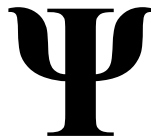




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



Krevende kliniske situasjoner

i et terapeutperspektiv

En kvalitativ studie
av hva som hindrer responsivitet
i psykoterapi

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Marion Hernes Torrissen

Vår 2023

Veileder
Signe Hjelen Stige

Abstract

The purpose of this study was to investigate what characterizes therapists' experiences of demanding situations in clinical work, to further reflect upon therapist development towards responsiveness. Nine semi-structured focus group interviews and one individual interview have been conducted with therapists working at outpatient mental health clinic for children, adolescent and adults. Each group consisted of 2-5 participants and a reflexive thematic analysis was utilized to analyze the data set. Results showed that demanding situations often awoke strong feelings within the therapists and that these feelings were difficult to address in meaningful ways. This may have led to difficulties establishing a relational bond with the client and developing a collaboration in the psychotherapy setting. Contextual factors may have played into this dynamic in a limiting way. The discussion puts forward a perspective on how therapist training, during formal training and later at the workplace, can address therapists' difficulties with their own emotional reactions in order to enhance their abilities to meet clients with appropriate responsiveness.

Sammendrag

Formålet med denne studien var å utforske det terapeuter opplever krevende i kliniske situasjoner, for å ha grunnlag for videre tenkning rundt terapeututvikling i lys av responsivitet. Det har blitt gjennomført ni semi-strukturerte fokusgruppeintervju og ett individuelt intervju, fem i Psykisk helsevern for Barn og Unge (PHBU) og fem i Psykisk helsevern for Voksne (PHV). I hver gruppe deltok 2-5 behandlere og datasettet ble analysert gjennom refleksiv tematisk analyse. Resultatene viste at kliniske situasjoner ofte ble krevende fordi de vekket sterke følelser i terapeuten som kunne bli vanskelig å håndtere. Dette kan ha ført til vansker med å utvikle relasjon og samarbeid med klienten. Ytre forhold kan ha begrenset terapeutenes muligheter for håndtering av egne følelser med sikte på å møte sine klienter responsivt. I diskusjonen argumenteres det for at utdanningsinstitusjonene i større grad kan legge til rette for terapeutopplæring som inkluderer målrettet trening på håndtering av egne følelser, for å kunne fremme responsivitet. Spesialisthelsetjenesten bør prioritere terapeutenes arbeidsforhold slik at disse legger til rette for terapeututvikling, og dermed et mer bærekraftig arbeidsliv.

.

Forord

Takk til min veileder Signe Hjelen Stige for at jeg fikk være med på dette spennende forskningsprosjektet. Med raushet har hun invitert meg med på intervju og alltid hatt døren åpen for engasjerende samtaler rundt terapeututvikling, ferdighetstrening og alt som er spennende i klinisk psykologi. Takk til alle behandlerne som gjennom intervjuene har bidratt med sine erfaringer og refleksjoner rundt sitt kliniske arbeid. Det er med ydmykhet jeg tar med meg deres fortellinger som inspirasjon til å videreutvikle mine kliniske ferdigheter.

Tusen takk Signe for oppmuntring, tålmodighet og gode innspill som har inspirert meg til virkelig å strekke meg – jeg opplever å ha lært mye under denne prosessen og hatt det ordentlig gøy.

Takk til de tre barna mine Runa, Vera og Sverre, for å ha holdt ut seks år med en mamma som tidvis har gjemt seg unna for å lese og skrive om psykologi. Takk for all kaffen dere har hentet og spesielt takk for alle klemmene dere har gitt.

Og til slutt takk til Håvard, mannen min, som for 8 år siden sa «klart du skal følge drømmen din og bli psykolog» og mente det. Det hadde aldri gått uten deg.

Bergen, 1. mai, 2023

Marion Hernes Torrissen

Innholdsfortegnelse

Innledning	1
Psykoterapiforskning	4
Responsivitet i psykoterapi	5
Terapeuteffekten i psykoterapi	10
Terapeututvikling	15
Formål med studien	19
Metode	20
Design	21
Rekruttering og deltakere	22
Intervjuopprosess, datahåndtering og datainnsamling	22
Analyseprosessen	24
Fase en, bli kjent med data og skrive notater med samme formål.	26
Fase to, systematisk datakoding.	26
Fase tre, generere utkast til temaer fra koder og innsamlet data.	27
Fase fire, utvikle og gjennomgå tema.	28
Fase fem, definere, raffinere og navngi tema.	29
Fase seks, skrive rapport.	29
Refleksivitet	30
Etiske betraktninger	31
Resultater	33
<i>Sterke følelser vekkes i terapeuten</i>	33
<i>Å ikke finne vei – Relasjonen og et felles prosjekt uteblir</i>	38
<i>Ytre forhold begrenser mulighetene til å gjøre jobben</i>	41
Diskusjon	46
Hva hindrer responsivitet	47
Hva kan vi gjøre med det?	53
Å hjelpe gjennom egne følelser med målrettet ferdighetstrening	54
Implikasjoner for terapeututvikling	56
Vurdering av metodens kvalitet	58
Konklusjon	60
Referanser	61
Vedlegg	
Intervjuguide	83

“Whether or not therapists can be taught to be empathic and warm, it is of critical importance that they vigilantly work toward conveying a respectful, flexible, accepting, and responsive attitude toward their patients” (Ackerman & Hilsenroth, 2003, s. 173).

Innledning

I 2020 kontaktet 15% av alle menn og 22% av alle kvinner helsetjenesten på grunn av psykiske symptomer og lidelser, ifølge folkehelseinstituttet (Tesli et al., 2023). Av disse var om lag 5% av alle menn og 7% av alle kvinner i kontakt med spesialisthelsetjenesten for disse plagene (Tesli et al., 2023). Det foregår for tiden en økning i antall henvisninger til behandling i psykisk helsevern fra tidligere år (Regjeringen, 2023) og i varskorop fra behandlere og studenter beskrives krevende arbeidsforhold i spesialisthelsetjenesten (Nordland et al., 2022). Helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol oppfordrer til en mer effektiv bruk av fagekspertisen slik at klientene blir tilbudt behandling av høy kvalitet (Regjeringen, 2022). Det kan virke som det er viktigere enn noen gang at behandlere i psykisk helsevern er gode terapeuter som effektivt kan møte og behandle mennesker med psykiske lidelser. Vi trenger å gjøre mer av det som virker og vi trenger bærekraftige arbeidsforhold for behandlere slik at de kan stå i klinisk arbeid over tid.

Gjennom psykoterapiforskning har terapeuter og forskere prøvd å finne bevis for *at* psykoterapi virker og etterhvert undersøke *hvordan* det virker (Wampold & Imel, 2015). Flere meta-analyser utført siden 70tallet har etablert et fundament for bred enighet i feltet om *at* psykoterapi ofte er virksomt (Wampold & Imel, 2015), *hvordan* det virker og *hvorfor det tidvis ikke virker* er et av de fremste målene for psykoterapiforskning å utforske. Psykoterapi forstås i tråd med Wampold og Imels definisjon: en interpersonlig behandling som baserer seg på a) psykologiske prinsipper, b) inkluderer en utdannet terapeut og en klient som har søkt hjelp for psykiske vansker, c) er ment fra terapeutens ståsted til å avhjelpe det det søkes hjelp

for og d) er tilpasset den aktuelle klienten og hennes lidelser (Wampold & Imel, 2015, s. 37). Det finnes flere ulike aktører i feltet som ønsker at deres behandlingsmetoder skal være effektive i møte med mennesker med psykiske lidelser. Gjennom psykoterapiforskning er det funnet, av Rosenzweig allerede i 1936, at det med få unntak *ikke er* signifikante forskjeller i behandlingsutfall mellom de ulike metodene (Hubble et al., 1999; Wampold & Imel, 2015). Dette fenomenet refereres gjerne til som «Dodo-dommen» (Dodo bird verdict), etter dronten i *Alice i eventyrland* som begeistret utroper alle deltagerne i kappløpet som vinnere og vil gi alle premie (Wampold & Imel, 2015). Psykoterapiforskning på konkrete teknikker har tilsvarende funnet at spesifikke intervensjoner, med få unntak, ikke hadde signifikant effekt på behandlingsutfall (Stiles & Shapiro, 1994). Denne kunnskapen har etterhvert ledet flere forskere forbi metodologiske retninger for å undersøke andre elementer av psykoterapi enn effekten av konkrete intervensjoner.

Rosenzweig utarbeidet forløperen til det som etterhvert ble kjent som *fellesfaktorene* i psykoterapi (Wampold & Imel, 2015). Mye forskning har blitt gjort på nettopp fellesfaktorene og forskere har variert fra å finne alt fra 1 til 89 enkeltfaktorer (Finsrud et al., 2022). De faktorene det har vært forsket mest på og som har vist seg å være av signifikant betydning for behandlingsutfall er allianse, samarbeid, enighet om behandlingsmål, terapeutens ikke-dømmende holdning, terapeutens empati og bruk av tilbakemeldingsskjema (Norcross & Lambert, 2018). Flere har gjennom årene utviklet meta-modeller eller taksonomier for å integrere fellesfaktorene inn i et system for å gi oversikt over det som virker i psykoterapi, eksempelvis Orlinsky og Howard (1987), Frank og Frank (1993), Tschacher og kolleger (2014) og senest Wampold (2015) med den kontekstuelle modellen for psykoterapi. En annen måte å undersøke hvordan psykoterapi virker er gjennom konseptualiseringen av terapeutens *responsivitet* (Stiles et al., 1998; Hatcher, 2015; Stiles & Horvath, 2017; Wu & Levitt, 2020; Watson & Wiseman, 2021a, 2021b; Norcross & Wampold, 2019). Responsivitet

defineres som atferd som er påvirket av en kontekst i stadig endring, som også inkluderer oppfatninger og persepsjoner av andres måter å være på. Når en terapeut og en klient responderer på hverandre, baserer responsiviteten seg på det dynamiske forholdet mellom ulike variabler som inkluderer bidireksjonale kausaliteter og feedback loops (Stiles et al., 1998, s.439). Terapeutens responsivitet har også en retning: «In treatment relationships, appropriate responsiveness is the therapist's ability to achieve optimal benefit for the client by adjusting responses to the current state of the client and the interaction» (Hatcher, 2015, s. 747).

Vi kan forstå responsivitet som de tilpasningene terapeuten gjør basert på det som utspiller seg sammen med klienten i terapirommet. I krevende situasjoner vil terapeutens bidrag, terapeuteffekten, være særlig viktig for å oppnå et godt utfall eller klare å snu en vanskelig prosess (Muran et al., 2010). Hatcher foreslår hensiktsmessig (appropriate) responsivitet som en meta-kompetanse hos terapeuter, hvor terapeutiske ferdigheter og fellesfaktorer i terapi fungerer symbiotisk med hensiktsmessig timing i kommunikasjonen av disse (Hatcher, 2015). I krevende situasjoner er det særlig viktig at terapeuten er hensiktsmessig responsiv fordi alliansen og dermed samarbeidet står på spill. Når terapeuten strever med å reparere negative relasjonelle erfaringer og tekniske prosesser kan vi se en sammenheng med dårlige behandlingsutfall (Castonguay et al., 2010).

I denne oppgaven ønsker jeg å se nærmere på hva som hindrer terapeuter i å være responsive i møte med sine klienter gjennom å undersøke hva som kjennetegner situasjoner terapeuter opplever krevende i klinisk arbeid. Antakelsen er at de situasjonene terapeutene opplever krevende også er situasjoner hvor det blir krevende å være gode og responsive terapeuter. Jeg vil bruke begrepene behandler og terapeut om hverandre om den som gir helsehjelp i form av psykoterapi og klient om den eller de som mottar helsehjelp. Klinisk arbeid forstår jeg som alt arbeid som er klientbehandling. Der det er nødvendig med

pronomen velger jeg å beskrive mennesker i hunkjønnnsform. Før resultatene fra studien presenteres vil jeg se nærmere på prosessforskning generelt og responsivitet i psykoterapi spesielt. Deretter vil forskning på terapeuteffekten og terapeututvikling gjennomgås. I diskusjonen drøfter jeg resultatene i lys av responsivitet og relevant forskning, for så å avslutte med mulige implikasjoner for terapeutopplæring og terapeututvikling.

Psykoterapiforskning

Psykoterapi har kommet i mange varianter hvor alle har hatt til hensikt å skulle hjelpe folk å endre på vanskelige følelser, tanker og måter å være på med formål om å bedre livskvaliteten og den psykiske helsen til den enkelte (Wampold & Imel, 2015). Parallelt med utviklingen av nye psykoterapimetoder har forskning på disse etterfulgt. Psykoterapeuter med tilknytning til ulike metoder har gjennomført studier for å undersøke om deres metode har god effekt for endring, noe den store mengden av *utfallsstudier* viser (Wampold & Imel, 2015). I utfallsstudier ønsker en å teste om den behandlingen en forsker på har effekt, ofte måles dette gjennom gullstandarden for kvantitative effektstudier: randomiserte kontrollstudier (RTC, Wampold & Imel, 2015). Mens en i utfallsstudier undersøker hva som virker er en i *prosessforskning* interessert i å utforske hvordan det som virker virker. Hva er det som skjer i terapi som hjelper, hvordan virker psykoterapi og hvorfor oppstår endring? Hardy og Llewelyn (2015, s. 184-186) trekker frem fire overordnede målsettinger forskere søker å oppnå gjennom prosessforskning: 1) forstå mekanismene i psykoterapiprosessen og klientens endringsprosess, 2) øke kvaliteten på psykoterapi, 3) utvikle strukturer og teoretiske rammeverk for å finne rasjonale for psykoterapi og 4) forbedre utdanning og terapeututvikling.

Utfall- og prosessforskning innenfor psykoterapiforskning er til dels overlappende. Gjennom psykoterapiforskningens historie har det vokst frem en polarisert debatt mellom to leirer i fagfeltet; de som forklarer effekt som et resultat av konkrete psykoterapeutiske

metoder med spesifikke intervensjoner og de som forklarer virkningen av psykoterapi basert på fellesfaktorer og relasjon (Miller et al., 2013; Wampold & Imel, 2015). Begge leirene finner bevis for sin forståelse i psykoterapiforskningen da empirien viser at metoden og fellesfaktorene gir behandlingseffekt (Wampold & Imel, 2015; Finsrud et al., 2022; Hatcher, 2021). Imel og Wampold (2015) peker på forståelsen av psykiske lidelser i lys av den medisinske modellen og ukritisk bruk av RTC i utfallsforskning som en av de fremste forklaringene på hvorfor psykoterapiforskningen har strandet i det de kaller *The great psychotherapy debate*. Interessant nok mener flere at en gjennom bruk av RTC har utelukket det som faktisk gir effekt, som terapeuten, eller ikke tatt høyde for de tilpasningene terapeutene gjør for å møte den enkelte klients behov (Wampold & Imel, 2015; Stiles, 1988; Stiles et al., 1998; Kramer & Stiles, 2015). Flere har påpekt begrensningene ved å forske på psykoterapi i slike kontrollerte betingelser, og argumentert for en bredere retning for å utvikle evidensbasert kunnskap om psykoterapi (Wampold, 2015; Wampold & Imel, 2015; Orlinsky, 1987; Nissen-Lie, 2018; Rønnestad 2008; Norcross & Lambert, 2018; Stiles, 1988; Binder et al., 2016; Finsrud et al., 2022). Flere argumenterer nå for at vi gjennom konseptualiseringen av responsivitet vil kunne undersøke det som virker i psykoterapi, ved å rette oppmerksomheten mot *måten* terapeuten forvalter metoden og relasjonen til klienten (Stiles et al., 1998; Hatcher, 2015; Stiles & Horvath, 2017; Wu & Levitt, 2020; Watson & Wiseman, 2021; Norcross & Wampold, 2019). Konseptualiseringen av responsivitet løfter frem hvordan psykoterapi virker, ved at en fokuserer mer på måten metodene brukes på enn på metodene i seg selv.

Responsivitet i psykoterapi. Utviklingen av nye psykoterapimetoder forteller en historie om hvordan terapeuter lenge har prøvd å tilpasse fremgangsmåtene til å møte ulike klients behov. Kvinner med hysteri fikk behandling i psykoanalyse, kognitiv atferdsterapi ble utviklet av Aaron Beck for å hjelpe deprimerte med atferdsaktivering og Carl Rogers

utviklet humanistisk psykologi for å inkludere hele mennesket i terapien (Wampold & Imel, 2015). Hatcher (2021) argumenterer for at bruk av konkrete psykoterapimetoder i seg selv kan være responsivt overfor klientens behov, så lenge etterlevelsen av metoden ikke går fremfor klientens behov når behandlingen viser seg å ikke ha effekt. Ulike terapeuter har utviklet varianter av metoder for å gjøre de mer effektive for klientene sine gjennom ulike tilpasninger. Tilpasningene har gjerne vært rettet mot ulike diagnoser, som kognitiv atferdsterapi (KAT) rettet mot spiseforstyrrelser (CBT E), KAT rettet mot posttraumatisk stresslidelse (CT-PTSD), mindfulness-basert kognitiv terapi rettet mot tilbakevendende depresjon (MBCT) og dialektisk atferdsterapi (DBT) – en behandlingsform utviklet for å hjelpe mennesker med diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (Fairburn, 2008; Ehlers & Clark, 2000; Segal et al., 2002; Linehan, 1993).

De siste 15 årene har strømninger i samfunnet som woke-bevegelsen, bidratt til at majoriteten har fått mer kunnskap om og innsikt i minoriteters levekår og livsverden og akademiske og aktivistiske bevegelser fra 60- og 70-tallet som kritisk raseteori, feminisme og interseksjonalitet har i større grad blitt integrert i prosessforskningen og psykologi som fagfelt (Thorsen, 2023). Noen eksempler på dette er Critical Race Psychology (Salter & Adams, 2013), Feminist Psychology (Matsick et al., 2021), forskning på mikroagresjoner i terapi i forhold til rase (Sue et al., 2007), seksuell orientering (Shelton & Delgado-Romero, 2013), kvinner (Owen et al., 2010), religiøsitet (Trusty et al., 2022) og opplevelser i klientperspektiv på psykoterapi blant minoriteter (Arora et al., 2022). Flere terapeuter ønsker at behandlere skal ha med seg kultursensitivitet inn i terapirommet (Stige, 2009; van der Wele, 2014). Andre tilnærminger, som transdiagnostisk psykoterapi (Dalglish et al., 2020), persontilpasset psykoterapi for unge (Stige et al., 2021; Conejo-Cerón et al., 2021; Taubner et al., 2021; Edbrooke-Childs et al., 2021; Gergov et al., 2022; Liverpool et al., 2020; Mestre et al., 2022; Sales et al., 2021; Volkert et al., 2021; Voursoura et al., 2021) og storverket Norcross og

Wampold (2019) har redigert, *Psychotherapy Relationships that Work: Volume 2: Evidence-Based Therapist Responsiveness*, viser at hele dreiningen i psykoterapifeltet har vendt seg mer mot tilpasninger overfor den unike klienten.

Konseptualiseringen av responsivitet i psykoterapi startet ifølge Wu og Levitt (2020) forsiktig i 1963 med Kohut og Seitzs beskrivelse av klienters optimale frustrasjonsnivå som skulle informere terapeuter om hvordan de skulle holde dette nivået innenfor deres toleranse mens de samtidig utfordret klientens uheldige impulser. Denne responsen ble senere omformulert av Bacal (1985) som *optimal responsivitet* og beskrevet som en måte for terapeuten å tilpasse responsene til klientens utviklingsmessige og relasjonelle behov. Responsivitet i psykoterapi blir ytterligere presisert og nyansert av Stiles og kolleger i 1998 når de formulerer en todeling av konseptet: *responsiv overfor* trekk ved klienten (som personlighet, tilknytningsstil, diagnose, kulturelle bakgrunn, kjønn med mer) og *responsiv med* terapeutiske responser (som valg av behandlingsmetode, intervensjoner, grad av aktivitetsnivå med mer). Konseptualiseringen utvides ytterligere når Watson og Wiseman (2021a) legger til *responsiv inntoning* til klienten, som kombinerer perspektiver fra utviklingspsykologi med forskning på traumer, emosjonell læring og tilknytningsmønstre. Responsivitet beskriver dermed en stadig pågående relasjonell prosess hvor terapeutens respons kontinuerlig tilpasses det som til enhver tid skjer i terapirommet; i terapeuten, i klienten slik hun fremstår for terapeuten og mellom klienten og terapeuten (Watson & Wiseman, 2021a). Responsivitet vil dermed variere fra terapeut til terapeut, fra klient til klient og fra time til time eller minutt til minutt. Hvordan kan responsivitet se ut? Watson og Wiseman (2021a, s. 3) beskriver det slik:

Responsive therapists are attuned, fully alive, and present with their clients, letting go of their own concerns and conflicts to mobilize all their resources to focus on what the client is bringing to the session and how to respond most appropriately in the moment.

Like Roger's therapeutic conditions – responsiveness is an attitude, a way of being with another and be attentive to their goals and needs. Indeed, responsiveness is key to all interpersonal interactions, the aim of which is to foster connection and build relationships to promote positive outcomes.

Responsivitet kjennetegnes gjennom at terapeuten er inntonet til og påkoblet klienten her og nå, slik at hun kan tilpasse seg små skift i klientens uttrykk for å tilrettelegge sin tilnærming til det klienten trenger. En kan legge merke til at Watson og Wiseman her løfter frem behovet for at terapeuten legger vekk sine egne bekymringer og konflikter for å kunne fokusere på den andre og hvordan møte den andre på en god måte. Responsivitet i psykoterapi er på denne måten tredelt; 1) det er en holdning og inntoning til klienten hvor fokus ligger på å fange opp den andres signaler og behov i relasjonen. Det er også 2) en terapeutisk tilnærming som tilpasser responser til den unike klientens karakteristikk 3) med psykologiske intervensjoner og metoder rettet mot denne klientens behandlingsmål (Stiles et al., 1998; Hatcher, 2015; Watson & Wiseman, 2021b). Responsivetsbegrepet har ikke valør, en kan respondere med gode eller mindre gode intensjoner, for mye eller for lite. Derfor foreslår Stiles (2021) betegnelsen *hensiktsmessig responsivitet*, underforstått at terapeuter som en regel har gode hensikter. Enkelt sagt og oppsummert er hensiktsmessig responsivitet å gjøre det riktige til riktig tid (Stiles, 2021, s. 16).

Det er utarbeidet to modeller vi kan benytte oss av for å forstå responsivitet i psykoterapi. Den ene er utledet fra Schore (1994; 2003; 2019) sine nevrobiologiske teorier om emosjonell utvikling og læring, den andre er utviklet av Hatcher (2015) som bygger på idéen om terapeuter som målrettede agenter. Ulikhetene består i hvordan terapeuten balanserer behandlingene i forhold til klientens behov og mål (Watson & Wiseman, 2021b). Responsive terapeuter som jobber etter Schore's perspektiver prøver å forstå klientens opplevelser for så å tilby nye emosjonelle eller relasjonelle erfaringer i terapi. Terapeuter som er mer responsive i

tråd med Hatchers konseptualisering av responsivitet er i større grad opptatte av å overtale eller oppmuntre klienter til å vurdere sine tanker, antagelser, følelser og atferd (Watson & Wiseman, 2021b). Den første fokuserer mer på klientens mål, den siste på utfall og behandlingsmål.

«Dodo-dommen» og senere prosessforskning som uten hell forsøkte å attribuere endringseffekt til spesifikke terapeutiske ingredienser, stimulerte William Stiles til å foreslå responsivitet som forklaring på disse fenomenene (Stiles et al., 1998). Responsivitet i psykoterapiforskning utgjorde et problem Stiles og kollega Kramer (2015) valgte å formulere som *the Responsiveness Problem*. Her, og i senere artikler, argumenterer de for at terapeuter alltid tilpasser sine intervensjoner og inntoning til den aktuelle klienten, også i randomiserte kontrollstudier (Stiles, 2021). På den måten er det nærliggende å tenke at det er tilpasningen som gir effekt, ikke metoden eller teknikken per se: «In trying to be appropriately responsive, therapists are working to eliminate precisely the differences between techniques and treatments that researchers are trying to discover» (Stiles, 2021, s. 19). I lys av dette gir det mening at det ikke er de spesifikke intervensjonene eller metodene som forklarer variasjon i behandlingsutfall. Så hva vet vi om responsivitet i psykoterapi? I følge Stiles (2021) har psykoterapiforskning indirekte funnet måter å måle responsivitet på, selv om dette kanskje ikke har vært hensikten. Gjennom å bruke målevariabler som kan evalueres og som måler opplevelsen av et fenomen i psykoterapi, måler en samtidig hensiktsmessig responsivitet når en spør: var dette bra eller dårlig? Var det bra har responsiviteten vært hensiktsmessig, var det dårlig har responsiviteten ikke truffet.

Stiles (2021) påpeker at alle eller nesten alle psykoterapiprosess-variabler som predikerer utfall er variabler som kan evalueres. Eksempler på dette er allianse, empati, samarbeid og enighet om mål, og en ikke-dømmende holdning (Nordcross & Lambert, 2018). Felles for disse fenomenene er at de beskriver et resultat og en opplevelse, ikke en handling –

derfor er responsivitet vanskelig å operasjonalisere. Forsøk på å utvikle målevariabler for responsivitet har blitt gjort (Elkin et al., 2014; Snyder & Silberschatz, 2017). Elkin og kolleger (2014) forsøkte å kode terapeutens responsivitet gjennom observasjonelle målinger, men fant ikke at dette predikerte utfall. Derimot fant de sammenheng mellom den generelle terapeutiske atmosfæren og en enkelt skåring på responsivitet og klients positive deltagelse i psykoterapi. Snyder og Silberschatz (2017) har utviklet «Patient's Experience of Attunement and Responsiveness» (PEAR) skala i et forsøk på å måle responsivitet. I en faktoranalyse fant de moderate korrelasjoner med behandlingsutfall på temaer som klientens opplevde empati, hjelpsomhet og å ha oppnådd noe, og terapeutens opplevelse av å være til hjelp og etablere trygghet. Denne forskningen sier lite om hva terapeuten gjør i timen i møte med den andre for å være responsiv. Prosessforskning har vist at terapeutens evne til å tilpasse behandlingen etter klientens behov, slik de varierer fra time til time, har effekt (Baldwin et al., 2007). I følge Stiles (2021) er kvalitative metoder særlig god egnet til å beskrive responsivitet. Et eksempel på dette finner vi i en kasusstudie hvor tre terapeuters suksessfulle behandlingsløp ble sammenlignet med mindre suksessfulle behandlingsløp. Werbart og kolleger (2019) fant at det som skilte disse var terapeutenes evne til å justere behandlingene etter klientenes behov.

Vi har sett at responsivitet kan være relevant for å forstå mer om det som virker i psykoterapi. Responsivitet forutsetter en inntonet terapeut og fokus på relasjon, derfor vil forskning på relasjon, allianse og terapeuteffekten i psykoterapi kort gjøres rede for, etterfulgt av en presentasjon av relevant forskning på terapeututvikling.

Terapeuteffekten i psykoterapi. I dag har psykoterapiforskningen funnet gjennom meta-studier at terapeuten forklarer mellom 3-7% av variansen i behandlingsutfall (Wampold & Imel, 2015). Dette overstiger variansen forklart av behandlingsmetode, som i beste fall er 1% (Wampold & Imel, 2015). Terapeuten er dermed den nest viktigste enkeltfaktoren som forklarer behandlingsutfall, etter klienten (Rousmaniere, 2017). Hva består terapeuteffekten

av? Mest kjent er terapeutens evne til å vise empati, som forklarer opp mot 9% av variansen i behandlingsutfall (Elliot et al., 2019). I prosessforskning er arbeidsalliansen, her forstått som den samarbeidende relasjonen mellom terapeut og klient, mye forsket på og det er robuste funn som tilsier moderat korrelasjon med utfall av behandlingen (Flückiger et al., 2019). Baldwin og kolleger (2007) har i en meta-studie funnet at det er terapeutens investering i alliansen, og ikke klientens, som predikerer utfall i behandlingen. Det er dermed essensielt at terapeuten sørger for å utvikle en trygg allianse med klienten gjennom empatisk innlevelse, noe som vil kunne være resultat av en hensiktsmessig responsiv tilnærming (Stiles & Horvath, 2017).

Når alliansen opplever brudd er det funnet korrelasjon mellom behandlingsutfall og reparering av brudd (Eubanks et al., 2019). En kan tenke seg at reparasjon av alliansebrudd fordrer en hensiktsmessig responsiv terapeut. Relasjon synes å være viktig, men også samarbeid og enighet om mål finner en at har medium korrelasjon til utfall (Tryon et al., 2019). Det er og av betydning å innhente tilbakemeldinger fra klienter under behandlingen, dette er funnet å øke faktorer knyttet til endringsprosesser hos klienter det var forventet skulle ha dårlig utfall (Lambert et al., 2019). Tilbakemeldinger fra klienten gir viktig informasjon om hvilke nødvendige tilpasninger terapeuten kan gjøre for å være mer responsiv. Det er ikke uviktig hvordan klienten opplever å bli møtt; en ikke-dømmende holdning overfor klienten er knyttet til positivt behandlingsutfall (Farber et al., 2019).

I en studie fra Finsrud og kolleger (2022) har de studert flere av fellesfaktorene samtidig, som empati, enighet om mål og terapeutens ekspertise og fant signifikant overlapp mellom flere av disse. Gjennom faktoranalyse fant de at klientene vurderer det som virker i psykoterapi er knyttet til terapeuten (faktor 1) og/eller behandlingen (faktor 2). Finsrud og kolleger konkluderer derfor med at både behandlingen og terapeuten er viktig for endring og at fellesfaktorene kan forstås bedre helhetlig enn én og én. Dette er viktige fremsteg i

prosessforskningen og føyer seg inn i rekken av forskere som peker i samme retning (Wampold & Imel, 2015; Hatcher, 2015; Norcross & Wampold, 2019; Norcross & Lambert 2019; Rousmaniere, 2017).

En oppsummering av relevante funn på terapeuteffekten viser forskjeller mellom terapeuter og utfall i hvordan de a) fremviser interpersonlige ferdigheter i krevende interpersonlige kliniske situasjoner, b) holdninger til egen profesjonalitet og ambisjoner om forbedring og c) evne til å jobbe med minoriteter og kulturelt ulike klienter (Wampold & Owen, 2021, s. 320). Wampold og Owen tydeliggjør behovet for videre forskning på terapeuten, da terapeuten utvilsomt er uløselig knyttet til behandling og derfor trenger vi å vite mer om terapeuteffekten for å utbedre terapi og terapiutvikling.

Schröder og kolleger (2015) løfter og frem terapeutperspektivet på psykoterapiprosessen og mener dette er blitt for lite forsket på sammenlignet med klient- og eksterne perspektiv i prosessforskning. En løpende spørreskjema studie gjennomført på 5000-10 000 terapeuter fra over 30 land har gitt grunnlag for flere analyser på terapeuters erfaringer (Orlinsky, 2022) I to av disse har Orlinsky og kolleger (2015; 2022;) undersøkt terapeuters erfaringer med å være terapeuter og privatpersoner. Gjennom bruk av faktoranalyse fant de to typiske terapeut-strategier i psykoterapi; «helende involvering» og «stressende involvering». «Helende involvering» ble karakterisert av at terapeuten opplevde at behandlingen hadde effekt, følte seg dyktig, kjente på flyt i timen, opplevde en støttende og forpliktende relasjon med klienten og erfarte at sjeldne vanskeligheter som dukket opp var håndterbare. «Stressende involvering» derimot ble beskrevet som gjentakende opplevelser med krevende kliniske situasjoner som typisk ble håndtert maladaptivt gjennom forsvar eller unngåelse, etterfulgt av en følelse av angst eller kjedsomhet. Sentrale terapeutkarakteristikker som predikerte høyere frekvens av «helende involvering» var høyere alder og lengre erfaring, en bred erfaring med ulike terapi-metoder og teoretiske perspektiv, høy arbeidsmoral og opplevd

adekvat støtte på arbeidetsstedet og trivsel (Schröder et al., 2015). Den fremste predikatoren for høy frekvens av «stressende involvering» var lavere alder og mindre erfaring, manglende støtte og trivsel på jobb, en lav grad av opplevd jobbrelatert autonomi og en generell opplevelse av demoralisering (Schröder et al., 2015; Orlinsky et al., 2022). I videre analyse grupperte de terapeutene på tvers av disse involveringene i fire grupper som typisk beskrev terapeuters opplevelser av arbeidet sitt som terapeuter: «effektiv praksis» (51,9%), «utfordrende praksis» (22,8%), «frakoblet praksis» (14,5%) og «plagsom praksis» (10,8%) (Orlinsky et al., 2022). «Effektiv praksis» viser til de som skåret høyt på «helende involvering» og lavt på «stressende involvering» mens «utfordrende praksis» inkluderte de med høy skår på «helende involvering» og mer enn litt på «stressende involvering». Til sammen inkluderte de to kategoriene tre fjerdedeler av alle terapeutene. «Plagsom praksis» inkluderte de terapeutene som opplevde mer enn litt «stressende involvering» kombinert med lite «helende involvering». Dette gjaldt omtrent en av ni, som Orlinsky og kolleger beskriver slik: “felt ineffective in their work with patients and instead found themselves daunted and disturbed by it” (Orlinsky et al., 2022, s. 171). «Frakoblet praksis» ble brukt som betegnelse på de terapeutene som svarte ikke mye på «helende involvering» og litt på «stressende involvering». Orlinsky og kolleger (2022, s. 171) beskriver denne gruppen slik: “These therapists appeared to be uninvested in, and unaffected by, their therapeutic work with patients, as if just “going through the motions”. About 15% of therapists seem to experience themselves as just “doing their job” without being personally engaged”. Det kan se ut som det er et stort antall terapeuter som opplever sitt kliniske arbeid krevende eller lite meningsfullt.

Terapeutens følelser og håndteringen av disse i terapirommet har tradisjonelt blitt skrevet mer om (Wolf et al., 2013; Muran & Eubanks, 2020; Abblett, 2013) enn forsket på, og da i hovedsak gjennom studier av motoverføring og motoverføringsreaksjoner (Wolf et al., 2013). Følelser defineres her som den subjektive opplevelsen knyttet til den emosjonelle

responsen, som inkluderer ens betydning av emosjonen (Stiegle et al., 2018, s. 18). Emosjoner blir forstått som en del av kroppens signalsystem ment til å få en til å handle adaptivt (Scarantino, 2016, s.3). Gelso og Hayes' (2007, s. 25) definisjon av motoverføring blir brukt som utgangspunkt for videre presentasjon av terapeuteffekten; terapeutens indre eller ytre reaksjoner som er formet av hennes egne, tidligere eller nåværende, emosjonelle konflikter og sårbarheter. Dette skiller seg fra terapeutens subjektive erfaring, eller indre verden, som er alle hennes tanker, bilder, emosjoner og persepsjoner hun til enhver tid besitter (Gelso & Hayes, 2007, s. 71). I en meta-studie av 14 enkeltstudier fant Hayes og kolleger en signifikant sammenheng mellom høy frekvens av motoverføringsreaksjoner og dårligere behandlingsutfall (Hayes et al., 2019).

De siste årene har forskning på fellesfaktorer, terapeuteffekten og reparasjon av alliansebrudd tidvis inkludert terapeutens negative reaksjoner (Nissen-Lie, 2010; Anderson et al., 2016; Muran et al., 2010; Westra et al., 2012). Vi kan si at en av følelsenes viktigste funksjon er kroppens måte å kommunisere våre behov til oss (Stiegler et al., 2018). Wolf og kolleger poengterer at håndtering av egne vanskelige følelser i terapi kan være like krevende som det er å hjelpe klienten å bli kjent med og uttrykke sine følelser (Wolf et al., 2013). Westra og kolleger (2012) gjennomførte en studie på 30 klienter som mottok 8 timer KAT for symptomer på generalisert angstlidelse (GAD) og fant en sammenheng mellom terapeutens negative reaksjoner mot klienten tidlig i behandlingsløpet og klientens uttrykk for motstand senere i behandlingen. I en senere studie av samme datasett fant de sammenheng mellom motstand og dårlig behandlingsutfall (Button et al., 2015). I en oppfølgingsstudie av 40 klienter som mottok KAT for symptomer på GAD fant Hara og kolleger (2015) at opplærte observatører var bedre å fange opp klientens motstand enn terapeutene selv. Det kan virke som at terapeutenes egne følelser noen ganger kan komme i veien for å fange opp klientens behov.

Følelsene terapeuten kjenner kan være en viktig kilde til informasjon om klientens indre liv eller relasjonelle mønstre: “Compassion is not just responsiveness to the suffering of the client; it is responsiveness to one’s own suffering, with the goal of understanding the interaction that constitutes the psychotherapy relationship” (Wolf et al., 2013 s. 6). I relasjonen mellom terapeut og klient som utspiller seg utenfor arbeidsalliansen vil en kunne utvikle en arena for korrigerende emosjonelle erfaringer. Gelso og kolleger (2018, s. 434) definerer denne ekteføyte relasjonen slik: “The real relationship is the personal relationship between patient and therapist marked by the extent to which each is genuine with the other and perceives/experiences the other in ways that are realistic”. En meta-studie på betydningen av den «egentlige relasjonen» fant signifikant korrelasjon mellom denne og utfall med moderat effekt (Gelso et al., 2019).

It is the willingness to be affected by another, to allow oneself to be impacted by another, that at times provides the most direct and immediate source of data about how a client deals with others. The challenge of the therapist is how to reflect on this experience and respond therapeutically rather than automatically. (Wolf et al., 2013, s. 5)

Å bli bevisst egne følelser, klare å sortere disse for så å respondere terapeutisk og ikke automatisk er en av de viktigste terapeutferdighetene (Castonguay et al., 2010; Rousmaniere, 2017; Ackerman & Hilsenroth, 2003; Gelso & Hayes, 2007, Wolf et al., 2013; Muran & Eubanks, 2020). Wolf og kolleger foreslår at måten terapeuter forholder seg til egne negative følelser i terapirommet kan forklare variansen i terapeuteffekten og hvorfor noen terapeuter er mer effektive enn andre (Wolf et al., 2017). Hvordan kan en øve på håndtering av egne følelser?

Terapeututvikling. Terapeuten er den nest viktigste forklarende enkeltfaktoren for behandlingsutfall. Empati, evne til å danne allianse, reparere alliansebrudd, enighet om mål

og å be om tilbakemelding er ferdigheter av betydning for utfall av behandlingen. Det er også flere forskere som løfter frem viktigheten av å håndtere egne følelser i terapirrommet. Det finnes flere måter å utvikle nevnte terapeutferdigheter på, her vil jeg trekke frem utdanning, veiledning, erfaring, egenerapi, selvmedfølelse og mindfulness og målrettet ferdighetstrening.

Tradisjonelt har ulike terapeut-utdanninger undervist med hovedvekt på teoretisk kunnskap om basalpsykologi, ulike psykoterapeutiske metoder og i evidensbaserte fellesfaktorer (Rousmaniere, 2017). I Norge kan en jobbe klinisk i psykisk helsevern med 6-årig profesjonsutdanning i medisin eller psykologi, eller med 3-årig helsefagutdanning med 2 års videreutdanning i psykisk helsearbeid. Psykoterapiforskning finner ikke at ulike yrkesbakgrunn forklarer varians i behandlingsutfall (Wampold & Imel, 2015). Flere studier har vist at terapeut-utdanning er relevant for å utvikle grunnleggende terapeutiske ferdigheter som evnen til å etablere og opprettholde en god arbeidsallianse (Wampold & Imel, 2015). Få studier har dessverre vist effekt av terapeut-utdanningsprogram relatert til utfall, noen har vist at nye studenter eller til og med paraprofesjonelle kan gi bedre behandlingsutfall enn autoriserte terapeuter (Goldberg et al., 2016). I en studie på opplæring i kognitiv atferdsterapi (KAT) fant Branson og kolleger at programmet førte til økte KAT-ferdigheter men ingen endring i behandlingsutfall (Branson et al., 2015).

Det er en utbredt enighet på tvers av ulike modeller i fagfeltet at veiledning er grunnpilaren i terapeututvikling (Rousmaniere, 2017). Rast og kolleger (2017) fant i en studie at 92% av veiledede og 89% av veiledere mente veiledning *burde ha* positivt effekt på behandlingsutfall og 70% av veiledede og 79% mente veiledning *hadde* positiv effekt på behandlingsutfall. Overraskende nok fant en studie på 6521 klienter som ble behandlet av 175 terapeuter under utdanning veiledet av 23 veiledere at veiledere forklarte 0,1% av variasjon i behandlingsutfall (Rousmaniere et al., 2016). Det er ingen studier som har funnet en

signifikant sammenheng mellom veiledning og behandlingsutfall, vel og merke når veiledning er gitt uten video (Rousmaniere, 2017). En av årsakene til dette kan være vår upresise hukommelse som tenderer mot å huske det som gjerne er fordelaktig for oss selv, når den i det hele tatt husker det som skjedde i timen (Rousmaniere, 2017). En kan og tenke seg at ens egne sterke følelser kan påvirke hukommelsen ytterligere, slik at veiledning på det vi faktisk trenger veiledning på blir vanskelig å få til. Veiledning med video derimot blir forklart til å være fundamentet i flere anerkjente psykologers ekspertiseutvikling og anbefales nå i American Psychological Association (APA) sine retningslinjer for veiledning (Rousmaniere, 2017).

Den generelle holdningen i fagfeltet synes å være at erfaring gjennom klinisk praksis er den beste formen for ekspertiseutvikling for terapeuter. Rousmaniere (2017) sammenligner dette med artister som kun opptrer uten å øve eller atleter som bare stiller i konkurranser men aldri trener. Forskning viser nemlig at terapeuter *ikke* blir mer effektive gjennom erfaring (Goldberg et al., 2016; Tracey et al., 2014), selv om terapeuter selv vurderer å ha utviklet signifikante terapeutiske ferdigheter gjennom år med klinisk praksis (Orlinsky et al., 2022). En survey-studie av Walfish og kolleger (2012) viste at 129 terapeuter i gjennomsnitt vurderte sitt eget arbeid til å være i 80. persentil, ingen vurderte seg selv som gjennomsnittlig og 25% vurderte seg selv til å være i 90. persentilen.

Egenterapi vurderes i mange profesjonelle miljøer som et viktig bidrag til terapeututvikling. Bike og Norcross (2009) fant i sin studie at 8 av 10 terapeuter har gått eller går i egenterapi. Studien er fra USA og tallet har usikker overføringsverdi til norske forhold. De 727 terapeutene i studien rapporterte om god effekt og viste positive endringer i atferd, kognisjon og emosjonell bearbeiding (Bike & Norcross, 2009). Studien målte ikke terapeutenes behandlingsutfall. Forskning på terapeututvikling ser generelt ut til å ha mer fokus på selvrapporing og ferdighetsmåling og mindre fokus på sammenhengen mellom

ulike typer terapeututvikling og effekt på behandlingsutfall (Rousmaniere, 2017). Dette gjør at det kan bli vanskeligere å vite hvilke områder innen terapeututvikling som er av betydning for om vi blir mer effektive og bedre terapeuter eller ikke.

Mindfulness og selvmedfølelse er to områder som i løpet av de siste 50 årene har fått stadig større plass innenfor klinisk psykologi (Rousmaniere 2017; Norcross & VandenBos, 2018). Mindfulness, eller oppmerksomt nærvær, defineres som å være bevisst til stede og oppmerksom på det som erfares i øyeblikket med en ikke-dømmende holdning (Kabat-Zinn, 1990 sitert i Norcross & VandenBos, 2018, s. 161-162). Selvmedfølelse består av tre bestanddeler; å være snill mot seg selv (self-kindness), kjenne seg som en del av flokken (common humanity) og mindfulness (Neff & Germer, 2018, s. 10-11). Mindfulness er funnet å ha betydning for terapeut- og student-terapeuters utvikling av emosjonsregulering, stresshåndtering, empati, tilstedeværelse og selvmedfølelse (Dunn et al., 2013; Jain et al., 2007; Sedlmeier et al., 2012; Zainal et al., 2013; Schanche et al., 2020). Rousmaniere (2017, s. 109) introduserer begrepet klinisk mindfulness: «the ability to be emotionally self-aware and non-reactive specifically in the face of our clients' pain». Det er ikke gjort studier som har funnet sammenheng mellom terapeutens egne bruk av mindfulness og behandlingsutfall (Norcross & VandenBos, 2018).

Det er utarbeidet utviklingsprogram innen flere retninger og perspektiver for terapeuter, som inkluderer egen følelsesregulering med hensikt å fremme responsivitet overfor klienten. Eksempler på dette er alliansefokusert trening, faktormodell for å håndtere motoverføring, opplæring i Acceptance & Commitment Therapy, opplæring i Facilitative Interpersonal Skills og målrettet ferdighetstrening for å mestre unngåelsesrespons (Eubanks et al., 2015; Gelso & Hayes, 2007; Hayes, 2004; Anderson et al., 2016; Rousmaniere, 2019).

Målrettet ferdighetstrening (deliberate practice) har entret klinisk psykologi med inspirasjon og kunnskap fra andre fagfelt om effektfulle metoder får å utvikle ekspertise

(Rousmaniere et al., 2017). Målrettet ferdighetstrening i psykologi er basert på ekspertiseforskning på topputøvende musikere av Ericsson og kolleger (1993). Forskerne fant én forklarende variabel som skilte de beste musikerne fra de mindre gode: antall timer de hadde øvd på instrumentet for seg selv. Basert på oppfølgingsstudier av øvingsaktiviteter utviklet Ericsson en prosess han kalte deliberate practice som gikk ut på 1) observere eget arbeid 2) få tilbakemelding fra eksperter 3) utarbeide små men konkrete læringsmål rett utenfor nåværende kompetanseområde 4) utføre repeterende øving på spesifikke ferdigheter 5) opprettholde fremføringer (Rousmaniere, 2017, s. Xii). Scott Miller (et al., 2007) introduserte denne tenkningen i psykologifaget og Tony Rousmaniere (2017; et al., 2017; 2019) har utarbeidet en praksis for målrettet ferdighetstrening rettet mot terapeuter. Det som er spesifikt for terapeuter er 1) bruke video av egne terapitimer til observasjon og 5) bruke rutinemessige tilbakemeldingsskjema fra klienter til å vurdere fremgang (Rousmaniere, 2017, s. Xiii). Rousmaniere er spesielt opptatt av hvordan målrettet ferdighetstrening kan brukes til å utvikle emosjonell selvbevissthet og forebygge unngåelsesreaksjoner (Rousmaniere, 2019). Unngåelsesreaksjoner (experiential avoidance) defineres som forsøk på å redusere ubehagelige tanker, følelser eller andre negative subjektive erfaringer, selv når dette fører til vanskeligheter og ineffektivitet (Scherr et al., 2015, s. 22).

Målrettet ferdighetstrening er på et tidlig stadium og derfor er det per nå lite forskning på sammenheng med behandlingsutfall, men det er gjort studier på at mer effektive terapeuter øver mer målrettet (Chow et al., 2015) og at målrettet ferdighetstrening forbedrer studentterapeuters ferdigheter (Mahon, 2022).

Formålet med studien

Denne oppgaven er et resultat av min nysgjerrighet for terapeutens kontinuerlige navigering mellom det personlige og det faglige i psykoterapi, engasjement for terapeutopplæring- og utvikling, for et bærekraftig arbeidsliv og sterkt ønske om å hjelpe

klienter enda bedre. Å utforske situasjoner terapeuter opplever krevende gir anledning til å forstå noe om hva behandlere trenger for å mestre disse situasjonene, relasjonene og det som skjer i dem selv. Dette kan gi implikasjoner for terapeutopplæring og terapeututvikling senere som arbeidstakere. Formålet med studien er todelt. Jeg ønsker å få kjennskap til hva behandlere opplever krevende i kliniske situasjoner, for å utforske dette i lys av responsivitet. Jeg ønsker også å bruke denne kunnskapen til å undersøke om resultatene gir implikasjoner for utdanningsinstitusjonenes ferdighetstrening, samt å oppfordre psykisk helsevern til å tilrettelegge for en nødvendig og bærekraftig terapeututvikling i arbeidslivet.

Metode

Jeg har gjennom denne oppgaven fått mulighet til å være en del av et større forskningsprosjekt ved Institutt for klinisk psykologi på Universitetet i Bergen. Prosjektet har som mål å utvikle script av krevende kliniske situasjoner. Med utgangspunkt i scriptene skal det lages videoer for bruk i ferdighetstrening innenfor profesjonsutdanningen i psykologi (Stige et al., 2019; 2023). Forskergruppen har tidligere gjennomført to spørreskjemaundersøkelser som i samarbeid med Norsk Psykologforening (NPF) og PHBU har blitt sendt ut til et representativt utvalg psykologer. Resultatene fra disse er publisert i to artikler: «Kva typar mellommenneskelege situasjonar opplever norske psykologar oftast og som mest krevande» (Stige et al., 2019) og «Krevjande situasjonar i psykisk helsevern for born og unge – behandlarar si erfaring med og haldning til målretta trening og virtuell røyndom» (Stige et al., 2023). Resultatet fra disse spørreskjemaene ble brukt til å utvikle en intervjuguide til fokusgruppeintervju (se vedlegg). Hensikten med fokusgruppeintervjuene var å utvide forståelsen av de mest frekventerte krevende situasjonene og få disse situasjonene beskrevet og dermed nyansert slik at utarbeidelse av script ville være mest mulig praksis-nært. Temaene for min hovedoppgave – *kjennetegn på krevende kliniske situasjoner, responsivitet og terapeututvikling* – ble utarbeidet i samarbeid med veileder Signe Stige, prosjektleder for

forskningsprosjektet. Fordi temaene ble utarbeidet før intervjuguiden hadde vi mulighet til å inkludere spørsmål om nettopp kjennetegn på det som oppleves krevende. Av ti intervju, hvor ni var fokusgruppeintervju og ett individuelt intervju, deltok jeg på ett av de sammen med Stige. I etterkant transkriberte jeg alle intervjuene selv. Jeg har brukt refleksiv tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006; 2012; 2019; 2020; 2022) og kodet ved å bruke dataprogrammet Nvivo12 (utgitt mars 2020). Jeg kombinerte semantiske og latente perspektiver under kodingen, som vi skal se skapte vansker i etablering av tema men senere hjalp med å utvikle en dypere forståelse av relasjonen mellom temaene i analyseprosessen. Jeg vil nå gjøre kort rede for prosessene som ble gjennomført før min deltakelse i forskningsprosjektet, deretter vil jeg gjennomgå analyseprosessen grundigere med fokus på refleksiv tematisk analyse. Til slutt vil jeg løfte frem refleksivitet og etiske hensyn.

Design

Når hensikten er å få innsikt i menneskers erfaringer og refleksjoner vil en kvalitativ tilnærming være naturlig. I dette prosjektet ble fokusgruppeintervju valgt som design. Fokusgruppeintervju har lenge vært utbredt innen forbruksforskning, men har siden 1980-tallet blitt stadig mer populært innen samfunnsforskningen (Kvale & Brinkmann, 2015). Fokusgruppeintervju består vanligvis av seks-ti deltagere (Kvale & Brinkmann, 2015). En stor fordel med fokusgruppeintervju er at en kan få frem flere ulike synspunkter og erfaringer. Strukturen i et fokusgruppeintervju er semi-strukturert ved at en gjerne har utviklet en intervjuguide med overordnede tema eller spørsmål deltagerne skal diskutere. Den som modererer intervjuet har en tilbaketilnærmet stil og har ansvar for å skape en avslappet og trygg atmosfære som gjør at alle opplever de kan dele erfaringer og refleksjoner de ønsker å dele. Et viktig poeng er også at deltagerne opplever det er rom for å dele motstridende synspunkter, hensikten er ikke å komme til enighet men å få frem så mange ulike perspektiver som mulig (Kvale & Brinkmann, 2015).

Rekruttering og deltakere

Rekruttering ble gjort av prosjektleder gjennom et tilgjengelighetsutvalg basert på allerede etablerte kontakter i spesialisthelsetjenesten. Flere distriktpsikiatriske sentre (DPS) og klinikker innen psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) på Vestlandet, Sør-Norge og i Nord-Norge ble kontaktet.

Blant behandlere som arbeidet med voksne var det i alt 18 enkeltpersoner som deltok, 11 av de kvinner, 7 menn. Yrkesbakgrunner som ble representert var psykologspesialister, psykologer, psykiatriske sykepleiere, LIS-lege, psykiater, ergoterapeut med videreutdanning, psykomotorisk fysioterapeut med videreutdanning og sosionom med videreutdanning. Det var stor spredning i erfaring med psykisk helsearbeid med voksne, denne spredte seg fra ett år til 30 år. I gjennomsnitt hadde behandlerne 10,7 års erfaring.

Av behandlere som jobbet i PHBU var det i alt 16 enkeltpersoner som deltok, 14 kvinner og 2 menn. Yrkesbakgrunn var mer variert enn blant de som jobbet med voksne. Vi snakket med psykologspesialister, psykologer, barne- og ungdomspsykiatere, psykiatrisk sykepleier, vernepleiere med videreutdanning, klinisk barnevernspedagoger og spesialpedagoger. Deres erfaring med psykisk helsearbeid var bredere enn behandlere i voksenfeltet, denne spredte seg fra ett år til 35 år. Gjennomsnittlig erfaring var 14, 1 år.

Intervjuprosess, datahåndtering og datainnsamling

Alle intervju ble holdt på deltagerens arbeidssteder og gjennomført i løpet av arbeidstiden i perioden mai 2022 – juli 2022. Intervjuene varte i 60 minutter. Prosjektleder var moderator ved alle 10 intervju, på syv av de hadde hun med seg en medforsker som hadde ansvar for å fasilitere god interaksjon blant deltagerne. I våre fokusgruppeintervju varierte antall deltagere fra to-fem. Ett av intervjuene ble gjennomført hvor en av to deltagere deltok via telefon, ett annet ble gjennomført som individuelt intervju. Resultatet ble til slutt fem

intervju med behandlere i allmennpoliklinikk for voksne og fem intervju med behandlere fra PHBU.

Strukturen i våre fokusgruppeintervju var todelt. Innledningsvis fikk deltagerne en oppgave å løse (se vedlegg 1). De skulle rangere krevende situasjoner, utarbeidet på bakgrunn av de to spørreskjemaundersøkelsene (Stige et al., 2019; 2023). Etter dette ba moderatoren deltagerne om å beskrive hva som kjennetegner de mest krevende situasjonene, samt beskrive tre ulike situasjoner. Intervjudelen var semi-strukturert og oppfordret til spontan meningsutveksling heller enn strukturerte spørsmål og svar.

Av våre ti intervju var ett av dem gjennomført individuelt. Dette førte til at forskerens moderatorrolle ble mer aktiv og stimulerende. Dette intervjuet fulgte ikke intervjuguiden, men tema var krevende situasjoner og beskrivelser av disse. I ett av fokusgruppeintervjuene stilte en deltager på telefon, dette krevde at moderatoren fungerte litt mer som mellomperson. I et annet intervju var deltagerne ujevne i aktivitetsnivå, noe som igjen krevde en mer aktiv rolle som moderator for å sikre at alle deltagerne kom til. Ideelt sett vil gruppesettingen kunne føre til at deltagerne blir stimulert til å komme på opplevelser eller nye refleksjoner de kanskje ikke ville kommet på i en individuell setting. Dermed kan gruppen fasilitere ny meningsdanning.

I våre intervju bestod gruppene av kolleger som allerede hadde en relasjon til hverandre, som vi ikke kjenner til detaljene i eller dybden av. Relasjoner til kolleger vil kunne spille inn på hvor trygge vi føler oss til å uttale oss om noe som er vanskelig, sette oss selv i godt eller dårlig lys eller dele følelser og sårbarheter. Arbeidsmiljø og aktuell kultur ved arbeidsstedet vil også kunne prege diskursen under samtalene, hva er lov å si og hva er mindre lov. For mange vil det være lettere å dele når en reflekterer i team en er vant til å jobbe med, fordi en allerede er sosialisert inn i en slik arbeidsform. En kan derfor tenke seg

intervju i etablerte team øker reliabiliteten gjennom at behandlerne er sosialisert inn i å dele egne erfaringer i den aktuelle settingen.

Alle intervjuene ble gjennomført på Vestlandet eller i Nord-Norge. Av ti intervju var det seks av de som dekket arbeidsforhold på et tettsted, fire som dekket arbeidsforhold i en større by. Dette reflekterer en demografisk variasjon.

I løpet av juli og august 2022 transkriberte jeg alle intervju, noe som gav meg anledning til å bli kjent med datamaterialet tidlig i prosessen. Filene ble lagret på et sikret område og senere aidentifisert for å ivareta deltagerens anonymitet.

Analyseprosessen

Hvordan kombinere nærhet til den enkelte terapeuts erfaringer mens en samtidig fortolker og generaliserer disse inn i en større kontekst vi kan lære av? Dette dilemmaet kan adresseres gjennom en dialektisk tilnærming mellom fenomenologisk utforskning av den enkelte terapeuts erfaring og en reflektiv og fortolkende posisjon som genererer generelle perspektiv lokalisert i en bred kvalitativ og hermeneutisk forskningstradisjon (Binder et al., 2012).

I et fenomenologisk perspektiv er det den andres opplevelsesverden som er i fokus og hvordan den andre forstår sin opplevelsesverden (Kvale & Brinkmann, 2015).

Fenomenologien ble først utviklet av filosofen Edmund Husserl på 30-tallet og har senere antatt videreutviklede former innenfor sosiologisk og psykologisk kvalitativ forskning (Kvale & Brinkmann, 2015). I dette prosjektet har jeg kombinert en fenomenologisk grunnholdning hvor jeg har forsøkt å forstå terapeutenes opplevelser slik de erfares for dem, samtidig som jeg har prøvd å analysere disse i en utvidet kontekst av psykologisk kunnskap og teori om responsivitet, relasjoner, terapeuteffekt, terapeututvikling, aktuelle arbeidsforhold og egne perspektiver.

Å følge prosedyrer i en analysemetode garanterer ikke resultat i seg selv, de vil bare tilføre innsikt hvis de samtidig stimulerer selv-refleksivitet og bevissthet rundt forskeren som fortolker menneskelig erfaring (Binder et al, 2012, s.1). En analyse av behandleres erfaringer basert på psykologisk teori ville blitt fattigere dersom jeg unnlot å reflektere rundt mitt eget fortolkende ståsted eller lot være å forsøke å vise hvordan dette påvirker hvordan jeg utvikler mening. Derfor har jeg brukt valgt å bruke trinnene i reflektiv tematisk analyse for å analysere dataene jeg har fått tilgang på (Braun & Clarke, 2006; 2012; 2019; 2020; 2022).

Tematisk analyse er svært utbredt metode innenfor kvalitativ psykologisk forskning (Braun & Clarke, 2022). Dette kan være fordi den er teoretisk fleksibel, sammenlignet med andre kvalitative metoder (Braun & Clarke, 2020). På grunn av dette krever denne metoden en mer gjennomtenkt design og konseptualisering i utførelsen av analysearbeidet. For mange nykommere til metoden, eller kvalitativ forskning generelt, kan tematisk analyse bli en unnskyldning for å kategorisere tematisk innhold uten et underliggende konsept. Dette ville ikke være i henhold til retningslinjene til kvalitativ forskning i APA (Levitt et al., 2018; Braun & Clarke, 2022). For å ivareta metodologisk integritet bør tematisk analyse sees på som en familie av ulike metoder, og bruken fordrer bevissthet rundt hvilken spesifikk metode en bruker. Jeg har valgt reflektiv tematisk analyse fordi jeg ønsker å utforske terapeutens opplevelser og dermed sette terapeutens perspektiv i sentrum av studien. Noe av det jeg er nysgjerrig på er forholdet mellom terapeuten som menneske og fagutøver, derfor er det naturlig for meg å løfte frem min subjektivitet i denne studien og reflektere hvordan mitt unike bidrag former denne prosessen og analysen. Overordnet tema var responsivitet og terapeututvikling, i kodingen av transkripsjonene valgte jeg analysefokuset *Hva kjennetegner situasjoner terapeuter opplever krevende i klinisk arbeid?* I utarbeidelsen av analysen har jeg spisset analysefokuset til å bli *Hva hindrer responsivitet og hva kan vi gjøre med det?*

Fase en; bli kjent med data og skrive notater med samme formål. Viktig i denne prosessen er å komme i gang med å aktivt lese datasettet kritisk og analytisk (Braun & Clarke, 2012). Mitt første møte med deler av datasettet kom til gjennom å delta på ett av fokusgruppeintervjuene. I dette intervjuet var det særlig to typer krevende situasjoner som ble diskutert, arbeid med suicidalitet og personer med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Måten disse situasjonene ble diskutert på påvirket meg personlig. Intervjuet ble gjennomført før min eksternpraksis, derfor hadde jeg ingen erfaring med terapeutisk arbeid i rammene til spesialisthelsetjenesten. Jeg opplevde det ubehagelig å «være flue på veggen» i teamdiskusjoner om «krevende klienter», noe jeg vil gå i dybden av senere under etiske hensyn. Dette kan ha utfordret min evne til å senere tolke deltagerne så empatisk som mulig (Binder et al., 2012), fordi jeg der og da kjente på et ønske om å skape avstand mellom den idealistiske og uerfarne meg som terapeut og deres erfarne, men kanskje noe empatitrøtte og eksternaliserende stil. Etter dette intervjuet transkriberte jeg alle intervjuene, og noterte underveis refleksjoner og idéer i en dagbok. Noen av disse refleksjonene har bidratt inn i utviklingen av temaene, andre har jeg i løpet av analyseprosessen valgt å legge vekk.

Fase to; systematisk datakoding. (Braun & Clarke, 2012). Jeg brukte dataprogrammet Nvivo12 (utgitt mars 2020) for å markere og navngi koder i transkripsjonene. Jeg opererte med et todelt analysefokus inn i kodingen. Det første var *Hva oppleves krevende i klinisk arbeid*. Det andre var *Hva gjør det krevende mindre krevende?* Mange av deltagerne fortalte om hva som hjelper de når de opplever krevende situasjoner og disse refleksjonene opplevde jeg som viktige. Derfor var dette perspektivet med inn i kodingen i fase to, men ved et senere tidspunkt lagt vekk. Jeg kodet først ett intervju, for så å få veiledning på videre koding. Jeg kodet deretter intervjuene med behandlere som jobbet med voksne. Jeg kodet ett intervju helt ferdig før jeg begynte på neste og kodet kun ett intervju om dagen. Dette gjorde jeg for å beholde fokus på den aktuelle konteksten samt øke

sjansen for å opprettholde en åpen nysgjerrighet og kreativitet i kodingen, slik Braun og Clarke (2022) definerer refleksiv tematisk analyse. Under kodingen varierte jeg grad av abstraksjon etter innspill fra veileder. Jeg prøvde å holde meg nær deltagerne uten å tolke for mye inn i det som ble sagt samtidig som jeg også ønsket å gå bak det eksplisitte for å forstå mer av opplevelsene deres. På denne måten vekslet jeg mellom å kode semantisk og deskriptivt, induktivt og deduktivt ved å eksempelvis undersøke situasjonelle kjennetegn, for deretter se under og bak det åpenbare, en mer latent og fortolkende innstilling når jeg for eksempel undersøkte opplevelsesorienterte kjennetegn ved situasjoner. Jeg erfarte at dette kompliserte neste fase med å etablere innledende tema fordi resultatet ble en sammenblanding av koder som var deskriptive og koder som var latente. Underveis endret jeg navn på noen av kodene, eller differensierte mellom nyanser av beslektede koder.

Fase tre; generere utkast til temaer fra koder og innsamlet data. (Braun & Clarke, 2012). Et tema innenfor tematisk analyse skal fange noe essensielt om dataene knyttet til forskningsfokuset og representerte et slags mønster av mening i datasettet (Braun & Clarke, 2006). Gjennom empatisk innlevelse i behandlernes fortellinger ble det tidlig klart for meg at behandlere fortalte om kvalitativt ulike krevende opplevelser. Dette førte til at jeg forfulgte en konseptualisering av det krevende i form av hvilke attribusjoner behandlerne utviklet. Noen av beskrivelsene rettet seg mot situasjoner som ble krevende på grunn av forhold *utenfor dem selv*. Her stod behandlerne støtt, men kunne erfare at ytre forhold gjorde jobben krevende. Disse situasjonene skilte seg fra situasjoner hvor behandlerne beskrev de fikk tanker om tvil og attribuerte det krevende til å skyldes dem selv. Her stod behandleren ustøtt og det som var krevende opplevdes kvalitativt forskjellig for terapeuten fra når det kunne forklares av ytre forhold. Det tydeligste skillet var at disse situasjonene aktiverer mer i terapeuten. Basert på kodene jeg hadde laget utviklet jeg da sammen med veileder to overordnede tema: *Ytre forhold utfordrer mulighetene til å utøve din faglige kompetanse* og *Når det som er vanskelig*

handler om meg. Disse to temaene så jeg for meg som to endepunkt på et kontinuum av kvaliteten i aktivering og opplevelse av å stå ustøtt bevegde seg. Disse to temaene forholdt seg til første analysefokus. For å finne et tema som relaterte seg til det andre analysefokus utviklet jeg sammen med veileder et tredje tema *Å merke når det blir vanskelig, vite hva du skal gjøre og ha mulighetene til å gjennomføre*. Etter dette plasserte jeg kodene i det temaet som beskrev kvaliteten på opplevelsen til behandlerne best; å stå ustøtt og tvile på seg selv versus å stå stødigere men bli utfordret av ytre forhold.

Fase fire, utvikle og gjennomgå tema. (Braun & Clarke, 2012). Når jeg skulle prøve å skrive ut temaene for å gjennomgå de erfarte jeg at mange av meningsenhetene innad i hver kode ikke nødvendigvis lot seg plassere der jeg først hadde tenkt, den indre heterogeniteten i koden var for stor til at koden i seg selv kunne plasseres under det aktuelle temaet. Noen av meningsenhetene hørte tydelig til *Når det som er vanskelig handler om meg* mens flere andre situasjoner skapte ikke tvil, til tross for sterke følelser og opplevelse av utilstrekkelighet. Dette gjorde meg usikker. Denne opplevelsen av stagnering og følelse av å ikke få det til førte til at jeg reorganiserte kodene på en ny måte gjennom å gå tilbake til analysefokus *Hva kjennetegner det som oppleves krevende i klinisk arbeid?* På dette tidspunktet hadde jeg allerede brukt mer tid enn planlagt på fase tre, derfor bestemte jeg å endelig legge vekk siste tema og andre analysefokus. Jeg gikk deretter tilbake til datasettet og kodene for å undersøke hva det egentlig var de sa noe om. Jeg opplevde at det som først hadde sprunget ut av materialet for meg var behandlernes sterke følelser. Mange av de krevende situasjonene ble krevende nettopp fordi de vekket så sterke følelser. Men det som innledningsvis hadde virket som et emosjonelt utgangspunkt for å så tvil om egen fungering tredde nå frem som erfaringer med å kjenne på sterke følelser som behandler uten å vite hva en kunne gjøre med dem. Dette var situasjoner hvor behandlerne gjerne visste at dette handler ikke om meg, men det er likevel jeg som må bære det. Jeg fant også noe annet i kodene. Tidligere hadde jeg enn

inndeling i ytre versus indre attribusjon av det som var krevende. De kodene som beskrev krevende situasjoner hvor behandleren ikke kom i posisjon til å hjelpe, det var *vansker med å etablere felles fokus* eller *bli enige om behandlingsmål* tenkte jeg nå handlet mer om relasjon og vansker med å etablere noe felles, og noe annet enn ytre forhold. Derfor etablerte jeg et tredje tentativt tema. Før jeg fant meg til rette med de nye temaene gikk jeg tilbake til datasettet og leste igjennom transkripsjonene med formål om å kvalitetssikre at temaene faktisk var knyttet til behandlerens delte erfaringer.

Fase fem, definere, raffinere og navngi tema. (Braun & Clarke, 2012). Mine nye oppdagelser og gjennomlesningen av datasettet førte til en ny tematisk inndeling: *Ytre forhold begrenser mulighetene til å gjøre jobben* - Rammebetingelser ved arbeidsstedet og manglende opplæring. Andre tema *Sterke følelser vekkes i terapeuten*, med to undertema *Å tvile på seg selv* – det som er vanskelig handler om meg og *Du kan bare bære det vonde* – maktesløse hjelpere. Siste tema *Å ikke finne vei* – når relasjon og et felles prosjekt uteblir. Da jeg etterhvert begynte å skrive ut det andre tema oppdaget jeg at undertemaet *Å tvile på seg selv* faktisk bare var en kode og ikke et eget tema, derfor endret jeg dette til å bli *Sterke følelser vekkes i terapeuten*.

Fase seks, skrive rapport. (Braun & Clarke, 2012). I utarbeidelsen av denne teksten har jeg vekslet mellom å lese faglitteratur og reflektere over temaene og hvordan disse forholder seg til hverandre. Dermed har analyseprosessen kontinuerlig pågått under skrivingen og jeg har vekslet mellom fase fem og seks på en organisk måte slik Braun og Clarke oppfordrer til (Braun & Clarke, 2019). Jeg endret på rekkefølgen av temaene etter jeg leste igjennom intervjuene på nytt, slik at det temaet som var mest gjennomgående ble presentert først. I skriving av diskusjonsdelen har de ulike temaenes essens blitt tydeligere for meg. Dette fikk meg til å gå tilbake til analysen å finjustere fremstillingen slik at min fortelling om dataene kommer i fokus. Dypere forståelse av teorier og relevant forskning har

gitt meg nye perspektiv å forstå terapeutenes opplevelser i lys av. Min nysgjerrighet på temaenes ulikhet i form av å være mer deskriptive eller mer latente fikk meg inn på å endre konseptualiseringen av temaene, fra å springe ut av terapeutenes attribusjon i det krevende til hva som er gjennomgående på tvers av kodene. Jeg har erfart endringer i min forståelseshorisont og opplevelsen av å ha forstått noe har raskt blitt erstattet av nye spørsmål, slik en kvalitativ forskningsprosess gjerne gjør (Braun & Clarke, 2019).

Refleksivitet

Mitt ståsted som ny og ivrig terapeut med et engasjement for terapeututvikling vikler seg inn i et levd liv med egen-erfaring som pårørende til og utsatt for rusavhengige og psykisk syke familiemedlemmer. Å være i psykoterapeutisk behandling samtidig som jeg skal lære å gi og gir psykoterapi til andre har skapt en trang til å finne rom i faget for å utforske spørsmål som: *hvem er terapeuten? Hvordan navigere å være menneske og terapeut? Hvordan møte den andre på en måte som er til hjelp? Hvordan kan vi alle bli bedre terapeuter?* Mitt nåværende utgangspunkt som terapeut er humanistisk og relasjonsfokusert, jeg tror terapeuten alltid trenger å jobbe utfra relasjon og at denne er terapeutens ansvar å etablere og opprettholde. Derfor har jeg savnet et større fokus på terapeuten og terapeututvikling i løpet av utdanningen med tanke på å utvikle relasjonelle ferdigheter med utgangspunkt i hvem vi er som mennesker. Disse grunnholdningene til fagutøvelse har bidratt til valg av analysefokus og temaene jeg har konstruert ut av tekstene. Utfordringene ved å forske med et ståsted av egen-erfaringer er det Bessel van der kolk (2015) kaller «me-search», at en prøver å finne seg selv i den andre og dermed kan bli mindre responsiv for andre aspekter som ikke resonnerer med ens egne erfaringer. Dette har jeg prøvd å være bevisst på underveis i analyseprosessen gjennom en fenomenologisk grunnholdning hvor jeg har forsøkt å utforske behandlernes opplevelser så nært deres perspektiv som mulig. Særlig i fase tre når jeg har samlet sammen enkeltkoder og utviklet clustre av koder som har beskrevet noenlunde like fenomener.

Som forsker tilnærmer jeg meg fenomenene jeg undersøker med et sosialkonstruktivistisk utgangspunkt. Det vil si at jeg forstår opplevelsene og fortellingene om opplevelsene til behandlerne som produkter av en sosial kontekst i stadig endring og at de oppstår her og nå og må forstås i lys av den virkeligheten de oppstår i. Min antakelse i forhold til oppgavens analysefokus om hva som hinder responsivitet var i utgangspunktet at det varierer fra person til person. Utover dette var jeg nysgjerrig på hva jeg ville finne i opplevelsene til terapeutene.

Parallelt med oppgaveskriving har jeg jobbet som behandler ved en allmenn poliklinikk for voksne. Dette gjør at spørsmål om arbeidsforhold gir gjenklang hos meg da spesialisthelsetjenesten for tiden er særlig presset på ressurser og krav, noe jeg selv har erfart. Det har også gjort meg oppmerksom overfor intervjuene med behandlere som arbeider med voksne, fordi jeg har kjent meg igjen i flere av beskrivelsene deres. Situasjoner de har diskutert er situasjoner jeg selv opplever i min jobb, mens samtaler om foreldre ikke oppleves like nært og dermed kan ha ført til en liten bias mot å fange opp nyanseringer lettere i intervjuene med behandlerne fra voksenalderen. Samtidig tror jeg at erfaring som behandler i spesialisthelsetjenesten har bidratt til en noe mer ydmyk holdning overfor hvor krevende og kompleks psykoterapeutisk behandling er. Dette tror jeg har vært spesielt nyttig i arbeid med krevende kliniske situasjoner.

Etiske betraktninger

Prosjektet er godkjent av norsk senter for dataforskning (NSD), vurdert 08.03.2022 med nr 289440. Det er også registrert i RETTE med id: R1918, Universitetet i Bergen sitt system for sikker håndtering av personopplysninger i forskningsprosjekter og studentoppgaver. Alle deltakerne har fylt ut samtykkeskjema i forkant av intervjuene, disse er håndtert gjennom NSD. Alle behandlere og steder de har henvist til er blitt aidentifiserte. Der beskrivelsene av konkrete situasjoner kan gjenkjennes har jeg utelukket disse. Jeg har

samtidig sørget for at meningsinnholdet i fortellingen er blitt bevart gjennom andre eksempler. Navnene, men ikke arbeidssted, har vi diktet opp.

Tidvis har sjargongen i noen av intervjuene inneholdt unyanserte klientkarakteristikker av enkelte klientgrupper. I en samtale hvor en reflekterer over hvilke situasjoner en opplever mest krevende er det mulig å forstå at referanser til mennesker som har fått spesifikke diagnoser kan oppleves naturlig. En slik måte å snakke sammen på kan være hensiktsmessig i lukkede rom hvor en som del av et behandler-team skal samarbeide om utredning, gjøre diagnostiske vurderinger eller gi hverandre råd om terapiprosessen. Når slik sjargong løftes ut av team-møter og inn i en forskningskontekst blir denne talemåten synlig for et annet publikum, også mennesker med egen-erfaring. Denne talemåten vil forstås på en annen måte og kanskje bidra til å skape ubehag for leseren. Jeg har derfor prøvd å være bevisst på dette i analysedelen. Samtidig er det en balansegang i å ikke skulle sensurere behandlerne. Ved å løfte frem dette perspektivet ønsker jeg å bidra til en bevisstgjøring i leseren over dette skillet mellom det som er naturlig i team-møte sjargong og det som kan forstås på helt andre måter i en ny kontekst.

I denne oppgaven har jeg hatt tilgang til intervjuer med behandlere som hver dag møter mennesker på sitt såreste, vondeste og sykeste og prøver så godt de kan å være til hjelp. Denne hjelpen prøver de å gi igjennom å bruke teknikker de har lært, i kraft av den de er for å bygge en relasjon, og dermed forhåpentligvis starte en helende endringsprosess. Vårt tema har ikke vært solskinnshistoriene eller mestringsopplevelsene men det som koster, det en ikke får til, det som er aller mest krevende. Jeg har derfor prøvd å innta en ydmyk holdning overfor de kliniske eksemplene behandlerne har beskrevet. Binder og kolleger (2012) oppfordrer i sin artikkel om fenomenologisk hermeneutikk forskere til empatisk innlevelse i vår lesning av intervjuene. Dette er noe jeg har ønsket å holde høyt oppe i bevisstheten under arbeidet med denne studien. Av samme grunn har jeg også prøvd å være bevisst under analyseprosessen på

at behandlere skal kunne kjenne seg igjen i temaene jeg har utviklet. Det er viktig for meg at de ikke oppleves oppkonstruerte og påtvunget, men sier noe om det som oppleves krevende med å være terapeut i spesialisthelsetjenesten i Norge i 2022. Forhåpentligvis kan fordelene med å løfte frem det krevende veie opp for ulempene gjennom økt innsikt som utgangspunkt for tenkning rundt hvordan vi kan hjelpe enda bedre – et viktig element ved kvalitativ forskning (Kvale & Brinkmann, 2015).

Resultater

Gjennom refleksiv tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006; 2012; 2019; 2020; 2022) utviklet jeg tre tema som beskriver ulike aspekter ved krevende kliniske situasjoner: *Sterke følelser vekkes i terapeuten, Å ikke finne vei – når relasjon og et felles prosjekt uteblir og Ytre forhold begrenser mulighetene til å gjøre jobben*. Jeg vil nå presentere de ulike temaene, gjøre rede for essensen i hvert enkelt tema og så vise spennvidden de har.

Før vi går videre vil jeg si noe om variasjonen mellom behandlerne i hva de opplevde som krevende. Noe av det som trer frem kan gi et overordnet perspektiv på hva som kjennetegner krevende kliniske situasjoner: *det varierer*. Hva som oppleves krevende varierer fra person til person og noen ganger fra situasjon til situasjon.

Sterke følelser vekkes i terapeuten

I alle intervjuene beskriver behandlerne at krevende kliniske situasjoner vekker sterke følelser i dem. For flere kan det virke som det er slik de merker at noe blir krevende. En av behandlerne sa hun kunne rangere hvor krevende noe var etter hvor mye angst hun selv kjente på. De sterke følelsene vekkes gjerne som et resultat av noe som skjer i terapeuten, i relasjonen med klienten eller i klienten. Det er variasjon i når og i hvilken grad følelsene vekkes. Flere av behandlere beskriver hvilke situasjoner som oftest vekker følelser hos dem, dermed tenker jeg at de har reflektert rundt hvilke følelsesmessige utfordringer de har. Det er og variasjon i hvordan behandlerne *håndterer* følelsene sine. Noen blir usikre og begynner å

tvile på seg selv: *Er det vanskelig nå på grunn av meg?* Andre begynner å kjenne på håpløshet eller maktesløshet og forklarer det som oppleves vanskelig til å skyldes noe utenfor dem selv. Noen forklarer det til begrensninger i systemet, flere forklarer det til spesielt krevende klienter eller klientgrupper. Mange veksler mellom disse. Noen har en mer gjennomgående eksternaliserende stil, andre viser de er bevisste på at det er de sterke følelsene som bidrar til å gjøre noe krevende enda mer krevende.

Av ulike følelser dukker maktesløsheten opp oftest. Mange behandlere beskriver på tvers av felt og grupper det krevende når situasjoner fører til at de *føler seg maktesløse*. «Man føler på foreldrene sin hjelpeløshet og kjenner seg ansvarlig for at jeg kan ikke gi deg noe. Jeg kan ikke gi deg noe mer, jeg kan ikke lette krisen din mer selv om jeg skulle ønske det» (Asta, BUP). Her kan det virke som at klientenes følelser overføres til behandleren slik at behandleren også begynner å kjenne på maktesløshet. Da kan det bli mer krevende å gi klienten det de trenger i relasjonen og i situasjonen, noe som kan føre til at en som behandler kjenner seg ytterligere maktesløs. Maktesløsheten behandlerne beskriver ser og ut til å være knyttet til kombinasjonen av å kjenne på et stort ansvar men til tider kanskje ha liten reell påvirkningskraft i bestemte situasjoner, som Marit her setter ord på:

Jeg tror av det som gjør at suicidale pasienter kommer ganske langt opp på krevende-skalaen for min del er den blandingen mellom at jeg opplever det er en forventning til at jeg har et eller annet ansvar for det. Og samtidig så tenker jeg at det er veldig lite jeg kan gjøre om et menneske ønsker å dø. Så det blir så rar blanding av at jeg føler meg veldig ansvarliggjort samtidig at jeg føler meg ganske maktesløs. (Marit, VOP).

Det kommer tydelig frem i alle intervju at arbeid med suicidalitet er krevende for behandlere og kan vekke sterke følelser hos de som skal hjelpe. Fire av ni fokusgrupper plasserer «klient ytrer suicidale utsagn/fremstår suicidal» på topp i sin rangering av krevende situasjoner, seks av ni grupper på topp to. Klinisk arbeid når suicidalitet er en del av det som er vanskelig er

komplekst og derfor krevende på ulike måter. «Pasienter som fremstår eller er suicidale er ofte veldig hjelpeløse, håpløse. Den der håpløshetsfølelsen synes jeg er supervanskelig.» (Tove, VOP). For noen, som Tove her, er det mangelen på håp som overføres, underforstått blir det krevende å skulle være bærer av den andres håp. For mange er det spesielt opplevelsen av å ha ansvar for den andres liv som fører til en usikkerhet om en har gjort det en kan: «For meg topper de [klienter som ytrer suicidale utsagn] her alt. Fordi jeg blir så redd, det er liv og død. Er det noe jeg har glemt, er det noe jeg skulle ha spurt om som jeg ikke har spurt om. Er det noe jeg skulle ha rådgitt konkret? Det blir jeg veldig redd for» (Stine, BUP). Flere, som Stine, opplever at ansvaret for å gjøre suicidvurderinger fører til at de i noen situasjoner blir veldig redde – redde for å ha gjort noe feil og i verste fall redde for å kjenne skyld i at noen har tatt sitt eget liv. Flere forteller de forholder seg til en kontinuerlig usikkerhet. I møte med enkelte klienter kan denne usikkerheten bli et vedvarende bakteppe for relasjonen: «Det er jo den der at man ikke vet og noen er jo veldig impulsiv og det kanskje går bra akkurat den her timen men om tre timer kan det jo være annerledes. Så det er jo den vi står i hele tiden» (Lotte, BUP).

En variant av maktesløsheten finner jeg og hos behandlere i BUP i beskrivelsene om hvor krevende det er å være vitne til foreldre som ikke ser og rommer barnet sitt uten å klare å hjelpe familien. Flere av behandlerne i BUP forteller hvor følelsesmessig krevende det er å være vitne til foreldre som devaluerer barnet sitt. Det gjør vondt når foreldre ikke gir barnet det de trenger, og det blir spesielt vanskelig når dette fører til en følelse av maktesløshet i terapeuten. Å skulle klare å opprettholde en relasjon til foreldrene slik at en kan møte de responsivt for å gi foreldreveiledning de kan dra nytte av kan da bli ekstra krevende for mange.

I noen situasjoner blir terapeutens følelser krevende fordi det de kjenner på er *usikkerhet*. Noen spør seg selv er det vanskelig nå på grunn av meg? «Jeg føler meg ikke som

noen flink terapeut [...] og jeg begynner å bli litt sånn. Klarer jeg denne jobben her?» (Stine, BUP). En følelse av usikkerhet kan lede en til å tvile på egnethet som terapeut og gi en lavere mestringstro. Når noe oppleves krevende og behandlere kjenner på usikkerhet kan det gjøre at en vender blikket innover mot en selv. Flere på tvers av gruppene beskrev at lite erfaring gjør behandlere sårbare for indre kritikk, noe som impliserer at nyutdannede er mer sårbare for usikkerhet.

Flere behandlere beskriver at situasjoner som *treffer dem personlig*, og særlig deres *sårbarheter*, blir følelsesmessig krevende. Det kan virke som noen situasjoner oppleves krevende fordi terapeutens personlige sider blir avdekket, en av behandlerne beskriver situasjoner hvor hun føler hun blir «avslørt» av klienten. Hvor krevende det kan bli å være i en terapeutisk relasjon som seg selv beskriver Marit mer inngående:

Hun ble sint på meg for måten jeg var terapeut for henne på. Det var i overføringen eller i alliansen. Da er det ikke sånn, det er sinne i relasjonen og at hun opplever at jeg har gjort henne noe. Men det er veldig interpersonlig krevende på alle måter. Så treffer hun meg i min sårbarhet, hun nok har litt rett i det og. Kanskje har jeg sendt ut noen signaler om at det sinnet ditt er jeg ikke så veldig komfortabel med? (Marit, VOP).

Marit opplevde at denne tilbakemeldingen fra en klient ble krevende fordi den reflekterte noe hun kjente seg igjen i, som hun underforstått strever med som menneske og terapeut. Vi tar med oss våre personlige egenskaper, styrker og sårbarheter inn i terapirommet og noen ganger blir det krevende på grunn av oss, som Vibeke setter ord på: «Noen ganger føler jeg at den jeg er og min erfaring blir som et minus» (Vibeke, BUP).

Enkelte av behandlerne beskrev situasjoner hvor de *strever med å kjenne empati* som krevende. For noen blir det krevende fordi det rører ved noe i deres identitet som hjelpere: «Det er noe som skaper veldig ubehag på en overordnet måte i forhold til vår rolle» (Hedvig, VOP). Vi vet at empati er et premiss for responsivitet i terapi. Gjennom empati får

behandleren tilgang til noe som kan minne om den andres indre verden og vil gjennom empatien kunne signalisere til den andre at en er her sammen med klienten om det som er vanskelig her og nå. Empati er et mål, men også et arbeidsverktøy som rommer en underliggende forventning til oss selv som hjelpere. Da kan det kjønes krevende å streve med empati: «Det har vært en utvikling for meg å bli komfortabel med å ikke ha empati og kunne bruke det og være nysgjerrig på det. Nå tenker jeg at det er okei, men har synes at det var vanskelig og en lærdom og noe jeg ikke var forberedt på som student» (Marit, VOP). I noen av intervjuene opplevde jeg at formuleringer som ble brukt i beskrivelser av enkelte krevende situasjoner kunne indikere at behandlere opplevde empatitretthet. Dette dreide seg i hovedsak om arbeid med kronisk suicidalitet, mennesker med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse og dysregulerte foreldre. Det kan tenkes at disse situasjonenes høye krav til emosjonell regulering hos behandlerne øker risiko for å utvikle empatitretthet. Kombinerer en situasjoner som er emosjonelt krevende å stå i over tid med ytre forhold som høye krav og tidsknapphet er det lett å forstå at det tapper behandlerne for ressurser og kapasitet til å være responsive i møte med klientene og potensielt kan føre til nettopp empatitretthet eller vansker med relasjon og samarbeid.

Som behandler er ens kliniske arbeid avhengig av at en har kapasitet til å romme klienten. Etablering av relasjon, trygghet og det å kunne vise empati krever mer spesifikt at en klarer å romme klientens *følelser*. I situasjoner hvor en som terapeut selv blir full av følelser kan dette vise seg å være krevende. Mens flertallet av behandlerne forteller at de kjenner på sterke følelser er det noen som trekker slutninger fra dette og til det som blir krevende. En av terapeutene i BUP forteller hvor vanskelig det er å jobbe klinisk med en forelder når en er sint og «ute av toleransevinduet selv» (Tom, BUP). Tom beskriver at noen følelser kan oppleves så sterke at de kan stå i veien for å utføre de kliniske oppgavene når de ikke håndteres på en hensiktsmessig måte. Andre behandlere beskriver ulike situasjoner hvor de blir fulle av

følelser, som frustrasjon når en klient ikke sier noe uansett hva en gjør. Eller irritasjon når en annen klient ikke slutter å snakke om andre ting enn det avtalte. Eller redsel når en klient forteller hun ikke vil leve mer. Få behandlere tematiserer selv at det er håndteringen av følelsene som blir krevende, men flere forklarer det indirekte, som Elise her:

Hvordan ivareta alle? Og hvordan klare å dempe de? Jeg tenker at det vil kreve ganske mye. Så må jeg romme veldig mye i en sånn situasjon for å klare å være regulerende selv. Å ikke la meg påvirke av det voldsomme emosjonstrykket som blir i en sånn situasjon [når foreldre er sinte og dysregulerte]. (Elise, BUP).

Kombinasjon av egen emosjonsregulering og skulle hjelpe andre å regulere seg blir særlig krevende når en, som Elise beskriver, må prøve å ivareta flere konkurrerende behov i terapirommet. Samtidig forteller Elise hennes strategi for å håndtere det som vekkes i henne er å stenge det ute, unngå påvirkningen. Dette er et godt eksempel på en underliggende diskurs i flere av intervjuene en kan fornemme om egne følelser; de er krevende og ideelt sett er det ønskelig å gå videre som om de ikke er der i det hele tatt.

Å ikke finne vei – når relasjon og et felles prosjekt uteblir

For at behandlere skal kunne hjelpe klienter gjennom psykoterapeutisk behandling må en relasjon etableres, samarbeid må utvikles og enighet om behandlingsmål bør utarbeides. Dette krever en responsiv terapeut og dertil en responsiv klient. Som vi har sett er det ikke alle behandlingsløp hvor samarbeid og relasjon fungerer like godt. I alle intervjuene vi gjennomførte snakket behandlere om hvor krevende det blir når *det de gjør ikke virker*. Behandlerne beskriver hva som skjer i krevende situasjoner som at de blir rådville, avviste eller opplever å få hele ansvaret for det terapeutiske prosjektet. Det blir krevende å tåle mangel på fremgang og de opplever å ikke ha noe mer å komme med. De finner ingen vei.

Flere behandlere beskriver at de i krevende situasjoner *blir rådville*. Som beskrevet tidligere forteller noen at de kjenner på håpløshet fordi de ikke vet hva de skal gjøre for å

hjelpe, ingenting av det de har prøvd på gir tegn på bedring. Flere behandlere beskriver situasjoner hvor de opplever at de har gjort alt og kjenner at nå har de ikke mer å komme med: «Du kjenner på et tidspunkt så må jeg stoppe. For nå har du gjort alle de tingene, du føler du har gjort alle de grepene. Du føler du har validert nok, du har kommet frem med mange nok forslag og så står vi likevel der» (Anne, BUP). Mange av behandlerne beskriver som Anne at de kjenner på stillstand, det er ingen bevegelse og ingenting av det en gjør som hjelper. Dette blir frustrerende. «Når pasienten ikke sier noen ting blir det mer fortvilende, terapien [blir] brutt sammen. Det finnes ingen fornuftig prosedyre. Jo mer du presser jo mindre de sier» (Rasmus, VOP). Både Anne og Rasmus har kommet til et punkt hvor de ikke har mer å tilby klienten sin, dette gir en følelse av fortvilelse. Og det resonnerer ikke med *forventningene* en har til seg selv som terapeut: «Jeg synes ofte det som er krevende er om jeg ikke får til noe. Hvis jeg ikke får oppnådd resultat» (Marte, VOP). Mellom linjene i alle intervju blir det kommunisert en underliggende holdning om at de som behandlere skal utføre psykoterapi og hvis klienten samarbeider så vil psykoterapien ha effekt. I barnefeltet kan det se ut som behandlerne opplever indre og ytre forventninger som spiller inn i dette narrative om å være eksperten som kan gi råd og reparere: «Det er ikke at det gjør det i praksis, at alt avhenger av oss, men det kan føles litt sånn. Hvis vi ikke klarer å opprette de rette kontakter eller få den rette instansen eller gi riktig veiledning til skolen eller så gjør ikke vi en god jobb for å hjelpe den pasienten. Og det blir jo veldig sånn, det er jeg. Det er jeg som skal gjøre alt det her» (Lotte, BUP). Lotte viser oss hvordan hun opplever å ha ansvar for prosessen og hvordan dette ansvaret forplanter seg til å bli høye forventninger til egen praksis.

I møte med hver enkelt klient forteller flere behandlere de noen ganger strever med inntoning og synes det er krevende å vite *hvor aktive* de skal være. Flere behandlere sier det er eksempelvis er krevende å holde tilbake sammen med passive klienter, ikke bli for ivrige og

stjele klientenes initiativ. Noen påpeker at det er en kunst å tåle stillhet og vise at en tåler en stille klient.

Dette her når de ikke gir noe. Det å få behandlingen til å bli pasientens prosjekt og få de til å eie det. Det er så utrolig lett for at vi går inn i det, som strekker oss for langt og prøver for hardt. Så er det vi som liksom strever mens pasienten. Det er vanskelig. (Maren, VOP).

Maren beskriver viktigheten av at klienten skal ta del i ansvaret for terapien, og at dette er noe vi tålmodig må legge til rette for. Noen beskriver at de fysisk må sitte på hendene sine for å holde seg selv tilbake, andre forteller at de nærmest opptrer som underholdningsartister for å stimulere ungdommer til å engasjere seg. En behandler forteller hun opplever det vanskelig å vite når det kan være lurt å småprate for å regulere ned angst, en annen sier det er utfordrende å vite når en skal avbryte klienter som snakker om ikke-terapeutiske tema, underforstått uten å ødelegge for relasjon:

Den følelsen når timen er over, at det var noe jeg skulle ha gjort som jeg ikke gjorde. Burde jeg ha sagt mer, burde jeg ha avbrutt enda mer. Det er en utilfredstilte av at noe som skulle vært gjort den dagen ikke ble gjort. At det skulle vært annerledes, men det var det ikke. Samtidig vet jeg at neste time kommer til å være det samme. (Rasmus, VOP).

Her beskriver Rasmus hvordan han opplever å bli nærmest maktesløs av gjentakende erfaringer å nesten sitte fast i et mønster med denne klienten, og sier samtidig noe om hvor krevende det er for han å bryte det mønsteret. I denne beskrivelsen er det akkurat som en kan kjenne hvordan det oppleves for Rasmus å bli fastlåst og ikke klare å bryte ut å gjøre det klienten trenger at han gjør for at de begge skal komme seg videre i psykoterapien.

I noen krevende situasjoner opplever terapeutene en kombinasjon av ansvar og *avvisning*. «Det [at pasienten er passiv, stille og tilbaketrukket] er en avvisning mot oss som

hjelpere. De avviser oss. Vi liker å få en bekreftelse på at vi kan bidra med noe, at vi kan hjelpe. Det tenker jeg gjør det vanskeligere å være hjelper når du blir avvist» (Ragnhild, BUP). Opplevelsen av å bli avvist når en bare prøver å hjelpe utfordrer vår rolleforståelse som terapeuter. Å tåle avvisning er en krevende oppgave. En annen behandler mener det vanskelige med avvisning utfordrer vår identitet som gode hjelpere. «Kanskje er det litt sånn vi skal hjelpe. Og så føles det som om å få beskjed om at du ikke hjelper. Det er jo identitetskræsje» (Tordis, VOP). Avvisning av oss som hjelpere gjør det vanskelig å gjøre jobben vår.

Det jeg synes er krevende er der det er mye håpløshet, men og blandet med litt aktivert aggresjon. Der jeg opplever de litt avvisende. Der jeg gjerne kan spørre om de har konkrete planer og så kan de si det vil jeg ikke si til deg. Så får du den direkte avvisningen der du vet de holder tilbake. Da føler jeg at jeg mister de litt. Og da får jeg knuten i magen. Jeg er tydelig og transparent men så får jeg en tydelig avvisning der jeg merker at jeg mister litt relasjon. Det blir tydelig brudd. Og de holder tilbake. Og det er jo, jeg kan jo ikke presse pasienten til å snakke, det er jo på en måte alt. Den synes jeg er vanskelig, hvordan skal jeg løse det. (Maren, VOP).

Avvisning blir en konkret og tydelig tilbakemelding om at noe i alliansen ikke fungerer: «Jeg synes kanskje jeg vil si at den er den vanskeligste. Det å klare etablere relasjonen når klienten overhodet ikke ønsker det. Den tror jeg jeg vil trekke frem som den mest utfordrende kanskje. Og kanskje pasienten er veldig avvisende» (Ragnhild, BUP).

Ytre forhold begrenser mulighetene til å gjøre jobben

I alle intervju ble situasjoner der ytre forhold skapte hindringer for det kliniske arbeidet eller bidro til å gjøre det kliniske arbeidet mer krevende beskrevet. Å stå i spagat mellom vilje til å hjelpe og vanskelige arbeidsforhold oppleves begrensende, og skaper frustrasjon og mindre toleranse i krevende kliniske situasjoner. Behandlere beskriver en

konflikt mellom å ville hjelpe og å bli holdt tilbake av et system som krever for mye av dem og samtidig ikke gir behandlere det handlingsrommet de trenger for å kunne være responsive. Selv om behandlerne opplever at disse faktorene er knyttet til ytre forhold utenfor dem selv og kan plassere ansvaret på ledelse eller systemnivå er de ikke immune mot effekten disse rammene kan ha på dem. Det fremgår at krevende arbeidsforhold skaper stress og svekker kapasiteten til hver enkelt behandler for å respondere på en god nok måte i krevende kliniske situasjoner.

I alle intervjuene blir *tid* som en begrensende faktor tematisert. Behandlerne beskriver «å stå i en tidsklemme av en annen verden». Flere forteller at 45 minutter i poliklinikk er kort tid for å kunne tilby reguleringsstøtte til en dysregulert klient eller gjøre gode nok kliniske vurderinger. Særlig suicidvurderinger blir av mange pekt på som krevende når en kun har de tre kvarterene på seg og en sitter sammen med en person noen er veldig bekymret for. Kombinasjonen av lite tid og suicidvurderinger er vanskelig. Enkelte beskrivelser fremstår som at behandlerne jobber ved et samlebånd. Etter en krevende time er det en ny klient som venter, og det er underforstått at en ikke har tid til å hente seg inn mellom timene. «Stressnivået øker i forhold til tidspresset vi har og du har kanskje en like syk pasient i neste sving. Det er noe man bare må være ærlig om, skal man jobbe i offentligheten så er det tidspress.» (Maren, BUP). Dette er noe flere forteller de ikke var forberedt på: «Det blir praksissjokk for mange at det er et så presset helsevesen. Vi trodde vi skulle ut å ha god tid og holde på med terapi. Så handler det mye om effektivitet» (Trine, BUP). Kombinasjonen av knapphet med tid og stor arbeidsmengde er en velkjent oppskrift for å skape negativt stress. Flere beskriver at de opplever en forventning om å være effektive, gjøre gode vurderinger raskt og starte opp behandling tidlig. Dette resulterer i at enkelte avslutter behandlingsløp med klienter før de har kommet ordentlig i gang fordi de trenger mer tid til å åpne seg. En av behandlerne poengterer at tidspress og forventninger om effektivitet gjør det vanskeligere å

«få den tiden man trenger til å varme frem ord og relasjon» (Olav, VOP). Vi vet at relasjon er grunnleggende for god behandling. I barnefeltet kan flere behandlere på tvers av gruppene kjenne seg igjen i at lite tid fører til mindre tålmodighet med foreldre og at tidsmangel blir en direkte årsak til at behandlerne prioriterer ned foreldresamarbeid.

Noen, særlig nyutdannede i barnefeltet, forteller de kjenner det er vanskelig å få til et samarbeid med andre instanser og de kjenner på et stort ansvar. Flere behandlere beskriver en opplevelse av at andre instanser og foreldre plasserer ansvaret hos dem. «Det henger litt ihop med forventninger til første møte. Både fra foreldre og kanskje fra hjelpeapparatet ellers. At ungdommene skal komme hit og så skal det ikke skje så mye ellers så skal vi fikse dem. Ja vi skal prate de frisk da. Men så skal ikke omgivelsene endre seg noe. Og ofte så trenger vi jo at de endrer sin forståelse på en måte å gjør en del ting» (Tone, BUP). Behandlerne i BUP beskriver å bli møtt med en antakelse om at de som behandlere kan utføre psykoterapi og så lenge barnet samarbeider vil det ha effekt. Denne ansvarsfraskrivelsen fra barnets omgivelser bidrar til vanskeligere terapeutiske forhold, og setter behandlerne i en uheldig posisjon med ene-ansvar, der et samarbeid kunne vært gunstigere for barnet. Andre behandlere i voksenfeltet opplever en sterk ansvarsfølelse for klienter i krevende livssituasjoner: «Jeg har hatt en del asylsøker-pasienter og flyktninger. Har hatt spesielt mye av de en periode. De som bor på mottak, ikke har en venn, ikke har noe familie. Det er oss de møter og prater med mest. Når du vet det, du føler enda mer på dette ansvaret». (Kjersti, VOP). For flere behandlere blir samarbeid med NAV trukket frem som komplisert og tidskrevende.

Knapphet på tid og manglende samarbeid blir ikke mindre krevende i kombinasjon med *mangel på ressurser og opplæring*. Flere av behandlerne har ikke faglig bakgrunn i psykologi og noen forteller at dette kan bli krevende: «Min fagbakgrunn, vi har overhodet ingen, ikke utrustet med et eneste verktøy på forhånd. Du må bare lære deg det underveis i klinisk praksis» (Elise, BUP). Dette kan bli særlig problematisk når arbeidsstedet ikke

vektlegger nok opplæring: «Jeg synes ikke de har nok opplæring. Ting læres underveis når vi kommer i praksis. Vi har et suicidalitetskurs på en halv dag og så tjo og hei» (Maren, BUP). Noen forteller de får nye arbeidsoppgaver og mangelfull opplæring i disse gjør det krevende å være responsiv i møte med klienter. Flere behandlere forteller at de mangler erfaring med eller opplæring i konkrete metoder, og dette gjøre krevende situasjoner mer krevende. På tvers av flere intervju blir særlig behandling av mennesker med relasjonsvansker og personlighetsproblematikk trukket frem som områder med behov for kompetanseheving hvor manglende metodekunnskap gjør responsivitet enda mer krevende. Dette kan være knyttet til ressursknapphet, noe som særlig blir diskutert på klinikkene lokalisert på mindre steder. Få ansatte får konsekvenser for det kliniske arbeidet: «Det er ressursene det skorter på. Når du er tre stillinger i manko og har to sykemeldinger på toppen og ingen lege tilgjengelig som kan skrive resepter. Da har man det travelt og slokker branner rundt omkring» (Sofie, BUP). Flere av behandlerne, særlig i voksenfeltet, sier de føler ofte de står alene i det vanskelige. Stress og høye arbeidskrav gjør det vanskeligere å be om støtte hos kollegaene.

Mange av behandlerne forteller om *høye arbeidskrav* og like *høye forventninger* til systematisering av behandlingsforløp og dokumentering av hvert trinn på veien. Flere retter en pekefinger mot pakkeforløpet. Krav til journalføring og vedtaksdokumenter i forhold til tvang blir beskrevet som stressende og unødvendig tungvint. Vissheten om at det er en lang kø av klienter som venter på time fører til at behandlingsløp til klienter som krever andre tilnærminger blir avsluttet for tidlig, forteller en deltager. En annen behandler er bekymret for at pakkeforløpet reduserer utviklingen av relasjon og alliansebygging: «Pakkeforløpet, det er ikke på noe tidspunkt spurt om relasjon» (Olav, VOP). Standardiserte skjema for utredning og kartlegging beskrives av en annen behandler som noe som skaper avstand mellom henne og klientene:

Jeg synes det er litt vanskelig med alle de spørsmålene. Som er, må jeg igjennom det. Det kan føles litt kunstig. Det er kanskje bare min opplevelse men det er ofte noe jeg kan tenke på. Hvordan blir dette oppfattet av den som sitter der og klarte jeg egentlig å møte den personen som sitter der og kanskje er veldig håpløs? Så kommer jeg med mine mange spørsmål som er litt sånn strukturert. (Marie, VOP).

Dette fører til at behandlere ofte må navigere mellom pakkeforløpets krav og tilpasset klientbehandling.

Standardiseringer av suicidvurderinger har ikke bare praktiske og relasjonelle implikasjoner, de bygger også opp under idéen om at det formelle er viktigere enn klientbehandling. Behandlere fra to ulike grupper forteller at de opplever systemet legger opp til at institusjonen skal *ha ryggen fri* i situasjoner hvor klienter tar sitt eget liv: «De er ikke redde for at pasienten skal dø, men redd for at du ikke skal ha gjort jobben din» (Marte, VOP). Videre i samme samtale uttaler en annen behandler noe om konsekvensene av krav om standardiserte suicidvurderinger og ansvaret som ligger hos behandler: «Du kan bli for fokusert på å ha ryggen klar. Jeg liker ikke å si det ordet men du mister helheten på en måte. Og det å få til en god samtale og generere noe håp og lys» (Kjersti, VOP). Flere behandlere sier de kjenner på et ansvar for klientenes liv, og at dette ansvaret bidrar til å gjøre arbeid med suicidalitet så emosjonelt krevende: «Jeg er redd for at noen skal dø fordi jeg ikke gjorde jobben min» (Stine, BUP). I en annen gruppe løfter Marit frem Solberg-regjeringens nullvisjon for selvmord:

Den nullvisjonen [for selvmord] og de forventningene fra systemet om at jeg skal utfylle det kartleggingskjemaet og så har jeg gjort jobben min. Og så her er det en person med utrolig vondt som ikke vet om de vil leve. Hva kan jeg gjøre for å hjelpe de best mulig med det? Og svarene på de to tingene mener jeg er helt forskjellig. (Marit, VOP).

Marit sier noe veldig viktig her om at hun er pålagt å gjøre noe fra systemet, som ikke oppleves meningsfylt for henne eller hjelpsomt for klienten hennes. Dette er klienter som virkelig trenger en responsiv terapeut som kan prøve å møte klienten der hun trenger å bli møtt for å få hjelp med de suicidale tankene sine. Marte, Kjersti og Marit beskriver at flere behandlere erfarer standardiserte kartleggingsverktøy og vurderingsskjema kan gjøre det mer krevende å være responsiv i allerede krevende situasjoner, som i møte med mennesker med stor psykisk smerte og suicidale tanker. I forlengelsen av formelle krav og nullvisjonen for selvmord løfter behandler Kjersti frem at media spiller en rolle i opplevelsen av å bære ansvar for klienten på den ene siden og de formelle kravene på den andre siden. Igjen står behandleren som må navigere mellom disse posisjonene samtidig som samfunnet gjennom media forteller de at ansvaret ligger hos dem som *representanter for systemet*. Dette blir krevende. «Det gjøre noe med oss. [...] Det gjør litt feile ting med oss» (Kjersti og Olav, VOP).

Oppsummert har vi sett at krevende situasjoner først og fremst kjennetegnes ved at de vekker sterke følelser i terapeuten og at disse følelsene gjør det krevende å være responsiv overfor klienten. Noen følelser, som usikkerhet og maktesløshet, kan kreve særlig mye av terapeutene. Hva som oppleves krevende varierer. Mange behandlere beskriver det er krevende å ikke få til et samarbeid, at relasjonen og et felles terapeutisk prosjekt uteblir. Vi har også sett at ytre forhold, som kombinasjonen av høyre krav og lite handlingsrom, forsterker det krevende i allerede krevende situasjoner og reduserer behandlernes kapasitet til å være responsiv overfor klientene sine. Alle disse situasjonene er først og fremst krevende fordi de står i veien for at terapeutene skal klare å gjøre mer av det de ønsker, å hjelpe.

Diskusjon

Krevende kliniske situasjoner vekker ofte sterke følelser i terapeuten. I noen tilfeller er det de sterke følelsene som gjør situasjonen krevende, andre ganger er det kanskje de sterke

følelsene som forteller terapeuten at nå skjer det noe som krever noe ekstra av dem. Hvordan hver enkelt terapeut opplever å ha disse følelsene varierer. Noen forteller de opplever å bli usikre, andre erfarer det får konsekvenser for det terapeutiske arbeidet. Hvordan terapeutene forholder seg til følelsene sine blir sjeldent tematisert, men en kan fornemme en underliggende enighet om at egne følelser kan komme i veien for terapi og derfor ofte er uønsket. Elise sier tydelig at målet er å ikke la seg påvirke av det som foregår i rommet. Er det mulig å ikke la seg påvirke? Er det noe vi ønsker? Og hva skjer når vi håndterer våre egne følelser ved å unngå de? Flere behandlere beskriver hvor frustrerende det blir når det de gjør ikke virker og de ikke kommer noen vei. De opplever å bli avviste eller å få eneansvar for det terapeutiske prosjektet fra klienten. Noen forteller hvor vanskelig det er å vite hva klienten trenger fra dem, skal de være fremoverlente eller tilbakelente, aktive eller tålmodige, avbryte mer, tåle stillhet lengre? Det er vanskelig å forstå hvordan en skal være responsiv på en måte som hjelper hver unike klient. Dette er noe behandlerne beskriver de knapt har overskudd eller tid til i en travel hverdag med høye krav om dokumentering av hvert steg, stort ansvar og begrenset handlingsrom.

Hva begrenser responsivitet

Det fremkommer i analysen av terapeutenes fortellinger at krevende kliniske situasjoner vekker sterke følelser i terapeuten. Det gir mening. Vi vet at følelsenes funksjon blant annet er å fortelle oss når noe viktig skjer i situasjonen (Stiegler et al., 2018). Det som er spennende i så måte er spenning i følelsene våre som er dypt personlige men også er reaksjoner på ytre hendelser, på det som foregår rundt oss og i relasjon med andre – her og nå. Når vi er på jobb som psykoterapeuter vil nettopp våre følelser bli en arena hvor vi blir påminnet om at vi også er mennesker, med egne levde liv og sår, i møte med klienter vi ønsker å møte responsivt for å hjelpe. Nissen-Lie og kolleger (2017, s. 49) løfter dette frem:

It may be difficult to compare the work of psychotherapy with other professions because of its specific requirement that, to be of help to clients, the therapists must succeed in integrating their professional capacities and expertise with their personal attributes in a way that almost blurs the distinction between them.

For å være til hjelp for klientene våre trenger vi å integrere våre personlige egenskaper og tendenser med vår fagutøvelse, klinisk psykologi er på denne måten et spesielt fagfelt hvor vi drar nytte av en form for symbiotisk identitet av fag og personlighet for å gjøre jobben vår.

Behandlerne i vår studie er ikke alene om å kjenne på sterke følelser. Pope og Tabachnick (1993) gjennomførte en studie basert på et spørreskjema til 295 psykologer hvor 80% rapporterte å oppleve frykt, sinne eller seksuelle følelser overfor klienten i timen, 90% hadde kjent på sinne overfor klienter i timen som ikke ville samarbeide og over halvparten innrømmet at de hadde hevet stemmen til en klient i timen eller vært så engstelige over en klient at de slet med å spise, sove eller konsentrere seg.

Resultatene fra studien vår indikerer at å ha følelser som terapeut ikke nødvendigvis er problematisk, det er måten vi forholder oss til de på og konsekvensene av dette som kan hindre eller legge til rette for responsivitet overfor klientens behov. Vi har sett at en responsiv inntoning til klienten fordrer terapeutens evne til å legge vekk egne bekymringer og konflikter (Watson og Wiseman, 2021). Nissen-Lie og kolleger (2010) gjorde en studie på ulike terapeuteffekter vurdert av klienter gjennom alliansen og fant ikke overraskende en sammenheng mellom dårlig allianse og terapeuters selvrapporterte mangel på empati og opplevde negative følelser for pasienten. I en oppfølgingsstudie fant de at disse negative følelsene kan relateres til dårligere behandlingsutfall knyttet særlig til relasjonell fungering hos klienten opptil to år etter endt behandling (Nissen-Lie et al., 2013). Studier på «the real relationship» kan fortelle oss noe om betydningen av hvordan terapeuten integrerer fagutøvelse med personlige egenskaper og væremåter (Gelso et al., 2018). Det relasjonelle i

terapien som skjer utover arbeidsalliansen har betydning for relasjonen og våre negative følelser som utspiller seg får konsekvenser for behandlingsutfall (Gelso et al., 2018). Klienter legger og merke til når terapeuter blir sinte på dem. Enkelte klienter har av gode grunner utviklet en sensitivitet overfor mellommenneskelige signaler på negative følelser (van der Kolk, 2015; Fisher, 2017; Schore, 2003). Dalenberg (2004) gjennomførte en studie på 132 klienter som hadde ferdiggjort langvarig traumebehandling: 72% rapporterte de hadde vært sinte på terapeuten, 64% rapporterte terapeuten hadde vært urettmessig sinte på dem. Mer enn halvparten av de 64% sa dette hadde midlertidig eller permanent ødelagt for alliansen.

Det er ikke overraskende at terapeuters negative reaksjoner overfor klientene sine får konsekvenser for alliansen, relasjonen og behandlingsutfall. Dette finner vi også i studier av mer subtile responser som mikroagresjoner (Owen et al., 2010; Shelton & Delgado-Romero, 2013; Trusty et al., 2022). Hvordan kan vi forstå konsekvensene for responsivitet fra de behandlerne som forteller om usikkerhet og tvil? Usikkerhet kan være relatert til flere aspekter ved å være terapeut, vi har eksempelvis sett at flere nyutdannede viser usikkerhet, noe en kan tenke er naturlig i overgangen fra å være student til å få ansvar og nye oppgaver som fersk terapeut. Usikkerhet kan også i noen tilfeller være en ressurs i psykoterapi. Nissen-Lie og kollegaer (2017) ønsket å studere sammenhengen mellom terapeuters vurderinger av egen praksis, selvkonsept og klienters behandlingsutfall. De studerte 70 behandlere med 255 klienter og fant til deres overraskelse at en «tolerant og selvivaretakende selvfungering» (self affiliation) hos terapeuten bare predikerte symptombedring for klienten når denne var kombinert med «tvil over egen praksis» (professional self doubt) som terapeut. De behandlerne som skåret høy «tolerant og selvivaretakende selvfungering» og viste liten «tvil over egen praksis» hadde klienter som viste minst endring i symptomer. Passende nok ble tittelen på artikkelen om studien «Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist?» (Nissen-Lie et al., 2017).

I analysen av intervjuene våre fornemmet jeg en underliggende diskurs om at egne følelser i terapirommet er krevende, noe en tidvis bør unngå eller til og med unngår uten å være det helt bevisst. Rousmaniere (2019) foreslår en rekke unngåelsesreaksjoner som er vanlige for terapeuter sammen med klienter: tilby overdreven omsorg, være belærende, bli stille eller passiv, kontrollerende, gi overdrevet psykoedukasjon, moralisere, krangle, bli frakoblet eller gi klienten opp. Som terapeut vil unngåelsesreaksjoner i terapirommet føre til en distanse til klienten, noe som påvirker hvor responsiv en har kapasitet til å være overfor klientens behov (Rousmaniere, 2019). I verste fall kan sterke unngåelsesreaksjoner hindre terapeuter å hjelpe klientene sine (Rousmaniere, 2019). Flere studier har undersøkt terapeutens unngåelsesstrategier overfor klienter og funnet at disse kan predikere dårligere behandlingsutfall (Heinonen et al., 2012; Nissen-Lie et al., 2017, Muran & Eubanks, 2020). Rousmaniere (2019) peker også på unngåelsesreaksjoner som får konsekvenser for terapeuten selv, som tåkesyn, tap av konsentrasjon, hodepiner, sterk angst, håpløshet, skam, flauhet, tvil, selvkritikk og mer alvorlige reaksjoner som gastrointestinale symptomer, migrene og dissosiasjon.

En kan tenke seg at det kan være en sammenheng mellom høy frekvens av unngåelsesreaksjoner og det Orlinsky og kolleger (2022, s. 171) beskrev som «stressende involvering» i «frakoblet» eller «plagsom» terapeutisk praksis, der terapeuter beskrev de opplevde seg selv som ineffektive og opplevde negative følelser knyttet til å gjøre klinisk arbeid. Det er også nærliggende å anta at de krevende arbeidsforholdene behandlerne har beskrevet i samspill med enkelte av disse reaksjonene kan gi alvorlige konsekvenser for terapeutenes helhetlige trivsel og generelle helsetilstand. Det er sannsynlig at personlig stress, empatitretthet og utbrenthet påvirker terapeutens evne til å jobbe i en slik grad at det går utover terapiprosessen og behandlingsutfall.

Pope og kolleger (1987) gjennomførte en studie på psykologers holdninger overfor terapeutisk praksis hvor de fant at 85% av APA medlemmer mente det var uetisk å jobbe mens en var for stresset, til tross for dette innrømmet 60% at de hadde gjort det. Det kan være flere årsaker til å jobbe på tross av for høy arbeidsbelastning. Guy og kolleger (1989) gjennomførte en annen studie på APA medlemmers arbeidsbelastning: 74% mye stress siste 3 år, 36,7% sa dette hadde gått utover behandling og 4,6% sa det hadde resulterte i uforsvarlig behandling. Rupert Morgan (2005) fant sammenheng mellom emosjonell utbrenthet og å ha lite kontroll over arbeidshverdagen, lange arbeidsdager, å bruke mer tid på dokumentering og å stå i flere negative følelser med klienter. Vi vet fra den innledende spørreskjemaundersøkelsen i dette prosjektet at psykologer opplever krevende kliniske situasjoner ofte, eksempelvis svarte 30% av terapeutene at «klienten fremstår som passiv, stille og tilbaketrekt» ofte eller svært ofte skjer og 20% opplever dette svært eller ekstremt krevende (Stige et al., 2019). 15% opplever «klienten fremstår som suicidal» ofte eller svært ofte, 48% opplever det svært eller ekstremt krevende (Stige et al, 2019). En annen norsk studie fant og sammenheng mellom høye emosjonelle jobbkraav og risiko for psykiske helseplager (Johannesen et al., 2013). 28-38% av helsearbeidere har svart de kjenner seg psykisk utmattet etter jobb mer enn en dag i uken (Tynes, 2018, s. 124).

Behandlerne i vår studie forteller de strever med at det de gjør ikke virker, dette er de langt fra alene om. Forskningen til Orlinsky og kolleger (2022) viser at en av ni terapeuter rapporterer de opplever seg ineffektive i klientbehandling og strever med sitt arbeid som terapeuter. Ung alder og lite erfaring gav høyere sannsynlighet for å være en av disse (Orlinsky et al., 2022). Dette finner en også i vår studie. Vanskene behandlerne beskriver med å finne vei og få til relasjon og et felles prosjekt er ikke unike, studier har funnet at mellom 40-60% av klientene ikke opplever bedring av psykoterapi (Lampropoulos, 2011; Imel et al., 2013; Swift & Greenberg, 2014). 20% av alle klienter dropper ut av psykoterapi (Swift &

Geenberg, 2012). Så hvordan kan det ha seg at så mange ikke opplever bedring når effekten til psykoterapi er ment til å være opp til 80%? (Lambert, 2013). En av grunnene er at frafall-ratene ikke blir inkludert i effekttestimatene av psykologisk behandling (Wampold & Imel, 2015; Rousmaniere 2017). En annen grunn er at gjennomsnittlig behandlingsutfall i enhver behandler klientliste kamuflerer variabiliteten i individuelle klienter (Rousmaniere, 2017). Det er med andre ord forskjell på behandlere og hvor mye de strever med psykoterapi, noe en også fant i våre intervju. En studie analyserte data fra 1841 klienter fordelt på 93 terapeuter de fulgte i to og et halvt år (Okiishi et al., 2003). De mest effektive terapeutene hadde en endringsrate 10 ganger større enn gjennomsnittet. De minst effektive hadde klienter som fikk en gjennomsnittlig økning av symptomer. En annen studie viste variasjon innad i klientlisten til hver enkelt terapeut og at noen behandlere var bedre til å gi behandling til mennesker i enkelte diagnosegrupper enn andre (Kraus et al., 2011). De fant og noen som var verre med enkelte klienter. 38% av behandlerne hadde en gjennomsnittlig behandling av klienter som ble verre etter de hadde startet, 20% behandlet i gjennomsnitt klienter som ble mer suicidale, og 36% behandlet i gjennomsnitt klienter som ble mer voldelig (Kraus et al., 2011).

Behandlerne vi har snakket med forteller om krevende arbeidsforhold med krav om dokumentasjon og bruk av skjemabasert utredning. Det kan være at rammebetingelser som pakkeforløpet, uten at dette er tilsiktet, bygger opp under klinisk praksis som leder til at flere dropper ut eller opplever mindre symptombedring. Gjennom pakkeforløpet, nå kalt pasientforløpet, blir antall konsultasjoner, dager med ventetid, fristbrudd og klienter inn og ut av psykisk helsevern telt og registrert. Om klientene opplever bedring og behandlingen kan sies å ha hatt effekt blir ikke telt eller registrert. Virkning av psykoterapeutisk behandling er ikke et område en fokuserer på i psykisk helsevern i Norge i 2023. I 2021 svarte 36% av 1633 psykologer i spesialisthelsetjenesten i NPFs medlemsundersøkelse at halvparten eller mer av klientene ikke får nok behandling til at det vil være virksomt. 26% svarte at halvparten av

klientene eller mer ikke får god nok utredning. 23% sa de må avslutte halvparten av behandlingsforløpene eller mer før de er ferdigbehandlet.

Det er ikke bare behandlerne i våre intervjuer som strever med krav til dokumentering og vansker med å opprettholde kvalitet i behandlingen. SINTEFs rapport om implementeringen av pakkeforløpet fra 2021 viste at fagfolk opplever «krav og tidspress i utredning, og at rapporteringsarbeidet knyttet til pakkeforløpsprosessene går ut over kvalitet, klinisk vurdering og relasjon til pasienten» (Ådnes et al., 2021, s. 14). At navigering mellom systemkrav og en responsiv behandlingstilnærming er en del av de kliniske arbeidsoppgavene fant Stige og kolleger (2021) i sin studie av hvordan terapeuter tilrettelegger psykoterapeutisk behandling for ungdommer. De foreslo en nyansering av therapeuteffekten forstått som individuelle trekk og viste til hvordan terapeuten håndterer systemkrav og hvordan systemet igjen responderer til terapeutens faglige autonomi er ulik mellom deltagerne og derfor kan tenkes å ha implikasjoner for behandlingsutfall. Dette er interessant og kan gi implikasjoner for hvordan en legger opp ferdighetstrening i terapeut-utdanninger.

Krevende kliniske situasjoner vekker sterke følelser, disse er tidvis vanskelige å håndtere og utfordrer behandlernes evne til responsivitet i relasjon og samarbeid og ytre forhold som arbeidssituasjonen tapper terapeuter for tid, perspektiv og krefter. Vi har funnet noen sannsynlige forklaringer på det innledende analysefokusset som var *hva hindrer responsivitet*, spørsmålet som gjenstår er *hva kan vi gjøre med det?*

Hva kan vi gjøre med det?

Flere innenfor psykoterapiforskningen argumenter for at det ikke enten er metode eller fellesfaktorer og relasjon, men begge deler som forklarer variansen av effekt i prosessforskning (Wampold & Imel, 2015; Miller et al., 2013; Finsrud et al., 2022; Hatcher, 2021). Dette virker sannsynlig. Det er funnet store mengder empirisk evidens for at

relasjonelle fellesfaktorer som empati og allianse forklarer en del av endring som skjer i psykoterapi (Wampold & Imel, 2015; Elliot et al., 2019; Flückiger et al., 2019; Karver et al., 2019), det samme er funnet for en rekke psykoterapimetoder (Wampold & Imel, 2015). Wampold & Imel (2015) argumenterer for at det ikke er nok med en god relasjon. Terapeuten må ha en psykologisk metode som gir et rammeverk for å forklare klientens vansker, og som kan brukes for å bli enige om behandlingsmål og plan for bedring. Men metode alene gir ikke ønsket effekt, forskning på høy grad av etterlevelse av psykoterapimetoder har funnet at dette har en sammenheng med dårligere behandlingsutfall (Castonguay et al., 2010). Både relasjon og metode må til for at psykoterapi skal virke. Men er det nok? Enkelte vil hevde at det ikke er relasjon og metode per se som forklarer variansen, men måten de er brukt på, med andre ord responsivitet (Stiles et al., 1998; Hatcher, 2015; Stiles & Horvath, 2017; Wu & Levitt, 2020; Watson & Wiseman, 2021a, 2021b; Norcross & Wampold, 2019).

Resultatene av denne studien har vist at det som hindrer responsivitet ofte er terapeutens egne sterke følelser og sannsynligvis påfølgende unngåelsesreaksjoner. En kan anta at de fleste av behandlerne vi snakket med kjenner til viktigheten av å ha en psykoterapeutisk metode å jobbe utfra, betydningen av relasjon og nødvendigheten av individuelle tilpasninger. Dette gjelder nok også majoriteten av terapeuter som behandler de 40-60% av klientene som enten dropper ut eller ikke opplever bedring. Mengden nye psykoterapimetoder til tross, lite endring i effekt av psykoterapi har funnet sted de siste 50 årene (Miller et al., 2013; Wampold & Imel, 2015). Kunnskap alene ser ikke til å være tilstrekkelig for å øke effekt av psykologisk behandling, det trengs sterkere lut til.

Å hjelpe gjennom egne følelser med målrettet ferdighetstrening.

Therapists work in *higher* arousal states than possibly any other profession. [...] we help clients who very often present with symptoms of psychological trauma. [...] our job is to be open to that trauma, listen carefully, empathize and attune to extremely

painful feelings despite a very natural urge to avoid our client's painful experience.

[...] we need to hold our clients' intense emotional suffering eye to eye while still making complex decisions quickly and accurately. To do this effectively, we have to address our own experiential avoidance. This challenge is unique in our field and constitutes one of the major impediments to expertise. (Rousmaniere, 2017, s. 42).

Her argumenterer Rousmaniere for at sterke følelser i terapeuten er et av de viktigste områdene vi som terapeuter kan adressere for å bli mer effektive hjelpere. Dette forklarer han utfra hypotesen om at det ofte er våre unngåelsesreaksjoner når vi opplever sterke følelser som står i veien for å møte klienten responsivt. Skal vi gjøre mer av det som virker bør vi i stedet prøve å hjelpe *gjennom* egne følelser. For å få til det kan en eksempelvis gjøre tre ting: 1) anerkjenne at det er en stor andel av klientene våre vi for tiden ikke klarer å hjelpe (og vite at det dessverre er utbredt), 2) akseptere at vi som terapeuter kan ha sterke følelser men vite at vi kan endre på vår psykologiske terskel for unngåelse og 3) dette kan gjøres gjennom målrettet ferdighetstrening.

Startstreken for målrettet ferdighetstrening på sterke følelser er ens egen psykologiske terskel for hva en tåler av følelser før en utvikler unngåelsesresponser. Et av de overordnede resultatene fra studien var at det som oppleves krevende og vekker sterke følelser varierer fra person til person. Dette virker logisk. Likevel er en gjerne i opplærings situasjoner opptatt av en universell tilnærming til det som skal læres, læringsmål er ofte formulert som spesifikk kunnskap og konkrete ferdigheter alle skal utdannes i. Individuell tilpasning er en av målrettet ferdighetstrening sine fordeler og grunnprinsipp, en tar alltid utgangspunkt i den enkeltes ståsted for det en øver på (Rousmaniere et al., 2017). For å finne ens egne psykologiske terskel kan en for eksempel be om empatisk og støttende veiledning med video av en krevende klinisk situasjon for å få hjelp til å se forbi ens egne blindsoner (Rousmaniere,

2017). Rousmaniere løfter frem viktigheten av veileders respekt for hvor sårbart dette kjennes ut for de fleste av oss og behovet for en responsiv tilnærming også i veiledning.

Når en har fått hjelp til å finne situasjoner som utfordrer ens unngåelsesrespons, eller funnet følelser som gir samme effekt, kan en bruke disse som stimulus til trening for seg selv (Rousmaniere, 2017; 2019). En kan bruke egne terapivideoer eller finne filmklipp som vekker de samme sterke følelsene (Rousmaniere, 2019). For å utvide ens emosjonelle utholdenhet er det viktig å finne stimuli som overstiger ens psykologiske terskel slik at en bryter homeostasen og dermed forårsaker tilpasning og vekst (Rousmaniere, 2017). Målet med denne treningen er å utvikle en dobbel kapasitet for å tåle ens egne følelser samtidig som en har oppmerksomheten rettet mot klienten og hennes behov, slik vi har sett flere psykoterapiforskere har tatt til orde for nødvendigheten av (Castonguay et al., 2010; Rousmaniere, 2017; Ackerman & Hilsenroth, 2003; Gelso & Hayes, 2007, Wolf et al., 2013; Muran & Eubanks, 2020). En slik kapasitet kan en utvikle gjennom å eksempelvis stoppe filmen hvert 15 sekund og gjennomføre en handling, som å si en setning til en tenkt klient (Rousmaniere, 2019). Dette er viktig å gjenta for at ferdighetene en trener på skal kodes inn i den prosedurale hukommelsen og dermed bli en automatisert ferdighet en kan hente frem i situasjoner hvor en kjenner sterke følelser (Rousmaniere, 2019).

Mange, kanskje de aller fleste, av klienter i psykisk helsevern strever med følelser på en eller annen måte. Dette er noe de fleste, om ikke alle, psykoterapimetoder adresserer på ulikt vis. Men for å komme i posisjon til at klienten vil ha nytte av disse tilnærmingene og klare å utvikle en trygg relasjon trenger de å oppleve at vi tåler de og tåler de sterke følelsene deres. Da vil det være nyttig om vi tåler våre egne følelser.

Implikasjoner for terapeutopplæring- og utvikling. Mye tyder på at en egnet psykoterapeutisk metode, en god relasjon og en hensiktsmessig responsiv tilnærming alle er viktige elementer for at psykoterapi kan være virksomt (Wampold & Imel, 2015,

Rousmaniere, 2017, Hatcher, 2021). Dette understreker viktigheten av å tenke bredt i utdanningen av terapeuter, slik eksempelvis profesjonsutdanningen i psykologi er lagt opp i dag.

Det kan være hensiktsmessig at studenter lærer om hvor mange klienter som dropper ut, ikke opplever bedring eller blir verre av behandling. Dette kan bidra til å redusere usikkerhet for nyutdannede terapeuter slik resultatene fra studien viste, gjennom å normalisere manglende effekt. Det kan også motivere studenter og nyutdannede til å finne måter å utvikle spesifikke ferdigheter på, som gjennom målrettet ferdighetstrening slik Rousmaniere foreslår (2017; 2019). Målrettet ferdighetstrening kan i så måte med fordel introduseres i utdanningen, særlig med fokus på å finne sin egen psykologiske terskel for unngåelsesreaksjoner. Potensielt kan dette øke den enkelte behandlers bevissthet rundt betydningen av egne følelser, som studien indikerer et behov for. I målrettet ferdighetstrening vil studentene kunne bli godt kjent med seg selv og sine egne styrker og sårbarheter. Ved å introdusere målrettet ferdighetstrening i terapeut-utdanninger vil en også forhåpentligvis utvikle en kultur for at det er lov, til og med bra, å feile. Dette i seg selv vil kunne redusere skam og negativt stress for studenter og nyutdannede. Det vil også potensielt kunne øke den enkelte behandlers mulighet til å tilby mer effektiv behandling enn hva kunne vært tilfelle uten målrettet trening.

Å utvide ens emosjonelle kapasitet vil en også kunne adressere gjennom bruk av mindfulness. Å lære mindfulness-teknikker tidlig i utdanningen vil kunne forebygge stress videre i studieløpet, og samtidig legge til rette for vaner en kan ha med seg som praktiserende terapeut senere i karrieren.

Spesialisthelsetjenesten og andre arbeidsgivere burde følge opp implikasjonene som ligger i varskorop fra ansatte (Storeide, 2022; Nordland et al., 2022; Hekne, 2023; Feyer, 2023; Andreassen et al., 2022), som også gjenspeiles i resultatene fra denne studien. Vi som samfunn bør ta på alvor at rammene vi tilbyr terapeuter å jobbe innenfor ser ut til å begrense

deres mulighet til å gjøre nettopp det som kreves av dem; å være hjelpsomme og effektive behandlere, og samtidig ivareta seg selv som mennesker og fagpersoner. Arbeidsgivere kan helt konkret gi terapeuter tid til målrettet terapeututvikling, legge til rette for å bruke av video i timer og under veiledning, oppfordre til bruk av tilbakemeldingsskjema fra klienter, etablere og opprettholde en dialog på arbeidstedet om psykoterapi og effekt og bedre rutiner for opplæring og ivaretagelse av nyutdannede.

Studien impliserer at vi kan dra nytte av ytterligere forskning på hvordan behandlere opplever å få sterke følelser i terapi, hvordan de merker eller ikke merker egne unngåelsesreaksjoner og hvordan de opplever det å skulle hjelpe klienter gjennom egne følelser for å kunne utvikle persontilpasset terapeutopplæring. Forskning på nyutdannede terapeuter vil også kunne gi et utvidet kunnskapsgrunnlag for en ferdighetstrening i utdanningen som er enda mer praksis-nær.

Vurdering av metodens kvalitet

Hvordan en kan vurdere metodens kvalitet i kvalitativ forskning er omdiskutert. Jeg velger å ta utgangspunkt i evalueringsverktøyet EPIC-CURE (Stige et al., 2009; 2011). Dette er ikke en sjekklister, men dialogbasert på den måten at forskerens fortolkende posisjon er i dialog med den sosiale, etiske og fysiske verdenen det forskes på, kunnskapen kan på den måten være situert (Stige et al., 2011). Akronymene EPIC og CURE viser til to prosesser ved kvalitativ forskning. EPIC viser til utfordringen i å produsere meningsfulle historier basert på engasjement (Engagement) for det fenomenet en studerer, presentasjon og bearbeidelse av empiriske data (Processing), fortolkning av beskrivelsene av data (Interpretation) og kritikk av forskningsprosessen og analysen (Critique) (Stige et al., 2011, s. 41-44).

Mitt engasjement for fenomenet jeg studerer, terapeuters opplevelser i krevende kliniske situasjoner, har jeg prøvd å kommunisere mellom linjene i teksten og eksplisitt under refleksivitet. Fremgangsmåten i bearbeidelsen og fortolkningen av empiriske data har jeg

presentert i analyseprosessen. I et kritisk perspektiv på forskningsprosessen og analysen vil jeg trekke frem at jeg startet analyseprosessen uten et gjennomtenkt konseptualisert design, slik Braun og Clarke (2022) beskriver i sin artikkel en bør gjøre. For min del handlet dette om at jeg, noe misforstått, var redd for å prege resultatene i for stor grad, i lys av «me-search» (van der Kolk, 2005). Dette førte meg innledningsvis dit at jeg, i frykt for å gå glipp av noe viktig i fenomenologisk forstand, endte opp med deskriptive tema som var løsrevne fra en kontekst og dermed også vanskelig å få tak på. Når Braun og Clarke (2022) strengt oppfordrer akademia å starte med en tydelig konseptualisering av forskningsdesignet tillater jeg meg å tenke at dette er en utbredt måte famle på, særlig som fersk kvalitativ forsker. Jeg har kommet frem til at innsikt gjerne oppstår i møtet mellom forskerens refleksivitet, utforskende holdning og den andres delte livsverden. En forhandling mellom det som er forskerens konseptualisering og det som finnes i materialet vil sannsynligvis alltid finne sted. En kan tenke seg at det finnes et kontinuum hvor det eksisterer to grøfter; den ene er forskeren som konstruerer det hun leter etter, den andre er sammensatte kontekstløse beskrivelser eller bare gjenfortellinger av noe noen har ytret. På et sted mellom disse ytterpunktene vil en måtte ta stilling til hva en ønsker å konstruere med utgangspunkt i det materialet en har fremfor seg, og i lys av hvilke teoretiske perspektiv en ønsker gjøre det.

CURE viser til utfordringene med forutsetninger og konsekvensene av kvalitativ forskning i forhold til kritikk (Critique) av en selv som et instrument i forskningen og relevant samfunnskritikk, anvendelighet (Usefulness), relevans i faglig forstand og hvordan etiske og moralske prinsipper er integrert i forskningen (Stige et al., 2011, s. 45-48). Etiske perspektiver har jeg løftet frem tidligere i oppgaven. Selvkritikk har jeg tematisert under refleksivitet. Et kritisk blikk på behandleres arbeidsforhold og konsekvensene av disse har jeg prøvd å løfte frem under diskusjonen og i implikasjoner. Jeg håper perspektiver fra denne oppgaven kan være relevante for psykologer og andre terapeuter, ledere i spesialisthelsetjenesten,

psykologiske institutter og våre politikere som har øverste ansvar for klientenes muligheter for å bli bedre, og for å utvikle arbeidsforhold som legger til rette for at vi kan få handlingsrom til å fokusere enda mer på måtene vi møter våre klienter på for å kanskje bli enda bedre terapeuter.

Konklusjon

I denne studien har jeg undersøkt hvordan vi kan forstå det terapeuter strever med i klinisk arbeid. Det som utmerket seg var terapeutenes beskrivelser av egne sterke følelser, håndteringen av disse, terapiprosesser som ikke ble virksomme da relasjon og samarbeid ikke ble etablert og ytre forhold som begrenset muligheter for å være en god og responsiv terapeut. Resultatene viste hvor vanlig det er å streve klinisk og at det som oppleves krevende varierer. Dette kan bety at ved å legge mer til rette for at terapeut-studenter kan lære seg selv å kjenne gjennom persontilpasset opplæring, vil en kanskje kunne øke læringsutbyttet til den enkelte. Det kan virke som det er lite fokus i terapeut-utdanninger på hvor utbredt det er å streve med å tilby behandling som gir effekt. Økt kunnskap om variasjon mellom behandlere og effekten målrettet ferdighetstrening ser ut til å ha vil kunne gi rasjonale for en terapeututvikling med mål om å hjelpe bedre enn hva den enkelte kunne ha gjort.

Psykoterapi vil alltid foregå i en kontekst. Dette kan være utfordrende for utdanningsinstitusjonene å ta nok høyde for i opplæring av terapeuter. Denne studien viser at arbeidsforhold ofte gjør det klinisk krevende ytterligere krevende. For å manøvrere disse forholdene kan det være nyttig for nye terapeuter å ha øvd seg på å feile, våge å be om hjelp og kunne samarbeide med kolleger om det som oppleves krevende for en selv. På denne måten vil en kunne slippe å være alene om å stå i krevende kliniske situasjoner i en hektisk arbeidshverdag, men heller bidra inn i et bærekraftig arbeidsmiljø med flere muligheter til å kunne hjelpe klienter enda bedre i.

Referanser

- Abblett, M. (2013). *The heat of the moment in treatment: Mindful management of difficult clients*. W W Norton & Co.
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1–33. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0)
- Anderson, T., McClintock, A. S., Himawan, L., Song, X., & Patterson, C. L. (2016). A prospective study of therapist facilitative interpersonal skills as a predictor of treatment outcome. *Journal of consulting and clinical psychology*, 84(1), 57–66. <https://doi.org/10.1037/ccp0000060>
- Andreassen, H. I., Fredhammer, H. C., Wilhelmsen, K., Sandvik, R. P., Brænden, A., & Nissen, O. (2022). Ikke-spesialistene trenger et løft. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(1), 1043-1045. <https://psykologtidsskriftet.no/kronikk/2022/10/ikke-spesialistene-trenger-et-loft>
- Arora, S., Gonzalez, K. A., Abreu, R. L., & Gloster, C. (2022). "Therapy can be restorative, but can also be really harmful": Therapy experiences of QTBIPOC clients. *Psychotherapy*, 59(4), 498–510. <https://doi.org/10.1037/pst0000443>
- Bacal, H. A. (1985). Optimal responsiveness and the therapeutic process. I A. Goldberg (Red.), *Progress in self psychology* (Vol. 1, s. 202–227). The Analytic Press.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 842–852. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.842>
- Bike, D. H., Norcross, J. C., & Schatz, D. M. (2009). Processes and outcomes of psychotherapists' personal therapy: Replication and extension 20 years

- later. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(1), 19–31. <https://doi.org/10.1037/a0015139>
- Binder, P-E., Holgersen, H., & Moltu, C. (2012). Staying close and reflexive: An explorative and reflexive approach to qualitative research on psychotherapy. *Nordic Psychology*, 64(2), 103-117. DOI: [10.1080/19012276.2012.726815](https://doi.org/10.1080/19012276.2012.726815)
- Binder, P-E., Schanche, E., Holgersen, H., Nielsen, G. H., Hjeltnes, A., Stige, S. H., Veseth, M., & Moltu, C. (2016). Why do we need qualitative research on psychological treatments? The case for discovery, reflexivity, critique, receptivity, and evocation. *Scandinavian Psychologist*, 3, e8. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.3.e8>
- Branson, A., Shafran, R., & Myles, P. (2015). Investigating the relationship between competence and patient outcome with CBT. *Behaviour research and therapy*, 68, 19–26. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.03.002>
- 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. (2012). Thematic Analysis. I H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher, (Red.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (s. 57-71). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13620-004>
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis, *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589-597. DOI: [10.1080/2159676X.2019.1628806](https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806)

- Braun, V., & Clarke, V. (2020). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, *18*(3), 328-353.
<https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). Conceptual and Design Thinking for Thematic Analysis. *Qualitative Psychology*, *9*(1), 3-26. DOI: <https://doi.org/10.1037/qup0000196>
- Button, M. L., Westra, H. A., Hara, K. M., & Aviram, A. (2015). Disentangling the impact of resistance and ambivalence on therapy outcomes in cognitive behavioural therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive behaviour therapy*, *44*(1), 44–53.
<https://doi.org/10.1080/16506073.2014.959038>
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Goldfried, M. R., & Hill, C. E. (2010). Training implications of harmful effects of psychological treatments. *American Psychologist*, *65*(1), 34–49. <https://doi.org/10.1037/a0017330>
- Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A., & Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, *52*(3), 337–345. <https://doi.org/10.1037/pst0000015>
- Conejo-Cerón, S., Taubner, S., Heinonen, E., Adler, A., Barkauskiene, R., Di Giacomo, D., Ioannou, Y., Mestre, JM., Henriques, MR., Mota, CP., Protić, S., Raleva, M., Vieira, FM., Røssberg, JI., Sales, CMD., Saliba, A., Schmidt SJ., Perdih, TS., Ulberg, R., Volkert, J., & Moreno-Peral, P. (2021). Mediators in Psychological Treatments for Anxiety and Depression in Adolescents and Young People: A Protocol of a Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, *12*(708436).
DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.708436>
- Dalenberg, C. J. (2004). Maintaining the safe and effective therapeutic relationship in the context of distrust and anger: Countertransference and complex trauma.

Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41(4), 438–447.

<https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.4.438>

Dalgleish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 179–195. <https://doi.org/10.1037/ccp0000482>

Dunn, R., Callahan, J. L., Swift, J. K., & Ivanovic, M. (2013). Effects of pre-session centering for therapists on session presence and effectiveness, *Psychotherapy Research*, 23(1), 78-85. DOI: [10.1080/10503307.2012.731713](https://doi.org/10.1080/10503307.2012.731713)

Edbrooke-Childs, J., Costa da Silva, L., Čuš, A., Liverpool, S., Pinheiro Mota, C., Pietrabissa, G., Bardsley, T., Sales, C.M.D., Ulberg, R., Jacob, J. & Ferreira, N. (2021). Young People Who Meaningfully Improve Are More Likely to Mutually Agree to End Treatment. *Frontiers of Psychology*, 12(641770).

DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.641770>

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319–345.

[https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00123-0)

Elkin, I., Falconnier, L., Smith, Y., Canada, K. E., Henderson, E., Brown, E. R., & McKay, B. M. (2014). Therapist responsiveness and patient engagement in therapy, *Psychotherapy Research*, 24(1), 52-66. DOI: [10.1080/10503307.2013.820855](https://doi.org/10.1080/10503307.2013.820855)

Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J., & Murphy, D. (2019). Empathy. I J. C. Norcross & M. J. Lambert (Red.), *Psychotherapy Relationships that Work: Volume 1: Evidence-Based Therapist Contributions* (3. utg., s. 245-288). Oxford Academic.

<https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0007>

Ericsson, K. A., Krampe, R. T., & Tesch-Römer, C. (1993). The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological Review*, 100(3), 363–406.

<https://doi.org/10.1037/0033-295X.100.3.363>

Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2015). Alliance-focused training.

Psychotherapy, 52(2), 169–173. <https://doi.org/10.1037/a0037596>

Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2019). Repairing alliance ruptures. I J. C.

Norcross & M. J. Lambert (Red.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist contributions* (3. utg., s. 549–579). Oxford University

Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0016>

Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.

Farber, B. A., Suzuki, J. U., & Lynch, D. A. (2019). Positive Regard and Affirmation. I J. C.

Norcross & M. J. Lambert (Red.), *Psychotherapy Relationships that Work: Volume 1: Evidence-Based Therapist Contributions* (3. utg., s. 288-322). Oxford Academic.

<https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0008>

Feyer, F. (2023). Hva motiverer psykologene? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(3),

170-173. <https://psykologtidsskriftet.no/kronikk/2023/03/hva-motiverer-psykologene>

Finsrud, I., Nissen-Lie, H. A., Vrabel, K., Høstmælingen, A., Wampold, B. E., & Ulvenes, P.

G. (2022). It's the therapist and the treatment: The structure of common therapeutic relationship factors, *Psychotherapy Research*, 32(2), 139-150.

DOI: [10.1080/10503307.2021.1916640](https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1916640)

Fisher, J. (2017). *Healing the fragmented selves of trauma survivors: Overcoming internal self-alienation*. Routledge/Taylor & Francis Group.

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2019). Alliance in Adult

Psychotherapy. I J. C. Norcross & M. J. Lambert (Red.), *Psychotherapy Relationships that Work: Volume 1: Evidence-Based Therapist Contributions* (3. utg., s. 24-78).

Oxford Academic. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0002>

- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. JHU Press.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the therapist's Inner experience: perils and possibilities*. Lawrence Erlbaum.
- Gelso, C. J., Kivlighan, D. M., Jr., & Markin, R. D. (2018). The real relationship and its role in psychotherapy outcome: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 434–444.
<https://doi.org/10.1037/pst0000183>
- Gergov, V., Milic, B., Löffler-Stastka, H., Ulberg, R., Voursora, E., & Poulsen, S. (2022). Psychological Interventions for Young People With Psychotic Disorders: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 13(859042).
doi: [10.3389/fpsy.2022.859042](https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.859042)
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T., & Wampold, B. E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of counseling psychology*, 63(1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/cou0000131>
- Guy, J. D., Poelstra, P. L., & Stark, M. J. (1989). Personal distress and therapeutic effectiveness: National survey of psychologists practicing psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 48–50.
- Hara, K. M., Westra, H. A., Aviram, A., Button, M. L., Constantino, M. J., & Antony, M. M. (2015). Therapist awareness of client resistance in cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive behaviour therapy*, 44(2), 162–174.
<https://doi.org/10.1080/16506073.2014.998705>
- Hardy, G. E., & Llewelyn, S. (2015). Introduction to Psychotherapy Process Research. I O. C. G. Gelo, A. Pritz & B. Rieken (Red.), *Psychotherapy Research: Foundations, Process and outcome* (s. 183-194). Springer Vienna. DOI 10.1007/978-3-7091-1382-0_9

- Hatcher, R. L. (2015). Interpersonal competencies: Responsiveness, technique, and training in psychotherapy. *American Psychologist*, *70*(8), 747–757. <https://doi.org/10.1037/a0039803>
- Hatcher, R. L. (2021). Responsiveness, the relationship, and the working alliance in psychotherapy. I J. C. Watson & H. Wiseman (Red.), *The responsive psychotherapist: Attuning to clients in the moment* (s. 37–58). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000240-003>
- Hayes, S. C., Bissett, R., Roget, N., Padilla, M., Kohlenberg, B. S., Fisher, G., Masuda, A., Pistorello, J., Rye, A. K., Berry, K., & Niccolls, R. (2004). The impact of acceptance and commitment training and multicultural training on the stigmatizing attitudes and professional burnout of substance abuse counselors. *Behavior Therapy*, *35*, 821-835. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80022-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80022-4)
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., Kivlighan, D. M., & Goldberg, S. B. (2019). Managing countertransference. I J. C. Norcross & M. J. Lambert (Red.), *Psychotherapy Relationships that Work: Volume 1: Evidence-Based Therapist Contributions* (3. utg., s. 522-548). Oxford Academic. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0017>
- Heinonen, E., Lindfors, O., Laaksonen, M. A., & Knekt, P. (2012). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy. *Journal of Affective Disorders*, *138*(3), 301-312. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.01.023>.
- Hekne, I. M. D. (2023). Hva er ikke en psykolog. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *60*(4), 246-248. <https://psykologtidsskriftet.no/kronikk/2023/03/hva-er-ikke-en-psykolog>

- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999). *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy*. American Psychological Association.
- Imel, Z. E., Laska, K., Jakupcak, M., & Simpson, T. L. (2013). Meta-analysis of dropout in treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of consulting and clinical psychology, 81*(3), 394–404. <https://doi.org/10.1037/a0031474>
- Jain, S., Shapiro, S. L., Swanick, S., Roesch, S. C., Mills, P. J., Bell, I., & Schwartz, G. E. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine, 33*(1), 11–21. https://doi.org/10.1207/s15324796abm3301_2
- Johannessen, H. A., Tynes, T., & Sterud, T. (2013). Effects of occupational role conflict and emotional demands on subsequent psychological distress: a 3-year follow-up study of the general working population in Norway. *Journal of occupational and environmental medicine, 55*(6), 605–613.
<https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3182917899>
- Karver, M. S., De Nadai, A. S., Monahan, M., & Shirk, S. R. (2019). Alliance in Child and Adolescent Psychotherapy. I J. C. Norcross & M. J. Lambert (Red.), *Psychotherapy Relationships that Work: Volume 1: Evidence-Based Therapist Contributions* (3. utg., s. 24-78). Oxford Academic. [https://doi.org/10.1093/med-
psych/9780190843953.003.0003](https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0003)
- Kramer, U., & Stiles, W. B. (2015). The responsiveness problem in psychotherapy: A review of proposed solutions. *Clinical Psychology: Science and Practice, 22*(3), 277–295.
<https://doi.org/10.1111/cpsp.12107>

- Kraus, D. R., Castonguay, L., Boswell, J. F., Nordberg S. S., & Hayes, J. A. (2011). Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care, *Psychotherapy Research*, 21(3), 267-276. DOI: [10.1080/10503307.2011.563249](https://doi.org/10.1080/10503307.2011.563249)
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change* (6. utg., s. 169-218). John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. I A. E. Bergin & S. L. Garfield (Red.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4. utg., s. 143–189). John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., Whipple, J., & Kleinstäuber, M. (2019). Collecting and Delivering Client Feedback. I J. C. Norcross & M. J. Lambert (Red.), *Psychotherapy Relationships that Work: Volume 1: Evidence-Based Therapist Contributions*, (3. utg., s. 580-630). Oxford Academic. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0017>
- Lampropoulos, G.K. (2011). Failure in psychotherapy: an introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 67(11), 1093-1095. <https://doi.org/10.1002/jclp.20858>
- Levitt, H. M., Bamberg, M., Creswell, J. W., Frost, D. M., Josselson, R., & Suárez-Orozco, C. (2018). Journal article reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-analytic, and mixed methods research in psychology: The APA Publications and Communications Board task force report. *American Psychologist*, 73(1), 26–46. <https://doi.org/10.1037/amp0000151>
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.

- Liverpool, S., Mota, C. P., Sales, C. M. D., Čuš, A., Carletto, S., Hancheva, C., Sousa, S., Cerón, S. C., Moreno-Peral, P., Pietrabissa, G., Moltrecht, B., Ulberg, R., Ferreira, N., & Edbrooke-Childs, J. (2020). Engaging Children and Young People in Digital Mental Health Interventions: Systematic Review of Modes of Delivery, Facilitators, and Barriers. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6).
DOI: <https://doi.org/10.2196/16317>
- Mahon, D. (2022). A scoping review of deliberate practice in the acquisition of therapeutic skills and practices. *Counselling and Psychotherapy Research*, 00, 1– 17.
<https://doi.org/10.1002/capr.12601>
- Matsick, J. L., Kruk, M., Oswald, F., & Palmer, L. (2021). Bridging Feminist Psychology and Open Science: Feminist Tools and Shared Values Inform Best Practices for Science Reform. *Psychology of Women Quarterly*, 45(4), 412-429.
<https://doi.org/10.1177/03616843211026564>
- Mestre J. M., Taubner S., Mota C. P., Rangel Henriques M., Saliba A., Heinonen E., Ramos S., Moreno-Peral P., Volkert J., Adler A., Barkauskiene R., Conejo-Cerón S., Di Giacomo D., Ioannou Y., Mucha Vieira F., Røssberg J. I., Sales C. M. D., Schmidt S. J., Stepisnik Perdih T., ... & Protić S. (2022). Theories of Change and Mediators of Psychotherapy Effectiveness in Adolescents With Externalising Behaviours: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry* 12(730921).
doi: [10.3389/fpsy.2021.730921](https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.730921)
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. L., & Seidel, J. A. (2013). The outcome of psychotherapy: Yesterday, today, and tomorrow. *Psychotherapy*, 50(1), 88–97.
<https://doi.org/10.1037/a0031097>
- Miller, S., Hubble, M., & Duncan, B. (2007, November). Supershrinks: What's the secret of theirs success? *Psychotherapy Networker*, 31.

<https://www.proquest.com/magazines/supershrinks/docview/233325176/se-2>

Muran, J. C., & Eubanks, C. F. (2020). *Therapist performance under pressure: Negotiating emotion, difference, and rupture*. American Psychological Association.

<https://doi.org/10.1037/0000182-000>

Muran, J. C., Safran, J. D., & Eubanks, C. F. (2010). Developing therapist abilities to negotiate alliance ruptures. I J. C. Muran & J. P. Barber (Red.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (s. 320–340). The Guilford Press.

Neff, K., & Germer, C. (2018). *The Mindful Self-Compassion Workbook: A Proven Way to Accept Yourself, Build Inner Strength, and Thrive*. Guilford Press.

Nissen-Lie, H. A. (2018). Effekten av psykodynamisk psykoterapi: Status i kunnskapsfeltet og ubesvarte spørsmål. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(6), 416-427.

<https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2018/06/effekten-av-psykodynamisk-psykoterapi>

Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., & Rønnestad, M. H. (2010). Therapist predictors of early patient-rated working alliance: A multilevel approach. *Psychotherapy Research*, 20(6), 627–646. doi:10.1080/10503307.2010.497633

Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., Ulleberg, P., & Rønnestad, M. H. (2013). Psychotherapists' self-reports of their difficulties and interpersonal functioning in practice as predictors of patient outcome. *Psychotherapy Research*, 23(1), 86–104. DOI:10.1080/10503307.2012.735775

Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C., & Monsen, J. T. (2017). Love Yourself as a Person, Doubt Yourself as a Therapist? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 48–60. doi: [10.1002/cpp.1977](https://doi.org/10.1002/cpp.1977).

- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303–315. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2019). What Works in the Psychotherapy Relationship: Results, Conclusions, and Practices. I J. C. Norcross & M. J. Lambert (Red.), *Psychotherapy Relationships that Work: Volume 1: Evidence-Based Therapist Contributions* (3. utg., s. 631-636). Oxford Academic. <https://doi.org/10.1093/medpsych/9780190843953.003.0018>
- Norcross, J. C., & VandenBos, G. R. (2018). *Leaving it at the office: A Guide to Psychotherapist Self-Care*. (2. utg). Guilford Press.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2019). *Psychotherapy Relationships that Work: Volume 2: Evidence-Based Therapist Responsiveness* (3. utg.). Oxford Academic. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843960.001.0001>
- Nordland, J. B., Stensvold, E. A., Kildal, E. S-M., Larsen, A., Mallaug, L. F., Hjort, S., Riiser, K. F., Bergaust, M. W. M., Tunstad, P., Ivanova, R., Skjærseth, K., Røvik, F. M. G., Haakestad, G., Støver, I. E. A., Igesund, G. H. & Sæter, S. W. (2022). Vi har knapt begynt men har behov for å rope varsko. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(5), 400-403. <https://psykologtidsskriftet.no/kronikk/2022/04/vi-har-knapt-begynt-men-har-behov-rope-varsko>
- Norsk Psykologforening. (2021). Kartlegging psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Rapport fra Norsk psykologforening mai 2021.
- Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L., & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(6), 361–373. <https://doi.org/10.1002/cpp.383>
- Orlinsky, D. E. (2022). *How Psychotherapists Live: The Personal Self and Private Life of Professional Healers*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003217572>

- Orlinsky, D. E., Hartmann, A., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2022). Psychotherapists as persons: Doing psychotherapy. I D. E. Orlinsky (Red.), *How Psychotherapists Live: The Personal Self and Private Life of Professional Healers* (s. 168-200). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003217572>
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy*, 6(1), 6–27.
- Owen, J., Tao, K., & Rodolfa, E. (2010). Microaggressions and Women in Short-Term Psychotherapy: Initial Evidence. *The Counseling Psychologist*, 38(7), 923–946. <https://doi.org/10.1177/0011000010376093>
- Pope, K. S., & Tabachnick, B. G. (1993). Therapists' anger, hate, fear, and sexual feelings: National survey of therapist responses, client characteristics, critical events, formal complaints, and training. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 142–152. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.24.2.142>
- Pope, K. S., Tabachnick, B. G., & Keith-Spiegel, P. (1987). Ethics of practice: The beliefs and behaviors of psychologists as therapists. *American Psychologist*, 42, 993–1006. doi:10.1037/0003-066x.42.11.993
- QSR International Pty Ltd. (2020). *NVivo*, (versjon 12, utgitt mars 2020). <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>
- Rast, K., Herman, D., Rousmaniere, T., Whipple, J., & Swift, J. (2017). Perceived Impact on Client Outcomes: The Perspectives of Practicing Supervisors and Supervisees. *SAGE Open*, 7(12). DOI: [10.1177/2158244017698729](https://doi.org/10.1177/2158244017698729)
- Regjeringen. (2022, 4. november). *Ekspertutval skal greie ut sterkare tematisk organisering i psykisk helsevern*. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ekspertutval-skal-greie-ut-sterkare-tematisk-organisering-i-psykisk-helsevern/id2945778/>

Regjeringen. (2023, 17. mars). *Økte ventetider i spesialisthelsetjenesten i 2022*.

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/okte-ventetider-i-spesialisthelsetjenesten-i-2022/id2966979/>

Rousmaniere, T. (2017). *Deliberate Practice for Psychotherapists: A guide to Improving Clinical Effectiveness*. Routhledge

Rousmaniere, T. (2019). *Mastering the Inner Skills of Psychotherapy: A Deliberate Practice Manual*. Gold Lantern Press.

Rousmaniere, T., Goodyear, R. K., Miller, S. D., & Wampold, B. E. (2017). *The Cycle of Excellence: Using Deliberate Practice to Improve Supervision and Traing*. John Wiley & Sons.

Rousmaniere, T. G., Swift, J. K., Babins-Wagner, R., Whipple, J. L., & Berzins, S. (2016). Supervisor variance in psychotherapy outcome in routine practice. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 26(2), 196–205.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2014.963730>

Rupert, P. A., & Morgan, D. J. (2005). Work Setting and Burnout Among Professional Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 544–550.
<https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.5.544>

Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(4), 444-454.

Sales C. M. D., Martins F., Alves M. M., Carletto S., Conejo-Cerón S., da Silva L. C., Čuš A., Edridge C., Ferreira N., Hancheva C., Lima E. M. A., Liverpool S., Midgley N., Moltrecht B., Moreno-Peral P., Morgan N., Mortimer R., Mota C. P., Pietrabissa G., ... & Edbrooke-Childs J. (2021). Patient and Public Involvement in Youth Mental Health Research: Protocol for a Systematic Review of Practices and Impact. *Frontiers of Psychology*, 12(703624). doi: [10.3389/fpsyg.2021.703624](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.703624)

- Salter, P., & Adams, G. (2013), Toward a Critical Race Psychology. *Social and Personality Psychology Compass*, 7(11), 781-793. <https://doi.org/10.1111/spc3.12068>
- Scarantino, A. (2016). The philosophy of emotions and its impact of affective science. I L. F. Barrett, M. Lewis, & J. M. Haviland-Jones (Red.), *Handbook of emotions* (4. utg., s. 3–48). Guilford.
- Schanche, E., Vøllestad, J., Binder, P-E., Osnes, B., Visted, E., Svendsen, J. L., & Sørensen, L. (2020). Can clinical psychology students benefit from brief and intensive mindfulness training? *Counselling and Psychotherapy research*, 20 (2), 311-324. <https://doi.org/10.1002/capr.12273>
- Scherr, S. R., Herbert, J. D., & Forman, E. M. (2015). The role of therapist experiential avoidance in predicting therapist preference for exposure treatment for OCD. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1), 21–29. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.12.002>
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Erlbaum.
- Schore, A. N. (2003). *Affect regulation and the repair of the self* (Vol. 2). Norton.
- Schore, A. N. (2019). *The development of the unconscious mind*. Norton.
- Schröder, T., Orlinsky, D., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2015). Psychotherapeutic Process from the Psychotherapist's Perspective. I O. C. G. Gelo, A. Pritz & B. Rieken (Red.), *Psychotherapy Research: Foundations, Process and outcome* (s. 352-365). Springer Vienna. DOI 10.1007/978-3-7091-1382-0_18
- Sedlmeier, P., Eberth, J., Schwarz, M., Zimmermann, D., Haarig, F., Jaeger, S., & Kunze, S. (2012). The psychological effects of meditation: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 138(6), 1139–1171. <https://doi.org/10.1037/a0028168>

- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press.
- Shelton, K., & Delgado-Romero, E. A. (2013). Sexual orientation microaggressions: The experience of lesbian, gay, bisexual, and queer clients in psychotherapy. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 1*(S), 59–70.
<https://doi.org/10.1037/2329-0382.1.S.59>
- Snyder, J., & Silberschatz, G. (2017). The Patient's Experience of Attunement and Responsiveness Scale, *Psychotherapy Research, 27*(5), 608-619.
DOI: 10.1080/10503307.2016.1147658
- Stiegler, J. R., Sinding, A. I., & Greenberg, L. (2018). *Klok på følelser: Det følelsene prøver å fortelle deg*. Gyldendal forlag.
- Stige, B., Malterud, K. & Midtgarden, T. (2009). Toward an Agenda for Evaluation of Qualitative Research. *Qualitative health research, 19* (10), 1504-1516. <https://doi.org/10.1177/1049732309348501>
- Stige, B., Malterud, K. & Midtgarden, T. (2011). EPICURE – Et dialogisk redskap til evaluering af kvalitativ forskning. *Nordisk sygepleieforskning, 1*(1), 33-56.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2011-01-05>
- Stige, S. H. (2009). Brubygging og vegen mot eit kultursensitivt helsevesen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 46*(4), 362-365.
- Stige, S. H., Dundas, I., Schancke, E., & Hjeltnes, A. (2019). Kva typar mellommenneskelige situasjonar opplever norske psykologar oftast og som mest krevjande? *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 56*(8), 572-580. <https://doi.org/10.52734/P3K74Wu9>
- Stige, S. H., Eik I., Oddli, H. W., & Moltu, C. (2021). Negotiating System Requirements to Secure Client Engagement – Therapist Strategies in Adolescent Psychotherapy

Initiated by Others. *Frontiers in Psychology*, 12(704136). doi:

10.3389/fpsyg.2021.704136

Stige, S. H., Fjellheim, G., Elgen, I., & Visted, E. (2023). Krevande situasjoner i psykisk helsevern for born og unge – behandlarar si erfaring med og haldning til målretta trening og virtuell røyndom. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(1), 8-15.

<https://doi.org/10.52734/on55924C>

Stiles, W. B. (1988). Psychotherapy process-outcome correlations may be misleading.

Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 25(1), 27–35.

<https://doi.org/10.1037/h0085320>

Stiles, W. B. (2021). Responsiveness in psychotherapy research: Problems and ways forward.

I J. C. Watson & H. Wiseman (Red.), *The responsive psychotherapist: Attuning to clients in the moment* (s. 15–35). American Psychological Association.

<https://doi.org/10.1037/0000240-002>

Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in Psychotherapy.

Clinical Psychology: Science and Practice, 5(4), 439-

458. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00166.x>

Stiles, W. B., & Horvath, A. O. (2017). Appropriate responsiveness as a contribution to

therapist effects. I L. G. Castonguay & C. E. Hill (Red.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (s. 71–84). American

Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-005>

Stiles, W. B., & Shapiro, D. A. (1994). Disabuse of the drug metaphor: Psychotherapy process-outcome correlations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5),

942-948. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.5.942>

- Storeide, E. H. (2022). Er jeg egentlig egnet som psykolog? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(12), 1125-1126.
<https://psykologtidsskriftet.no/kronikk/2022/11/er-jeg-egentlig-egnet-som-psykolog>
- Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A. M. B., Nadal, K. L., & Esquilin, M. (2007). Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice. *American Psychologist*, 62(4), 271–286.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.4.271>
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547–559.
<https://doi.org/10.1037/a0028226>
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2014). A treatment by disorder meta-analysis of dropout from psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 193–207.
<https://doi.org/10.1037/a0037512>
- Taubner, S., Saliba, A., Heinonen, E., Protić, S., Volkert, J., Adler, A., Barkauskiene, R., Conejo-Cerón S., Di Giacomo, D., Ioannou, Y., Mestre, J. M., Moreno-Peral, P., Vieira, F. M., Mota, C. P., Ralev, M., Rangel Henriques, M., Røssberg, J. I., Schmidt, S. J., Stepisnik Perdih T., ... & Sales, C. M. (2021). Mediators and theories of change in psychotherapy with adolescents: a systematic review protocol. *BMJ open*, 11(3), e042411. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042411>
- Tesli, M. S., Handal, M., Kirkøen, B., Torvik, F. A., Knudsen, A. K. S., Odsbu, I., Gustavson, K. Nesvåg, R., Hauge, L. J., & Reneflot, A. (2023, 17. april). *Psykiske plager og lidelser hos voksne: Folkehelse rapporten*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>
- Thorsen, D. E. (2023, 28 mars). *Woke*. Store norske leksikon, <http://snl.no/woke>

- Tracey, T. J., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., & Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: an elusive goal?. *The American psychologist*, *69*(3), 218–229.
<https://doi.org/10.1037/a0035099>
- Trusty, W. T., Swift, J. K., Black, S. W., Dimmick, A. A., & Penix, E. A. (2022). Religious microaggressions in psychotherapy: A mixed methods examination of client perspectives. *Psychotherapy*, *59*(3), 351–362. <https://doi.org/10.1037/pst0000408>
- Tryon, G. S., Birch, S. B., & Verkuilen, J. (2019). Goal Consensus and Collaboration. I J. C. Norcross & M. J. Lambert (Red.), *Psychotherapy Relationships that Work: Volume 1: Evidence-Based Therapist Contributions* (3. utg., s. 167-218). Oxford Academic.
<https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0005>
- Tschacher, W., Junghan, U. M., & Pfammatter, M. (2014). Towards a taxonomy of common factors in psychotherapy-results of an expert survey. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *21*(1), 82–96. <https://doi.org/10.1002/cpp.1822>
- Tynes, T., Sterud, S., Løvseth, E. K., Johannessen, H. J., Gravseth, H. M., Bjerkan, A. M., Bakke, B., & Ågestad, C. (2018). *Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2018: Status og utviklingstrekk*. (STAMI-rapport, 19(3)), Statens arbeidsmiljøinstitutt.
<https://stami.no/content/uploads/2018/06/Faktaboka-2018.pdf>
- van der Kolk, B. A. (2005). *The Body Keeps the Score: The brain, mind, and body in the healing of Trauma*. Penguin Books.
- van der Weele, J. (2014). Kultursensitiv traumebehandling. I Anstorp, T. & Benum, K. (red). *Traumebehandling: komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Universitetsforlaget.
- Volkert, J., Taubner, S., Barkauskiene, R., Mestre, J. M., Sales, C. M. D., Thiele, V., Saliba, A., Protic, S., Adler, A., Conejo-Cerón, S., Di Giacomo, D., Ioannou, Y., Moreno-Peral, P., Vieira, F. M., Mota, C. P., Raleva, M., Rangel Santos Henriques, M. I.,

- Rössberg, J. I., Schmidt, S. J., ... & Heinonen, E. (2021). Mediators and Theories of Change in Psychotherapy for Young People With Personality Disorders: A Systematic Review Protocol. *Frontiers of Psychology, 12*(703095).
DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.703095>
- Vousoura, E., Gergov, V., Tulbure, B. T., Camilleri, N., Saliba, A., Garcia-Lopez, L. J., Podina, I. R., Prevendar, T., Löffler-Stastka, H., Chiarenza, G. A., Debbané, M., Markovska-Simoska, S., Milic, B., Torres, S., Ulberg, R., & Puolsen, S. (2021). Predictors and moderators of outcome of psychotherapeutic interventions for mental disorders in adolescents and young adults: protocol for systematic reviews. *Systematic Reviews, 10*(239). DOI: <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01788-1>
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological reports, 110*(2), 639–644.
<https://doi.org/10.2466/02.07.17.PR0.110.2.639-644>
- Wampold B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA), 14*(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work* (2. utg.). Routledge.
- Wampold, B. E., & Owen, J. (2021). Therapist Effects: History, Methods, Magnitude and Characteristics of Effective Therapists. I M. Barkham, W. Lutz og L. G. Castonguay (Red.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (7. utg, s. 297-326). John Wiley & Sons.
- Watson, J. C., & Wiseman, H. (2021a). Introduction, Exploring Responsiveness and Attunement in Psychotherapy. I J. C. Watson & H. Wiseman (Red.), *The Responsive*

- Psychotherapist: Attuning to Clients in the Moment* (s. 3-12). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000240-001>
- Watson, J. C., & Wiseman, H. (2021b). Meeting the Challenge of Responsiveness, Synthesizing Perspectives. I J. C. Watson & H. Wiseman (Red.), *The Responsive Psychotherapist: Attuning to Clients in the Moment* (s. 299- 322). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000240-015>
- Werbart, A., Annevall, A., & Hillblom, J. (2019). Successful and Less Successful Psychotherapies Compared: Three Therapists and Their Six Contrasting Cases. *Frontiers in Psychology*, *10*(816). doi: 10.3389/fpsyg.2019.00816
- Westra, H. A., Aviram, A., Connors, L., Kertes, A., & Ahmed, M. (2012). Therapist emotional reactions and client resistance in cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy*, *49*(2), 163–172. <https://doi.org/10.1037/a0023200>
- Wolf, A. W., Goldfried, M. R., & Muran, J. C. (2013). Preface. I A. W. Wolf, M. R. Goldfried, & J. C. Muran (Red.), *Transforming negative reactions to clients: From frustration to compassion*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13940-000>
- Wu, M. B., & Levitt, H. M. (2020). A Qualitative Meta-analytic Review of the Therapist Responsiveness Literature: Guidelines for Practice and Training. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *5*, (s. 161-175). <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09450-y>
- Zainal, N. Z., Booth, S., & Huppert, F. A. (2013). The efficacy of mindfulness-based stress reduction on mental health of breast cancer patients: a meta-analysis. *Psycho-oncology*, *22*(7), 1457–1465. <https://doi.org/10.1002/pon.3171>
- Ådnanes, M., Høiseth, J. R., Magnussen, M. Thaulow, K., & Kaspersen, S. L. (2021). *Rapport: Pakkeforløp for psykisk helse og rus – brukere, pårørende og fagfolks*

erfaringer (2021: 00090). SINTEF Helsetjenesteforskning.

<https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/rapport->

[2_pakkeforlop_1.3.2021_signert.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/rapport-2_pakkeforlop_1.3.2021_signert.pdf)

Vedlegg 1

Fokusgruppeintervju behandlarar psykisk helsevern:

- 1) På bordet her ligg det oversikt over nokre kliniske situasjonar som kan vere krevjande.* Det første vi vil be dykk om er å sortere situasjonane ut i frå kor krevjande de opplever dei.
- 2) Kva kjenneteiknar dei situasjonane de syns er mest krevjande?
- 3) Vi har gjennomført ei spørjeskjemaundersøking der vi har fått ulike behandlarar i psykisk helsevern til å seie noko om kor hyppig dei opplever ulike situasjonar, og kor krevjande dei oppleves. Vi har lyst til å prøve å forstå kva ved desse situasjonane som oppleves mest krevjande, og korleis slike situasjonar kan sjå ut, slik at vi kan utvikle videoar som ein kan bruke for å øve på krevjande situasjonar ein møter på i klinikk. Øvst på lista kom suicidalitet.** Om de skulle tenke høgt saman med oss: Kva er det med suicidalvurderingar som er mest krevjande? Korleis ser typisk slike situasjonar ut? Kva ved desse situasjonane hadde vore nyttig å øve på?
- 4) Etter suicidalitet kom situasjonar der ein har vanskar med å etablere felles fokus for behandlinga.** Om de skulle tenke høgt saman med oss: Kvifor er det så krevjande med situasjonar der ein har vanskar med å etablere felles fokus? Korleis ser typisk slike situasjonar ut? Kva ved desse situasjonane hadde vore nyttig å øve på?
- 5) Etter situasjonar der ein har vanskar med å etablere felles fokus kom situasjonar der klienten er veldig stille og tilbaketrukken.** Om de skulle tenke høgt saman med oss: Kva er det mest krevjande med situasjonar der klienten er veldig stille og tilbaketrukken? Korleis ser typiske slike situasjonar ut? Kva ved desse situasjonane hadde vore nyttig å øve på?
- 6) **Eventuelt klienten er overvelda
- 7) Sjølv om det var tydelig at nokon situasjonar opplevdes meir krevjande enn andre, var det også tydelig at det var stor variasjon på alle situasjonane forhold til kor krevjande klinikarar opplevde dei. Kva tenker de denne variasjonen handlar om? Korleis kan ein lage måtar å trene på slike krevjande, kliniske situasjonar, som samtidig tek høgde for denne variasjonen i kva situasjonar som opplevdes krevjande?

- 8) Frå dykkar perspektiv; Kva type situasjonar hadde vore mest nyttig å få øve på og få tilbakemelding på, og korleis kunne ei slik trening sett ut?/ Korleis kunne ein organisere det?

*For fokusgruppeintervju knytt til vaksne klientar: klient suicidal; vansker med å etablere felles fokus for behandling; klienten er stille og tilbaketrukket; klienten er sint og konfronterende; klienten er avvisende og betvilar kompetansen til terapeuten; klienten har vansker med å forholde seg til terapeutiske rammer; klienten er overvelda; klienten er ordlaus. For fokusgruppeintervju knytt til born og unge som klientar i tillegg: føresette uroa for suicidalitet; føresette er sinte; føresette er ueinige om problemet; føresette har vansker med å forholde seg til terapeutiske rammer; føresette overvelda; føresette opptrer lite validerende og ivaretagende overfor barnet sitt i terapisisituasjonen.

****For å sikre grunnlag for å utvikle gode skript for ulike krevjande, kliniske situasjonar vil situasjonane ein etterspør variere litt i dei ulike fokusgruppeintervjua**