at disse funnene kan generaliseres til erfaringer med UvPF, da pasientenes kliniske uttrykk er svært ulikt. Det finnes med andre ord et kunnskapshull hva gjelder psykoterapeuter på “vanlige” arbeidsplasser innen psykisk helsevern (offentlig og privat), der det ikke er spesifikt fokus på pasienter med personlighetsforstyrrelse eller det drives spesialiserte behandlingstilbud for gruppa.

I studiet til Sørensen et al. (2019) av pasienter med UvPF og deres erfaringer med behandling, skildres det en rekke terapiopplevelser som må kunne sies å være mer eller mindre mislykkede. Pasientene har følt seg misforståtte, at de selv ikke har forstått terapeuten og at utprøvde tiltak har vært feil. Å lese om disse svært uheldige og vonde opplevelsene har også vekket en nysgjerrighet for hva de aktuelle terapeutene kan ha kjent på, og om de selv følte seg rådville og at de ikke fikk til terapien. Å jobbe som psykolog kan til tider være utfordrende, da det er mange hensyn å ta og vi ofte kan bli usikre, både på hvordan vi skal forstå pasienten og på neste steg i terapien. Vanskelige følelser og reaksjoner relatert til

pasientarbeid er noe de aller fleste terapeuter vil kjenne på, og samtidig er dette noe det snakkes lite om. Formålet med denne studien er derfor å utforske behandleres erfaringer med å jobbe med pasienter med engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse, og via dybdeintervju få innblikk i behandlerens subjektive reaksjoner og opplevelser.

Problemstillingen for denne studien er hvordan psykologer og psykiatere opplever å jobbe med pasienter med engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse. Videre ble problemstillingen operasjonalsert i to forskningsspørsmål:

1. Hvilke erfaringer har terapeutene med å jobbe med pasienter med UvPF?
2. Hva kjenner terapeuten selv på i møte med disse pasientene?

Valget om å gjennomføre en studie på behandlere er gjort av to grunner; den ene er at selv om det finnes lite forskning på UvPF, er det meste gjort på pasientpopulasjonen og hvordan man kan forstå tilstanden, eller hvordan de forstår seg selv. Den andre årsaken er av praktiske hensyn, da det er lettere å finne og kontakte behandlere enn pasienter, samt at pasienter med UvPF i utgangspunktet kan synes det er utfordrende å fortelle om seg selv (Sørensen, 2019, s. 10).

Metode

Begrunnelse for valg av metode

Formålet med denne studien er å utforske psykoterapeuters erfaringer med å ha pasienter med UvPF i behandling, og forskningsspørsmålet retter seg mot hvordan de selv blir påvirket av disse pasientmøtene. For å besvare forskningsspørsmålene ble det ansett som hensiktsmessig å gjøre en kvalitativ studie, for å a) få tak på utfyllende og detaljerte beskrivelser av terapeutenes opplevelser, b) undersøke subjektive og komplekse erfaringer som ikke enkelt lar seg oppsummere til kortfattede, kronologiske og kvantifiserbare svar, og c) få innblikk i fenomener som ikke på forhånd lar seg predikere. Kvalitativ metode søker å utforske og beskrive egenskaper ved fenomener, altså selve kvaliteten ved dem, heller enn å finne en objektiv sannhet basert på forekomst og hyppighet (Langdridge, 2015, s. 27). Via kvalitative intervju kan forskeren få innsikt i hvordan individer opplever og skaper mening av verden slik de erfarer den.

Tematisk analyse

Ved bearbeiding av datamaterialet ble det benyttet Tematisk Analyse (heretter TA). Valget falt på TA som metode fordi den gir et lett forståelig, systematisk og anvendelig rammeverk for å identifisere og analyserer mønstre av mening og erfaringer (tema) i det innsamlede materialet (Braun & Clarke, 2006, s. 79). Selve analysen foregår i seks faser; familiarisering, koding, temagenerering, gjennomgang av tema, definere og navngi tema, og rapportering av funnene. Arbeidet med de ulike fasene beskrives i siste del av dette kapittelet.

I denne oppgaven er det tatt utgangspunkt i Big Q TA, som er kvalitativ forskning innenfor et kvalitativt paradigme (Clarke & Braun, 2018, s. 107). Big Q TA avviser muligheten for å avdekke universell mening grunnet antagelsen om at kontekst henger tett sammen med hvordan mening skapes, i motsetning til small q hvor koding og temagenerering følger visse retningslinjer for å øke reliabilitet og replikerbarhet, og som sånn sett ligger nærmere et kvantitativt design (Clarke, Braun & Hayfield, 2015, s. 223). Big Q trekker også fram hvordan forskerens subjektivitet og aktive rolle er en styrke i forskningsprosessen, der small q ser det som en uønsket variabel som bør håndteres (Braun & Clarke, 2013, s. 4).

TA er en svært fleksibel tilnærming som ikke stiller krav til en bestemt teoretisk forankring, og er med andre ord ikke en egen metodologi, men en metode for analyse med overordnede prinsipper, som kan anvendes på tvers av en rekke kvalitative tilnærminger, forskningsspørsmål og teoretiske ståsted (Braun & Clarke, 2018, s. 108).

I TA kan forskeren selv avgjøre på hvilket nivå datamaterialet skal analyseres. Her skilles det mellom et *semantisk* (eksplisitt) nivå, der man tar utgangspunkt i det som faktisk blir sagt, og et *latent* (fortolkende) nivå, der man leter etter noe mer enn det som blir sagt, for å finne underliggende antagelser og ideer som utsagnene er basert på (Clarke et al., 2015, s. 235). Det er i dette studiet valgt en semantisk tilnærming, da det ikke har vært formålet å utforske en dypere mening bak informantenes beskrivelser. Det betyr likevel ikke at resultatene kun er en oppsummering av det som ble sagt, da all tematisk analyse krever en fortolkende analytisk tilnærming for å være vellykket (Braun & Clarke, 2006, s. 84). Noen koder og tema kan likevel ha blitt såpass tolket at de har beveget seg over på et latent nivå, og en blanding av nivåene er vanlig og ikke ansett som gjensidig utelukkende.

Videre gjøres det en avklaring av om mønstre i datamaterialet skal identifiseres med en *induktiv* eller *deduktiv* tilnærming. Med en induktiv tilnærming, som er det som ligger til grunn for denne oppgaven, drives ikke temagenereringen av en spesifikk teoretisk interesse som i deduktiv metode (Braun & Clarke, 2006, s. 83). Funnene er derfor mer datadrevet, og ligger tettere opp til det informantene var opptatt av, heller enn hvilke spørsmål som ble stilt og forskerens hypoteser. For å ikke bli for påvirket av allerede eksisterende teori, ble grundig litteraturgjennomgang først utført i de senere stadiene av analyseprosessen og i etterkant.

Teoretisk forankring

Ettersom TA er teoretisk uavhengig, blir det nødvendig å synliggjøre forskerens ståsted og hvilket teoretisk rammeverk som ligger til grunn for analysen, da dette har betydning for hvordan man kommer frem til resultatene og hva som vektlegges. En avklaring av *ontologi* og *epistemologi* er derfor på sin plass. Mens ontologi omhandler filosofien rundt eksistensen av fenomener og hva som grunnleggende sett finnes (Goertz & Mahoney, 2012, s. 207), betegner epistemologien hvordan vi oppnår denne kunnskapen, samt validiteten av denne (Langdridge, 2015, s. 248).

I denne oppgaven har forskeren inntatt et kritisk realistisk og kontekstualistisk ståsted. Kritisk realisme som ontologi gir et rammeverk som anerkjenner eksistensen av en ekstern realitet, men der tilgang til denne er mediert av sosio-kulturelle konstruksjoner, mens kontekstualisme som epistemologi fremhever hvordan kontekst spiller en avgjørende rolle for vår forståelse av kunnskap, og hvordan uttalelser om meningsinnhold og overbevisninger springer ut fra nettopp den konteksten de oppstår i (Clarke et al., 2015, s. 224). Et kritisk realistisk og kontekstualistisk perspektiv kan gi verdifull innsikt i kompleksiteten i hvordan deltakernes realitet og kunnskap om denne kan forstås, og oppfordrer forskeren til å utforske

strukturene og prosessene som former fenomener. I kvalitativ analyse vil det si at deltakernes beskrivelser gir innblikk i deres subjektive oppfattelser av realiteten, mens mening og funn oppstår i konteksten av intervjusettingen, altså via forskerens fortolkninger av denne realiteten (Clarke et al., 2015, s. 224). Sett opp mot forskningsspørsmålet kan dette epistemologiske og ontologiske ståstedet gi innblikk i den spesifikke, subjektive og sosialt konstruerte måten deltakerne oppfatter sin verden på, altså deres reaksjoner på pasienter med UvPF, uten at det antas at metodologien er i stand til å avdekke objektive sannheter om verden, altså om disse erfaringene er universelle og ekte (Langdridge, 2015, s. 248; Goertz & Mahoney, 2012, s. 213).

Utvalg og rekruttering

Den aktuelle populasjonen det var ønskelig å rekruttere informanter fra, var autoriserte psykologer og psykiatere som jobbet innenfor psykisk helsevern for voksne. For å få en viss bredde i erfaringene med å jobbe med engstelig unnvikende pasienter, ble det vurdert som hensiktsmessig om utvalget bestod av respondenter både fra offentlig og privat sektor. Det ble sendt e-post til flere private psykologfelleskap, og det ble gjort et søk over psykologer og avtalespesialister i Midt-Norge på Legelisten.no. At en spesialist har avtalehjemmel innebærer at de får driftstilskudd fra statens helseøkonomiforvaltning (HELFO), slik at pasienter med henvisning betaler samme egenandel som de ville gjort ved behandling i offentlig sektor (Helsenorge, 2023). Ettersom begge veiledere har tilknytning til og kontakt med DPS'ene i Trøndelag (distriktpsikiatriske senter), ble det via dem sendt ut forespørsel til ledelsen om mulighet for å rekruttere fra deres ansatte. Det ble også sendt forespørsel til et DPS et annet sted i landet, som forskeren hadde kjennskap til fra tidligere arbeidsforhold.

Da rekrutteringsprosessen startet våren 2022, sammenfalt det uheldigvis med innføringen av nytt journalsystem i Trøndelag, og det ble mottatt svar fra ledelsen på poliklinikkene om at de ikke hadde mulighet til å fristille sine ansatte i arbeidstiden for å stille til intervju. Derfor er informantene i studien kun rekruttert fra privat sektor, og ingen av dem jobber per dags dato i det offentlige.

De potensielle kandidatene ble først kontaktet via SMS, med kort info om studiet som skulle gjennomføres, og spørsmål om det var greit å motta uforpliktende informasjon via e-post. De som godtok fikk tilsendt e-post med forespørsel om deltagelse i studien, og det ble vedlagt et skriv med informasjon om formål, gjennomføring og rettigheter. I nevnte informasjonsskriv var det også beskrevet hvilke inklusjonskriterier som gjaldt. For å delta måtte man ha/ha hatt en eller flere pasienter i behandling som tilfredsstillte kravene til

diagnosen F60.6 engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse. I tillegg måtte hovedtematikken for terapien ha vært unnvikende strategier og/eller unnvikende personlighetsproblematikk. Ingen av informantene som ønsket å delta ble ekskludert.

Utvalget i denne studien består av fire psykologspesialister og en psykiater, alle i privat praksis. Tre av dem er kvinner og to er menn. De har alle ulik videreutdanning og spesialisering, og har fordypet seg i og anvender ulike behandlingsmetoder. En av respondentene har ikke avtalehjemmel. Fire av informantene jobber i Trøndelag, mens en jobber et annet sted i Norge. Antall pasienter med engstelig unnvikende PF de anslår å ha hatt i behandling varierer fra 3 til omtrent 30. Alle har tidligere erfaring fra offentlig psykisk helsevern, men i varierende grad. For å kunne beskrive informantene overordnet uten å skille mellom profesjonene, benyttes begrepene terapeut, psykoterapeut og behandler om hverandre. Det er viktig å presisere at dette ikke er beskyttede titler med tilhørende utdannelse, og kan derfor generelt omhandle en rekke ulike faggrupper som gir psykisk helsehjelp og tilbyr samtaler. Disse er likevel ikke inkludert i studien, og begrepene i denne oppgaven refererer derfor kun til autoriserte psykologer og psykiatere.

Det er foretatt et *strategisk utvalg* under rekrutteringen. Dette baserer seg på utvelgelse av informanter med visse kjennetegn som tenkes å være relevante for problemstillingen, og skiller seg derfor fra et *representativt utvalg* (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). En svakhet ved denne seleksjonsmetoden er at utvalget ikke kan sies å være representativt for psykologpopulasjonen, og at funnene ikke kan generaliseres (Langdridge, 2015, s. 46). Ettersom det ikke er formålet med studien, vurderes det heller ikke å være et problem, og funnene vil forhåpentligvis fortsatt ha noe overføringsverdi.

Forskerens refleksivitet

Begrepet *refleksivitet* omhandler antagelsen om at forskeren selv, både bevisst og ubevisst, vil påvirke ulike aspekter av studien, og i kvalitativ forskning blir det derfor viktig å synliggjøre disse forholdene (Yardley, 2015, s. 268). I denne studien blir det spesielt viktig å kommentere på forskerens forforståelse av UvPF som gruppe og i behandling, der begrenset kunnskap førte til en antagelse om at alle disse pasientene sier lite, svarer stort sett «vet ikke», og har utfordringer med å fortelle om seg selv, som igjen gjør det vanskelig, om ikke umulig for terapeuten å gi god behandling. Bevissthet rundt eget ståsted har også vært en gjennomgående refleksjon, og forskerens bakgrunn som profesjonsstudent i psykologi har synliggjort hvordan

personlige preferanser også kan ha påvirket utformingen. I forkant av internpraksis ble andre studenters beretninger om stille og innesluttede pasienter lagt frem som de vanskeligste sakene, der studentterapeuten kunne oppleve intenst ubehag, på grensen til angst, av å ikke få respons, samt oppleve en manglende flyt i samtalen. Forskerens personlighetsstil, i kombinasjon med egne praksiserfaringer, har i stor grad forsterket en preferanse for de som åpent forteller og er med på å drive samtalen, og synliggjort hvordan de stille pasientene også vekker nevnte ubehag hos forskeren. Antagelsen om at dette derfor er sant for alle terapeuter, har skapt en forventning om at dette vil understøttes av datamaterialet og synliggjøres av resultatene. Denne forventningen trenger ikke være problematisk, men det krever at forskeren evner å løsrive seg under analyseprosessen, og heller se forventningene i lys av hypotesetesting, der datamaterialet også kan motbevise disse antagelsene. En bevissthet rundt egen forforståelse vil uansett være viktig å reflektere rundt, slik at funnene ikke styres av forskerens ønske om å bekrefte egne mistanker. Det oppsummeres derfor med at forskerens syn på pasientgruppa og egne preferanser for kommunikasjon har lagt en rekke føringer for utarbeidelse av studien, og det trekkes spesielt fram utforming av problemstilling og forskningsspørsmål, hvilke spørsmål som ble stilt informantene og hva som ble vurdert som interessant i det innledende analysearbeidet.

Selv om forskeren i stor grad har påvirket studien, løftes det i tematisk analyse likevel frem at forskerens subjektivitet og refleksivitet er en styrke og ikke en svakhet, og sees som en viktig del av å skape mening i konteksten av situasjonen (Clarke & Braun, 2018, s. XX). Ulike forskere vil derfor gjøre ulike funn basert på samme datamateriale, som igjen illustrerer fleksibiliteten i TA. Når det ikke antas at ulike tema allerede eksisterer i datamaterialet og venter på å bli funnet, men heller skapes og formes av forskeren, betyr det i praksis at man ikke låses av metoden, som igjen kan produsere en rekke ulike og tilsvarende spennende resultater.

Intervjustruktur

Samtalene med informantene ble lagt opp som en kombinasjon av semistrukturert og ustrukturert intervju. Den første halvdelen var ustrukturert, der de kunne fortelle fritt om hvilke erfaringer de hadde med pasienter med UvPF, uten at det ble lagt noen føringer for hvilke områder disse erfaringene skulle gjelde. Samtalen utviklet seg videre basert på det som ble fortalt, og forskeren forsøkte å følge tråden i dette ved å stille oppfølgingsspørsmål og be om utdypninger og eventuelle eksempler. Samtidig var det på forhånd utarbeidet et sett med spørsmål som ble sammenfattet i en intervjuguide (appendiks 3). Dette var i hovedsak tenkt å

være en hjelp for forskeren, dersom det skulle bli utfordrende å fange opp hvor det kunne utforskes videre, om informantene ikke kom på hva mer de kunne snakke om, eller om samtalen på andre måter skulle stoppe opp. Etter å ha snakket en stund om sine opplevelser, kom det i alle samtalen til et punkt der det virket naturlig å stille disse spørsmålene. Den siste halvdel ble derfor semistrukturert, der spørsmålene var definert på forhånd, men uten krav til at de skulle bli stilt i rekkefølge eller på en bestemt måte (Langdridge, 2015, s. 56).

Intervjuguide

Det første utkastet av intervjuguiden bestod av rundt 20 spørsmål med tilhørende underspørsmål, som ved neste revisjon ble kortet ned til 8. Det ble gjennomført flere testintervju på medstudenter og familiemedlemmer, for å få tilbakemelding på spørsmålsformuleringene, samt opplevelsen av selve gjennomføringen. Den endelige intervjuguiden bestod av totalt fem spørsmål: ett hovedspørsmål som åpnet opp for terapeutenes erfaringer, og fire mer spesifikke, men fortsatt åpne spørsmål. I tillegg ble intervjuene startet med å innhente en kort beskrivelse av deres arbeidserfaring, samt et estimat på hvor mange pasienter de trodde de hadde hatt i behandling. Det var ikke avgjørende å få et nøyaktig tall, men ment for å få et tydeligere innblikk i hva deres beretninger var basert på, og for å “åpne” samtalen. Alle informantene ble også stilt oppfølgingsspørsmål til det de fortalte om, og disse var derfor ikke de samme fra intervju til intervju.

Gjennomføring

Varigheten på intervjuene var estimert å vare +/- 45 minutter. Dette for å ha nok tid til å utforske informantenes erfaringer, samtidig som det ikke skulle vare så lenge at noen ville vegre seg for å delta. Det korteste intervjuet varte i 41 minutter, det lengste varte i 48.5. Fire av intervjuene ble gjennomført via fysisk oppmøte på informantens kontor. En samtale skulle i utgangspunktet gjennomføres digitalt via Zoom, men grunnet tekniske problemer ble dette endret til telefonsamtale. Ved intervju over telefon går man glipp av informasjon fra ansiktsuttrykk og kroppsspråk, men det ble ikke vurdert å ha betydning for noe annet enn flyten i samtalen. Før oppstart av selve intervjuet ble det innhentet skriftlig samtykke til opptak av samtalen. Det ble også gitt informasjon om varighet, pauser og mulighet for å trekke tilbake samtykket. Informanten som deltok over telefon fikk samtykkeskjemaet oversendt på e-post og returnerte skannet versjon etter signering. Telefonen ble da satt på høyttaler, og båndopptakeren ble startet som vanlig.

Personvern og forskningsetikk

Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata, NSD, (appendiks 2). Forskningsetiske hensyn ble vurdert ved oppstart og utarbeidelse av studien, men var også en kontinuerlig prosess gjennom hele prosjektarbeidet. Det er ikke søkt om godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), ettersom det ikke er samlet inn helseopplysninger, samt at informantene er helsepersonell og derfor ikke regnes som en sårbar gruppe.

Små utvalg, som i denne studien, gjør deltakerne mer sårbare for gjenkjenning (Halvorsen & Jerpset, 2016, s. 6). For å sikre deltagerens konfidensialitet, har alle årstall, stedsnavn og navn på arbeidsplasser og studiesteder blitt fjernet fra transkripsjonene, og erstattet med [stedsnavn] og [år]. I det innledende arbeidet ble deltagerne tildelt fiktive navn, som etter hvert ble besluttet å fjerne, for å minske fare for identifisering. Bruk av fiktive navn underveis i skriveprosessen var imidlertid svært nyttig for å sikre at alle informantene ble representert med sitater i analysen.

Analyse av data

Analysen av det innsamlede datamaterialet følger prinsippene for Tematisk analyse (TA), utarbeidet av Braun & Clarke (2006, s. 87), og stegene i analysen deles inn i seks faser; 1) familiarisering, 2) koding, 3) temagenerering, 4) gjennomgang av tema, 5) definere og navngi tema, og 6) rapportering av funnene. Selv om det overordnet er delt inn i ulike faser, stilles det ingen krav til at forskeren jobber kronologisk. Snarere oppfordres det til en organisk bearbeiding av materialet, der man hele veien beveger seg frem og tilbake mellom de ulike stegene (Braun & Clarke, 2006, s. 86). En slik dynamisk tilnærming gir muligheter for en dypere analyse, samtidig som forskeren hele veien holder seg nær til og kommer tettere på datamaterialet (Braun & Clarke, 2022, s. 36). Selve skriveprosessen kan skje parallelt med bearbeidingen, og det er også opp til forskeren selv å bestemme hvorvidt litteraturgjennomgang skal skje i forkant av, samtidig med eller etter selve analysen.

Fase 1: Familiarisering

Den innledende fasen i tematisk analyse dreier seg om familiarisering, rettere sagt å bli kjent med datamaterialet. Grunnlaget for selve analysen er transkripsjoner fra gjennomførte intervju med informantene. Lydfilene er hørt gjennom flere ganger, og alle de fem intervjuene er manuelt konvertert fra lyd til tekst med intelligent verbatim transkripsjon, utført av forskeren

selv. Ved intelligent verbatim transkripsjon skrives alt som sies ordrett, mens kremting, hosting, latter, repetisjoner av ord og pauseord som “ehm” ikke er inkludert (McMullin, 2023, s. 141). Det ble ikke vurdert som relevant for analysen, når denne skulle gjøres på semantisk og ikke latent nivå. Transkribering er en svært tidkrevende prosess som mange velger å overlate til eksterne. Det er i TA anbefalt å ikke hoppe over dette steget, ettersom mye av tolkningsarbeidet starter her, og som skaper et godt grunnlag for familiarisering (Braun & Clarke, 2006, s. 87). Selv om det tidvis har vært både slitsomt og frustrerende, har forskeren samtidig blitt svært godt kjent med innholdet i intervjuene. Gjentatte gjennomlesninger av transkripsjonene har også sikret en dypere forståelse og nærhet til dataene.

Helt fra start og parallelt med analyseprosessen ble det skrevet ned stikkord og notater i en egen bok; alt fra egne forventninger, hva som utpekte seg i intervjuene, erfaringer som kunne anvendes ved neste samtale, samt ulike hypoteser og teorier. Når forskeren er tilstrekkelig familiarisert til dataene vil de resterende fasene være enklere å gjennomføre, ettersom en kan koble på konteksten i intervjusituasjonen, samtidig som meningsinnholdet er lettere tilgjengelig for tolkning.

Fase 2: Koding

Den neste fasen i TA er koding, der hver setning i transkripsjonene gjennomgås en etter en, og alle meningsbærende enheter som kan relateres til forskningsspørsmålet blir markert med en kode (Braun & Clarke, 2006, s. 88). Koden bør kortfattet beskrive hovedpoenget i tekstutdraget uten at konteksten forsvinner, slik at hver kode i seg selv gir nok informasjon om meningsinnholdet, når de senere skal sorteres (Clarke et al., 2015, s. 235).

Kodeprosessen skjedde i flere steg. Først ble aktuelle deler av transkripsjonen markert direkte i sitt respektive Word-dokument, og det ble lagt til en kommentar med navn på koden. Videre ble de avidentifiserte transkripsjonene med tilhørende koder printet ut, for videre sortering og gjennomgang. Først etter at alle intervjuene var kodet ferdig, ble det tydelig hvor omfattende denne prosessen hadde vært og hvor lite som var selektert vekk. I et forsøk på å ikke gå glipp av noe viktig, har det vært søkt etter meningsinnhold i hver eneste setning, som igjen har gjort at alt for mye har blitt kodet. Eksempelvis hadde to av intervjuene med ni siders transkripsjon over 200 koder, der majoriteten av disse var overflødige. Den innledende kodingen ble også for deskriptiv og tekstnær. Antagelig skyldes dette at det ikke har vært holdt høyt nok oppe hva det egentlig letes etter av erfaringer, eller at forskningsspørsmålene innledningsvis var for vagt formulert.

Det ble behov for å gjennomgå alle kodene på nytt for å sortere vekk det som ikke var relevant, korte ned selve navnet på koden, samt å gå opp et tolkningsnivå. Noen av kodene ble slått sammen fordi de omhandlet det samme, mens mange ble selektert vekk. Kodene som ikke ble med videre var enten for lite spesifikke eller manglet relevans for oppgavens avgrensninger og problemstilling. De potensielt relevante kodene fra de utskrevne transkripsjonene ble i neste steg skrevet over på fargekodede post-it-lapper. Selv om det medførte en god del ekstraarbeid, ble resultatet etter den første sorteringen langt færre og mindre omfattende koder, med tydeligere relevans for forskningsspørsmålene.

Tabell 2 viser et eksempel på hvordan utdrag av tekst har blitt kodet:

Tabell 2

Eksempel på innledende koder fra tekstutdrag

Utdrag fra tekst	Innledende koder
<p>«Så hvis du har paranoia og depresjon og unnvikende personlighetsforstyrrelse, så, i de tilfeller så har jeg slitt med å både skape terapeutisk relasjon og opprettholde den, for at det er ikke bra uansett hva faen du gjør altså, det er ikke det som går gærent altså. Jaja, men du er nå.. nei, men. Nei, det skjer ingenting. Nei, gå ut da. Nei, tør ikke. Så da sitter jeg nå egentlig og lurere på hva jeg skal finne på. Kan bli litt sånn, lurere på hva skal jeg gjøre nå? Og med den erfaringen, det, jeg tåler det, greit det, sier jeg, det er ikke noe problem sånn, men jeg får nok en idé, men det kan jo bli litt mye venting da. Jeg kan jo bli en smule utålmodig»</p>	<p>Relasjon vanskelig ved samtidige lidelser</p> <p>Usikker på hvordan fortsette terapien</p> <p>Stillhet og venting</p> <p>Kjenner på utålmodighet</p>

Fase 3: Temagenerering

Den neste fasen går ut på å søke etter mønstre av meningsinnhold, for å sette de individuelle kodene sammen til mulige tema. Det understrekes at det i TA ikke foreligger en antagelse om at tema allerede eksisterer i datamaterialet og vil “stige frem”, som ved visse andre kvalitative tilnærminger, men at forskeren her utfører et selvstendig og aktivt arbeid med å se etter mønstre og sette dem sammen til tema som oppfattes som relevant (Clarke & Braun, 2018,

s.108). Hva som utgjør et tema er opp til den som utfører analysen å avgjøre, og Braun & Clarke (2006, s. 82) presiserer også at det ikke trenger å være en sammenheng med hvor mange av informantene som vektlegger et aspekt og hva som gjør at et tema skal være gjeldende, som i praksis vil si at noe kan være like relevant, selv om det kun omtales i ett eller få av intervjuene. Det er ikke kvantifiserbarheten man er ute etter, men om det fanger opp noe vesentlig knyttet til forskningsspørsmålet

I dette steget ble alle post-it-lappene med koder hengt opp på en tom, hvit vegg. Dette ble gjort for å få et overordnet blikk på kodene, og enkelt kunne flytte rundt på lappene uten at de måtte ryddes vekk mellom hver økt. Etter hvert som kodene kom opp på veggen, var det fire kategorier som utpekte seg, og som dannet grunnlaget for den innledende grupperingen. Disse kategoriene var 1) egenskaper ved terapeuten, 2) metode, 3) rammer og 4) annet. Disse ga et godt utgangspunkt for å starte sorteringen og skape et visst system, samtidig som det ble tydelig at kategoriene var for deskriptive, og i tillegg lå tett opp mot spørsmålene som ble stilt informantene under selve intervjuet. Clarke & Braun (2018, s.109) understreker at temaer ikke skal være oppsummeringer innenfor et domene, men tolkninger av mening basert på felles karakteristikker eller en "essens". Datamaterialet kan ikke sies å ha blitt analysert om funnene kun er samlekategoriene av tilsynelatende likt innhold.

Under det videre arbeidet med temagenereringen ble de deskriptive kategoriene tatt opp et analysenivå, der forskeren tolket kodene i lys av forskningsspørsmålet for å hente ut en dypere forståelse av meningsinnholdet. Kategoriene ble utvidet og omformet til arbeidstemaene aktiv terapeut, terapeutens egne reaksjoner, relasjonsbygging, diagnostisering, preferanser/holdninger til pasientgruppa, virksam behandling, utfordrende behandling, avslutning og annet. På dette tidspunktet ble det vurdert som nyttig å reflektere rundt koder og mulige tema med en medstudent. Marianne Aronsen Bjørseth, som selv hadde kjennskap til TA og nylig hadde vært igjennom en temagenerering, bistod i det videre arbeidet. For å ikke bli for låst i de allerede utarbeidede arbeidstemaene som fortsatt lå relativt tett opp mot intervju spørsmålene, ble hver kode gjennomgått på nytt med den hensikt å tolke den *egentlige* meningen (som oppfattet av forskeren).

Det ble nå også synlig at det måtte gjøres noen avgrensninger, for at analysen ikke skulle bli for stor og omfattende. Det pekte seg i hovedsak ut tre områder for informantenes erfaringer; 1) erfaringer med å oppdage, gjenkjenne og forstå lidelsen, samt kjennetegn hos pasientene, 2) erfaringer med ulike metoder og hva som har vært virksam behandling og ikke, og 3) erfaringer som omhandler hvordan de opplever å være terapeut i møte med disse pasientene. Av disse tre områdene er det sistnevnte som best besvarer forskningsspørsmålet,

og det ble besluttet å utelate erfaringene som gikk direkte på pasientene eller behandlingen. Likevel var det viktig å ikke forkaste denne informasjonen for tidlig, da måten de oppfatter pasientene og hvordan de behandler dem, også er viktige erfaringer og et nødvendig bakteppe for å forstå deres egne opplevelser.

For å finne ut hvilke koder som var relevante for forskningsspørsmålene og som kunne videreføres til tema, ble det i denne selekteringsprosessen stilt to overordnede spørsmål.

Disse var:

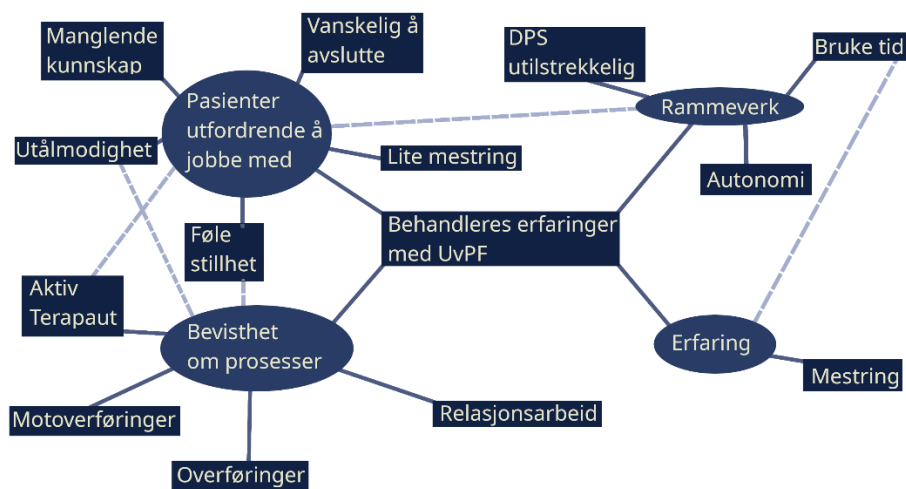
1. Handler dette mer om pasient eller behandling (enn terapeut)? og
2. Er dette for generelt (eller omhandler det erfaringer med UvPF spesielt)?

Ved hjelp av disse kontrollspørsmålene ble fokuset endret fra “alt dette er spennende og relevant” til “er dette relevant for studiens formål og avgrensninger”? Denne utvelgelsesprosessen ble gjennomført over to dager med hjelp av nevnte medstudent, som jevnlig ga påminnelser om disse spørsmålene.

Fase 4: Videreutvikling av tema

Når det foreligger en viss oversikt over hva som utpeker seg som mulige tema, går man i fase fire gjennom disse for å kontrollere at de både holder stand innad og er tilstrekkelig adskilt fra hverandre, uten at de hverken mister sammenheng eller har for mye overlapp (Braun & Clarke, 2006, s. 91). Her ble temaene finjustert og ytterligere spesifisert ved at kodene som utgjorde et tema ble gjennomgått, for å dobbeltsjekke at de omhandlet og beskrev det samme. Noen tema stod seg, andre ble delt opp eller slått sammen, og noen ble fjernet.

Som et verktøy for å se hvordan tema både henger sammen og skiller seg fra hverandre, kan man utarbeide et tematisk kart (Clarke et al., 2015, s. 238). Å benytte et slikt tematisk kart var svært nyttig i arbeidet med denne fasen, da det bidro til å danne en visuell oversikt, samt at det ble lettere å se hvordan temaene plasserte seg opp mot forskningsspørsmålet. Det var også et fint utgangspunkt for å vurdere hvordan temaene hang sammen med datamaterialet, både innad i et datasett, men også på tvers av alle datasettene, som er avgjørende for om temaene gir mening og forklarer funnene på en god måte (Braun & Clarke, 2006, s. 91).



Figur 1: Tematisk kart av innledende tema og undertema (endelige tema vises i Tabell 3, s. 27).

Fase 5: Definere og navngi tema

I denne fasen skal temaenes arbeidstitler omgjøres til distinkte og kortfattede navn, samtidig som det fremgår tydelig hva temaet omhandler. Dette gjøres ved at man går forbi en deskriptiv samlebetegnelse og heller forsøker å definere det mest vesentlige meningsinnholdet som fremstår interessant (Braun & Clarke, 2006, s. 92). For å se om temanavnet fanger essensen av innholdet, kan man her skrive noen setninger om hvordan hvert tema skal defineres. Her vil man få en tydeligere definisjon av hva temaet omhandler og ikke, og det kan også fungere som en fin overgang til selve skriveprosessen, der disse sammenfatningene kan videreutvikles til beskrivelser av funnene (Braun et al., 2015, s. 240). I fase fem kan man også definere temaene ytterligere, ved å se om det finnes undertema som beskriver ulike aspekter av samme fenomen, og som sammen gir en rikere beskrivelse av hovedtemaet (Braun & Clarke, 2006, s. 92). Ved behov kan man også gå tilbake til foregående steg for å revidere og omdefinere både koder og tema.

Fase 6: Rapportering av funn

Den siste fasen er selve skriveprosessen, der analysen beskrives og funnene rapporteres. Skrivearbeidet foregår ikke som en isolert og avsluttende aktivitet, men gjøres parallelt med hele analyseprosessen (Clarke et al., 2015, s. 241). For denne oppgaven startet skrivingen allerede før intervjuene ble gjennomført, ved at det ble utarbeidet et prosessdokument. Her ble alle steg i arbeidet notert, det ble skrevet ned ulike hypoteser, og det ble reflektert rundt subjektivitet, refleksivitet og forskerens ståsted, samt tanker som oppstod underveis. I denne siste fasen av stegene i TA gjør man også en vurdering på hvordan funnene skal rapporteres, slik at det analytiske narrative kommer tydelig fram og at man finner en god balanse mellom sammenfatninger av funnene og sitater fra datamaterialet for å belyse og «bevise» dem (Braun & Clarke, 2006, s. 93).

Resultater

I analyseprosessen ble det identifisert fire overordnede tema, satt sammen av flere undertemaer, som belyser terapeutenes erfaringer med å behandle pasienter med engstelig unnnvikende personlighetsforstyrrelse. Disse presenteres i Tabell 3.

Tabell 3

Oversikt over hovedtema og undertema knyttet til terapeutenes erfaringer

Hovedtema	Undertema
Rammeverk som hindring og muliggjøring	Å bruke tid Autonomi Utilstrekkelig DPS-behandling
Bevissthet rundt terapiprosesser	Terapeuten som relasjonelt objekt Aktiv terapeut Motoverføringer
Utfordringer i behandlingen	Lite mestring Utålmodighet Tåle stillhet
Terapeutisk trygghet	Opplevd mestring Endringer over tid

Rammeverk som hindring og muliggjøring

Det første temaet omhandler informantenes beretninger om hvor avgjørende rammene det jobbes under var for utfallet av terapien, med pasienter generelt og med de engstelig unnnvikende spesielt. Med rammeverk menes her hvordan arbeidsplassen er strukturert, med de til enhver tid gjeldende lover, regler, retningslinjer, anbefalinger og rutiner, samt forventninger og krav til den ansatte. Temaet rammeverk som hindring og muliggjøring består av de tre undertemaene 'å bruke tid', 'autonomi' og 'utilstrekkelig DPS-behandling', som sammen belyser hvordan rammene enten kan fasilitere eller stå i veien for god terapi. Selv om undertemaene her presenteres som avgrensede områder, er det likevel mye overlapp mellom de tre.

Å bruke tid

Et gjennomgående tema i alle intervjuene var bruk av lang nok tid for å gjøre en grundig utredning og få tak på underliggende problematikk, slik at behandlingen ble godt nok tilpasset den enkelte. I oppstarten av behandlingsforløpet så de fleste det som helt nødvendig å ha nok tid til å danne relasjon og terapeutisk allianse, og det ble spesielt trukket fram hvordan pasientene med UvPF nettopp frykter relasjoner, åpenhet og nærhet til andre, og at denne frykten også vil være til stede i terapirommet. Det ble derfor avgjørende å gi pasientene den tiden de trengte på å bygge opp en følelse av rommet som et trygt sted å dele, der de gradvis og i eget tempo kunne bli kjent med både terapeuten og seg selv. Flere hadde erfaring med at pasientene ofte ble enda mer tilbakeholdende om de plukket opp at terapeuten ville raskt i gang med behandlingen. En informant trakk fram hvordan mange av pasientene «bruker mye krefter på å late som at alt er greit», og at det derfor er lett å tro at det går bedre med dem enn det egentlig gjør, om man ikke bruker tid på å fange opp disse mekanismene.

Men i bunn og grunn så tror jeg at hvis du har veldig unnvikende trekk, så har du jo problemer med å sette ord på hva du føler og tenker og alt det der. Og da er det noe med å liksom kunne stole på at den terapeuten du har der har tid til å høre på deg. Og hvis du får en følelse av at her er det et veldig kort tilbud, så sier det seg selv at det kan bli vanskelig.

Å bruke tid ble også svært viktig under prosessen med å finne og sette diagnosen. Spesielt i starten av deres karriere opplevde alle det som vanskelig å fange opp at det kunne dreie seg om en unnvikende personlighetsforstyrrelse, fordi det kliniske uttrykket ofte kunne forveksles med depresjon og/eller sosial angst. Flere fortalte om egne pasienters beretninger om tidlige behandlingsforløp, der de både fikk feil diagnose, og medfølgende feil behandling, fordi terapeuten ikke hadde brukt nok tid til å få fatt på den underliggende problematikken. En informant trakk fram hvordan en god differensialdiagnostisk vurdering kunne legitimere et lengre behandlingsforløp for personlighetsforstyrrelser, gjerne over flere år, enn det som ville være naturlig å gi for behandling av sosial fobi.

Det å ha tid og bli kjent med underliggende problematikk er veldig viktig for å gi en god behandling, faktisk. Det kan ta tid å skjønne et menneske. Absolutt. Det er ikke sånn blodprøve eller røntgenbilde og ferdig med diagnosen.

To informanter var opptatt av å kunne ha lange nok behandlingsforløp til at pasientene fikk erfare at livet svinger, samt å kunne utforske og bearbeide dette sammen med terapeuten. De ble her opptatt av at det for pasientene kan være vanskelig å se at en dårlig periode etter en periode med bedring og fremgang ikke betyr at man går tilbake til start, og at også gode perioder kan være fint å bearbeide. Den ene informanten påpekte at korte behandlingsforløp og for tidlig avslutning, gjerne når pasientene rapporterer å ha det bedre, kunne oppleves som en avvisning. Den andre fremhevet at man som regel da ikke får til å hjelpe disse pasientene. I alle informantenes beretning var derfor å bruke (lang nok) tid helt avgjørende for alle aspekt av behandlingen for UvPF.

Autonomi

Å ha noen grad av selvbestemmelse i egen arbeidshverdag var viktig for alle informantene, og det ble spesielt trukket paralleller mellom privatpraksis og jobb i det offentlige. Samtlige fortalte om større grad av selvstendighet og egenstyring i privat praksis, men flere var opptatt av at det også innenfor offentlig sektor var viktig å kunne legge føringer for hvordan behandlingen for personlighetsforstyrrelse skulle se ut, og selv vurdere hva den enkelte pasient var i behov av.

Jeg synes jo det er fint sånn som jeg kan jobbe nå, det at jeg liksom kan gi, altså, sånn muligheten til at "OK, du kan få komme hit og du kan komme så ofte du vil og så lenge du vil". Det er en sånn der kanskje grunnleggende åpenhet om at du kan få komme sånn som du er da. Og at jeg ikke skal noe mer med dem da, det kanskje er noe viktig i det da. At liksom veien blir til litt sånn underveis.

To informanter uttrykte også en bekymring knyttet til fremtiden som avtalespesialist, og hvordan endringer og større påvirkning av det offentlige potensielt kan redusere kontakten med pasientene og tiden man kan bruke på dem. En informant rapporterte at hun som privatpraktiserende med driftstilskudd foreløpig hadde hatt mulighet til å selv legge føringer for terapiforløpene, men at det ved overgang til felles henvisningsmottak ikke lenger var mulig å tilby langvarig oppfølging i samme grad. En annen var bekymret for krav om mer digitalisering av terapi (videokonsultasjoner), fordi det i stor grad ville redusere kontakten, som hun opplevde som svært viktig både for henne og for pasientene med UvPF.

Utilstrekkelig DPS-behandling

Dette undertemaet viser til informantenes opplevde utfordringer med det offentlige behandlingssystemet, og spesielt hvordan rammene for hva som kan tilbys på distriktpspsykiatriske sentre (DPS) ble sett på som en hindring for både selvbestemmelse og muligheten til å gi langvarig behandling. Alle informantene jobbet på tidspunktet for undersøkelsen i privat praksis, men fire av fem hadde tidligere jobbet på DPS. Dette undertemaet ble omtalt av disse fire.

Samtlige av de fire trakk fram hvordan diagnosen UvPF kan være vanskelig å oppdage på DPS, fordi det her gjerne er snakk om kortere forløp enn det en kan tilby i privat praksis. Noen hadde i retrospekt innsett at de i tidligere jobber i mindre grad hadde oppdaget UvPF, og heller satt andre diagnoser som sosial fobi, depresjon eller en traumelidelse. Samtidig kunne noen av deres pasienter fortelle om en utredning med kun standardiserte spørreskjema for de vanligste symptomlidelsene, der behandleren ikke hadde tatt seg tid til å få fatt på den underliggende tematikken. En informant beskrev å ha møtt pasienter som etter kort tid på DPS hadde fått beskjed om at de ikke var mulige å behandle, ikke var motiverte nok, eller de hadde fått beskjed om at de ikke var prioritert, og vedkommende stilte seg svært kritisk til disse terapeututtalelsene.

En informant snakket om å ha tatt et bevisst valg om å ikke lenger jobbe i det offentlige, da det ble opplevd som et system der man kjapt burde finne riktig diagnose og vite hvordan behandle den, samtidig som det ikke skulle ta for lang tid. To informanter stilte spørsmålsteget ved om behandling av personlighetsforstyrrelser i det hele tatt burde gjøres på DPS, og en annen påpekte hvordan man i det offentlige ikke har mulighet til å jobbe med UvPF om man ikke har de rette rammene rundt, og at man derfor må kjempe for å kunne behandle pasientgruppa over tid. Samtlige fire informanter mente at pasientene med UvPF oftest ikke fikk lang nok hjelp på DPS, og en uttrykte spesielt hvordan kort behandling for denne gruppa kunne ødelegge mer enn den var til hjelp:

Men når vi er i en sånn fase der vi blir kutta her og der, så blir liksom.. så blir liksom impulsen "ja, men alle kan få ti timer". Og det er jo en del pasienter som trenger ti og bare ti timer, det er jo helt ypperlig å få ti timer, men for engstelig unnvikende er jo det stort sett ingen ting. Det er egentlig vondt verre, kan vi tenke oss, hvis et system gir ti timer når du trenger hundre, så trenger vi egentlig å fange opp det behovet tydeligere og så kunne legitimere og planlegge for bedre behandlinger da.

En informant snakket om at flere pasienter tidligere hadde droppet ut av behandling på DPS, og uttrykte en bekymring for om det i det offentlige i det hele tatt ble gjort forsøk på å hente inn igjen de som virket å ikke ville fortsette. Det ble her understreket hvordan terapeuter bør forstå relasjonelt hva de unnvikende pasientene holder på med når de dropper ut, og gjøre en innsats for å hekte dem på igjen. Samtidig hadde vedkommende tanker om at det sannsynligvis ikke er rom for å ta hensyn til dette når de ansatte på poliklinikkene er presset på tid:

Det er noe med at de har kunnet holde på å unnvike da, virker det som da. Og så at det kanskje er et system som er ganske overarbeida da, så til å så... at noen velger å unnvike kan nesten være litt sånn greit, for da kan man ta inn nestemann.

Selv om alle informantene belyste hvordan offentlig poliklinisk behandling kunne være uhensiktsmessig for pasientene med UvPF, hadde flere samtidig en bevissthet rundt hvordan DPS'ene kan «havne i en skvis», der de må forholde seg til lange ventelister med pasienter som har rett på helsehjelp innen en bestemt frist, samtidig som de har begrenset med ansattressurser. Det ble bl.a. nevnt hvordan det ikke nødvendigvis handlet om uvilje fra behandlernes side, men at de ansatte hele veien måtte forholde seg til hvordan systemet var lagt opp, som dessverre ikke gagnet pasientene.

Bevissthet rundt terapiprosesser

Dette temaet omhandler ulike mellommenneskelige terapiprosesser, og spesielt hvordan informantene er bevisste på og adresserer hvordan de også er en relasjonell erfaring i pasientens liv, og tilhørende hva som kan vekkes eller oppstå i denne relasjonen. Selv om det også her er en god del overlapp, utpekte det seg under analysen likevel som distinkte undertema.

Terapeuten som relasjonelt objekt

Ved å gå i et psykoterapiforløp, blir også behandleren man møter en relasjonell erfaring, uavhengig av hvor hyppig denne kontakten er. Alle informantene snakket om pasient-terapeut-relasjonen, men var opptatt av ulike aspekter ved den. De fleste trakk frem hvordan en god relasjon til pasienten kunne gi større rom for å prøve og feile, samtidig som at å

adressere relasjonen til terapeuten kunne være en nyttig innfallsvinkel til å jobbe med relasjonene ellers i livet. Flere var derfor opptatt av å spørre om hvordan de opplevde samspillet:

De tolker og leter veldig etter om du blir utålmodig eller du synes at de er det ene eller det andre. Og jeg tror ikke de viser nødvendigvis at de tenker eller tolker, men det er ganske viktig å få snakke om hvordan de oppfatter relasjonen med meg også. Så, egentlig, for å trygge, så må du snakke også om det, tror jeg. For det som er veldig bra er hvis de begynner å føle at du har gjort noe gærent. For da kan vi jo virkelig få snakke om det.

Flere nevnte at det pasientene kjenner på i overføringsfeltet kan komme i veien for en god behandlingsrelasjon. Det ble bl.a. nevnt når pasientene føler at terapeuten ikke vil dem vel, eller tenker de er udugelige og ikke får til noe. En informant var opptatt av å forstå hvilke relasjonelle faktorer som gjorde at pasientene kunne droppe ut av terapien, og hvordan frykten for å bli avvist, kritisert eller komme for nær, gjorde at de også fikk behov for å unnvike relasjonen med behandler. Hos noen pasienter kunne de relasjonelle vanskene fremstå som så fastlåst at de ville bli umulig å endre, selv med langvarig terapi, mens det hos andre kunne være utfordrende å plukke opp årsaken til at relasjonen ble vanskelig:

Det å prøve å dyrke en sånn holdning om at vi prøver så godt vi kan en stund, og hvis du og jeg ikke får det til sammen, så skal vi ikke liksom prøve og prøve og prøve på ubegrenset tid, da er det kanskje noe som skjer mellom oss, noe vi ikke får tak i, da er det kanskje mye bedre å ikke gå i terapi, eller starte hos noen andre da.

Når pasientene med UvPF ofte har store vansker med tilknytning og tillitt til andre, ble det for tre av informantene viktig å forsøke å være en motvekt til dette, ved å gi dem en trygg relasjonell erfaring, og være en som prøver å forstå dem. Dette ble i hovedsak gjort ved å gi pasientene tid til å tørre å åpne seg, og ikke ha forventninger om at endringsarbeid skulle skje raskt:

(...) å hele tiden utforske og vise nysgjerrighet, men ikke sånn at jeg sitter med svaret. Ikke noe annet enn på en måte at jeg holder deg da, at jeg skal ikke gå noen plass, eller at jeg gir deg ikke opp.

En informant fortalte om hvordan pasient-terapeut-relasjonen også kunne være en utfordring med tanke på å avslutte behandlingen, når terapeuten var blitt den eneste pasientene stolte på og kunne åpne seg til. Resultatet av dette ble ofte at forløpene varte lenge etter at den terapeutiske forandringen hadde stoppet opp, og mye lenger enn hva behandleren selv var komfortabel med. Vedkommende hadde også tenkt på hvordan dette ville vært enklere på et DPS, der ledelsen, grunnet kapasitet og ventelister, kunne avgjøre at forløpet skulle avsluttes.

(...) det kan vel i og for seg være aktuelt med den gjengen der at det kan komme litt sånn spørsmål til meg og sånn «hva synes du du får ut av å gå her nå»? Kanskje med et håp om at de skal si «nei, men jeg tror jeg begynner å bli ferdig». Skal jeg være helt ærlig.

Aktiv terapeut

Alle informantene snakket om hvordan de måtte være mer aktive i møte med pasientene med UvPF. En omtalte UvPF som «den stille lidelsen», og hadde lagt merke til hvordan kommunikasjonen med disse pasientene skilte seg betydelig fra den med andre pasienter; de følte seg så hemmet i den sosiale interaksjonen at de ble passive. Noen følte de måtte være aktive gjennom hele forløpet, mens andre så mest behovet for å være det i starten. En jobbet hardt for å finne en inngangsport i samtalen, men hadde inntrykk av at pasientene fortalte mer etter hvert som de ble tryggere. Flere hadde blitt mer aktive over tid, og funnet ut at de ikke kom videre i samtalen om de ble sittende å vente på svar. To informanter beskrev hvordan de kom med ulike forslag når pasientene strevde med å uttrykke seg, da de hadde erfart at det ofte var lettere å bekrefte eller avkrefte, enn det var å selv skulle fortelle. Forslagene kunne bl.a. omhandle hva de hadde vært utsatt for av traumatiske og belastende hendelser, hypoteser om hva de kunne tenke eller føle på under samtalen, eller forslag til hva det var mulig å jobbe med i terapien.

Nei, det handler jo om å stille spørsmål og tørre å utfordre folk. Altså, ikke bare, altså... "du er veldig stille, hva tenker du på? Sitter du her og tenker på noe? Hvordan kjennes det ut å være så stille? Hvordan føles det når du ikke får sagt det du... er det frustrerende? Synes du det... hvordan er det egentlig?" Det sier seg selv at du må være litt sånn. Ja. Jeg tror mye handler om kommunikasjonsstilen til psykologen og, vel så mye som metoder, i forhold til denne gruppa.

To informanter fortalte om pasienters beskrivelser av tidligere behandling, der terapeutene hadde vært alt for snille og forsiktige, og der pasientene hadde blitt frustrerte over at det ikke skjedde nok og de ikke kom seg videre i livet. En av dem hadde også tanker om hvordan en tilbakeleent psykoanalytisk tilnærming til disse pasientene kunne være både regressivt og direkte uforsvarlig.

Og en veldig tilbakeholden terapeut vil jo slite, altså det vil jo bli en veldig sånn mismatch da. For at da, hvem skal da sette ord på ting? Jeg tror for denne gruppa så må du komme med litt forslag og så, ja, vise litt mulige veier. Være litt tydelig på hva vi kan prøve å gjøre.

En av informantene mente at pasientgruppa tålte mer enn det kunne virke som utad, og at det ikke handlet om å være forsiktig, men tydelig. Flere trakk frem hvordan dette kunne være en vanskelig balansegang, der de måtte finne en gylden middelvei mellom å være aktiv og å ikke pushe for mye, slik at det å være en aktiv terapeut ikke gikk over i å overkjøre pasientene:

Ja, det er der det er vanskelig, ikke sant, fordi at det er vanskelig å kalibrere det. For med, altså, hvis du blir for aktiv, så blir de jo helt parkert. Og hvis du ikke er aktiv, så går det så sakte. Da skjer det så lite. Så jeg føler jo mer en trang til å være mer aktiv, som jeg må tøyte.

Motoverføringer

Med motoverføringer menes her alle de følelser og reaksjoner som pasienten, bevisst eller ubevisst, vekker hos terapeuten. Alle informantene snakket om motoverføringer i form av utålmodighet. Dette skilte seg imidlertid ut som et distinkt undertema, og omtales senere under 'utfordringer i behandlingen'. Tre av informantene var også opptatt av andre områder der motoverføringer som fenomen preget dem under samtalene med de engstelig unnvikende pasientene. En fortalte om det store lidelsestrykket, der også vedkommende kunne kjenne på en utilstrekkelighetsfølelse, som ikke ble direkte uttrykt av pasientene. En annen hadde funnet ut at å selv kjenne på tristhet, sinne og glede i timene kunne være en pekepinn på at personen i rommet var engstelig unnvikende, og at denne måten å bli fylt av intense følelser, som egentlig ikke var ens egne, ikke var noe som utpreget seg på samme måte hos andre pasientgrupper.

Ja, da har jeg tenkt liksom sånn at jeg kan kjenne litt sånn i meg selv, på en måte, noen følelser da, som jeg tenker at de ikke kjenner på eller kanskje har det litt sånn undertrykt eller, ja, jeg kan kjenne meg veldig sånn fylt da, med følelser. Altså, det høres jo helt sånn paradoksalt ut i forhold til hva de kanskje kan presentere seg som.

To av informantene snakket om hvordan de brukte motoverføringene aktivt i terapien, der de formidlet hva de kjente på til pasienten, for å hjelpe dem med å sette ord på hva de selv kunne ha følt i den aktuelle situasjonen. Dette gjaldt spesielt en følelse av undertrykt sinne. En beskrev hvordan dette fysisk kunne manifestere seg i kroppen, via anspenthet og at nevene knyttet seg, og være en inngangsport til å bearbeide vonde erfaringer sammen med pasientene:

Så det er nok en sånn opplevelse av å føle seg krenka. Det er noe som de ikke har fått tatt igjen, eller kanskje ikke hatt muligheten til å kunne få noe utløp for da (...) Så hvis jeg får tak på det der, og at de begynner i hvert fall sånn å få det her litt mer sånn forvaltet og foredlet, for å si det sånn da, til verden, da er de jo klare for å kunne jobbe eller kanskje nærme seg relasjoner.

En av informantene snakket også om hvordan terapeuter bør være seg bevisst hva som kan vekkes i dem av motoverføringer, for å ikke utagere dette overfor pasientene. Det ble bl.a. vist til utålmodighet og behov for at det skal gå fort i terapien, samt om en føler på sinne rettet mot pasientene, som igjen gjør at man kan bli autoritær og bedreviter. Vedkommende påpekte at dette kunne være svært uheldig for disse pasientene, som allerede er så sensitive for hvordan de blir møtt av andre.

Utfordringer i behandlingen

Selv om de fleste opplevde å både like og få til å jobbe med pasienter med UvPF, var det likevel en del utfordringer som kunne oppstå. Noen av disse omtales under dette temaet.

Lite mestring

Alle informantene hadde kjent på en følelse av å ikke forstå, ikke mestre eller ikke strekke til, på et eller annet tidspunkt i sin tid som psykoterapeut. Flere opplevde imidlertid at dette hadde endret seg til det bedre, og at de i større grad fikk til behandlingen etter hvert som de

var blitt mer erfarne. Dette omtales ytterligere under siste hovedtema om terapeutisk trygghet.

En hadde tilegna seg nye behandlingsmetoder og opplevde større grad av mestring i terapien, men kunne fortsatt kjenne på nederlag om pasientene ikke ble bedre. En annen opplevde sjeldent fremgang i behandlingen av UvPF, og så på pasientgruppa som terapiresistente. Dette hang spesielt sammen med hvor vanskelig det var å skulle jobbe med noen som anstrengte seg så mye for å unngå emosjonalitet, både i kontakt med andre og seg selv. Det kunne også være relatert til pasientenes sårbarhet for kritikk, som igjen gjorde alliansen vanskelig, eller de hadde en følelse av at behandleren ikke var en som ville dem vel. Samtidig kunne det være utfordrende å vite når engstelige og unnvikende personlighetstrekk var tilstrekkelig til stede til å bli ansett som en personlighetsforstyrrelse:

Unnvikende personlighet da, på grensa til diagnosen, jeg er ikke helt sikker på hvor den går da, må jeg innrømme, men når det gjelder, jeg vet ikke, du skal vel ha en del... ganske mye dysfunksjon.

For noen av informantene kunne opplevelsen av lite mestring henge sammen med manglende kunnskap. Det kunne være relatert til hvordan fange opp og sette riktig diagnose, hvordan de skulle forstå pasientens vansker, eller hvordan behandlingen for UvPF burde se ut, og hva som var neste steg i terapien. Flere var opptatt av å bruke lang tid på å finne riktig diagnose, da pasientenes vansker ofte kunne vise seg som angst og depresjon, eller de var tilbakeholdende rundt hvordan de egentlig hadde det:

Så sånn sett så tror jeg at mange av de som går til meg har de trekkene, men jeg tror det skal litt til, altså, å sette den diagnosen, det er noe jeg tenker, ja, at du må kanskje bruke litt tid på, for å se og, egentlig. Også fordi mange av dem i utgangspunktet skammer seg veldig over det, eller det er mye skam innebefatta med det her, og det er mye det å prøve å skjule egentlig, hvordan en har det.

Utålmodighet

Flere beskrev arbeidet med engstelig unnvikende pasienter som et tålmodighetsarbeid som kunne kreve mye av dem, og alle unntatt en hadde kjent på at de til tider kunne bli utålmodige. Informanten som ikke beskrev dette selv, trakk fram hvordan utålmodighet hos terapeuten kunne være svært uheldig, spesielt om det påvirket tempoet og forventningene i behandlingen, men også om dette var noe pasientene kunne plukke opp og føle seg avvist av.

Tre av informantene snakket om hvordan egen utålmodighet kunne være et frustrerende moment, samtidig som det også kunne skape en fremdrift som pasientene hadde godt av, og som derfor var både en styrke og en svakhet. De påpekte likevel at pasientene kunne være sensitive for terapeutenes reaksjoner, og at dette i så fall var noe som burde adresseres i timene.

Ja, jeg merker jo når jeg selv blir utålmodig da. Ja. Alle kan bli det. Eller. Jeg er jo veldig sånn på, spør dem om hva de synes og hvordan de oppfatter å være her i rommet med meg. Og hvis jeg selv merker at kanskje jeg har hevet stemmen litt eller et eller annet, trenger ikke ha vært utålmodig engang... Så er dette en gruppe du må være litt oppmerksom på... hvordan de takler det.

En informant hadde tenkt at de engstelig unnvikende pasientene hadde hatt godt av å gå til en mer tålmodig terapeut. En annen hadde lagt merke til at opptattheten av å avgrense terapiforløpene og holde fast ved den planlagte varigheten kunne være et symbol på egen utålmodighet i møte med UvPF.

Tåle stillheten

Alle informantene hadde opplevd at det med engstelig unnvikende pasienter kunne bli mye stillhet og venting i samtalen. En av dem fortalte at en behandlingstime på tre kvarter gjerne kunne bestå av femten minutters prat og en halvtimes stillhet. Flere nevnte at de ble urolige av denne stillheten, og at det opplevdes ubehagelig med en manglende respons. De kunne bli usikre på hva som skjedde i samspillet, og tenkte mye på hva de skulle si videre for å forsøke å få pasienten til å dele mer. Etter hvert hadde de fleste fått en større aksept for at stillhet var noe de måtte øve seg på å tåle, og at det var enklere å tilpasse sine egne reaksjoner enn å endre pasientens kommunikasjonsstil. Selv om de fleste opplevde stillheten som noe de var blitt vant med, var det ikke nødvendigvis en enkel oppgave.

Og den, det å ikke si veldig mye, den stillheten som kan komme av og til. Men psykoterapeutisk man må også tåle stillheten. Fordi det er akkurat det som de også frykter, sosialt, at de tror at de er så dumme eller de er så mindre eller lite verdt, fordi hvis de ikke kan finne noe å snakke om, eller, ikke sant? Så da, å tåle stillheten også er en del av psykoterapi-rommet. At terapeuten tåler. Men selvfølgelig, det er ikke lett.

Terapeutisk trygghet

Det siste temaet beskriver terapeutenes opplevelser av mestring i arbeidet med pasienter med UvPF. Det ble spesielt trukket fram hvordan de over tid og med økt erfaring både hadde endret sitt syn på pasientgruppa, men også synet på seg selv som terapeut.

Opplevd mestring

De fleste informantene oppga å både like og mestre å jobbe med pasienter med UvPF, og hadde erfart at pasientene ble bedre av behandlingen, og i noen tilfeller kvitt diagnosen. En informant beskrev en form for tristhet og oppgitthet ved å høre om andres beretninger av pasienter som dropper ut av behandling og arbeid, når vedkommende selv hadde erfart å ha fått til å snu disse pasientene. Flere hadde også kjent på at det var ekstra givende når behandlingen var vellykket. Selv om det generelt kan være tilfellet at terapeuter kjenner på mestring ved bedring hos pasientene, virket det likevel å være noe spesielt belønnende når det gjaldt disse pasientene:

Så egentlig, jeg må jo si jeg liker å jobbe med den gruppen klienter, for at det, det er ofte, det er jo et tålmodighetsarbeid, men samtidig så er det ganske... gir ganske mye når det slipper taket eller når de klarer å slippe seg løs etter hvert. Og så er jo det veldig givende.

Endringer over tid

Informantenes beretninger bar i stor grad preg av endring som et gjennomgående tema, og som spesielt viste seg på to hovedområder; hvordan synet på pasientgruppa hadde endret seg over tid, og hvordan tiden også hadde endret holdningene de hadde til seg selv som terapeut. Sistnevnte viser utfordringer de kunne ha som yngre og mer uerfarne terapeuter, der de hadde høye forventninger til seg selv og hva de skulle få til i behandlingen. Denne endringen bar også preg av at erfaring med pasientgruppa hadde økt. Alle trakk frem hvordan de nå hadde en aksept for at de som terapeuter ikke behøvde å være perfekte og få til alt, og at de kunne prøve seg frem og gjøre feil når de også hadde mulighet til å reparere i relasjonen.

I noen miljøer eller noen tradi... altså, terapiformer, så blir det dyrket en mer slags sånn perfeksjonisme da, terapeuten skal leve opp til en gullstandard slik og slik, og det er, ja, det er jo akkurat samme fella som pasienter kan gå i, ikke sant, at da er det ikke bra nok hvis ikke det er perfekt da.

Flere beskrev irritasjon og frustrasjon over at de tidligere i karrieren fikk til lite i terapien med de engstelig unnvikende pasientene, samtidig som de fleste rapporterte å få til langt mer i behandlingen nå enn tidligere.

Også måten de forstod og forholdt seg til pasientgruppa hadde endret seg over tid, i takt med økt kunnskap, mer erfaring og større aksept for seg selv som en feilbarlig terapeut. En informant hadde lagt merke til hvordan det psykologiske fagfeltets syn på pasientene hadde utviklet seg fra pessimisme og håpløshet til optimisme.

*Så fra å være en pasientgruppe som jeg tenkte var liksom den vanskeligste å hjelpe, så tenker jeg nå det er en pasientgruppe som det er **mulig** å hjelpe. Ikke noe lettere eller forså vidt nødvendigvis mye vanskeligere heller da. Så jeg synes jeg har vært med på den reisen, at vi hadde.. vi hadde glemt dem, til å tenke at vi ikke klarer å hjelpe dem, til at vi tenker at vi nå har en god del ting vi kan prøve på, da.*

En av informantene hadde også funnet en trygghet i å være eldre, en form for “senioreffekt”, som gagnet både behandler og pasient:

Når jeg var yngre, så kunne jeg bli mer sånn jagende på «kom igjen nå da», mens det er litt mer sånn senior-aksepterende, det skaper nok en viss trygghet som noen har godt av. Så at jeg merker nok at jeg har lettere for å få den typen til å sitte i ro og slappe av i stolen, enn da jeg var yngre, i hvert fall, eller ferskere.

Diskusjon

Formålet med denne studien var å undersøke terapeuters erfaringer med å jobbe med pasienter med engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse, og få et innblikk i hvordan de selv ble påvirket av disse møtene. I analysen ble det identifisert fire hovedtema; 'rammeverk som hindring og muliggjøring', 'bevissthet rundt terapiprosesser', 'utfordringer i behandlingen' og 'terapeutisk trygghet'. Informantene i denne studien var i stor grad opptatt av å ta seg tid til å bli kjent med pasientene, for å danne en trygg nok relasjon til at de turte å åpne opp om de underliggende vanskene, som på overflaten kunne vise seg som angst og depresjon. Før å få til dette, var det helt avgjørende at arbeidsplassen hadde rammene til å gi langvarige forløp, samt at den ansatte selv kunne legge føringene for hvordan behandlingen burde se ut. De opplevde stor grad av frihet og selvbestemmelse i privatpraksis, og så dette som en skarp kontrast til behandling på distriktpspsykiatriske sentre, som ofte var preget av korte forløp, raske avgjørelser og for tidlige avslutninger. Når tiden ikke var en hindrende faktor, kunne relasjonen som oppstod mellom pasient og terapeut gi rom for å prøve og feile, og behandlingsrelasjonen kunne i seg selv være gjenstand for terapi. Ved å adressere pasientenes reaksjoner på behandleren, kunne de få en inngangsport til å jobbe med de relasjonelle vanskene som utspilte seg også utenfor terapirommet. Som reaksjon på at pasientene ofte kunne fremstå stille og passive, hadde terapeutene tilegnet seg en mer aktiv rolle i samtalene, som bl.a. spilte seg ut ved at de kunne komme med forslag, når pasientene strevde med å svare på åpne spørsmål. Samtidig var det viktig å finne en balanse i hvor aktive de skulle være, for ikke å risikere å overkjøre pasientene. Underveis i forløpene kunne informantene kjenne på en rekke motoverføringer, der emosjoner som glede, sinne, utilstrekkelighet, frustrasjon og irritasjon ble vekket i dem. Ved å knytte egne reaksjoner til pasientenes undertrykte følelser, kunne de hjelpe dem med å sette ord på indre tilstander knyttet til tidligere erfaringer, som videre kunne bearbeides sammen med terapeuten. Selv om de fleste nå hadde funnet gode metoder for å jobbe med UvPF, hadde alle på ulike tidspunkt kjent på å ikke forstå pasientene eller ikke mestre terapien. Dette kunne henge sammen med lite kunnskap om hva som skilte diagnosen fra eksempelvis sosial angst, eller hvordan behandlingen for UvPF burde se ut. Pasientenes stillhet og tilbakeholdenhet kunne videre vekke utålmodighet hos informantene. I noen tilfeller kunne dette skape en form for fremgang i terapien, samtidig som det kunne være uheldig om pasientene fanget opp denne utålmodigheten. Over tid hadde informantene erfart at stillhet og venting var et gjennomgående tema i samtalene, og at det å tåle denne stillheten var en viktig del av å være

behandler. Til tross for visse utfordringer, opplevde de fleste å både like og mestre å jobbe med pasienter med UvPF, og flere hadde erfart det som ekstra givende å få til å skape bevegelse, når de hadde vært tålmodige over lang tid. Med tiden kom også en holdningsendring, der de ble mindre opptatt av å få til alt i terapien, samtidig som at synet på behandling for UvPF endret seg fra pessimisme til optimisme.

Resultatene fra studien gir både en bekreftelse av tidligere etablert kunnskap om behandling av og reaksjoner på UvPF, samtidig som det avdekkes flere områder som ikke allerede har blitt omtalt i forskningen. I de videre avsnittene vil studiens funn sees opp mot relevant empiri og teori på området, før det avslutningsvis belyses implikasjoner for praksis, styrker og begrensninger ved studien, samt momenter for videre forskning.

Muligheter og utfordringer i pasient-terapeut-relasjonen

Å ha langt nok tid å bli kjent med pasientene og deres utfordringer, samt lang nok tid til å tilpasse en behandling, var viktig for alle informantene. Viktigheten av å bruke tid i møtet med UvPF er også godt dokumentert i litteraturen. Wilberg og Eikenes (2022, s. 200) fremhever hvordan det for disse pasientene tar ekstra lang tid å bli trygg på terapeuten, når deres utrygge tilknytningsstil også gjør relasjonen til behandler utfordrende. Dette støtter også pasientenes beretninger opp under, der de selv trekker frem hvordan endringer og en følelse av vitalitet i behandlingen var avhengig av en opplevelse av at terapeuten både rommet dem og hadde tid til dem (Sørensen et al., 2019, s. 7). Som et ledd i å utforske selve behandlingsrelasjonen, var flere av terapeutene i denne studien opptatt av å spørre pasientene om hvordan de opplevde å være i rommet med dem, og spesifikt adressere disse reaksjonene. Wilberg og Eikenes (2022, s. 195) understreker hvordan det ikke bare er pasientenes relasjonelle utfordringer i “det virkelige liv” som bør være tema for terapi, men at også relasjonen til terapeuten og hva som vekkes i dette møtet bør tematiseres. Noen av terapeutene forsøkte å være en trygg og støttende person som motvekt til pasientenes tidligere manglende erfaringer med slike personer, som ser ut til å sammenfalle med at de engstelig unnvikende pasientene gjerne vekker et omsorgsbehov og en bekymringsrespons i terapeuten (Stefana et al., 2020, s. 707). En av informantene trakk fram hvordan terapeuter bør forstå relasjonelt hva pasientene gjør når de trekker seg ut av behandlingen, og at de samme mekanismene som generelt gjør relasjoner vanskelig, også utspiller seg overfor terapeuten. Dette trekkes også frem av Lampe & Malhi (2018, s. 59), som understreker hvordan pasientenes grunnleggende frykt for å bli avvist utspiller seg på alle sosiale arenaer, og at forskning på de kognitive og

atferdsmessige aspektene av dette kan hjelpe terapeuter til å forstå hvordan de kan motivere dem for å opprettholde terapiforløpet. Samtidig har studier også avdekket at terapeutenes omsorgsreaksjoner også kunne grense til overinvolvering (Stefana et al., 2020, s. 707), som muligens kan være tilfellet ved enkelte informanters aktive arbeid for å hekte inn igjen de pasientene som hadde droppet ut av behandlingen. Noen av informantene følte på en avstand til de unnvikende pasientene, som kan henge sammen med at engstelige pasienter også kan vekke en respons av frakopling (Stefana et al., 2020, s. 707). Dette ser ut til å samsvare med en antagelse om at pasientenes strategi med å undertrykke emosjonalitet for å unngå avvisning hos behandler, i noen tilfeller heller forsterker behandlerens følelse av å være frakoblet og potensielt avvisende, heller enn å forhindre den (Lampe & Malhi, 2018, s. 60).

Terapeutene opplevde i varierende grad at de ikke mestret behandlingen med de engstelig unnvikende pasientene. Dette kunne bl.a. henge sammen med manglende kunnskap om hvordan sette riktig diagnose, samt å ikke vite hvordan den påfølgende behandlingen burde se ut. Dette samsvarer med tidligere litteratur, som trekker frem hvordan terapeuter generelt strever med å fange opp diagnosen (Kantor, 2003, s. 5). Selv om vi nå vet mer om behandling av UvPF enn tidligere, vet vi foreløpig for lite om hvilke behandlingsmetoder som er mest effektive. Foreløpig kan det ikke konkluderes med hva som er den beste behandlingen for UvPF, men det virker som at det viktigste er at kjerneproblemene adresseres, og valg av metode har altså mindre å si for utfallet (Wilberg & Eikenes, 2022, s. 189). Det er høyst relevant å se informantenes opplevelser av manglende mestring, utålmodighet og utfordringer i relasjonen opp mot tilknytningsstilen til de med UvPF, fordi det generelt antas å være langt mer utfordrende for en terapeut å skape en tillitsfull allianse med de pasientene som er mistroiske til andre, sensitive for kritikk og unnvikende i den mellommenneskelige kontakten (Lampe & Malhi, 2018, s. 61).

Informantene rapporterte et behov for å være mer aktive i terapien med de engstelig unnvikende pasientene, som bl.a. kunne gjøres ved å komme med ulike forslag, som pasienten kunne bekrefte eller avkrefte. Pasientene selv opplever i stor grad aktive terapeuter som noe positivt, dersom de også kan kjenne et emosjonelt bånd til vedkommende (Sørensen et al., 2019, s. 7). De syntes det var fint å få ulike forslag fra terapeuten, og fant det hjelpsomt når spørsmål kunne bli stilt på en måte som var lettere å forholde seg til, enn åpne spørsmål om hvordan de ville beskrive sine vansker, eller hva de ønsker å oppnå med terapien (Sørensen et al., 2019, s. 7). Terapeutene i denne studien var i stor grad opptatt av å være utforskende sammen med pasienten, og ikke bli for utålmodig om endringer ikke skjedde så fort som de kunne håpe. Det kan derfor være viktig at terapeuten, også når vedkommende er aktiv, hele

veien er opptatt av å få frem pasientenes tanker, og ikke tilegner dem for mye av sine egne. Informantene var videre opptatt av å finne en balanse mellom å være aktiv og å ikke overstyre pasientene, som en informant beskrev som vanskelig å kalibrere. Flere nevner også at man ikke trenger å være forsiktig, men at man må være tydelig i kommunikasjonen og åpen om hva man holder på med, og hadde god erfaring med dette i terapi. Det kan derfor se ut til å gå fint å utfordre pasientene litt, dersom en hele veien er sensitiv for hvordan pasientene opplever dette, og ikke pushe for mye. Samtidig vet vi ikke hvor grenser går før pasientene opplever at terapeuten blir *for* aktiv. Det kan være uheldig for pasientene om de opplever en mismatch med det terapeuten tilbyr og hva de selv ønsker eller ser nytte av, samtidig som det for mange kan være svært utfordrende å uttrykke dette (Sørensen et al., 2019, s. 7).

Informantenes møte med stillhet og venting i terapirommet, samt egen opplevelse av uro og usikkerhet i møte med denne stillheten, ser ut til å samsvare med antagelsen om at pasientenes mentale og verbale tilbaketrekning i timene er den største utfordringen for den terapeutiske alliansen med pasienter med UvPF (Wilberg & Eikenes, 2022, s. 206). At informantene i mer eller mindre grad hadde blitt vant til denne stillheten og anså den som noe de psykoterapeutisk måtte tåle, kan også henge sammen med deres egne beretninger om å bli tryggere over tid, både på seg selv og på pasientene, i takt med at de ble mer erfarne. De virket i større grad enn tidligere å være aksepterende overfor stillheten som en vedvarende faktor, og lene seg mer på tilliten til sin egen behandlingsbakgrunn og seg selv som verktøy, som foreslått av Coltart (1991, referert i Lane et al., 2002, s. 1097). Det er også sannsynlig å tenke at deres opptatthet av å være en aktiv terapeut kan henge sammen med et behov for å redusere ubehaget som oppstår i denne stillheten, samtidig som det av flere be påpekt å være en avgjørende forutsetning for videreutvikling i samtalene.

Rammer for endringsarbeid

Informantene var opptatt av hvordan rammene de jobbet under var avgjørende for behandlingen de kunne gi til pasientene med UvPF. Alle trakk på ulike måter frem hvordan de mente behandlingen som gis på DPS ikke var tilstrekkelig for disse pasientene, i hovedsak grunnet tidsrammene for pasientforløpet. De fire terapeutene som var opptatt av dette hadde alle selv tidligere jobbet på DPS, og de kunne dermed sette denne erfaringen opp mot hvordan de nå opplevde å jobbe med disse pasientene i privatpraksis. Dette er likevel subjektive erfaringer fra en håndfull terapeuter, og vi kan ikke bruke denne informasjonen til å trekke slutninger om at behandling av UvPF på et DPS er hverken utilstrekkelig eller uforsvarlig. Vi

vet også lite om hvordan behandlingen på DPS faktisk ser ut, og vi kan derfor ikke på nåværende tidspunkt si noe spesifikt om hvordan denne skiller seg fra det tilbudet som kan gis i privatpraksis. Det må også antas å være store forskjeller i hva slags behandling som også gis i privatpraksis, ettersom terapeutene her i langt større grad opplever autonomi i egen arbeidshverdag og kan legge opp løpet som de selv ønsker, samt at det her også er individuelle forskjeller fra terapeut til terapeut. Det vi imidlertid kan trekke noen slutninger om, er informantenes opptatthet av å ha god tid til disse pasientene. Dette bekreftes også av pasientene med UvPF, som trekker fram hvor viktig det er at terapeuten er har tid til å høre på dem og la dem få bli trygge på både behandler og seg selv, for å klare å ta tak i sine vansker (Sørensen et al., 2019, s. 7).

Stefana et al. (2020, s. 710) konkluderer med at studiene som ser på terapeuters reaksjoner på pasienter med personlighetsforstyrrelser, kun får frem deres opplevelser på det tidspunktet de ble spurt. De trekker frem hvordan det er en begrensning ved studiene at de ikke får kartlagt hvordan disse reaksjonene potensielt kan endre seg over tid. Disse endringene fremgår i noen grad av denne studien, der terapeutene reflekterer rundt hvordan de opplevde terapien med de engstelig unnvikende pasientene i starten av sin karriere, sammenlignet med hvordan de nå opplever å jobbe med gruppa. Det virket som at det for de fleste hadde endret seg fra frustrasjon og håpløshet til mestring. Terapeutenes opplevelser av at det var noe ekstra givende å jobbe med pasienter med UvPF ligger tett opp til informantene i Pettersen et al. (2021, s. 150) som opplevde det som «stimulerende, men emosjonelt krevende arbeid».

Implikasjoner for praksis

Fordi de engstelig unnvikende pasientene utgjør en så stor andel av pasientpopulasjonen, både i det offentlige og private, er det potensielt mange behandlere som sitter med vanskelige erfaringer og kan føle seg mislykkede og utilstrekkelige. Et ønske for denne studien var å kunne løfte frem det menneskelige, det følelsesmessige og det tabubelagte som kan oppstå i pasient-terapeut-relasjonen, med håp om at funnene kunne skape et felles grunnlag for aksept og selvmedfølelse når terapeuten misforstår, gjør feil eller ikke får til. Spesielt som ung og uerfaren psykolog kan det oppleves som utfordrende å jobbe med pasienter med engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse, og funnene kan indikere et behov for mer kunnskap under utdannelsen som psykolog og psykiater, om hvordan møte og behandle disse menneskene. Dette kan eksempelvis gjøres via utvidet opplæring i forelesninger og i veiledet

praksis, der det settes mer fokus på forståelse av kjernevanskene ved personlighetsforstyrrelser generelt og ved UvPF spesielt, samt hvordan møte dette på en adekvat måte i terapi. Samtidig bør det også skapes rom for å kunne reflektere rundt egne reaksjoner og bearbeide disse sammen med andre, slik at en står bedre rustet til å stå i det utfordrende tålmodighetsarbeidet.

Funnene kan også gi noen implikasjoner for behandling av UvPF i det offentlige systemet, spesielt knyttet til rammene rundt varighet på forløpene. Dette fordi endring av fastlåste mønstre ved personlighetsforstyrrelser kan ta lang tid, i tillegg til at ulike mellommenneskelige og relasjonelle utfordringer også kan mediere lengde på og utfall av terapi. Videre forskning på tilbudet som gis på DPS kan gi et tydeligere innblikk i aktuelle utfordringer, der det igjen kan utpekes områder for forbedring og revidering. Resultatene av denne studien har forhåpentlig fremhevet behovet for å gi pasientene med UvPF tid, samt hvordan en etterlevelse av dette kan muliggjøre et bedre behandlingstilbud for denne gruppa, også i det offentlige.

Styrker og begrensninger ved studien

Datagrunnlaget for denne studien er innhentet via delvis ustrukturerte og semistrukturerte kvalitative intervju, som har gjort det mulig å få fatt på rike og detaljerte beskrivelser av informantenes erfaringer med å jobbe med UvPF. Tidligere forskning på terapeuters opplevelser av pasienter med personlighetsforstyrrelser har i utstrakt grad vært kvantitative, der grunnlaget for resultatene har vært selvrapporing via standardiserte kartleggingsskjemaer med et utvalg emosjoner og reaksjoner. En styrke ved denne studien er derfor hvordan terapeutenes opplevelser ikke har vært definerte på forhånd, men heller har tatt utgangspunkt i informantenes subjektive og personlige opplevelser, formidlet med deres egne ord. Ettersom forskningsspørsmålet var tilspisset pasienter med UvPF, har det i tillegg vært mulig å få frem de spesifikke reaksjonene på denne pasientgruppa, i motsetning til studier som vurderer dem som del av en større gruppe. Den kvantitative psykoterapiforskningen har i stor grad fokusert på engstelig unnvikende pasienter som del av Cluster C, og som dermed også inkluderer avhengig og tvangspregt personlighetsforstyrrelse. Studier som rapporterer funn basert på blandede tilstandsbilder vil ikke kunne differensiere terapeutenes reaksjoner på pasientene, og det er sannsynlig å tenke at erfaringer fra behandlingsforløp med avhengig eller tvangspregt PF i langt større grad skiller seg fra erfaringene med UvPF enn det disse studiene indikerer.

Videre har fleksibiliteten i Tematisk analyse som metode gjort det mulig å utforske dybden i informantenes beretninger. Dette kan igjen ha fått frem detaljerte og nyanserte beskrivelser som muligens ikke ville blitt fanget opp av mer standardiserte tilnærminger. En kontekstualistisk epistemologisk forankring har også gjort det mulig å se informantenes opplevelser i lys av de sosiale og kulturelle faktorene som oppstår i konteksten av terapirommet i privatpraksis. Fleksibiliteten i metoden og muligheten for å bevege seg frem og tilbake mellom fasene i analysen, har også sikret en dypere forståelse av informantenes opplevelser, og tydeliggjort hvilke avgrensninger som burde gjøres for å få frem kompleksiteten i disse erfaringene. Fleksibiliteten i metoden kan også medføre en begrensning i form av forskerbias, dersom forskeren ikke i stor nok grad evner å løsrive seg fra sine subjektive tolkninger og forutinntatthet i analyseprosessen, som igjen kan påvirke utfallet av studien. Samtidig har forskeren vært bevisst egen subjektivitet både i forkant av og underveis i innsamling- og analysearbeidet, som forhåpentlig har justert noe for denne effekten. Som tidligere nevnt er likevel ikke forskerens refleksivitet og subjektivitet vurdert som en variabel det bør kontrolleres for i Big Q TA, og ansees derfor ikke som et problem. Samlet sett kan vi si at refleksiviteten ved TA er både en styrke og en potensiell svakhet.

I tillegg til nevnte styrker, har studien også noen begrensninger. En åpenbar begrensning er utvalget, som består av forholdsvis få informanter. For omfanget av en hovedoppgave er dette tilstrekkelig, med datainnsamling og -bearbeiding gjennomført av én person, men i forskningsøyemed kan ikke empirigrunnlaget og tilhørende funn sies å være representative for hele populasjonen av psykologer og psykiatere. Resultatene har derfor begrenset populasjonsvaliditet, og funnene er ikke generaliserbare. Informantenes bakgrunn vil også tenkes å kunne være en begrensning, ettersom de fleste i utgangspunktet hadde en psykoanalytisk/psykodynamisk tilnærming. Selv om behandlingsmetodene de anvender varierer noe, må det likevel antas at måten de forstår både pasientene og sine egne reaksjoner er preget av dette synet. Det er eksempelvis ingen med en mer kognitiv forankring i utvalget. Større intern variasjon i teorigrunnlaget hos informantene kunne gitt andre spennende vinklinger som ikke er dekket av denne oppgaven. Informantene er også utelukkende privatpraktiserende med avtalehjemmel, og derfor en forholdsvis homogen. Å inkludere informanter fra offentlig sektor kunne muligens gitt større variasjon i datagrunnlaget, men det er uvisst om det hadde endret resultatene. Det påpekes likevel at det i rekrutteringsprosessen var ønskelig å inkludere informanter fra distriktpsikiatriske sentre, men dette lot seg dessverre ikke gjennomføre. Teorigrunnlaget for oppgaven kan muligens også være en begrensning, da det kan tenkes at søkeordene som ble anvendt ikke har fanget opp alle

relevante studier. Enkelte forskningsartikler som kunne vært aktuelle å inkludere, var publisert i databaser som ikke var dekket av studiestedets tilganger, og lå derfor bak betalingsmur. Et fåtall av disse artiklene ble referert til som sekundærkilder, dersom andre relevante artikler trakk frem interessante funn, mens flertallet ble ekskludert fra litteraturgjennomgangen. Dette kan potensielt ha påvirket diskusjonsdelen av denne oppgaven, da det er sannsynlig at sammenligningsgrunnlaget for funnene, sett opp mot aktuell forskning på området, har blitt noe snevrere.

Videre forskning

Informantene var innom mange ulike tema under intervjuene, men for at hverken analysen eller selve rapporten skulle bli for omfattende, ble det viktig å gjøre noen avgrensninger. Disse avgrensningene var imidlertid styrt av behovet for å besvare forskningsspørsmålene og problemstillingen, og ikke av om informantenes beretninger var relevante eller ikke. Det var med andre ord en rekke interessante erfaringer og vinklinger som kunne vært spennende å utforske videre, men som dermed falt utenfor rammene av denne oppgaven. Disse erfaringene kan likevel fortelle noe om aktuelle områder for videre forskning. Det fremgår bl.a. av datamaterialet at informantene var tydelig preget av egen utdanningsbakgrunn og valg av metode i sin forståelse av de unnvikende pasientene. Å ha en forankring i en psykoterapiretning eller metode virket å være både en trygg ramme og et område for mestring og selvsikkerhet for terapeutene. Dette la naturlig også noen føringer for hva slags tilnærming til behandling for UvPF de mente var nyttig og ikke. Videre forskning på disse metodiske forskjellene og deres implikasjoner for utfall av terapi hadde vært høyst relevant å undersøke videre. Også uavhengig av metodegrunnlag, hadde informantene ulike erfaringer med hva som fungerte i terapi, og hva de opplevde som virksomt for disse pasientene. Psykoterapiforskningen på behandling undersøker i stor grad effekten av spesifikke terapiretninger, slik som CBT, MBT, EFT og skjemasert terapi, mens informantenes erfaringer med hva de har fått til i behandlingen i stor grad også er eklektisk, og ikke nødvendigvis forankret i spesifikke intervensjoner. Informantene trekker også frem store forskjeller mellom jobb i det offentlige og i privatpraksis, og hvordan de engstelig unnvikende pasientene ikke får god nok og langt nok hjelp i behandling på DPS. Forskjellene på utfall av terapi i det offentlige og i det private er heller ikke tidligere undersøkt, og videre forskning på dette kan gi implikasjoner for hvordan bedre tilrettelegge for god behandling av UvPF.

Konklusjon

Denne studien har undersøkt fem psykoterapeuters erfaringer med å jobbe med engstelig unnvikende pasienter, med spesiell interesse for hvordan de selv har blitt påvirket av disse pasientmøtene. Flere av funnene samsvarer med tidligere forskning, bl.a. knyttet til fenomenologien ved engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse, terapeuters erfaringer med å jobbe med personlighetsforstyrrelser generelt, på pasient-terapeut-relasjonen og på overføringer og motoverføringer. Samtidig finnes det ingen studier som spesifikt har undersøkt sammenhengen mellom behandling av UvPF og terapeutenes reaksjoner, når terapeuten er allmennpraktiserende, og dermed ikke er tilknyttet spesialiserte team som gir strukturert behandling. Denne studien gir derfor et unikt innblikk i terapeuters spesifikke og subjektive erfaringer med å jobbe med engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse, der det avdekkes flere områder som ikke allerede er beskrevet i litteraturen. For å kunne gi adekvat behandling til pasienter med UvPF, må rammene det jobbes under kunne tilrettelegges for at terapeutene kan ha så lange forløp som nødvendig, for å ha tid til å avdekke underliggende vansker, sette riktig diagnose, blir kjent med pasienten, danne en trygg relasjon og utforske undertrykte følelser, i et intrikat samspill mellom å være en aktiv terapeut og å tøyse trangen til å skape fortgang i terapien. Det stilles tydelig spørsmålstegn ved om arbeid med UvPF i det hele tatt bør utføres innenfor DPS-systemet, der korte terapiforløp, skjemaserte tilnærminger til diagnostisering og krav til effektiviseringen av behandlingen kan gjøre vondt verre for disse pasientene. Funnene viser også i større grad enn tidligere forskning hvor utfordrende det kan være å jobbe med pasienter med UvPF, og at mye av fremgangen i behandlingen skyldes endringer over tid og opparbeidelse av erfaring over et langt yrkesliv. Samlet impliserer dette et behov for å tenke annerledes rundt behandlingen av UvPF, bl.a. med tanke på hvordan offentlige behandlingsinstanser bør utvide tidsrammene og samtidig redusere presset på den enkelte ansatte om å gi rask og effektiv behandling, for å skape bedre forutsetninger for å forstå disse pasientene og gi adekvat behandling.

Referanseliste

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. utg.). American Psychiatric Association
- Bilotta, E., Giacomantonio, M., Leone, L., Mancini, F. & Coriale, G. (2016). Being alexithymic: Necessity or convenience. Negative emotionality × avoidant coping interactions and alexithymia. *Psychology & psychotherapy*, 89(3), 261-275.
<https://doi.org/10.1111/papt.12079>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A Practical guide for beginners*. SAGE.
- Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE.
- Clarke, V. & Braun, V. (2018). Using thematic analysis in counselling and psychotherapy research: A critical reflection. *Counselling & Psychotherapy Research*, 18(2), 107–110. <https://doi.org/10.1002/capr.12165>
- Clarke, V., Braun, V. & Hayfield, N. (2015). Thematic analysis. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (3. utg., s. 222-248). SAGE.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010, 15. januar). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*.
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Epstein, L. & Ferner, A. H. (1988). Countertransference: The therapist's contribution to therapy. I B. Wolstein (Red.), *Essential papers on countertransference* (s. 282-303). NYU Press
- Eren, N. & Şahin, S. (2016). An evaluation of the difficulties and attitudes mental health professionals experience with people with personality disorders. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 23(1), 22-36.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12257>
- Goertz, G. & Mahoney, J. (2012). Concepts and measurement: Ontology and epistemology. *Social science information*, 51(2), 143-308.
<https://doi.org/10.1177/0539018412437108>

- Halvorsen, K. & Jerpseth. (2016). Forskningsetiske utfordringer ved kvalitative studier. *Sykepleien Forskning*, 14(57440). Artikkel e-57440.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleief.2019.57440>
- Helsenorge. (2023. 26. mai). *Avtalespesialister*.
<https://www.helsenorge.no/behandlere/avtalespesialist/>
- Johansen, M. S., Karterud, S., Normann-Eide, E., Rø, F. G., Kvarstein, E. H. & Wilberg, T. (2018). The relationship between reflective functioning and affect consciousness in patients with avoidant and borderline personality disorders. *Psychoanalytic psychology*, 35(4), 382-393.
<https://www.apa.org/pubs/journals/features/pap-pap0000169.pdf>
- Kantor, M. (2003). *Distancing: Avoidant Personality Disorder*. Praeger publishers.
- Karterud, S. (2017). *Personlighet*. Gyldendal Akademisk.
- Karterud, S., Wilberg, T. & Urnes, Ø. (2017). *Personlighetspsykiatri* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Lampe, L. & Malhi, G.S. (2018). Avoidant personality disorder: Current insights. *Psychology research and behavior management*, 11, 55-66.
<https://doi.org/10.2147/PRBM.S121073>
- Lane, R. C., Koetting, M. G. & Bishop, J. (2002). Silence as communication in psychodynamic psychotherapy. *Clinical psychology review*, 22(7), 1091-1104.
[https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00144-7](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00144-7)
- Langdrige, D. (2015). *Psykologisk forskningsmetode: En innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger* (3. utgave). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Malt, U. (2019, 30. juli). *Motoverføring*. Store norske leksikon.
<https://sml.snl.no/motoverf%C3%B8ring>
- McMullin, C. (2023). Transcription and Qualitative Methods: Implications for Third Sector Research. *Voluntas* 34, 140–153. <https://doi.org/10.1007/s11266-021-00400-3>
- Nicolò, G., Semerari, A., Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Conti, L., D'Angerio, S., Procacci, M., Popolo, R. & Carcione, A. (2011). Alexithymia in personality disorders: Correlations with symptoms and interpersonal functioning. *Psychiatry research*, 190(1), s. 37-42. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.07.046>
- Pettersen, M. S., Moen, A., Børøsund, E. & Wilberg, T. (2021). Therapists' experiences with mentalization-based treatment for avoidant personality disorder. *European journal for qualitative research in psychotherapy*, 11, 143–159. Hentet fra <https://ejqrp.org/index.php/ejqrp/article/view/126>

- Stefana, A., Bulgari, V., Youngstrom, E. A., Dakanalis, A., Bordin, C. & Hopwood, C. J. (2020). Patient personality and psychotherapist reactions in individual psychotherapy setting: a systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(5), 697–713. <https://doi.org/10.1002/cpp.2455>
- Sørensen, K. D. (2019). *Lived experience of avoidant personality disorder: How people diagnosed with avoidant personality disorder make sense of their everyday lives and challenges*. [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo. DUO Vitenarkiv. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-79182>
- Sørensen, K. D., Wilberg, T., Berthelsen, E. & Råbu, M. (2019). Lived experience of treatment for avoidant personality disorder: Searching for courage to be. *Frontiers in psychology*, 10, s. 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02879>
- Torgersen, S., Kringlen, E. & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General psychiatry*, 58(6), 590–596. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.590>
- Wilberg, T. & Eikenes, I. (2022). *Å ønske, men ikke våge: Om engstelig unnnvikende personlighetsproblemer*. Gyldendal Akademisk.
- World Health Organization. (2010). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Gyldendal Akademisk.
- Yardley, L. (2015). Demonstrating validity in qualitative psychology. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (3. utg., s. 257-272). SAGE.

Appendiks

Appendiks 1 - Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Appendiks 2 - Godkjenning NSD

Appendiks 3 - Godkjenning av endringsmelding NSD

Appendiks 4 - Intervjuguide

Appendiks 1 - Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet ”*Psykologers erfaringer med behandling av engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse*”?

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt, dersom du har hatt pasienter i behandling for unnvikende personlighetsforstyrrelse. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

I forbindelse med min hovedoppgave ved profesjonsstudiet i psykologi ved NTNU, ønsker jeg å gjennomføre en studie der formålet er å undersøke og løfte frem psykologers egne kvalitative erfaringer med å skulle gi helsehjelp til mennesker med engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse (EUPF). Selv om engstelig unnvikende personlighet er hyppig forekommende både i normal og klinisk populasjon, vet vi fortsatt for lite om hvordan vi best kan behandle denne pasientgruppen på en måte som gir bedring over tid. Ved å belyse terapeuters opplevelser av å gi individualterapi til pasienter med EUPF, vil vi potensielt kunne danne et tydeligere bilde av hva som fungerer og ikke, og undersøke om terapeuters og pasienters erfaringer sammenfaller. Områder som vil belyses er bl.a danning og opprettholdelse av relasjon og allianse, virksomme og mindre virksomme behandlingsopplegg og personlige erfaringer med pasientgruppen. Ved å dele dine erfaringer fra behandling, vil du kunne være med på å gi ny og verdifull informasjon til feltet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet (NTNU) er ansvarlig for prosjektet, og studien gjennomføres av student Adele Vågsett Holt-Iversen. Hovedveileder er psykologspesialist og førsteamanuensis Joar Øveraas Halvorsen og bi-veileder er psykologspesialist og førsteamanuensis Katrine Høyér Holgersen.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Denne forespørselen sendes til psykologer og psykologspesialister i Trondheim, og du får spørsmål om å delta fordi du står registrert som privatpraktiserende psykolog på Legelisten i Midt-Norge, eller du er ansatt ved et av de distriktpsikiatriske sentrene. Inklusjonskriteriet er at du har hatt en eller flere pasienter i behandling som tilfredsstiller kravene til diagnosen

F60.6 engstelig (unnvikende) personlighetsforstyrrelse, og der hovedtematikken for terapien har vært unnvikende strategier og/eller unnvikende personlighetsproblematikk.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at vi møtes på et avtalt sted i Trondheim og gjennomfører et intervju som tar 45 minutter. Dersom det skulle bli nødvendig, kan intervjuet også gjennomføres digitalt eller over telefon. Det vil bli gjort et lydopptak av samtalen som lagres elektronisk, og anonymiserte transkripsjoner vil brukes i oppgaven.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. De som vil ha tilgang til informasjonen som samles inn er meg som student og mine to veiledere. Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Selve lydopptaket vil bli lagret på kryptert minnepinne som oppbevares innelåst. Opptakene blir transkribert av meg som student, og senere kodet via et dataprogram uten tilgang til internett. Alt av informasjon vil bli avidentifisert, og hverken du eller arbeidsplassen din vil kunne gjenkjennes i oppgaven.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes sommer/høst 2023. Etter innlevering av hovedoppgaven vil alt datamateriale anonymiseres ved at koblingsnøkkelen slettes. I etterkant vil oppgaven kunne bearbeides til en vitenskapelig publikasjon.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med NTNU ved student Adele Vågsett Holt-Iversen (adelevh@stud.ntnu.no), veileder Joar Øveraas Halvorsen (joar.halvorsen@ntnu.no) eller vårt personvernombud Thomas Helgesen (thomas.helgesen@ntnu.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med Personverntjenester på e-post (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Adele Vågsett Holt-Iversen
Stud.psychol

Joar Øveraas Halvorsen
Prosjektansvarlig/veileder

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Psykologers erfaringer med behandling av unnvikende personlighetsforstyrrelse», og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til å stille til intervju og at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Appendiks 2 - Godkjenning NSD

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

347502

Vurderingstype

Standard

Dato

25.10.2022

Tittel

Psykologers erfaringer med behandling av unnvikende personlighetsforstyrrelse

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap (SU) / Institutt for psykologi

Prosjektansvarlig

Joar Øveraas Halvorsen

Student

Adele Vågsett Holt-Iversen

Prosjektperiode

15.10.2022 - 31.12.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.12.2023.

Kommentar**OM VURDERINGEN**

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2023.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger.

Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-enderinger-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Appendiks 3 - Godkjenning av endringsmelding NSD

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

347502

Vurderingstype

Standard

Dato

03.01.2024

Tittel

Psykologers erfaringer med behandling av unnvikende personlighetsforstyrrelse

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap (SU) / Institutt for psykologi

Prosjektansvarlig

Joar Øveraas Halvorsen

Student

Adele Vågsett Holt-Iversen

Prosjektperiode

15.10.2022 - 30.08.2024

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.08.2024.

Kommentar

Vi har nå registrert 30.08.2024 som ny sluttdato for behandling av personopplysninger.

Hvis det blir nødvendig å behandle personopplysninger enda lengre, så kan det være nødvendig å informere prosjektdeltakerne.

Vi vil følge opp ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til videre med prosjektet!

Appendiks 4 - Intervjuguide

Intervjuguide

Innledende spørsmål

- Kan du fortelle litt om bakgrunnen og arbeidserfaringen din?
- Vet du sånn grovt hvor mange pasienter du har hatt med engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse?

Hovedspørsmål

- Kan du fortelle om hvilke erfaringer du har med pasienter med engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse?
- Hvordan oppleves det for deg som terapeut å sitte i rommet med disse pasientene? Hva kan du kjenne på?

Oppfølgingsspørsmål

- Hvordan opplever du å skulle bygge og opprettholde relasjon og allianse?
- Hva kan det handle om når behandlingen blir vanskelig?
- Har du noen eksempler på noe som har fungert bra?
- Er det noe annet du kan komme på som du vil si noe om?

