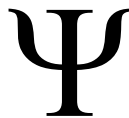




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



*Med ungdommen som rettesnor:
En kvalitativ studie av hva behandler gjør for å engasjere ungdom i terapi når
de kommer på andre sitt initiativ*

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Ingrid Eik

Høst 2020

Veileder
Signe Hjelen Stige

Abstract

The purpose of this study was to investigate how therapist work in order to engage youth in therapy when others have initiated their referral. Ten focus group interviews were conducted with therapist working at outpatient mental health clinic for children and adolescent. The therapist worked together in already existing treatment teams. Each group consisted of between 3-7 participants with age ranging from 20-50 years. A reflexive thematic analysis with an explorative focus was utilized to analyze the focus group material. The findings show that the therapists try to search for the perspective of the adolescent to be able to use this perspective as the bedrock of the following individualized interventions. As such, the perspective of the adolescent is at the core of what therapist view as important when meeting youth who themselves have not initiated therapy. Through the interviews it became clear that contextual factors influence the level of tailoring the therapist can utilize. Based on the findings I created four themes: 1. Lowering the threshold, 2. You show me the way and I guide you, 3. I tailor the therapy based on your measurements, 4. I try to see what you show me.

Sammendrag

Formålet med denne studien var å utforske hva behandlere gjør for å holde ungdom i behandling når de kommer i terapi på andre sitt initiativ. Det har blitt gjennomført fokusgruppeintervju med ti grupper behandlere i Psykisk helsevern for Barn og Unge (PHBU), som jobbet sammen i allerede etablerte team. I hver gruppe deltok 3-7 behandlere i alderen 20-50 år. Fokusgruppe-materialet ble analysert gjennom en refleksiv tematisk analyse med et eksplorerende fokus. Funnen viser at behandlerne forsøker å finne ungdommens perspektiv slik at de kan bruke dette perspektivet som grunnlag for de individuelle tilpasningene de møter ungdommene med. Å vektlegge ungdommens perspektiv blir, av terapeutene, dermed å regne som svært viktig i møte med ungdom som har ikke selv har initiert kontakten med hjelpeapparatet. Gjennom intervjuene ble det klart at kontekstuelle faktorer preget i hvilken grad terapeuten kunne møte ungdommene med individuelle tilpasninger. Basert på fokusgruppeintervjuene skapte jeg fire tema: 1. Jeg senker terskelen for deg, 2. Jeg lar meg lede og jeg viser vei, 3. Jeg skreddersyr etter dine mål, 4. Jeg ser det du viser meg.

Forord

Takk til min veileder, Signe Hjelen Stige, for at jeg fikk mulighet til å utforske ferdig gjennomført og transkribert intervjumateriale. Jeg føler meg heldig som har fått muligheten til å studere noe så givende som psykoterapi med ungdom. Gjennom dette arbeidet har jeg lært mye av samtalene mellom moderator og fokusgruppedeltagere, og jeg vil takke både informantene og forskerne som gjennomførte intervjuene. Jeg opplever å ha lært mye av dere.

En spesiell takk til min veileder, Signe Hjelen Stige, for en unik tilstedeværelse, tilgjengelighet og faglige tyngde. Din veiledning har åpnet opp for en forståelse for de fenomener jeg har sett på, som ikke hadde vært tilgjengelig uten din rettleiding. Jeg har lært mye av å samarbeide med deg.

Takk til venner og familie for all støtte. En spesiell takk til Ivo og Aleks for alt dere er.

Bergen, 15.12.2020

Ingrid Eik

Innholdsfortegnelse

Abstract.....	iii
Sammendrag.....	iv
Forord.....	v
Innledning.....	1
Begrepsbruk.....	4
Psykoterapiforskning.....	4
Prosessen i psykoterapi.....	7
Når terapi blir vanskelig.....	8
Frafall i terapi – Hva vet vi?.....	10
Ungdom og psykisk helse.....	12
Formål med studien.....	15
Forskningsspørsmål.....	16
Metode.....	16
Design.....	17
Rekruttering.....	17
Informanter.....	18
Intervjuprosess, datainnsamling og datahåndtering.....	19
Analyseprosessen.....	19
Refleksivitet.....	23
Etiske betraktninger.....	22
Funndel.....	25
Tema 1. Jeg senker terskelen for deg.....	25

Tema 2. Jeg lar meg lede og jeg viser vei.....	31
Tema 3. Jeg skreddersyr etter dine mål.....	35
Tema 4. Jeg ser det du viser meg.....	40
Diskusjon	
Å bli et selvstendig relasjonelt vesen.....	45
Å lytte bredt etter ungdommens perspektiv.....	47
Metoderefleksjon.....	56
Implikasjoner for klinisk praksis.....	58
Implikasjoner for videre forskning.....	59
Oppsummering.....	59
Referanseliste.....	60

Innledning

Svært mange psykiske lidelser har sin debut i ungdomsalderen (Kessler et al., 2005). Ifølge Verdens helseorganisasjon (2018) har så mange som over 50 % av psykiske lidelser sin debut før 14-års-alderen, og så mange som 10-20 % av verdens unge har til enhver tid en psykisk lidelse. Hvert år behandles rundt 5 % av alle barn og unge under 18 år i Psykisk helsevern for barn og unge, heretter kalt PHBU (Folkehelseinstituttet, [FHI], 2018). PHBU består av avdelinger med døgnbehandling, poliklinisk behandling og en liten andel privatpraktiserende psykologer. Ungdom i alderen 13-18 år utgjør 53,8 % av gruppen som mottar hjelp i PHBU (FHI, 2019). Barneombudet (2020) beskriver flere utfordringer knyttet til den polikliniske hjelpen barn og unge får. Utfordringene som beskrives, handler om veien inn til tjenestene, selve behandlingen barn og unge får, og utfordringer ved avslutning av behandlingen. Så mye som 95 % av behandlingen barn og unge mottar, skjer i Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP). Det er derfor svært viktig å undersøke hvordan behandlerne jobber og møter barn og unge på detaljnivå.

Tidlig og riktig behandling av barn og unge er av betydning i et samfunnsmessig perspektiv. En prospektiv longitudinell studie viste at når ungdom oppfylte kravene for en diagnose i over tolv måneder i løpet av ungdomsårene, kunne det predikere mer alvorlige kliniske symptomer og lavere samfunnsdeltagelse i voksen alder (Asselmann et al., 2017). Hvorvidt barn og ungdom med psykiske lidelser mottar adekvat hjelp i dette stadiet av livet, kan dermed få store konsekvenser for deres mulighet til å fullføre utdanning og danne et grunnlag for et godt liv (Masten, 2010).

Å utbedre psykisk helsevern for barn og unge er ikke bare en viktig samfunnsoppgave, det er også en plikt etter FNs barnekonvensjon art 24, som slår fast «barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og behandlingstilbud... (...) Partene skal bestrebe seg på å sikre at ingen barn fratras rett til adgang til slike helsetjenester» (2003). Økt kunnskap om

hva barn og unge faktisk får tilbud om i terapi, kan være et viktig bidrag på veien mot å oppfylle kravet fra FNs Barnekonvensjon.

For at barn og unge med psykiske lidelser, skal motta adekvat hjelp innen psykisk helsevern, er det i første omgang avgjørende at behovet avdekkes, og at personene fanges opp av behandlingsapparatet, enten det skjer på initiativ fra ungdommen eller fra andre personer eller instanser. Når et barn eller ungdom som har behov for terapi, først har kommet i kontakt med behandlingsapparatet, er det avgjørende at disse pasientene faktisk blir værende i behandling så lenge de har behov for det. I land der det finnes et tilbud for å behandle psykiske lidelser hos barn og ungdom, vet vi at en betydelig andel av ungdom som blir henvist til psykologisk behandling, faller fra. I følge Kazdin (1996) gjelder dette for så mye som 40-60 prosent. Hvor mange av disse ungdommene som har kommet i terapi på andres initiativ, finnes det ikke data på. Som nevnt behandles det ifølge Norsk pasientregister hvert år rundt 5 prosent av barn og unge. I dette registeret skilles det ikke på om noen har blitt oppringt av behandler for å forsøke å få til et møte, men ikke svart, har møtt til time én gang, men valgt å ikke komme tilbake, eller om de mottar hjelp fra PBUP i flere år. Det er med andre ord mye vi ikke vet om ulike forløp i PHBU.

I nyere tid har vi sett en økt innsats for å utvikle PHBU fra politisk hold, for eksempel gjennom Opptappingsplanen for barn og unges psykiske helse (Helse- og omsorgsdepartementet 2018-2019) og gjennom strategien «Mestre hele livet – Regjeringens strategi for god psykisk helse» (2017-2022) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Utgangspunktet for utbedringsarbeidet, både fra politisk hold og fra brukerorganisasjonene handler i hovedsak om å forbedre tjenestene for barn og unge som ønsker behandling. Dette er i tråd med Wampolds (2015) definisjon av hva behandling rent generisk er. Han definerer behandling som en interpersonlig aktivitet som er basert på psykologiske prinsipper. Behandling involverer en terapeut og en pasient som *søker hjelp* for en psykisk lidelse, et

problem, eller en psykisk helseplage (Wampold, 2015). Men hva med de barna og ungdommene som ikke har et så tydelig ønske om å motta psykisk helsehjelp, men som allikevel kan trenge hjelpen? I mange tilfeller er voksne personer rundt ungdommen, slik som omsorgspersoner, lærer, helsesøster eller fastlege, delaktige i initieringen av henvisningen til spesialisthelsetjenesten. Behandlerne møter derfor i realiteten ungdom som i varierende grad opplever å ha tatt initiativ til behandling selv. Det er ikke dermed sagt at disse personene ikke ønsker å motta behandling, men gjennom forskning på motivasjon som fenomen har man sett at graden av opplevd autonomi kan påvirke menneskers motivasjon til å gjennomføre en aktivitet (Deci et al., 2008). I følge Shirk og Karver (2011) kan ungdommers naturlige søken etter autonomi utgjøre en ytterligere kompliserende faktor i møte med en voksen behandler, som kan oppleves som en dobbel autoritet i form av alder og yrke. Ungdom som møter til terapi, kan dermed ha varierende grad av aksept og motstand med seg inn i møtet, sammenlignet med voksne som oppsøker terapi (Prout & Fedewa 2015; Shirk; Karver 2011; & Kazdin 1996). Dette skaper et særegent utgangspunkt for behandlerne som skal forsøke å gi ungdommen hjelpen de har rett på, men som de selv kan være motvillig til å ta imot.

Behandlernes erfaringer fra å jobbe for og med barn og unge ser ut til å være mindre representert i diskursen rundt psykisk helsevern for barn og ungdom. Et unntak er en nylig publisert rapport fra Barneombudet (2020) hvor barn og unge som har mottatt hjelp fra PHBU, deres foreldre og behandlerne er intervjuet. Her rapporterer behandlerne at ufleksible rammer, økonomi og et høyt arbeidspress setter begrensninger for fleksibiliteten de trenger for å kunne møte hvert enkelt barn og ungdom (Barneombudet, 2020). Dette sier oss noe om behandlernes opplevelse av egen arbeidshverdag. Men det sier oss ikke noe om hvordan behandlerne jobber. Et sentralt fokusområde som kan gi oss innsikt i psykisk helsevern for barn og unge, er hvordan behandlere beskriver at de jobber for å engasjere ungdom til å bli i behandling. Kanskje kan økt kunnskap om hva behandlerne selv beskriver at de gjør og hva

de ønsker å gjøre være et steg i retning av å kunne utvikle psykisk helsevern for barn og unge og på sikt kunne av å redusere antall ungdom som faller fra i terapi. For å forstå mer av behandlernes intensjoner foretrukne terapeutadferd, gir denne studien mikrofonen til behandlerne, med det formål å utforske hva de selv beskriver at de gjør for å holde ungdom i behandling i de tilfellene der de kommer i terapi på andre sitt initiativ.

Ettersom jeg skal undersøke hvilken behandleradferd som etter terapeutenes mening har til hensikt å øke sjansen for at ungdom velger å bli i behandling, mener jeg det er viktig å starte med å gi et bakteppe for å forstå det terapeutiske landskapet behandlerne opererer i. Likeledes vil jeg gjennom en grov presentasjonen av psykoterapiforskning vise hvor denne studien befinner seg i psykoterapiforskningslandskapet. Avslutningsvis i innledningen vil jeg ser på noen sentrale fenomener knyttet til ungdom og psykisk helse.

Begrepsbruk. Begrepene behandling, terapi, og intervensjoner brukes som synonymer for å beskrive aktiviteten mellom behandler og ungdom. Terapeut og behandler brukes om den som gir helsehjelpen. Pasient og ungdom brukes vekselvis for å beskrive den som mottar behandling.

Psykoterapiforskning

Endringsarbeid er synonymt med terapi. Dette kommer frem i American Association of Psychology (APA) sin generiske definisjon av hva behandling er, nemlig et samarbeid mellom terapeut og pasient hvor målet er å identifisere og endre adferds- og tankemønstre som forhindrer enkeltindividet i å føle seg vel. Innen forskning på utfall av terapi har fagfeltet ulike syn på hva som skaper endring. Dette har historiske røtter. På 1970-tallet ble det stadfestet at psykoterapi var effektivt og at ulike terapiformer ga samme effekt. Som en reaksjon på dette fulgte psykoterapiforskningen to ulike spor for å finne svar på hva som skapte endring. De to ulike sporene kan deles inn i den medisinske modellen og den kontekstuelle modellen (Horvath 2016, Wampold & Imel 2015). Inndelingen i to ulike

modeller må ikke må forstås som en falsk dikotomi (Norcross & Lambert, 2011). Norcross og Lambert foreslår begrepet *evidensbasert praksis*, som rommer både forskning på lindring av psykiske lidelser gjennom å anvende en bestemt metode for en bestemt diagnose, og faktorer knyttet til relasjonen mellom terapeut og pasient. I det følgende vil jeg presentere de ulike modellene.

De forskerne som forsøkte å finne terapiformer som var mer effektive gjennom å bruke randomiserte kontrollstudier (RCT), som kvalitetsmål, kan sies å sogne til *den medisinske modellen* (Wampold 2015). Hovedtanken i denne tilnærmingen er at endring skjer som følge av at terapeuten anvender en evidensbasert ingrediens for et spesifikt problem. Som for eksempel eksponeringsterapi for sosial angst. I følge Shirk og Karver (2011) er det innen psykoterapiforskning for barn og unge forsket mest innenfor dette medisinske paradigmet. I et samleverk for behandling av psykiske lidelser hos barn og unge fant forfatterne evidensbaserte intervensjoner for en rekke problemområder som for eksempel angst, depresjon, ADHD, anoreksi, autisme og ruslidelser med fler (Kazdin & Weisz, 2017). Betyr denne mengden evidensbaserte tilnærminger til behandling av barn og unge at behandlingen blir bedre over tid? I en metaanalyse fra 2019 så en gruppe forskere på om terapi for ungdom hadde blitt bedre i tidsrommet 1960-2017. Rundt 400 RCT-studier på depresjon, angst, oppmerksomhetsvansker og atferdsproblemer ble inkludert i analysen. Disse problemområdene ble valgt ettersom de ifølge forfatterne utgjør størsteparten av henvisningsårsakene hos barn og unge (Weisz et al., 2019). Noen av behandlingene viste ingen signifikant endring i behandlingseffekt, mens andre viste en nedgang i behandlingseffekt. For å forbedre psykoterapi for ungdom foreslår Weisz med kolleger (2019) at det investeres mer energi i å forstå endringsmekanismer for å kunne gjøre behandling for ungdom mer transdiagnostisk og tilpasset hvert enkelt individ. Dette kan peke på viktigheten

av å utforske andre variabler i tillegg til virksomme terapiformer og intervensjoner for å kunne utvikle gode behandlinger for barn og unge.

Der den medisinske modellen så på ulike terapier opp mot bestemte typer problem, vokste det på 70-tallet frem en annen retning som valgte å studere virksomme faktorer på tvers av terapiformene, også kalt fellesfaktorer. Selve modellen kalles den kontekstuelle modellen, og man forsøker her å forstå hva som på tvers av de ulike terapiformer er virksomt i terapi (Wampold 2015). Et fenomen innen denne modellen som er hyppig studert, er *arbeidsallianse*, også kjent som *terapeutisk allianse*. En anerkjent panteoretisk konseptualisering av terapeutisk allianse ble lansert i 1979 av Bordin. Han beskriver *terapeutisk allianse* som en prosess bestående av tre deler: felles beslutning om hva en skal gjøre i terapien, og hva målet for terapien skal være. I tillegg rommer alliansebegrepet til Bordin utviklingen av et emosjonelt bånd mellom pasient og terapeut (Bordin, 1979).

I den kontekstuelle modellen har man en hypotese om at terapeutforskjeller kan gjøre at ulike behandlinger skaper ulikt utfall (Wampold & Imel, 2015). Dette står i en motsetning til den medisinske modellen hvor hypotesen er at forskjeller i spesifikke ingredienser i terapien forårsaker ulikt utfall. I følge Wampold & Imel utgjør terapeuteffekter mellom 5-7 % av variabiliteten i utfall i terapi. Dermed kan det å studere behandlernes karakteristikk og terapeutens adferd gi oss verdifull kunnskap om hva som virker i terapi og hvorfor (Wampold & Imel, 2015).

Shirk og Karver (2011) hevder at allianse som fenomen i psykoterapi for barn og unge teoretisk sett er godt representert og beskrevet. Samtidig peker de på at antallet empiriske studier på allianse i psykoterapiforskning med barn og unge er svært lavt sammenlignet med studier på voksne og allianse. De mener at allianse er spesielt viktig i behandling med ungdom, ettersom de som oftest ikke har henvist seg selv (Shirk & Karver, 2011).

I psykoterapi med ungdom blir det hevdet at det å skape en positiv allianse er en gjentakende prosess, i motsetning til at allianse er noe man skaper i starten av terapi, og som varer hele gjennom hele behandlingsforløpet (Shirk et al., 2011). Å balansere aktiv lytting i møtet med ungdommen med mer formelle aspekter av terapien, som rollefordeling, målsettinger og det å snakke om hvorfor det man gjør, er relevant, blir beskrevet som ekstra viktig i møtet med ungdom (Shirk et al., 2011). Fjermestad med kolleger (2016), forsøkte å finne hvilken adferd innenfor konseptet allianse som var positivt korrelert med at ungdommen involverte seg i egen behandling. Det å vise empati, samarbeide med ungdommen, strukturere behandlingen og utforske ungdommenes forventninger og motivasjon var positivt korrelert med ungdommens involvering i egen terapi (Fjermestad et al., 2016). Disse assosiasjonene var dog basert på et fåtall studier, og de må derfor sees på som tentative.

I en metaanalyse fra 2018 viste allianse i psykoterapi med ungdom en moderat korrelasjon med terapeutisk utfall. Denne kunnskapen beskrives å ha liten nytte dersom terapeuten ikke vet hvilken adferd som kan øke det terapeutiske forholdet, her målt som allianse (De Nadai et al., 2018). Studiene presentert over ser på utfall i terapi som har blitt vurdert i retrospekt. Studiene og modellene presentert over sier oss ikke noe om aspekter ved selve terapiprosessen sett fra behandlerens ståsted.

Prosessen i psykoterapi.

En annen strategi for å fremskaffe kunnskap om evidensbasert praksis er å forske på selve terapiprosessen mellom pasient og terapeut. Der metodologiene presentert over er interessert i hva som virker, forsøker *prosessforskning* grovt sett å forstå hvorfor noe virker, gjennom å analysere følgende prosesser: «...what is it that underlies, enables or drives therapeutic change» (Hardy & Llewelyn, 2015, s., 184). Økt fokus på «how to practice» kan gi oss kunnskap som kan øke vår forståelse av gode måter å møte ungdom på (Jones, 2020, s., 13). Terapeutens perspektiver og opplevelser er essensielle for å identifisere barrierer mot å

implementere ny kunnskap i klinisk praksis (Jones et al, 2020, s., 12). Det å forske på behandlernes perspektiv kan dermed være en viktig kilde til situert og kontekstsensitiv kunnskap i møte med ungdom.

I det følgende vil jeg se på studier innen prosessforskningstradisjonen med vekt på behandlerperspektivet og det å jobbe med ungdom. I min gjennomgang av litteraturen finner jeg som nevnt flere eksempler på forskere som anerkjenner at ungdom ofte møter i terapi på andre sitt initiativ, og at dette medfører en særskilt utfordring ettersom ungdommenes motivasjon for behandling kan være lav, på tross av at behovet for hjelp kan være høyt. Mer spesifikt finner jeg ett studie av Binder og medarbeidere (2008) som ser på hva behandlere gjør for å etablere et bånd med ungdom i terapi. Binder og kollegers studie skiller seg noe fra denne studien ved at det å etablere et bånd er et noe smalere konstrukt enn å engasjere ungdom som er under lupen i denne studien. I tillegg handler denne studien om en subgruppe av ungdom som har etter behandlers vurdering en større grad av motvillighet med seg inn i møtet. Videre finner jeg ett studie som ser på hvordan man kan reparere brudd i kontakten med ungdom (Binder et al, 2008). På tross av at noen av situasjoner hvor det oppstår brudd kan overlappe skjer brudd rent kronologisk senere i prosessen enn det å engasjere ungdom gjør. De studiene jeg finner, er individuelle intervjuer. Jeg finner noen studier på behandlerperspektivet hvor gruppen terapeutene møter er voksne.

Når terapi blir vanskelig

I en studie av Råbu og kolleger (2016) ble eldre erfarne terapeuter intervjuet om hvordan de opplevde at yrket som psykolog hadde preget dem og deres liv. I intervjuene tegnet terapeutene et bilde av en yrkeskarriere som både hadde beriket livet deres og at aspekter ved å være terapeut opplevdes som en byrde (Råbu, 2016). Hvilke aspekter av terapi er det som kan bidra til denne belastningen? Ifølge Isdal (2017) arbeider psykologer under et større

arbeidspresen enn tidligere med økt krav til effektivitet og økt arbeidsmengde. Dette ytre presset kombinert med å skulle romme andres lidelse og løse konflikter i pasient-terapeut relasjon kan ifølge ham lede til store belastninger for terapeuten (Isdal 2017). I en studie av Moltu og Binder (2011), får vi komme «bak» en ytre beskrivelse av en slik vanskelig situasjon og får et innblikk i terapeutens opplevelse av krevende situasjoner i møtet med pasienter. Moltu og Binder (2011) intervjuet erfarne terapeuter om hva terapeutene beskrev at de gjorde når det oppstod krevende situasjoner i terapien. Eksempler på situasjoner kunne være utpreget passivitet hos pasienten i terapisisituasjonen, sinne i retning terapeuten og suicidalitet. I denne studien fant forskerne at slike krevende situasjoner vekket ubehag og forvirring hos terapeuten og et behov for å komme seg vekk fra dette ubehaget. Terapeutene beskrev da at de søkte mot andre for støtte og delt meningsutveksling slik at de vanskelige opplevelsene kunne rommes og symboliseres gjennom møtet med en annen. Gjennom denne erfaringen beskrev terapeutene at de kunne gå tilbake til terapirommet, med pasienten de opplevde den vanskelige situasjonen med, og kjenne seg mer adskilt denne personen som et individuelt vesen samtidig mer påkoblet det denne personen opplevde. I en annen studie av Moltu med kolleger (2010) om terapeutens indre arbeid i krevende situasjoner fant de terapeutens tilstedeværelse med seg selv var av betydning for kunne gi terapeuten det rommet de trengte.

Ifølge Safran og medarbeidere (2011) har det oppstått en andrebølge innen alliansefeltet der man ser på hvilke prosesser som leder til allianse mellom terapeut og pasient. Det er derimot få studier der man ser på hvordan terapeuter som jobber med ungdom, opplever det å jobbe med ungdom (Binder et al., 2008). Gjennom individuelle intervju søkte Binder og kolleger (2008) å forstå hvordan terapeuten jobbet for å etablere et bånd med ungdommen. Terapeutene som ble intervjuet i studien, beskriver blant annet følgende intervensjoner: fokusere på ungdommens egen opplevelse av det som er vanskelig, ha en

symmetrisk relasjon, ha fokus på ungdommen, engasjere hen, holde seg nært ungdommens måte å gi mening til problemene på, utforske ambivalens, tilby terapi og utforske om ungdommen er motivert eller ikke (Binder et al., 2008).

Et relatert fenomen til det å skape en allianse med en ungdom i terapi er når det oppstår brudd i samarbeidet. Dette kan skje som følge av negative interaksjoner mellom terapeut og pasient, eller brudd i samarbeidet mellom pasient og terapeut (Safran et al., 2006). I en studie av O`Keeffe (2019) fant hen at ungdom som var misfornøyd med aspekter av terapien eller faktorer ved terapeuten sluttet i terapien heller enn å konfrontere behandler. Brudd i terapi er et interpersonlig fenomen der bidrag fra både pasient og terapeut kan lede til bruddet. Det finnes lite forskning som ser på hvilken spesifikk terapeutadferd som leder til brudd når det gjelder ungdom. I følge Moran og kolleger (2019) oppstår brudd ofte i behandling av ungdom, men mesteparten av den empiriske kunnskapen om brudd generelt, kommer fra studier på voksne. Gjennom intervju av åtte terapeuter utforsket Moran og medarbeidere (2019) behandlernes opplevelse av brudd i terapi overfor ungdom. Å ikke være bevisst ungdommens perspektiv og behov fra øyeblikk til øyeblikk ble beskrevet som en terapeutadferd og holdningen som ledet til brudd. Terapeutadferd som kunne sementere bruddet, ble beskrevet å være adferd som var «non contingent interventions with patients experience, control actions from an expert or paternalistic stand» (Moran et al, 2019 s., 38). Videre kunne manglende bevissthet om ungdommens antagelser om hva det var behandlingen skulle bestå i, være starten på et brudd (Moran et al., 2019). En faktor som kunne drive bruddet frem ytterligere, var dersom terapeuten ikke snakket med ungdommen om deres antagelser, og ikke ga ungdommen informasjon om terapeutens rolle og oppgave (Moran, 2019).

Frafall i terapi – hva vet vi?

O`Keeffe med kolleger (2019) hevder at det ikke finnes konsensus i litteraturen om hvordan frafall skal defineres, og at det ikke finnes noe forskning på ungdoms perspektiv på frafall i terapi. Derfor søkte forskerne å finne en typologi for frafall som inkorporerte ungdommens og terapeutenes perspektiv. Typologiene de skapte, baserte seg på en gruppe på 450 ungdommer som alle mottok én av tre ulike typer terapi for depresjon. Disse typologiene var «Vi fikk det vi trengte», «Vi sluttet på grunn av ustabilitet i livet», og «Vi var ikke fornøyd» (O`Keeffe et al., 2019). Vi-fikk-det-vi-trengte-typologien utgjorde 31 % av ungdommene. Vi-sluttet-på-grunn-av-ustabilitet-i-livet-typologien kunne handle om manglende bosted eller familiære forpliktelser. Vi-var-ikke-fornøyd-typologien handlet om å være direkte misfornøyd med terapien eller med terapeuten. De som formidlet at de ikke var fornøyd med terapien, oppga også at de ikke klarte å ta dette opp med terapeuten mens de var i behandling. Det viste seg også at terapeuten i disse tilfellet ikke var klar over at ungdommen var misfornøyd (O`Keeffe et al., 2019). Dette viser utfordringen i å oppdage ungdommens misnøye med terapien, og behovet for å vite mer om hvilken terapeutadferd som kan drive frem det motsatte av frafall, nemlig det å bli i terapi. I tråd med kategorien «Vi var ikke fornøyd» beskriver Flor og Kennair (2019) i boken *Skadelige samtaler* hvordan visse aspekter ved hjelpen barn og unge mottar, ikke bare kan lede til misnøye hos ungdommen, men kan skape uønskede og skadelige opplevelser som kan gå utover ungdommens psykiske helse, snarere enn å bedre den.

Studien over åpner muligheten for å ta i bruk et begrep i psykisk helsevern som tradisjonelt er brukt i tilknytning til frafall i skolen, nemlig *push-out*. Stearns & Glennie (2006) beskriver hvordan teorier om *push-out* ser på faktorer ved skolen som får barn og unge til å avbryte studier, i motsetning til teorier om *drop-out* som ikke gir denne assosiasjonen til kontekstens betydning for frafallet. Denne teorien kan ha overføringsverdi når vi skal se på

grunner til at ungdommer faller fra i terapi. Ifølge Roos og Werbart (2013) har det vært et noe ensidig fokus på faktorer hos pasienten for å finne forklaringer på frafall i terapi.

På tross av økt kunnskap om evidensbaserte metoder, evidensbaserte relasjoner i terapi og en begynnende utforskning av terapi for ungdom i et prosessforskningsperspektiv tegner brukerne av tjeneste selv et bilde av et psykisk helsevern for barn og unge med et forbedringspotensial (Forandringsfabrikken, 2018*). I den tidligere omtalte rapporten fra Barneombudet (2020) ble det også tegnet et bilde av at barn og unge opplevde misnøye med den hjelpen de hadde fått. Det å utforske hva behandlerne faktisk gjør i møte med ungdom kan gi oss et innblikk i hvilken hjelp ungdom faktisk får tilbud om, i tillegg til å kunne bidra i debatten om hvordan psykisk helsevern skal se ut. Jeg vil nå vie oppmerksomheten til dem behandlerne faktisk møter, nemlig ungdom.

Ungdom og psykisk helse

Psykisk helse defineres av Verdens helseorganisasjon (2018) som «... a state of well-being in which an individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and is able to make a contribution to his or her community». Ulike fagorgan bruker forskjellige definisjoner på hvilken aldersgruppe som inngår i gruppen ungdom, barn og tenåringer. Ifølge FN er personer i alderen 13-19 definert som tenåringer. Personer mellom 15-24 år defineres av Verdens helseorganisasjon (n.d) og FN (n.d) som ungdom. Grunnloven og Barnekonvensjonen definerer barn som alle mellom 0-18 år. I BUP behandles primært barn og unge mellom 0 og 18 år, men ettersom ungdom har rett på å beholde behandleren sin i BUP frem til fylte 23 år, er også denne aldersgruppen representert i BUP.

Som nevnt er barn og unges rett på helsehjelp nedfelt i Barnekonvensjonen art. 24. Å få adekvat helsehjelp er dermed forstått som en menneskerettighet. I tillegg har alle barn rett til å si sin mening og å bli hørt i spørsmål om egen helsehjelp. Disse rettighetene er nedfelt i

Grunnloven § 104 og i Barnekonvensjonen artikkel 12. Nevnte rettighetene danner grunnlaget for det som også kalles barns rett til medvirkning (Bufdir, 2018). Jo eldre og mer modne barna blir, jo mer vekt skal deres mening tillegges. I utformingen av helsehjelpen skal det dermed legges stor vekt på hva ungdommer mener. Man kan dermed hevde at rettighetsperspektivet til barn og unge er sterkt. Hvorvidt denne rettigheten etterleves, er et annet spørsmål. Personer over 16 år kan bestemme over helsehjelpen selv, og de kan nekte foreldrene tilgang til informasjon om den eventuelle helsehjelpen de får. I norsk sammenheng innebærer det praksis at ungdom mellom 16-18 år har myndighet og råderett over egen helse og dermed rett til medbestemmelse i hvordan de skal behandles i kontakt med helsevesenet, men som samtidig har begrenset myndighet i samfunnet for øvrig. Å vurdere eget behov for psykisk helsehjelp er en utfordrende oppgave i seg selv, men kanskje enda mer utfordrende for en ungdom. Dermed blir det å klare å romme denne motsetningsfylte myndighetsposisjonen en viktig utfordring for behandlere som møter ungdom i terapi.

Å danne et komplett og rikt bilde av omfanget av psykiske lidelser og plager hos barn og unge er en krevende oppgave, ettersom datagrunnlaget er varierende. Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO fleiner, 2020) utgjør psykiske helseutfordringer hos ungdom 16 prosent av den totale sykdomsbyrden i verden. Sykdomsbyrde beskriver antall tapte leveår, helsetap og dødsfall (FHI 2014). Sykdomsbyrde inkluderer både effektene hos den som er rammet av en psykisk lidelse og vedkommende familie.

Ifølge FHI (2019) er psykisk sykdom hos barn og unge en av ti store folkehelseutfordringer i Norge, på linje med faktorer som alkoholbruk og tobakksbruk, som er mest utbredt hos voksne. Ifølge tall fra Arbeids- og velferdsetaten, (NAV) har én av tre uføretrygdete en psykisk lidelse eller atferdsforstyrrelse (2020). De rapporterer om en økning i 18-åringene som blir uføretrygdet grunnet psykiske lidelser.

Hvilke domene man ser på i en populasjon for å si noe om en gruppes psykiske helse, er ikke en gitt variabel. En vanlig indikator å rapportere er en populasjons suicidrate. Ifølge en rapport fra Unicef (2020) skårer Norge lavt på psykisk helse for barn og unge, og havnet på 16. plass av 41 rike vestlige land. Ifølge Unicefs rapport finnes det i liten grad datamateriale for å sammenligne psykiske lidelser på tvers av land, og de har valgt å bruke antall unge som har tatt livet sitt som et mål på psykisk uhelse. Tenkere innen suicidologi, som Button og Marsh (2015), stiller seg undrende til at det å suicidere automatisk blir koblet til psykisk uhelse, og at det med dette kan fremstå som individets ansvar, ettersom han mener at psykologien og psykiatrien i utgangspunktet er for individfokuset. I tillegg peker Madsen (2018) på at flere faktorer påvirker suicidratene, som et lands innrapporteringsystem. På tross av disse perspektivene er det en realitet at 5 prosent av befolkningen mellom 15-19 år tar livet sitt hvert år (FHI, 2019). I en systematisk gjennomgang av populasjonsbaserte studier fant Evans med kolleger (2005) at rundt 10 prosent av ungdommene rapporterte at de hadde hatt suicidalatferd med hensikt om å ta sitt eget liv en gang i løpet av sitt liv. Til tross for at Button og Marsh (2015) kritiserer psykologien for å individualisere suicidalatferd, kan kanskje det å bedre tjenestene til barn og unge i psykisk helsevern gjøre at færre kommer til det punktet at de ikke ønsker å leve, og at man klarer å hjelpe denne gruppen ungdom.

En annen kilde til informasjon om barn og unges psykiske helse kommer fra barn og unge selv gjennom spørreundersøkelser som Ungdata. Gjennom Ungdata for 2020 har vi for første gang på flere år sett at andelen barn og unge som rapporterer psykiske plager ikke har økt (Bakken, 2020) Hvorvidt dette er en trend, er for tidlig å si. I følge Ungdata 2020 gir ungdom uttrykk for at de har gode relasjoner med foreldrene, og er tilfredse med livet sitt. Ungdata-undersøkelse blir gjennomført på skolene, og man vil med dette ikke få med stemmene til barn og unge som ikke kommer seg på skolen. Grunnet den pågående pandemien var det i 2020 en reduksjon i deltagelse på over 50 prosent sammenlignet med de

fire siste årene. Tallene beskrevet over må derfor sees i lys av dette. Tall fra Ungdata i perioden 2010-2018 viser en jevn økning i psykiske helseplager rapportert av ungdommen selv (Bakken, 2020). Det antas at koronapandemien kommer til å prege barn og unges psykiske helse (Wagner, 2020). Flere aktører, som Elevorganisasjonen og helsesykepleiere uttrykker bekymring for hvordan pandemien påvirker barn og unges psykiske helse. I en nylig litteraturgjennomgang så Loades og medarbeidere (2020) på effektene av sosial isolering og ensomhet, ettersom sosial distansering er et av smitteverntiltakene verden over. Basert på rundt 80 studier fant Loades med kolleger (2020) at både depresjons- og angstsymptomer økte under isolering og i etterkant av isolering. Det totale bildet av hvordan pandemiens forgreininger vil påvirke barn og unges psykiske helse i den ene eller den andre retningen.

Dersom ungdom skulle ha behov for hjelp, er det da slik at de selv søker hjelp? Hjelpesøking beskrives som en prosess som starter med en erkjennelse og forståelse av å ha et problem frem til man eventuelt velger å oppsøke hjelp for dette problemet (Klik et al., 2019). I en studie av ungdom i alderen 15-16 år viste det seg at det var et fåtall som selv søkte hjelp, på tross av høy skår på symptomer som angst og depresjon (Zachrisson et al., 2006). I en studie fra 2019 om vold og traumatisk stress gjennomførte Nasjonalt Kunnskapssenter en omfangsundersøkelse av volds- og overgrepserfaringer hos ungdom i alderen 12-16 år. Resultater fra denne studien viste at kun én av fem av de som oppga å ha vært utsatt for vold og overgrep, hadde vært i kontakt med hjelpeapparatet (Hafstad & Augusti, 2019). Funnene presentert over viser hvordan det ikke er automatikk i å søke hjelp på tross av opplevde utfordringer.

Formål med studien

Å høre behandlernes egne beskrivelser av intervensjoner i møte med ungdom som er kommet på andre sitt initiativ, kan gi oss innblikk i et behandlingsrom som ellers er lukket, av naturlige årsaker. Kunnskap om hvordan behandlere jobber og tenker er viktig å ha med når

strategier, tilbud og planer lages på et politisk plan. I arbeidet med å forbedre hjelpetilbudet til ungdom trenger vi kunnskap om hva ungdom faktisk får tilbud i terapi. Formålet er å finne gode måter å møte alle ungdommer som kommer i kontakt med hjelpeapparatet på.

BUP som helseforetak har et gitt mandat og virkeområde, men lederen for hver enkelt BUP har samtidig et handlingsrom hvor de selv kan definere deler av driften, og dermed også tilbudet barn og unge får. Det er altså ikke gitt hva dette tilbudet i praksis inneholder. Å høre behandlernes egne beretninger kan gi oss innblikk i noe av denne variasjonen.

Weisz med kolleger (2019) foreslår å investere mer energi i å forstå *endringmekanismer* for å kunne gjøre behandling for ungdom mer transdiagnostisk og tilpasset hvert enkelt individ. I studien på allianse i terapi med ungdom hevdes det at studier på allianse har liten verdi dersom man ikke vet hvilken atferd som kan øke det terapeutiske forholdet (Karver, 2018). Et sted å begynne for å øke forståelsen av endringmekanismer og spesifikk terapeutadferd kan være å la behandlerne selv beskrive med egne ord hva de tilbyr ungdom som kommer i terapi på andres initiativ, uavhengig av behandlerens teoretiske bakgrunn og metode, samt ungdommens eventuelle diagnose eller problemområde. Dette kan være et viktig bidrag i retning av å tilby barn og unge et bedre tilpasset psykisk helsevern.

Forskningsspørsmål. *Hva gjør behandlere i møtet med ungdom som kommer på andres initiativ, for å holde dem i behandling?*

Metode

I denne oppgaven har jeg arbeidet med innsamlet og transkribert fokusgruppemateriale fra forskningsprosjektet, "Hva gjør jeg her?", som er ledet av Signe Hjelen Stige. Prosjektet er et samarbeid mellom Helse Bergen, Institutt for klinisk psykologi ved Universitetet i Bergen, Helse Førde og Finnmarkssykehuset. Prosjektet handler overordnet om ungdom som kommer til terapi når noen andre har tatt initiativ til kontakten. Det har blitt utført individuelle intervju av ungdom med fokus på deres opplevelse, noe dette studien ikke vil ta for seg. Denne studien

ser på fokusgruppeintervju med behandlere, hvor formålet har vært å utforske tematikken fra behandlerens perspektiv gjennom følgende forskningsspørsmål: 1. *Er det at ungdommer kommer motvillig til utredning eller behandling på andre sitt initiativ, gjenkjennbart?* 2. *Hvordan forstår behandlere hva som ligger bak ungdommenes motvillighet?* og 3. *Hva gjør behandlere i møtet med ungdom som kommer på andre sitt initiativ, for å holde dem i behandling?* Prosjektgruppen publiserte høsten 2020 artikkelen «The nature of youth in the eyes of mental-health care workers: therapists` conceptualization of adolescents coming to therapy at others` initiative» der temaet er behandlerens forståelse av ungdommenes motvillighet. Analysefokuset for denne oppgaven er hva behandlere gjør i møte med ungdom som kommer på andres initiativ, og skiller seg med dette fra nevnte forskning på samme materiale. Jeg presenterer først prosjektutviklingen som ble utført før jeg kom inn i prosjektet. Deretter redegjør jeg for den delen jeg har bidratt i, som begynner med analyseprosessen av hva behandlerne gjør i møte med ungdom som kommer i behandling på andres initiativ.

Design

For å få tak i behandlerens perspektiv ble fokusgruppeintervju valgt som metode. Formålet med studien var *eksplorerende* i den forstand at den søkte å utforske hva behandlere gjorde i møtet med ungdom som ikke selv tok initiativ til behandlingen. Målet var å potensielt «åpne noen nye dører til et felt som er relativt ukjent» (Malterud, 2012, s.22).

Fokusgruppeintervju som metode innehar en del kvaliteter som kan styrke prosessen i å få frem en bredde i synspunkter, gjennom at fokusgruppediskusjonen «...mobiliserer assosiasjoner og fantasi, ved at gruppedynamikken bidrar til å skape fortellinger» (Malterud 2012, s. 22). Hensikten med fokusgruppeintervju er ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s 162), “ikke... å oppnå konsensus om, eller løsninger til det man snakker om, men heller å få frem ulike synspunkt på et tema”. I følge Kitzinger (1995), kan gruppedynamikk gjøre at

individer som har en mening som skiller seg ut fra majoriteten, ikke våger å uttale seg, og dette kan dermed påvirke bredden i synspunkter som kommer frem.

Rekruttering

Prosjektleder kontaktet ledelsen ved de ulike klinikkene med spørsmål om de kunne sende ut en invitasjon til sine ansatte om å delta i prosjektet. De som ønsket å delta, møtte opp på et tidspunkt som ble avtalt mellom forsker og leder. Det faktum at det ble rekruttert gjennom ledelsen, kan ha bidratt til økt deltagelse, ettersom dette kan ha gitt prosjektet et kvalitetsstempel samt at behandlerne kan ha opplevd støtte fra ledelsen i å delta i en slik fokusgruppe. Det er også mulig at behandlerne har kjent på et press om å delta som følge leders rolle i rekrutteringen. Ettersom forskningen kan være relevant for egen yrkesutøvelse, er det mulig at behandlerne har kjent egenmotivasjon for å delta.

Informanter

I studien deltok 40 kvinner og 11 menn i alderen 20-50 år. I hver fokusgruppe deltok mellom 3-7 personer. Intervjuene foregikk i allerede etablerte team, og man kan anta at gruppene med dette er sosialisert inn i et format hvor de utveksler ulike meninger om et tema. Dette kan tenkes å støtte opp under prosessen i å gjøre terapeutiske intervensjoner eksplisitt. Yrkene representert i utvalget er: psykolog, lege, psykiater, psykiatriske sykepleier, klinisk sosionom, klinisk pedagog og familierapeut. Mangfoldet i representerte yrker og dermed også mangfold i ansatte i BUP vurderes som en styrke i å belyse ulike innfallsvinkler i å jobbe terapeutisk med ungdom. Fokusgruppeintervjuene har blitt utført ved syv ulike klinikker i større byer samt i mer rurale strøk. Den demografiske variasjonen gjør at klinikker av ulike størrelse og dekningsområde er representert. Intervjuene har blitt utført på klinikker både på Vestlandet og i Nord-Norge, og dermed også Sápmi. Alle klinikkene hører til under PHBU. Seks av klinikkene BUP. Ved to klinikker er det to team som har blitt intervjuet, som gjør at det totalt er åtte ulike arbeidsplasser representert. Ved én av klinikkene jobbes det spesifikt

med ungdom med psykoserelaterte plager og lidelser, og ved én klinikk anvendes dialektisk adferdsterapi (DBT) i møtet med ungdom med mestrings-suicidalitet.

Intervjuprosess, datainnsamling og datahåndtering.

Intervjuene ble holdt på de respektive klinikkene i arbeidstiden til deltakerne, noe som kan ha gitt økt deltagelse. Hvert intervju varte i ca. 60 minutter og de ble utført fra november 2017 til januar 2018. Én til to forskere deltok i hvert intervju. Én forsker hadde en moderatorrolle i form av å stille spørsmål og oppfølgingsspørsmål, mens den andre fokuserte på interaksjonene som oppstod og jobbet for å aktivere hele gruppen. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er moderators oppgave å skape et klima hvor det er aksept og åpenhet for ulike meninger og personlige beretninger, for å få frem bredden i synspunkter i gruppen. Det er mitt inntrykk at deltakerne i flere tilfeller uttrykker ulike meninger og oppfatninger dem imellom. De fire forskerne i prosjektgruppen var alle moderator i minst ett fokusgruppeintervju, og det ble til sammen gjennomført ti fokusgruppeintervju.

Intervjuguiden var semistrukturert med seks forhåndsbestemte spørsmål. Spørsmålene med størst relevans for denne studien var følgende tre: «Kan dere først si noe om hvordan dere har organisert tjenestetilbudet her?», «Hva gjør dere når dere får ungdommer til utredning eller behandling, som selv ikke har hatt et ønske om å komme til BUP?» og «Hva tror dere skal til for å nå flere av ungdommene som i utgangpunktet ikke ønsker å komme til BUP?». Ettersom det var få forhåndsdefinerte spørsmål har de ulike gruppene dermed kunnet prege hva det var aktuelt å snakke om i tilknytning de ulike spørsmålene. Hvert intervju åpnet med noen generelle spørsmål, før spørsmålene spisset seg mer inn på prosjektets tematikk.

Intervjuene ble transkribert av ulike studenter ved UiB, og de transkriberte intervjuene ble sjekket opp mot de originale lydfile. I denne prosessen ble også teksten avidentifisert ved at man fjernet sensitiv informasjon og slettet de originale lydfile.

Analyseprosessen

For å besvare forskningsspørsmålet har jeg benyttet meg av en *refleksiv tematisk analyseprosess*, som beskrevet av Braun & Clarke (2006, 2019 & 2020). Tilnærmingen jeg har brukt, er *induktiv*, fordi den analytiske prosessen har utgangspunkt i data, og fordi identifisering av meningsinnholdet har skjedd uten å bruke forhåndsbestemte ideer (Braun et al., 2019, s. 11). Jeg er likevel et *subjekt* i møtet med data, og dette former hvordan jeg tolker og forstår data. *Induktiv* er i denne sammenheng forstått i konteksten av refleksiv tematisk analyse, hvor det induktive handler om at analysen er fundert i data, heller enn “ren” induksjon, ettersom man ikke kan gå inn i et teoretisk vakuum når man gjør tematisk analyse (Braun & Clarke 2020). Studien var *eksplorerende* i den forstand at jeg søkte *bredde* i data, for å kunne danne et grunnlag for senere forskning, der mer avgrensede deler av data kan være i fokus. Jeg vil først beskrive hva som ligger i en *refleksiv tilnærming til tematisk analyse*, før jeg beskriver de ulike fasene i prosessen.

Braun og Clarkes *refleksive tematiske analyse* er en av flere *retninger* innen tematisk analyse (Braun & Clarke 2019). Kodene man bruker, dannes underveis i prosessen og kan endres gjennom hele analysen. Dette er noe av det som gjør at deres tilnærming beskrives som en fullt ut kvalitativ tilnærming (Braun et al., 2019). Målet med refleksiv tematisk analyse er å danne en koherent og overbevisende fortolkning som er forankret i data (Braun et al., 2019). Forskerens subjektivitet og refleksivitet er sett på som ressurser i denne kunnskapsproduksjonen.

Analyseprosessen til Braun og Clarke beskrives som en fremgangsmåte for å forstå data, hvordan man kan kode, og hvordan man kan konstruere temaer ut fra kodene. Da jeg begynte analysen, forelå ikke deres nyeste publikasjon, fra august 2020, om refleksiv tematisk analyse. Jeg har valgt å implementere den oppdaterte versjonen i beskrivelsen av analysen, ettersom forskjeller mellom tidligere publiseringer og deres nyeste publikasjon i hovedsak handler om en tydeliggjøring heller enn en reell endring i selve analyseprosessen.

Analysen beskrives som en organisk prosess i seks faser: 1) *Bli kjent med data og skrive notater med samme formål*; 2) *Systematisk datakoding*; 3) *Generere utkast til temaer fra kodet og samlet data*; 4) *Utvikle og gjennomgå tema*; 5) *Definere, raffinere og navngi tema*; 6) *Skrive rapport*. Fasene forstås ikke som adskilte kategorier som følger hverandre lineært, men som ulike stadier av en prosess der man kontinuerlig manøvrerer seg frem og tilbake mellom stadiene. Et eksempel på dette kan være at man gjennom fase fem kommer frem til et tema man ikke har “sett” i kodingsprosessen i fase to, og man vil derfor vende tilbake til data for å kode tekstutdrag man tidligere kan ha gått glipp av. Likevel har hver fase en essens og en retning. Ifølge Braun og Clarke (2020) er ikke målet å følge prosedyrene regelrett, men å forstå hva disse ulike handlingene gir oss tilgang til. De seks fasene sees på som verktøy i denne prosessen, heller enn målet med analysen (Braun & Clarke, 2020).

I fase én handler det om å bli kjent med bredden og dybden i materialet (Braun & Clarke 2006 s. 16). I deres artikkel fra 2020 har de valgt å inkludere det å skrive notater i denne fasens navn og beskrivelse. Dette er muligens gjort for å understreke at når man leser teksten på jakt etter tema og tekstens meningsinnhold, skal man lese på en aktiv måte (Braun & Clarke 2006 s. 16). I dette stadiet har utforsking og undring vært gode modi, istedenfor å søke etter å bestemme og definere hva som er i data. Etersom jeg ikke hadde noe forhåndskunnskap om dataene, valgte jeg en prosess for å bli kjent med disse, som bestod i en første lesning, der jeg lette etter det jeg opplevde som spennende og betydningsfullt med data. Jeg noterte meg også mine egne reaksjoner på innholdet i det jeg leste mine egne reaksjoner på de ulike fokusgruppeintervjuene. For å kunne være bedre i stand til å skille de ulike intervjuene fra hverandre lagde jeg et sammendrag av hvert intervju, der jeg fokuserte på innholdet i disse, samt på praktisk informasjon. Jeg leste intervjuene en tredje gang, der jeg leste store deler av teksten høyt, ettersom den originale formen til utsagnene var muntlig og dialogisk i formen. Dette opplevde jeg at hjalp meg i å bedre lese og se meningsinnholdet i

teksten. Etter denne gjennomgangen fikk jeg veiledning for å forberede meg på neste fase. I tillegg luftet jeg hva jeg hadde notert meg om data.

I fase to har jeg kodet tekstutdrag og forsøkt å gi utdragene tekstnære navn. Jeg brukte programvaren Nvivo 12 (versjon 12.6.0) for å markere og navngi tekstsegmenter. Jeg har jobbet aktivt for å kode utdrag som gikk imot det jeg underveis opplevde som felles strømninger i data. I kodingsprosessen gikk jeg teksten i møte på jakt etter semantisk og latent meningsinnhold. I en semantisk tilnærming forholder man seg til det som faktisk sies, og man er i så måte tett på deltakernes språk. I en *latent* tilnærming ligger derimot fokuset på et mer implisitt eller konseptuelt nivå (Braun et al., 2019). Etter å ha kodet to intervjuer fikk jeg veiledning og innspill på kodingen, før jeg kodet de resterende intervjuene.

I fase tre skal man generere temautkast fra kodet og samlet data, noe som understreker at forskeren har en aktiv rolle i å forme temaene; det er ikke slik at temaene allerede ligger ferdig i data og venter på å passivt bli avdekket. Braun med kolleger (2019) beskriver at man i denne fasen bygger, former og gir mening til data. Denne prosessen skjer i krysningspunktet mellom data, forskningsspørsmålet, forskerens erfaring og subjektivitet. Et tema den refleksive tilnærming til tematisk analyse defineres som et mønster av delt meningsinnhold på tvers av intervjuene som bindes sammen av et organiserende konsept (Braun & Clarke 2020). Gjennom prosessen har jeg blitt oppfordret til å skrive ned og verbalisere hva jeg til enhver tid har husket best av dataens innhold, for å kunne reflektere rundt at det ikke er hva jeg husker best, som styrer utvelgelsen av mine temaer og koder. Jeg begynte denne fasen med et sett med potensielle temaer basert på hva jeg opplevde at var i data, ettersom veileder ga meg innspill på at jeg allerede var begynt å forholde meg til data på et høyere abstraksjonsnivå. Disse løselig definerte beskrivelsene av dataens innhold dannet deler av utgangspunktet for arbeidet i fase tre. I tillegg bygget jeg temaer basert på en sammensetning av ulike koder jeg opplevde at hadde det samme meningsbaserte mønsteret.

I fase fire har jeg jobbet med å utvikle og å revidere temautkastene. Her ledes arbeidet av at data innen hvert tema skal være konsistente, og grensene mot andre tema skal være tydelige (Braun & Clarke 2006). Jeg har evaluert alle de kodede data-utdragene og vurdert om de hører sammen innholdsmessig. I noen tilfeller har jeg flyttet tekstsegmenter, laget nye koder eller flyttet tekstutdrag til andre temaer. Deretter har jeg sjekket om de ulike temaene er valide sett opp mot data.

I fase fem handler essensen om å definere, raffinere og navngi tema (Braun & Clarke 2006). Jeg har her jobbet for å definere hva hvert tema handler om, i tillegg til hvilket aspekt ved data temaet fanger. Videre har jeg jobbet for å beskrive hvilken historie disse dataene forteller. For å gjøre dette må man ifølge Braun & Clarke (2006) både se på hvert tema for seg og se på temaene opp mot hverandre. I denne fasen blir det tydelig at ens temaer er organisert etter deres meningsinnhold og ikke etter hvilket domene eller kategori de kan tilhøre. I denne konkrete studien betyr dette at deler av data som handler om foreldrekontakt, som et eksempel, kan være plassert i ulike tema, ettersom det at de alle handler om foreldrekontakt kun sier noe om hvilket domene de forteller noe om, men ikke hva som er selve meningsinnholdet. I fase seks jobber man videre for å skrive ferdig rapporten. Dette innebærer ikke at man passivt skriver ned det man har funnet i de foregående fasene; en del av analysen skjer gjennom skrivingen, og gjennom denne fortsetter man å raffinere og definere temaene. Målet i denne fasen er ifølge Braun og Clarke (2006) å få frem hvordan temaer er fundert i data, gjennom å velge ut sitater som belyser viktige aspekter av de ulike temaene. I tillegg skal rapporten være mer enn en beskrivelse av dataenes innhold gjennom å balansere det å ha en tydelig forankring i data samtidig som at man abstraherer og løfter funnene opp og diskuterer dem på et høyere abstraksjonsnivå.

Refleksivitet.

Refleksivitet kan sees på som en form for kritisk tenkning om ens egen subjektivitet, der målet er å formulere konteksten forskningen skjer i, og dermed også konteksten kunnskapen blir produsert i (Lazard og McAvoy, 2020, s.,160). Gjennom refleksivitet blir vi objektet for vår egen analyse, og vi er dermed både objekt og subjekt i møtet med forskningen vi gjør (Lazard og McAvoy, 2020, s.,164). Jeg opplever at min bakgrunn i psykologifaget har gitt meg en større teoretisk forståelse for enkeltindividet enn for sosiale faktorer, noe som kan gjøre at jeg lettere fanger opp prosesser som plasserer seg innenfor dette kompetansefeltet. Jeg har forsøkt å være dette bevisst og latt min erfaring fungere som en ressurs. Samtidig har jeg forsøkt å være bevisst på å ikke ekskludere trekk ved data som faller utenfor denne individfokuserte kompetansen. Jeg er spesielt opptatt av spørsmål rundt brukermedvirkning, av maktstrukturer mellom pasient og terapeut, og av konteksten og kulturens betydning for enkeltindividet. Når det gjelder forskning, er jeg spesielt interessert i studier som kan bidra i retning av å åpne opp behandlingsrommet slik at det som skjer her, kan diskuteres, utvikles og forstås både av både behandlere og pasienter. Jeg opplever at min refleksivitet har blitt utviklet gjennom at veileder har gjort meg oppmerksom på når jeg har trukket slutninger basert på min forforståelse av fenomener, slik at jeg har kunnet forholde meg bevisst til disse forforståelsene.

Gjennom fem år som assistent på en akuttpost for ungdom har jeg møtt ungdommer som ikke er kommet i behandling på eget initiativ, og behandlerne som møter dem. En del av tematikken behandlerne snakker om, er gjenkjennelige for meg. Derfor har jeg forsøkt å være bevisst på å unngå at min lesning av data styres av det som for meg er gjenkjennelig. I tillegg er jeg ydmyk overfor at jeg som assistent i en deltidsstilling har en annen rolle enn en behandler som er psykolog på fulltid. Jeg opplever at min yrkeserfaring har gitt en verdifull forståelse for deler av det behandlerne beskriver. Gjennom min yrkeserfaring som assistent i psykiatri har jeg møtt flere ungdommer enn jeg har møtt behandlere. Dette gjør at jeg har mer

erfaring fra å se verden gjennom en ungdom som er i behandling enn fra en behandler som møter ungdom.

Etiske betraktninger

Studien er som nevnt en del av et større forskningsprosjekt der ungdom med behandlingserfaring har blitt intervjuet i tillegg til denne studien med fokusgruppeintervju. Prosjektet søkt kunnskap fra en sårbar gruppe og kunnskap om hvordan behandlere beskriver at de jobber med denne sårbare gruppen. Prosjektet ble derfor søkt inn til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk og godkjent i 2016 (Region Vest, ref. 2016/13841).

Ettersom jeg er student, opplever jeg å ha en teoretisk forståelse av behandleryrke og kan på noen områder ha idealer om utøvelsen av yrket som ikke rommer kompleksiteten behandlere møter i den kliniske hverdagen. Denne ydmykheten har jeg forsøkt å ha med meg i møte med behandlernes beskrivelser.

Jeg har vurdert det til at ungdom selv i noen tilfeller vil kunne kjenne seg igjen i spesifikke eksempler. Jeg har tenkt at denne artikkelen skal kunne leses av gruppen som behandlerne snakker om. Derfor har jeg ekskludert eksempler med, etter min vurdering, høy gjenkjennelsesfare. Dette har ikke gått på bekostning av meningsinnholdet, fordi jeg har vurdert det slik at dette stoffet har vært til stede andre steder i datamaterialet.

Funndel

Gjennom den refleksive tematiske analysen har jeg skapt følgende temaer basert på datamaterialet: Tema 1: *Jeg senker terskelen for deg*; Tema 2: *Jeg lar meg lede og jeg viser vei*; Tema 3: *Jeg skreddersyr etter dine mål*; Tema 4: *Jeg ser det du viser meg*. I det følgende presenterer jeg de ulike temaene og beskriver essensen i hvert tema samt forsøker å vise spennvidden som er i hvert tema.

Tema: 1. Jeg senker terskelen for deg.

Gjennom analysen kom jeg frem til at samtlige grupper prøvde å senke terskelen for deltagelse slik at ungdommene kunne våge å være i og å bruke terapirommet. Flere deltakere tematiserte at det å forsøke å engasjere ungdommen for lenge kunne senke terskelen for å ta imot hjelp på sikt. Det å forespeile ungdommen en overkommelig tidshorisont eller et avgrenset prosjekt, var hyppig brukte strategier. I motsatt ende av skalaen beskrev flere at de ville bruke mye tid for å bli kjent med ungdommen og etablere en relasjon. Noen deltakere valgte å fokusere på andre mennesker i ungdommens liv heller enn å ha fokus på ungdommen i starten. Å snakke om forventninger, terapiens formål og tydelig beskrive terapiprosessen var strategier flere deltakere beskrev. Samtlige grupper løftet frem variasjoner av normalisering som et viktig element i behandlingen.

I flere grupper beskrev behandlerne at de var bevisste på negative konsekvenser av å forsøke å få til terapi med ungdommen for lenge både når ungdommen selv ga uttrykk for at de ikke ønsket terapi og når det var behandlerens initiativ å avslutte kontakten. Potensielle negative konsekvenser behandlerne beskrev var at ungdommen kunne internalisere at «behandlingen ikke gikk» og dermed føle at det var hen det var noe galt med eller at terskelen for å ta i mot hjelp på sikt kunne øke:

[...] da er det noe med å ikke holde på å tvære alt for lenge, at det blir et ubehagelig press i forhold til å skulle komme og snakke om det som er vanskelig som kan kommet til å ødelegge for senere behandlerrelasjoner ... [...] (*Fokusgruppe 5*).

I flere grupper beskrev behandlerne at de forsøkte å legge opp til et begrenset antall møter med lav frekvens for at behandlingsopplegget ikke skulle virke overveldende og avskrekkende i sitt omfang. Ved én institusjon var dette formalisert gjennom at ungdommen

kunne bli tilbudt tre konsultasjoner uten henvisning. Målet med disse intervensjonene virket å være at ungdommene skulle våge å bli fordi de ikke følte seg lenket:

Også er det noen ungdom som bare åhh, nå skal jeg gå her i hundre år, nå skal jeg gå her helt til neste år, åhh, det er så tungt å komme hit en gang i uka. Og da syns jeg det er nyttig å bare avtale at nå har vi tre samtaler, annenhver uke, tre samtaler. Bare tre, ikke noe mer. (*Fokusgruppe 9*).

Parallelt med det å lage en overkommelig tidshorisont beskrev flere at de hadde en konstruktiv baktanke om at ungdommen selv skulle ønske å fortsette når de gitte timene var over. I motsatt ende av skalaen var det flere deltakere fra ulike grupper som ønsket å bruke tid på å etablere en relasjon med ungdommen, for at dette på sikt kunne senke terskelen til terapien:

[...] det er noen jeg sier til det, at jeg er for deg, jeg vet du har det vanskelig, og noen går på BUP kanskje et halvt år, noen går et år, og noen går i fem år. [...] for det er noen du bare kjenner at de må vite at hvis jeg først investerer her, så må jeg vite at jeg ikke blir hevet ut, ikke sant. (*Fokusgruppe 1*).

I en gruppe tematiserte behandlerne utfordringen i å bruke mye tid med en ungdom som ikke selv kjente seg motivert for behandling. «For du må jo nødvendigvis bruke tid for å bygge en, en relasjon. Men så er den tida der, kan kanskje også føles litt sånn merkelig for en umotivert...» (*Fokusgruppe 10*).

Videre snakket flere deltakere om hva de forsøkte å gjøre den tiden ungdommen kom til timer. Å dele erfaringer fra eget liv ble omtalt som et virkemiddel for at ungdommen skulle bli kjent med hvem behandler var som person: «Jeg føler de trenger å vite, altså du er en helt

vanlig person da, ikke bare en kontorpersone». (*Fokusgruppe 3*). Noen beskrev at motivet for å dele elementer fra eget liv var å få en større balanse mellom mengden personlig informasjon ungdommen blir bedt om å dele, og hva behandler delte.

I flertallet av gruppene tematiserte behandlerne hvordan de så på kontinuitet i behandlerkontakt versus å legge opp til at behandlerbytte var mulig, som en faktor som kunne enten senke eller øke terskelen for ungdommens deltagelse. Avhengig av behandlerens opplevelse av om ungdommens behov var stabilitet og forutsigbarhet i behandlerkontakt eller snarere hadde behov for å vite at behandlerbytte var mulig og helt ukomplisert, forsøkte behandler å legge opp til en form på behandlerkontakten som møtte dette antatte behovet. I en gruppe var det standardisert at en koordinator fulgte ungdommen gjennom hele forløpet.

Å snakke om ufarlige temaer, ble nevnt av flere som en måte å bli kjent på. En deltager stilte seg undrende til om det å snakke om trivielle tema skulle falle innunder spesialisthelsetjenestens sitt repertoar av strategier. Noen valgte å ha fokus på ungdommen som person og å spurte etter hva ungdommen opplevde som sine ressurser, hva deres interesser var, og hvordan livet deres var mer generelt. Det å vise en interesse for positive sider av ungdommens liv ble beskrevet å kunne motvirke at ungdommens selvbylde ble påvirket negativt av et utelukkende problemfokus. I tillegg til at interessen behandlerne viste ungdommen kunne gjøre at ungdommen ble nysgjerrig på behandler og hva hen kunne tilby. Én deltaker forteller om en måte å ha øye for hvem ungdommen er utenfor terapissettingen på, men strategien for å oppnå dette skiller seg ut:

[...] jeg vet ingenting om livet dems egentlig. Og det er ganske viktig å få fram at, ja, møte enda en som bare tror de vet hva som foregår. [...] Hvis jeg har det perspektivet, så syns jeg ungdommene er lettere sånn. Ja du vet faktisk ingenting om livet mitt, jeg velger faktisk selv hva jeg vil ta opp her og jobbe med det, men livet mitt er egentlig

annerledes. Jeg går ut herfra og ler og har det gøy med venninnene mine, men her sånn kan vi jobbe med noe litt alvorlig. (*Fokusgruppe 9*).

Samtlige grupper snakket om hvordan de forsøkte å skape et trygt klima rundt behandlingen. Kilden til noen av disse intervensjonene, på tvers av gruppene, virket å være følgende tanke: «Sånn at det er noe med [...] å møte de på en måte litt ungdommen der de er. (Fokusgruppe 2)». I noen tilfeller handlet dette om å ta fatt på noe som ungdommen ønsket hjelp med og at en slik senket terskelen for delttagelse gjennom å gi ungdommen en positiv opplevelse og en konkret demonstrasjon av hva behandling kunne være. Der behandlerne fikk en opplevelse av at ungdommen ikke kjente seg igjen i vanskene som var blitt beskrevet i henvisningen valgte noen deltagere i et par grupper å snakke med ungdommen om hva de mente andre mennesker i omgivelsene kunne endre på. Dersom ungdommen begynte å gi tegn til at de selv hadde en opplevelse av å ha de beskrevne vanskene, åpnet behandler for å rette fokuset tilbake på ungdommen. Behandlerne tematiserer med dette implisitt den dynamiske og finstemte prosessen med å vurdere når terskelen var tilstrekkelig senket til at behandlerne kunne begynne å snakke med ungdommen om de vanskene de hadde. En gruppe hadde en opplevelse at mange ungdommer ventet å måtte dele det vondeste de bar på med en gang de kom til BUP, dels fordi det kunne stå i henvisningen at «ungdommen skulle bearbeide alvorlige traumer fra barndommen». Denne gruppen tematiserte med dette hvordan “henvisningspråk” kunne gi ungdommen en opplevelse av det motsatte av at behandler fulgte dem i deres tempo og slik øke terskelen for deltagelse.

Det å gi plass til ungdommens fortellinger, uten å dømme dem eller å komme med negative og korrigerende reaksjoner og endringsorienterte intervensjoner, for tidlig i relasjonen, gikk igjen i gruppene beskrivelser. Et annet spor i det å skape et trygt klima som

handlet om å adressere hva ungdommen kunne vente av behandler, eksemplifisert gjennom følgende sitat:

Det er litt sånn der føler jeg er viktig når de kommer på BUP, her er det åpent for [...] til meg kan du si hva som helst, jeg vil aldri bli sint på deg, aldri bli sur på deg. Og plutselig sant, så sier hun noe som hun kanskje var litt redd for å si til noen.

(Fokusgruppe 3).

Mange grupper beskrev at de forsøkte å definere hva formålet med terapien var for å motvirke at ungdommen hadde feilaktige antagelser om hvorfor de var i terapi som kretset rundt det å være i terapi for å bli «reparert». Det å se på ungdommens vanske som en måte å løse et problem på går igjen i flere grupper. Med en slik forståelse ble målet med terapien definert som å finne flere mestringsstrategier for å kunne få økte valgmuligheter. I noen grupper forsøkte behandlere å komme bak de deskriptive fortellingene om ungdommen slik at det ble tydelig for ungdommen at målet med terapien handlet om å få det bedre:

At ikke bare utgå fra det som er formulert i en henvisning, for det er jo ofte noen problembeskrivninger som ligger så langt fra det den her unge personen selv opplever som vanskelig [...] jeg forsøker mer å beskrive situasjonen som man er i, at man blir litt konkret om hvordan det er man forstår hvordan noen har hatt det den seneste tiden, å forsøke å omformulere det mer, mer empatisk. *(Fokusgruppe 10).*

Samtlige grupper forteller om intervensjoner hvor målet var normalisering. Flere deltakere benyttet en strategi vi kan kalle for *parallellhistorier*. Rasjonale bak denne strategien var en antagelse om at det kunne være lettere for ungdommen å kjenne seg igjen i en beskrivelse snarere enn selv å måtte finne ord for sine opplevelser. Dersom vedkommende

opplevde at hen ikke var alene om å ha de vanskene hen hadde, kunne dette også bidra til at ungdommen kjente på mindre skam.

Gjetter. Altså, jeg tar det, og så sier jeg noen ganger så er det sånn, og noen ganger så kan det være da og dette. Og du vet når du treffer, for da roer de seg. Og da kan du liksom, da vet du at okay, det er der vi er. Noen ganger så er det lettere for de å kjenne seg igjen enn å forklare med egne ord, og da kan du heller forklare det, normalisere det. (*Fokusgruppe 4*).

Flere deltakere benevnte for ungdommen at de ikke var alene om å komme i terapi på andre sitt initiativ, og at det var en vanlig opplevelse å ikke ønske å komme i behandling. Noen deltakere forsøkte å avmystifisere gruppen ungdommer som kom til behandling, slik at ungdommen de snakket med, opplevde det som mindre problematisk å identifisere seg som «en som går på BUP».

Tema 2: Jeg lar meg lede og jeg viser vei.

Flere av behandlerne snakket om terapien som et felles prosjekt der behandlerne jobbet for at det skulle være to personer som trakk i samme retning. For å oppnå dette felles prosjektet vekslet behandlerne mellom å være den aktive part og å vise ungdommen vei på den ene siden, og å la seg lede av ungdommen på den andre siden. Dette ble beskrevet av flere som en faktor som kunne bidra til at ungdom som kom på andres initiativ, ønsket å forbli i behandling. Strategier som var vesentlige her, handlet om å gi informasjon, jakte på deres perspektiv, å danne et samarbeidende klima, invitere ungdommen til å ha en aktiv rolle, og samtidig ikke miste sin faglige rolle av syne. Når behandler la opp til samarbeid, kunne de oppnå at ungdommen fikk et eierskap til behandlingen, samtidig som at ungdommen ikke opplevde å være alene i rommet og ha for mye ansvar i egen behandling. Flere deltakere

beskrev tilfeller der det å ha et felles prosjekt må vike, ettersom andre hensyn ble vurdert som viktigere.

Samtlige grupper løftet frem viktigheten av å gi ungdommen informasjon gjennom hele forløpet i BUP. I starten av kontakten beskrev behandlerne at de ga informasjon om hva BUP var og kunne gjøre, for å legge til rette for ungdommens deltagelse. Informasjonsarbeid fremstod også sentralt underveis i prosessen når det dukket opp elementer i terapien som kunne være ukjent for ungdommen, som for eksempel det å forklare hva diagnose som fenomen var. I forlengelsen av diskusjonen om informasjonsarbeid reflekteres det i en gruppe over hvorvidt man skal inkludere ungdommen i rasjonale bak de formelle aspektene ved behandlingen. Slik at ungdommen ikke bare fikk informasjon om hva noe var, men også et innblikk i praksisens teoretiske eksistensgrunnlag og slik fikk en annen mulighet til å forstå:

[...] ville denne prosessen ha blitt annerledes hvis de fikk mere informasjon på, og forklaring på hvorfor gjør vi sånn som vi gjør? For det er jo sånn at det med utredning er jo viktig. Det å få vite hva er det som er utfordringen for denne pasienten, denne ungdommen. For å kunne sette inn tiltak som vi tenker og tror har, en funksjon.

(Fokusgruppe 9).

Flere av deltakerne beskrev at de forsøkte å skape et rom hvor ungdommen kunne formidle sitt perspektiv, slik at prosjektet man tok fatt på i terapien, også var ungdommens prosjekt. Faktorer som kort tid fra henvisningen fant sted, til ungdommen satt på behandlers kontor, ble beskrevet at kunne gjøre at det ble investert enda mer tid til å jakte på ungdommens perspektiv. I flere grupper beskrev behandlerne hvordan de formidler helt eksplisitt til ungdommene at deres perspektiv var hjørnesteiner i behandlingen. Dette gjorde de for å legge til rette for at ungdommen skulle kunne engasjere seg i egen behandling:

Så syns jeg og sånn bare sånn helt konkret også når du har de sånn veldig tydelig som ikke vil være her, og sier at jeg har veldig lyst til å høre hva du tenker om det. Nå skal jeg snakke med de voksne, jeg skal snakke med skole, men det bli litt håpløst for meg å gi noen gode råd eller prøve å bidra hvis jeg ikke og får snakke med deg. Og da ser du liksom å ja, min stemme er viktig, ikke sant, så den syns jeg virker, ja tror nesten i de fleste tilfeller. (*Fokusgruppe 1*).

Flere grupper tematiserte hvordan de forsøkte å aktivere gjennom å legge opp til samarbeid og dialog. Noen deltagere beskrev hvordan det å ha kommet til en felles forståelse ikke trengte å bety at ungdommen ønsket å gjøre aktuelle endringer basert på denne forståelsen. Eksempler på tema det var aktuelt å gå i dialog med ungdommen om, kunne handle om å ikke ville være i terapi, om å komme på andre sitt initiativ, om praktiske aspekter ved behandlingen, fordeler og ulemper med å gå i terapi og om hva som kunne være terapihindrende faktorer for ungdommen. På denne måte inntok behandlerne ikke ovenfra-og-ned-holdning overfor ungdommen, men etterstrebet heller å møte ungdommen på likefot som en samarbeidspartner. I denne egalitære og samarbeidende relasjonen la behandler opp til en åpen dialog med ungdommen, samtidig som at ungdommen og behandler hadde ulike roller. Noen behandlere sa direkte til ungdommen at de var “eksperten på seg selv” og måtte bidra med denne kunnskapen, og at behandler var ekspert på behandling og psykiske lidelser. Behandlernes tanker om målet med samarbeidet og dialogen oppsummeres fint av denne deltageren:

Det er noe med å finne den alliansen der jeg og ungdommen på en måte har en felles forståelse av hvordan ungdommen opplever seg selv, eventuelt opplever det som er vanskelig. For det må på en måte være det fellespunktet der vi på en måte forstår ting likt nok, at vi på en måte har en tanke om hvordan dette, og hva neste steg kan være,

og neste steg, sant. Og så kanskje ikke så mange steg frem. Men en må ha liksom det punktet der de to linjene krysses (*Fokusgruppe 2*).

Å legge opp samarbeid ble ikke bare gjort for å styrke ungdommens mulighet for deltagelse i terapien, men også for å «gjøre den her personen til mer og mer og mer aktør i eget liv» (*Fokusgruppe 10*). I en gruppe reflekterte noen deltagere om hvordan det kunne være et gap mellom hva som ble snakket med ungdommen om og hva behandlerne tok opp i kollegiet, noe som kan sees på som det motsatte av en egalitær relasjon:

Men jeg syns noen av disse møtene med folk, så tenker man mye som man ikke deler, også går vi ut og så snakker vi i kollegiet om det. Og den syns jeg er litt problematisk. Og det tror jeg er en del av det mer, altså det genuine, faktisk dele det jeg tenker. (*Fokusgruppe 9*).

Flere fortalte at de jobbet for å aktivere ungdommen, slik at de fikk muligheten til å fylle sin rolle i behandlingen. Dette ble gjort gjennom å bistå ungdommen i å konkretisere hva de opplevde som vanskelig uavhengig av en eventuell diagnose og utredningsresultater. Behandlerne beskrev ulike verktøy for å få tak i ungdommens perspektiv som bruk av prioritert problemliste, bruk av tilbakemeldingsskjemaer og spørreskjemaer. Disse intervensjonen virket å være et supplement til den spontane og frie dialogen om ungdommens ønsker. Noen beskrev at de forsøkte å få frem ungdommens stemme gjennom å invitere dem til å si hva som var aktuelt for dem, og hva de ikke kjenner seg igjen i henvisningen:

Det er ofte bare det å gå gjennom henvisningen og si, er det noe du har lyst til å, stemmer dette her for deg, er det riktig beskrevet dette her, er det deg liksom, og hvis ikke så må du si noe om at nei, det er ikke sånn det er sant, og da er de ofte litt sånn,

ofte litt på gli og sier nei, dette er ikke sånn i det hele tatt, eller jo, det er delvis riktig på en måte. Så det syns jeg kan være hjelpsomt. (*Fokusgruppe 4*).

Flere grupper beskrev situasjoner dialogen og det å ha et felles prosjekt måtte vike for andre hensyn. Slike hensyn kunne handle om situasjoner der opplysningsplikten trumfet taushetsplikten mens i andre tilfeller vurderte behandler at ungdommens behov for autonomi kom foran det å være enige. Frykt for at ungdommen ville avslå hjelpen som følge av psykoserelatert mistenksomhet ble også beskrevet som en faktor som kunne gjøre at idealet om dialog måtte vike. I noen av behandlernes beskrivelser ble balansekunsten mellom å lytte til ungdommens perspektiv, og samtidig ikke miste sitt faglige ansvar av syne, tematisert:

I: [...] for hvis de spør etter noe (en spesifikk behandling) og får det, så skulle en jo tro at de var motivert. Men det slår og begge veier, for så var det ikke det dem hadde tenkt. [...] Altså ofte så kan, en skal selvfølgelig lytte, men ofte så kommer de med ideer om behandlinger som er helt urealistiske, for de vet ikke hva det innebærer. *I:* Men ikke slik at den voksne skal bare være en sånn, betalingsvenn som er enig i alt. Du opplever også at de har behov for at du skal være faglig klok på en måte, slik at de ikke skal måtte nødt til å vite hvor vei de skal gå da. (*Fokusgruppe 8*).

Tema 3: Jeg skreddersyr etter dine mål.

Dette temaet handler om de individuelle tilpasningene deltakerne beskrev at de gjorde i møtet med den enkelte ungdom. Flere snakket om at de kunne skreddersy hva de kunne tilby av behandling, og at måten man vurderte endring på, ble tilpasset hver ungdom. Mange forsøkte å vise en fleksibilitet når det gjaldt tidspunktet for samtale, hvor behandlingen fant sted samt lengden på selve terapiforløpet. Det å tilpasse terapiens innhold etter ungdommens

ønsker ble beskrevet som viktig i flere grupper. Flere behandlere opplyste at de gjorde faglige vurderinger hvor de individuelle tilpasningene skjedde på bakgrunn av ungdommens diagnose eller antatte symptombilde. I hvilken grad foreldrene ble involvert i behandlingen, og om behandler og ungdom snakket med samme eller med hver sin behandler, var også elementer behandlerne tilpasset hver ungdom. I noen tilfeller jobbet behandlerne kun indirekte gjennom andre mennesker rundt ungdommen. Tilpasningene behandlerne beskrev at de kunne møte ungdommen med, virket å kunne skje i krysningspunktet mellom hva som var tillatt innenfor rammene av den enkelte institusjon, hva ungdommen selv ønsket, kombinert med hva den enkelte behandler mente var mulig og hensiktsmessig.

Basert på behandlerens vurdering av ungdommens kroppsspråk i starten av terapien samt dersom en vurderte at klassisk samtaleterapi ikke virket å passe ungdommens foretrukne uttrykksform beskrev ett par grupper at de tilbød en uttrykksform de tenkte ville passe bedre:

Men det er jo litt sånn at det, når vi opplever, eller sånn jeg opplever at jeg får ikke til å snakke, det er ikke noe å snakke om, det er, og vansker med å motivere til å komme igjen, så, så sier jeg, men kunne du tenke deg noe med musikk, [...] det er ikke alltid alle som har masse ord for sin indre verden. (*Fokusgruppe 3*).

I noen grupper beskrev behandlerne at de opplevde det som viktig at ungdommene ble møtt med mange ulike forståelsesrammer. Enten representert gjennom behandlergruppens tverrfaglige bakgrunn eller i form av at hver enkelt behandler hadde en bredde i sin kompetanse. I denne sammenheng ble kontekstens betydning løftet frem som ekstra viktig å ha med som en forståelsesramme for ungdommer som kommer i terapi på andre sitt initiativ. Variasjonen i profesjoner representert samt hver behandlerens erfaring og kompetanse virket å påvirke graden av skreddersøm en ungdom kunne bli møtt med.

Flere behandlere beskrev hvordan de gjorde en vurdering av ungdommens totale sårbarhet og avmålte innsatsen for å beholde ungdommen i terapi etter denne vurderingen i tillegg til å gjøre en ipsativ vurdering av terapiens nytteverdi: «Sånn følelse hadde jeg, at her får jeg gjort så mye, og det er gull verdt. Det er så mye eller ingenting, og det kanskje betyr mye for han til neste mulighet han har». (Fokusgruppe 10). Justeringene behandlerne beskrev at de gjorde i tilknytning til forventninger om endringer var ikke nødvendigvis direkte tiltak overfor ungdommen, men de kan vise hvordan måten behandler forstod ungdommen på, kunne forme tilpasningene hver enkelt ble møtt med.

I mange av gruppene snakket behandlerne om hvordan de forsøkte å tilpasse innholdet i behandlingen til hver enkelt ungdom. En deltaker beskriver det slik: «Må prøve å være litt kreativ med de derre, kidsa der, for det er ikke, virkelig ikke alltid det går med bare det en har i kjeften (ler) skulle en til å si...» (Fokusgruppe 8). Noen beskrev at de gikk tur med ungdommen, og bistod ungdommen i å gjennomføre noe de ønsket som det å skyssse dem til en fritidsaktivitet. Stundene på vei til og fra disse aktiviteten ble etterhvert brukt til det vi kan kalle mer klassisk samtaleterapi ettersom behandlerne nå var kommet i posisjon til dette. I flere av gruppene virket det som at behandlerne forsøkte å forme innholdet i terapien etter hva de tenkte ville gi flest positive ringvirkninger i ungdommens liv, uavhengig av om dette falt utenfor en tradisjonell forståelse av hva en terapeutisk intervensjon var. Noen eksempler på slike tiltak var å hjelpe med å finne en jobb og å støtte ungdommen i å løsrive seg fra foreldrene. Noen deltagere beskriver en slags spenning mellom hva som var tillatt innenfor rammene av BUP og hva de selv tenkte kunne være hjelpsomt for å etablere kontakt: «Spille FIFA på playstation kan funke av og til, men det er ikke BUP. Playstation er ikke vanlig på BUP» (Fokusgruppe 8). I gruppene hvor behandlerne rapporterte om en stor spennvidde i hva som kunne være innholdet i terapien, ble viktigheten av kollegastøtte og fagliggjøring

tematisert. I noen grupper reflekterte behandlerne rundt rammenes betydning for slike intervensjoner:

Noen ganger og bare sånn praktisk, ting de har lyst til å få til. Gå på butikk eller kafé eller komme seg til aktiviteter som er viktig å få gjennomført. Vi er heldig, sånn sett. Vi har veldig bredt spekter av ting vi kan gjøre. Og det er noe av det som gjør at jeg tenker at kanskje jeg har lettere for å jobbe med ungdom som ikke har så lyst til å komme hit i denne jobben enn andre arbeidsplasser der rammene er litt smalere i hva man kan tilby. (*Fokusgruppe 6*).

Flere snakket om at tidspunktet for samtalen kunne tilpasses den enkelte ungdom, i tillegg til at lengde på behandlingen kan tilpasses. I noen grupper snakket behandlerne om hvordan de opplevde at mange ungdommer har behov for lange terapiløp for å ha effekt av behandlingen, noe de hevdet at stod i en motsetning til hva behandlernes oppdragsgivere forventer av korte og effektive i behandlingsløp. Flere deltakere snakket om at stedet man møtte ungdommen på kunne tilpasses den enkelte. I ulike grupper tematiserte behandlerne hvordan BUP passet best for dem som kom til BUP sine lokaler: «Det er ikke en motvilje hos oss til å kunne reise hjem, men vi har jo ikke rammer til at du kan reise en gang i uka til en pasient» (*Fokusgruppe 1*).

Det å reise på hjemmebesøk var noe flere grupper beskrev at de kunne gjøre selv om dette ble beskrevet å være mindre vanlig enn at ungdommen møter på institusjonen.

Av og til går man på hjemmebesøk. Jeg tenker, det siste året har jeg hatt tre hjemmebesøk og det er ungdommer som da ikke har, en som ikke ville komme hit [...] og da var hjemmebesøk veldig relasjonsbyggende. Altså man har bare møtt han en gang. Men det var veldig viktig. (*Fokusgruppe 4*).

I ulike grupper beskrev behandlerne hvordan ungdommens diagnose og symptom-bilde kunne være kilde til fleksibilitet i hvor man tilbø å møte ungdommen for timer og behandling, og for hvordan utredningen skulle se ut. I noen tilfeller nevnes intervensjonen kun i tilknytning til den aktuelle diagnosen som for eksempel det å tilby førstesamtale på ungdommens skole ved mistanke om trekk innen autismspekteret. En deltaker beskrev at hen opplevde at behandlingsapparatet strevde med å finne en skreddersøm som passet ungdommer som ifølge behandler ikke hadde tid til terapi, grunnet høye krav til egne skoleprestasjoner. I møte med ungdom med angstproblematikk ble behandlerne med ungdommen under eksponeringstrening. Ved mistanke om traumeerfaring beskrev en gruppe hvordan de hadde endret rutinene sine for å bedre tilpasse seg ungdommene som hadde denne erfaringen:

I: Ja, for der har dere gjort en tilpasning, for akkurat de med traumer, som er en veldig sånn skada tillitsfunksjon, på en måte. Der gjør dere det litt annerledes.

5: Ja, altså vi møter dem først. Men det er stort sett bare en time med sånn screening, så er det over i behandling [...] så er det en kort introduksjonstid, så er det over til en behandler. Og det har jeg inntrykk av at fungerer. Man trenger ikke å gå i detaljer i de traumene og sånn... [...]. (Fokusgruppe 10).

I de fleste gruppene diskuterte behandlerne ulike måter å organisere en eventuell foreldrekontakt på. Kontekstuelle faktorer som påvirket fleksibiliteten, kunne være ungdommens alder og tilbudet den aktuelle institusjonen hadde. I gruppen for DBT-behandling var foreldrenes involvering i behandlingen standardisert, og i gruppen som møtte ungdom med psykoseplager, var familiesamarbeid en del av satsingen og var godt utbygget. I de andre BUP-ene varierte det om de hadde en familievernsterapeut tilgjengelig.

Flere grupper beskrev at de gjorde vurderinger av om det var hensiktsmessig at foreldre og ungdom snakket med samme person, eller hadde hver sin behandler. Dersom det

var stor forskjell mellom ungdommens og foreldrenes fremstilling, beskrev flere at de valgte å tildele ungdommen og foreldrene to ulike behandlere. I tilfeller der ungdommen ønsket at foreldrene skulle få en bedre forståelse av dem ble det å snakke med samme behandler foretrukket:

Og så sier jeg at okay, men hva kan vi si til foreldrene dine om hvordan du har det, så kan vi på en måte ta den der med de alene. Okay sånn som jeg har forstått din ungdom, så tror jeg at... Og så er det mer hjelpsomt, sant så det kommer litt an på.

(Fokusgruppe 4).

Flere grupper beskrev at det var mulig å veilede foreldrene dersom ungdommen ønsket dette. Mens de fleste tiltakene handlet om å jobbe for at ungdommen skulle komme til terapi og selv ønske å forbli i terapi, handlet foreldreveiledning om å jobbe med foreldrene på en slik måte at ungdommen opplever dette som noe positivt og selv kanskje blir mer åpen for direkte kontakt med BUP:

[...] vi har jo disse her samtalene med foreldre sant, psykoedukativt familiearbeid, og hvis ungdommen ikke har ønsket å være med og hvis de ser at foreldrene endrer seg litt eller at det er et gode for de, så kan det på en måte være med å gjøre at ungdommen blir mer interessert i oss, sant for de ser at det skjer en endring til det bedre for dem. *(Fokusgruppe 6).*

Flere deltakere beskriver at de kunne være i dialog med lærer, helsesykepleier, barnevernsansatte eller andre rundt ungdommen for å gi veiledning og for styrke deres evne til å bygge en relasjon med ungdommen. Kort reisevei, fleksibel arbeidstid, en allerede etablert relasjon med ungdommen samt kunnskap om ungdommens lokalmiljø ble beskrevet

som faktorer som gjorde at behandlerne valgte å jobbe indirekte istedenfor å tilby individualterapi:

Ja, altså, i forhold til dem som nesten ikke vet hvorfor dem kommer her, og det, det er andre som opplever problemet, så er det jo det som er intervensjonen. Det er jo å fortelle han at hvordan skal dere forholde dere til dette. (*Fokusgruppe 8*).

Tema 4: Jeg ser du viser meg.

Dette temaet handlet om å ha en sensitivitet for hva ungdommen forsøkte å vise behandler. Der de foregående temaene i stor grad handler om å oppfatte og jakte på ungdommens perspektiv rommer dette temaet også den prosessen med å vise ungdommen at en har sett dem og hva en har sett. Flere deltakere beskrev hvordan de på ulike måter forsøkte å se hva ungdommens styrker var, hva ungdommen formidler både verbalt og nonverbalt. Noen behandlere valgte «se» ungdommen gjennom å våge å snakke med dem om vanskelige temaer, mens andre fokuserte på ungdommen som person utenom vanskene. Behandlerne beskrev også utfordringen i å se ungdommen når andre voksne aktører var involvert som for eksempel når foreldre var tilstede i timene i tillegg til at flere beskriver at de jobbet aktivt for å være til stede med ungdommen en-til-en, i en arbeidshverdag preget av mye systemarbeid.

Det å aktivt lete etter og anerkjenne ungdommens styrker i ulike situasjoner går igjen i flere av behandlernes beskrivelser som en måte å se ungdommene på:

Nei, hun skulle fikse dette her selv, sant. Hadde ikke noen tro på at noen skulle hjelpe, og, gi hun mye kred på at du har faktisk klart masse selv, og du har stått i masse selv, men, men, men det er jo ganske slitsomt å skulle fikse alt selv. (*Fokusgruppe 10*).

Flere grupper snakket om viktigheten av å anerkjenne følelsene ungdommene hadde, som i noen tilfeller ble beskrevet å kunne ligge bak selvdestruktiv adferd. Videre var det

mange grupper som beskrev ulike måter å forsøke å vise anerkjennelse og forståelse for ungdommens opplevde smerte i forbindelse med negative erfaring og hvordan denne erfaringen kunne påvirke hen i nåtid.:

Men jeg tror, det er jo et godt grep også ta det opp litt høyt sånn som du sier (det å ha negative erfaringer med voksne), og fordi at vi veit det og sånn og da kan jeg tenke meg at det tar litt tid før du, (blir trygg på behandler) og det kan jeg ha forståelse for og, så alt som en kan ta opp, si høyt, sant det tar på en måte brodden av...

(Fokusgruppe 3).

Noen grupper snakket om at de brukte andre ungdommers erfaring, og formidlet denne erfaringen slik at ungdommen kunne speile seg i denne. Dette gjorde de både for å skape en følelse av at behandler forstod, og for at ungdommen derigjennom skulle føle seg sett av behandler, og kanskje tenke at de kunne få noe ut av kontakten med behandler.

Altså prøve å liksom gi dem noen sårne, noen har det litt sånn. Kan det være noe som treffer deg, eller sånn [...] altså et eller annet med å prøve å finne en eller annen sånn måte å få de til å forstå at jeg skjønner litt hvordan du har det. [...] Sånn at hvis de føler seg forstått og hvis de føler at du ser hva det er de strever med da, så er det lettere å få dem til å komme tilbake, eller da vil de tenke at oi, her er det noe å hente.

(Fokusgruppe 2).

Noen deltagere brukte oppsummeringer av det ungdommen har formidlet, som en måte å vise dem at hen faktisk har oppfattet noe som var av betydning for ungdommen, og at ungdommen gjennom dette kunne kjenne seg sett av behandler:

[...] Men jeg prøver liksom å oppsummere underveis hva er det jeg har, hvordan har jeg forstått dette her, sant, og da er det både med fakta, men og med følelser og. Så er

det, var det sånn, sant? Har jeg forstått, er det rett nå, sant? [...] Så hvis en klarer å faktisk ha fanget noe og viser at en har gjort det så åja, kanskje ikke hun var helt dum likevel. (*Fokusgruppe 3*).

Flere beskrev ulike måter de forsøkte å se ungdommen på gjennom å benevne det de hadde fått informasjon om at kunne være vanskelig for ungdommen, enten fra henvisningen eller fra andre instanser rundt ungdommen. Behandlere beskriver at ved å våge å snakke om de vanskelige punktene i henvisningen kommunisererte de til ungdommen at her er ingenting for farlig eller for vanskelig å snakke om og at ungdommen kunne få en følelse av å bli sett og tatt på alvor. Andre deltaker beskrev at de forsøkte å ikke ha så mye fokus på de vanskelige elementene i henvisningen, og heller vise interesse for ungdommen som menneske, i starten av kontakten. På denne måten oppnår kanskje behandler at ungdommen føler seg sett og akseptert. Å bruke kasusformulering som et verktøy i møtet med ungdommen blir beskrevet å kunne hjelpe ungdommen til å se hvordan deres følelser var naturlige reaksjoner på den situasjonen de levde i. Får ungdommen hjelp til å forstå slike sammenhenger, kan de forhåpentlig få en følelse av å være sett og forstått av behandler.

Flere grupper tematiserte hvordan de jobbet for å fange opp ungdommens signaler når foreldre var med i samtale og hadde tatt en mer aktiv rolle sammenlignet med ungdommen:

For hvis ungdommen demonstrerer veldig tydelig non-verbalt så er det kanskje, jo, ikke kanskje, på et tidspunkt så må en på en måte kommentere på at jeg ser det. For det å bekrefte at jeg ser det, sånn, og sjekke ut om min forståelse er riktig. For hvis jeg fortsetter å snakke til mora og ungdommen bare sitter der så er jo det en de facto avkrefning av den opplevelsen som ungdommen veldig tydelig formidler. Og hva gjør det med relasjonen da. Så da må man kanskje ikke begynne å tolke det, men beskrive det jeg ser. Og så sjekke ut om det jeg beskriver på en måte stemmer med ungdommen

sin opplevelse. Og noen ganger gjør jeg det og får ikke et svar tilbake. Da har jeg i det minste sagt det, at jeg så det. (*Fokusgruppe 2*).

Flere grupper beskrev at der de mistenkte diskrepans mellom foreldrenes og ungdommens opplevelse, så forsøkte de formidle at de ønsket ungdommens perspektiv, og at foreldrenes fortelling ikke var en fasit. Det å bremse foreldrenes bidrag i timen, blir av noen beskrevet som en strategi der de mistenkte at sårbare tema ble tatt opp før ungdommen var klar for dette.

Mange grupper snakket om å balansere rollen som representant i et system med krav og plikter, opp mot det å være til stede som et medmenneske i møtet med ungdommen. Noen behandlere beskrev at de gjorde aktive tiltak for å kunne være tilstede i møtet med ungdommen i motsetning til at det å være tilstede skjedde automatisk. Eksempler på slike aktive tiltak var å lese det siste journalnotatet og aktivt referere til innholdet fra dette notatet i samtalen med ungdommen eller å markere ledige tider i kalenderen der ungdommens skulle være i fokus. Flere grupper reflekterte over hvordan de på et overordnet nivå hadde lettere for å se de voksnes perspektiv fremfor ungdommens, fordi de voksnes språk og fortellinger var fremherskende i samfunnet og i de faglige institusjonene:

1. [...] det jeg syns en del av disse ungene og ungdommene sier noe om er at [...] dere holder på med utredningen og alt det her, og dere snakker med de andre voksne. Dere hører ikke på meg og blir min stemme gyldig? [...] For jeg kjenner meg og igjen, fra min praksis, at jeg har nok snakka mer med voksne og hørt mer på voksne, lærere og foreldre, og spesielt i sammenhenger hvor det er veldig stor forskjell mellom det foreldrene og barn og ungdom opplever.

I: [...] Kanskje det er en litt sånn systematisk prioritering, av voksenperspektivet og voksenbehovet, fremfor ungdommene sine behov. Det er noe problematisk med det

når det gjelder å komme i kontakt med ungdommen, fordi de begynner med en slags skepsis. (*Fokusgruppe 9*).

Diskusjon

Et gjennomgående trekk på tvers av temaene virker å være at behandlerne forsøker å sette seg inn i ungdommens ståsted og at de dels bruker denne forståelse til å skreddersy behandlingen til hver enkelt. For å dvele ved og undersøke nærmere hvordan behandlerne beskriver at de jobber med ungdom som kommer i terapi på andre sitt initiativ velger jeg å se på empati innenfor rammene av psykoterapi samt anvende to ulike perspektiv på individuelle tilpasninger i psykoterapi. Hvordan behandlerne forsøker å jobbe empatisk med ungdom og hvordan de jobber med å gjøre individuelle tilpasninger sees også opp mot ungdommens utviklingsoppgaver som kretser rundt autonomi og det å søke uavhengighet.

Å bli et selvstendig relasjonelt vesen

Innen ulike utviklingsstadier, som ungdomsalderen, finnes forskjellige utviklingsoppgaver det er antatt at en person må løse for å kunne ta fatt på de forestående oppgavene i påfølgende stadier (Havighurst, 1972, referert i Manning, 2002, s., 75). En sentral utviklingsoppgave i ungdomsalderen er å bevege seg mot selvstendighet og autonomi (Stänicke, 2020). Dette er ikke ensbetydende med det å klare seg alene, men de fleste ungdom begynner å bevege seg noe vekk fra foreldre og i større grad søke fellesskap med jevnaldrende. I en studie på ungdommers opplevelse av terapi fremkom det å kunne bevare sin egen autonomi i møte med terapeuten som et sentralt og gjennomgående tema (Binder et al, 2011). Samtidig uttrykte ungdommene at de opplevde positive aspekter ved å møte en støttende voksen. Dette kan indikere at ungdommene ønsker å være i relasjoner med voksne de kan utvikle seg sammen med, samtidig som at deres autonomi blir ivaretatt og at deres grenser ikke blir tråkket over. I en metaanalyse så Pinquart & Pfeiffer (2018) på om det å oppleve autonomi i ungdomstiden kunne predikere psykisk helse i voksen alder. De fant at det

å emosjonelt skulle klare seg selv i motsetning til å søke hjelp hos andre, kunne predikerte dårligere psykisk helse ved oppfølging i voksen alder, mens autonomi som handlet mer om det å oppnå de målene en hadde satt seg fore var assosiert med en nedgang i symptomer som indikerte psykisk uhelse (Pinquart & Pfeiffer 2018). Behandlerne i denne studien beskriver å investere tid og energi i å jakte på ungdommens perspektiv og kan dermed i praksis støtte oppunder ungdommens prosess med å oppnå de målene de selv ønsker. I lys av ungdommens søken etter autonomi og selvbestemmelse virker slike intervensjoner å kunne forhindre at ungdommen opplever behandlingen som noe som er tredd ned over hodet på dem. I jakten på ungdommens perspektiv virker det som at behandler forsøker å presentere mulige hypoteser om hva ungdommens perspektiv kan være for å hjelpe dem å symbolisere sitt perspektiv men at de samtidig setter døren på gløtt for om denne tolkningen ikke harmonerer med ungdommens opplevelse. Behandlerne kan i den grad de baserer behandlingen på det ungdommen ønsker, bidra til å ivareta ungdommens autonomi. Behandlerne i denne studien viser en interesse for hvem ungdommen er også utenfor terapisettingen kan dermed sies å romme en forståelse for ungdommens behov for autonomi. Ungdommen er ikke «bare pasienter» i behandlernes øyne, de er også noen storesøster, de liker basketball og de har flere arenaer og roller de mestrer og trives i. Behandlernes kunnskap om disse sidene ved ungdommens liv kan i større grad gjøre at intervensjonen de igangsetter, støtter oppunder ungdommen. Det kan virke som at behandlerne tenker at gjennom å ta utgangspunkt i ungdommens perspektiv gjør det mindre skremmende å skulle inngå i en relasjon med en hjelper. Behandlerne i denne studien beskriver at de gjør en innsats for å gjøre terapien til et felles prosjekt, med utgangspunkt i ungdommens perspektiv forener det som kan antas å være ungdommens behov for selvbestemmelse og det å samtidig kunne nyte godt av støtten til en voksen i en sårbar fase av livet. Behandlerne beskriver også at de deler elementer fra sitt liv for å bli mer en person for ungdommen. Slik virker det som at de i starten av kontakten

forsøker å tre ned fra det som kan oppleves som en autoritetsposisjon. Når behandlerne adresserer formålet med terapien kan det også virke som at de forsøker å vise ungdommen at de er en samarbeidspartner som kan bistå dem i å oppnå noe de ønsker i motsetning til å være en dommer over normalitet.

Å lytte bredt etter ungdommens perspektiv

Stiles og Horvath (2017) hevder at for å kunne skreddersy behandlingen til ungdom må en forstå mer av hvilken informasjon terapeutene er oppmerksomme på og hvordan de bruker denne informasjonen til å gjøre tilpasninger i møte med hver enkelt ungdom. Jeg velger derfor å utforske funnene i lys av Bohart og Tallmann (1997) sin konseptualisering av empati hvor empati forstås som en «primary intention» om å forstå det en annen forsøker å formidle og det en annen gjør utfra hens referanseramme (s., 400). Viktige referanser i denne sammenheng kan handle om det å møte ungdom som er midt i et selvstendighetsprosjekt og som samtidig er anbefalt av voksne i omgivelsen til å gå i terapi for å få hjelp med et andredefinert problem. En annen viktig faktor i Bohart og Tallmann er å ta på alvor det pasienten sier (1997 s., 401). I denne sammenheng forstår jeg «det pasienten sier» i vid forstand for å understreke at pasientens språk kommer i mange varianter. Terapeutene virker å ha en bred forståelse av hvor de kan finne pasientens språk. I fokusgruppeintervjuene fremkommer det ulike scener hvor behandlerne beskriver at de lytter etter pasientens opplevelse. Den mest åpenbare situasjonen er gjennom en direkte dialog der terapeuten forsøker å vise ungdommen at de har forstått det de forsøker å formidle. Det fremkommer i flere av intervjuene at behandlerne forsøker å anerkjenne ungdommens følelser og opplevelser og at de slik kan gi ungdommen en erfaring som gjør at ungdommen ønsker å komme tilbake. Dette er i tråd med Bohart og Tallmann (1997) sin forståelse for empati i konteksten av psykoterapi ettersom empati ifølge dem handler om få med seg hva det virker som om den personen de møter opplever, i øyeblikket. Empati blir da i møtet med ungdommen en prosess

hvor behandler lytter til seg selv og hva en avleser av situasjonen i møtet med den andre (Bohart & Tallmann, 1997). Dersom terapeuten responderer i harmoni med det ungdommen har forsøkt å ytre, enten nonverbalt eller verbalt, opptrer terapeuten i Tallmann og Bohart sin forståelse empatisk. Det kan virke som at når flere behandlere i ulike grupper beskriver at de på en eller annen måte følger ungdommene der de er i sin forståelsesprosess forsøker å gjøre det Bohart og Tallmann skisserer. Dersom behandlerne opplevde at aktiviteter de var i gang med ikke var i harmoni med ungdommens opplevelse, stoppet behandlerne opp og refokuserer på ungdommens behov. Dette gjorde de konkret i form av å bremse foreldre der de så at ungdommen ikke hang med, eller aktivt ba om ungdommens perspektiv når de så at ungdommen har inntatt en passiv posisjon. Behandlerne beskrev også situasjoner der de var i et dilemma mellom det å følge ungdommen og det hen beskrev at hen har behov for og det å utføre sine krav og plikter som terapeut. Når terapeutene opplevde motstand i møtet med ungdommen virket det som at de inntok en mer undrende posisjon og forsøker å vise forståelse for de opplevelsene ungdommen hadde i øyeblikket. I noen tilfeller virker dette å handle om nettopp ungdommens motstand mens i andre tilfeller avventer behandler et problemfokus rettet mot ungdommen og forsøker å snakke om trivielle tema eller snakke om hva ungdommen tenker andre mennesker i livet deres kan endre på. Terapeutene virker å tenke at slike intervensjoner kan mildne motstanden ungdommen opplever og gjøre dem mer åpne for hele terapisisuasjonen og for terapeuten, på sikt.

Det motsatte av empati i denne konteksten kunne vært å for tidlig introdusere temaer som ungdommen ikke var klar for. Dette kan utgjøre en ekstra belastning for en ungdom som selv er midt i en fase hvor selvstendighet og egne grenser øves på. Noen terapeuter snakket også om at de forsøkte å møte det ungdommene kom med, med aksept fremfor formaninger. Everall & Paulsen (2002) fant at ungdommen beskrev relasjonen med terapeuten som en form for vennsksapsrelasjon. I en slik relasjon vil det å komme med formaninger være et

fremmedelement. Dette kan også sees på som å legge seg inntil ungdommens beskrivelser og vise forståelse for disse heller enn å etter Tallmann og Bohart sin forståelse av empati, uempatisk skifte tema til å snakke om normativitet.. I jakten på egen uavhengighet kan også ungdommen være ekstra sårbar for voksnes forsøk på å styre dem. Dette er i tråd med funnene i en studie som så på ungdommers erfaringer fra ulike rådgivnings- og psykisk helsetjenester hvor Gibson et al (2016) fant at ungdommen reagerte negativt på det minste tegn på hierarki i relasjonen med terapeuten. Behandlerne i denne studien beskriver i noen tilfeller hvordan ønsket om å ta utgangspunkt i ungdommens opplevelse og perspektiv måtte vike for at de skal kunne utføre jobben sin som psykolog. Slik vil terapeuten på kort sikt fravike fra det å inngå i en relasjon med ungdommen med flat struktur som ligner et vennskapsforhold og i større grad ta styring og kontroll og igangsette intervensjoner på tvers av det ungdommen ønsker.

Behandlerne beskriver at de lytter etter nonverbal klinisk informasjon i møtet med ungdommene og at ungdommens språk ikke begrenser seg til det verbale men også rommer deres nonverbale språk. Behandlerne beskriver at de leser henvisningen på leit etter ungdommens perspektiv og at de vurderer hvor lang tid har det gått fra henviser og til ungdommen sitter på kontoret på BUP. Dersom slik informasjon forelegger beskrev behandlerne at de utvidet tiden de jakter ungdommens perspektiv og ble ekstra var for å fange dette perspektivet. I intervjuene beskrev behandlerne situasjoner der ungdommen hadde et tydelig nonverbalt språk i form av kroppspositur hvor behandlerne etterstrebet å benevnes at de har sett og oppfattet ungdommens nonverbale språk ovenfor ungdommen. I tillegg beskriver flere av behandlerne hvordan ungdommens stillhet også forstås som en adferd. Et gjennomgående trekk ved data er at behandlerne på ulike måter forsøker å beskrive hva de tror de ser. I noen tilfeller skjer dette eksplisitt. I andre tilfeller skjer det mer implisitt som når behandlerne merker at ungdommen har en nonverbal respons på noe de har sagt i form av økt

ro – og at behandler da velger å tolke ungdommens signal som at «her traff jeg noe» og velger å utdype og dvele ved det aktuelle temaet.

Avlesningen av ungdommens opplevelser ifølge Bohart og Tallmann er ikke nok i seg selv, behandler må også kontinuerlig sjekke om det en avleser stemmer med ungdommens opplevelse (1997). Det å føle seg frem for å sjekke ut om en har forstått rett kan tenkes å være ekstra viktig i møte med ungdommer som er midt i en selvstendigjøringsprosess og at en slik viser at det er ungdommen som er ekspert på seg selv og at en selv ikke innehar fasiten på ungdommens opplevelse. I forlengelsen av at behandlerens versjon ikke er en fasit, formidler også behandlerne at henvisningen, utredningen, og foreldrenes fortelling, heller ikke har en form for autoritetsposisjon over ungdommens opplevelse. Behandlerne beskriver at de gjør dette gjennom å eksplisitt uttrykke disse holdningene ovenfor ungdommen samt å i ord og handling vise at det er ungdommens prosjekt en tar fatt på selv om henvisningen beskriver noe annet. Samtidig løfter behandlerne frem at de opplever det som utfordrende å la ungdommens perspektiv få ha den plassen de mener den fortjener i en arbeidshverdag der de samhandler mye med voksne og forholder seg til deres opplevelse av ungdommens vansker.

Andre ber om tilbakemeldinger på mer formelle måter som gjennom spørreskjema, tilbakemeldingsskjema og gjennom å oppsummere hva de tror ungdommen har formidlet. Slik virker det som at behandlerne både var på tilbudssiden i form av å tilby deres forståelse av hva ungdommen har formidlet kombinert med en ydmykhet for at dette kan være på siden av det ungdommen har forsøkt å formidle. Det å be om tilbakemelding kan konseptuelt knyttes til forskning på profesjonell tvil. I en studie av Nissen-Lie og kolleger (2017) ble det å kjenne på tvil om en hadde forstått pasientene sine assosiert med positivt utfall i terapi. Studien var gjort med voksne deltageren men det kan tenkes at dette også vil gjelde for ungdom. Det å aktivt forsøke å få tilbakemelding kan virke å være ekstra viktig i møte med ungdom. I den

tidligere nevnte studien på frafall i terapi fant O`Keeffe og kolleger (2019) at ungdom som var misfornøyde med terapien ikke tok dette opp med terapeuten sin. I studien beskriver terapeutene at de legger opp til samarbeid og dialog med ungdommen for å sikre seg at det en tar fatt på i terapien er i tråd med ungdommens ønsker og behov. Sett i lys av at ungdom ikke tar det opp med terapeuten sin når de er misfornøyde, kan det å investere energi i å inngå i en tett dialog med ungdommen, slik behandlerne i denne studien beskriver, før ulike intervensjoner settes i gang, istedenfor å belage seg på deres tilbakemelding i retrospekt tenkes å være en god strategi. I studien fremkommer det at behandlerne beskriver å kontinuerlig be om tilbakemelding og at være på tilbudssiden når det gjelder å forstå ulike intervensjoner. Dette kan tenkes å være behandleradferd som gjør det lettere å finne frem til hva som er hjelpsomt for ungdommen og legge til rette for at ungdommen kan melde fra når noe ikke fungerer.

Ifølge Tallmann og Bauhart (1997, s., 406) er empati i psykoterapi at terapeuten responderer på det som pasienten er mest opptatt av og at det er slik terapeuten kan tilby forslag som er samstemt med det pasienten ønsker. I denne prosessen beskrives det at det å ha en felles forståelse kan gjøre at man bedre matcher intervensjonene og forslagene til det pasienten trenger. Dette nevnes av flere behandlerne i ulike grupper – de forsøker å gå i dialog med ungdommen om utformingen av små og store aspekter ved terapien. Det å inngå i et samarbeid med ungdommen harmonerer med hvordan Forandringsfabrikken ønsker at brukervedvirkning skal defineres. De foretrekker ordet samarbeid, fremfor brukervedvirkning (Fleiner, 2019). Der behandlerne ikke er kommet i posisjon til å kunne ha en felles forståelse med ungdommen beskriver behandlerne at de gjetter seg til hva ungdommen trenger i starten av kontakten, Dette virker å skje på bakgrunn av erfaringen behandler har opparbeidet seg fra å jobbe med ungdom og dels det behandler avleser av den

ungdommen de har foran seg. I flere av intervjuene formidler behandlerne at de forsøker å forestille seg hva som kan være barrierer til å motta behandling for den ungdommen de møter og tilstreber å finne måter å imøtekomme dette hinderet. En slik forståelse virker å springe ut av at terapeuten anerkjenner at terskelen for å motta behandling kan være høy men at den er det av ulike grunner. Andre antagelser om ungdommens opplevelse kan handle om at ungdommen kjenner på skam ved å være i terapirommet, at de er redd for å bli redusert til å kun være en «pasient» i terapeutens øyne, frykt for stigmatisering av jevnaldrende eller at opplever å være henvist til terapi fordi det er noe galt med dem. En annen hypotese behandlerne beskriver er at ungdommen har antagelser om terapiforløpets varighet og at dette kan gjøre at ungdommen er usikker om hen vil investere i behandlingen. Jeg forstår behandlerne hypoteser som en form for empati gjennom at de forsøker å leve seg inn i hva som kan være hindre for å ta imot hjelp for den aktuelle ungdommen. Bakgrunnen for intervensjonen skjer ikke «bak ryggen» på ungdommen men det virker som at der behandlerne vurderer at ungdommen ikke er i en posisjon hvor de eksplisitt kan ytre sine ønsker og behov begynner behandlerne å forsiktig å forsøke å imøtekomme det de antar kan være ungdommens behov. Denne måten å jobbe på er i tråd med Tallmann og Bohart sin forståelse av empati gjennom at terapeuten forsøker å initiere intervensjoner som er i «harmoni med» det pasienten har behov for (1997., 403). Ifølge Tallmann og Bohart er empati det å gi pasienten sin det rette verktøyet til rett tidspunkt, og forståelsen overlapper med teorien om responsivitet, som jeg nå vil se nærmere på.

Hvordan møte ungdommens behov?

Etter min vurdering virker det å være et gjennomgående trekk i fokusgruppeintervjuene at behandlerne gjør individuelle tilpasninger ettersom det som gir en ungdom en grunn til å bli i terapien kan gi en motsatt effekt for en annen person. Dette samsvarer med hva en gruppe forskere fant i en studie på pasienters opplevelse av terapi, nemlig at den samme

terapeutadferden kunne oppleves som et hinder i terapien mens det for andre kunne oppleves som fasiliterende (Swift et al, 2017). Jeg vil dvele ved funnen om de individuelle tilpasningene behandlerne gjør gjennom og se dem i lys av teorien om «appropriate responsiveness». Appropriate responsiveness, heretter kalt responsivitet, er et bredt psykologisk begrep som i grove trekk handler om å tilpasse ens egen adferd etter pasientens behov, for å kunne gi pasientene individuelt tilpasset behandling (Stiles & Horvath 2017, Stiles et al 1998). De individuelle justeringene kan inndeles i *tilpasninger til* som omhandler pasientkarakteristikker samt faktorer ved konteksten, og *tilpasninger med* som handler om typen intervensjon en velger Stiles et al (1998). Det å tilpasse intervensjonen etter ungdommens kroppsspråk kan være en slik tilpasning (løfte mer). Slik responderer terapeuten på en pasientvariabel med en bestemt intervensjon. Relevante kontekstvariabler i denne studien kan være det å gjøre vurderinger av gode intervensjoner tilpasset terapistadiet ungdommene er i samt foranledningen til terapien (Stiles og Horvath 2017, s., 72).

Flere av tilpasningene behandlerne beskriver virker å være tilpasninger til ungdommens mulighet for endring samt deres totale sårbarhet. Diagnoser som inspirasjon til ulike tiltak opplever jeg som et spennende trekk ved data. Som en tilpasning på bakgrunn av antatt diagnose eller problemområde beskrives intervensjoner som det å møte ungdommen på skolen for samtale, ha kort utredning og bli med ungdommen på eksponering kun i tilknytning til bestemte diagnoser. Dette antar jeg at er intervensjoner som også kan komme andre ungdom til gode selv om de ikke nødvendigvis har diagnosene som i dette tilfellet ledet til de ulike intervensjonene.

Terapeutene kan gjøre tilpasninger i det de kaller «behandlingstaktikk» som omhandler valg av tema, og avtaling av timer (Stiles et al, 1998). Slike tilpasninger går igjen i behandlernes beskrivelser. Der behandlerne vurderer at ungdommen trenger tid på å bli kjent beskriver flere at de velger å snakke med ungdommen om temaer som ikke direkte er knyttet

til hensvisningsårsaken i motsetning til å snakke om det vanskeligste med en gang. Andre beskriver at de opplever at noen ungdommer heller ønsker å møte en voksenperson som våger å ta opp de vanskelige elementene i henvisingen med en gang og at de slik gir ungdommen en grunn for å bli. Dette samsvarer med hva Forandringsfabrikken formidler sin tilbakemelding til hjelpeapparatet om at behandlerne må våge å ta opp det som er vondt med ungdommen og at de samtidig må bli kjent med ungdommen som person og gi dem tid (Fleiner, 2019). En god terapiprosess skjer som resultat av at behandler velger en passende handlinger i terapien, samt doserer og timer disse intervensjonene (Stiles og Horvath, s. 73, 2017). Basert på en antagelse om at ungdommen kan skamme seg over å ha kommet i terapi beskrives flere ulike måter å møte dette på. Noen bruker normaliseringsstrategier der de bruker andre ungdom sine erfaringer men andre velger å forsøke å møte ungdommens eventuelle skamfølelse gjennom å ikke fokusere på vanskene de har som et problem men heller som en løsningsstrategi.

Tidsrammen for behandlingen forstått som en behandlingstaktikk beskrives gjennomgående som en variabel behandlerne former i møte med ungdommen. Det er en overvekt av behandlerne som beskriver at de i møtet med ungdommer som er kommet i terapi på andre sitt initiativ, legger opp til et fåtall antall timer med ungdommen for at de ikke skal føle seg fanget. Etterfulgt av disse timene legges det opp til at ungdom og behandler sammen beslutter om terapien skal gå frem. Det kan virke som behandlerne her skreddersyr behandlingen med tanke på at uavhengighet og autonomi er svært viktig for ungdom, og kanskje spesielt viktig når man kommer i terapi på andre sitt initiativ. I følge Kleppe (2019, s., 256) har ungdom i større grad enn voksne behov for å se seg rundt for å kjenne om de er trygge i terapirommet og om de får lov til å ta plass, før de eventuelt beslutter at de vil bli i behandling. Dette kan henge sammen med ungdommens utviklingsoppgave der autonomi og selvbestemmelse står sentralt.

Behandlerne tegner et bilde av en arbeidshverdag der de står i et slags krysspress mellom å utøve sin rolle i systemet i tråd med gjeldende retningslinjer for behandling og normer, og det å kunne møte hvert enkelt individ med skreddersydde løsninger basert på deres perspektiv. I følge Kendall og Beidas (2007) er kreativitet i måten en tilpasser behandlingen til hver enkelt, en sentral behandlerferdighet. Kendall og Beidas (2007) beskriver hvordan det å gjøre individuelle tilpasninger basert på behandleren innsikt og kunnskap ikke må fravike for mye fra de evidensbaserte prinsippene som ulike intervensjoner er bygget på. Dette perspektivet sammenfatter de i begrepet, «Fidelity within flexibility» (Kendall & Beidas, 2007, s., 16). Dersom en er for kreativ vil en risikere å få en utvannet og lite virksom terapi mens i motsatt tilfelle vil man kunne ende opp med en intervensjoner som fungerer på papiret men som ikke tjener det formål de er ment, nemlig å hjelpe ungdommen. I følge Kendall et al (2008) er det å designe en terapi som er individualisert og sentrert rundt ungdommen med på å øke ungdommens involvering i behandlingsprosessen (s., 987). Som eksempel på «flexibility within fidelity» bruker Kendall et al (2008) ulike intervensjoner innen kognitiv adferdsterapi som eksempel. Ettersom de ulike gruppene ikke jobber med samme metode velger jeg derfor å heller se på aspekter av terapi som kan sies å være generell for alle former for terapi. De fleste behandlingstilnærminger og manualer velger å begynne med noe de antar at pasienten vil mestre på et eller annet vis eller oppleve som meningsfylt. Svært mange behandlere beskriver at de i møte med ungdom som ikke er helt sikker på om de vil ta imot behandling så forsøker de å finne et problem eller noe som ungdommen virkelig ønsker hjelp med. Dette kan være noe som ikke er relatert til diagnose eller det de er henvist for. Det å fleksibelt tilpasse intervensjonene etter hver ungdom kan også sies å være i tråd med Bohart og Tallmann sin forståelse av psykoterapi. Gjennom å skreddersy behandlingen vil man teoretisk sett i større grad kunne møte ungdommen der de er og dermed opptre empatisk i møte med hver enkelt ungdom.

Det å etablere rapport er en del av flere behandlingstilnærminger og manualer (Stiles & Horvath, 2017) og handler i grove trekk om å gjøre pasientene kjent med behandlingsformatet og etablere en form for kontakt med behandler som danner et grunnlag for terapien. Når behandlere møter ungdom som ikke selv har tatt initiativ til terapien, virker det som at de i denne studien har en bred forståelse av hva som kan inngå i det å etablere rapport. I gruppen som jobber utelukkende med psykosetilstander, beskriver terapeutene at rammene de jobber under, legger til rette for stor grad av fleksibilitet i hvor de kan møte ungdommen, og hvor lenge de kan forsøke å etablere en kontakt. Rammene for den aktuelle institusjonen virker å legge føringer for hva som kan tilbys ungdommen. Samlet sett opplever jeg at behandlerne skisserer en svært viktig diskusjon – dersom en intervensjon eller måte å være med ungdommen på leder til kontakt med en ungdom, eller skaper en positiv endring i ungdommens liv, er det da viktig hvilken form denne intervensjonen har? Hvordan skal vi definere hva som er funksjonelt i terapi med ungdom?

Metoderefleksjon

For å styrke mine metodiske valg og mine refleksjoner har jeg strukket meg etter Morrow og Williams' (2009) tenkning om pålitelighet i kvalitativ forskning. I tillegg har jeg brukt det dialogiske evalueringsredskapet *Epicure* (Stige et al., 2009, 2011). Morrow og Williams (2009) beskriver panparadigmatiske kriterier for kvalitativ forskning som kretser rundt følgende: 1. Dataenes integritet, 2. Balanse mellom deltakernes mening og forskerens tolkninger 3. Klar kommunikasjon og anvendelse av funn (sosial validitet). Stige og medarbeidere (2009, 2011) sin agenda for evaluering av kvalitativ forskning vektlegger dialog og refleksivitet som essensielle aktiviteter som gjennomsyrrer hele deres agendabaserte tilnærming. Agendaen sammenfattes i akronymet – EPICURE, bestående av subakronymene EPIC og CURE og beskrives som en veileder heller enn sjekklister med punkter man skal dekke (Stige et al., 2009). Selvkritikk og sosial kritikk overlapper disse to delene. Jeg har

forsøkt å bruke ovennevnte rammeverk og tenkning som innspill i prosessen med å forstå og tolke data, og som et retrospektivt evalueringsverktøy.

Dataenes integritet handler om å beskrive tydelig de prosedyrene man har fulgt og er overlappende med EPIC-delen i Stige et al sitt rammeverk hvor målet er å synliggjøre ens rammer og fremgangsmåte. Rammene for oppgaven er som nevnt en eksplorerende og induktiv reflektiv tematisk analyseprosess. Jeg har forsøkt å gi en tydelig beskrivelse av min metodiske prosess med eksempler fra egen analyseprosess, i tillegg til å redegjøre for de metodiske valg som er gjort før min tid i prosjektet. Dataens integritet handler også om å vurdere dataenes kvalitet og kvantitet. Kvalitet har jeg reflektert rundt i avsnittet om informanter i form av demografisk variasjon, og under avsnittet om design har jeg kort evaluert tilstedeværelsen av ulike synspunkt i data. Kvantitet handler om at ingen ny data tilfører informasjon (Morrow & Williamson 2009). Dette aspektet har blitt vurdert av forskergruppen før jeg kom inn i prosjektet. Teoretisk metning inngår også i dataenes integritet og handler om å skape godt utviklede temaer som reflekterer dybden og kompleksiteten i menneskelig liv og psykoterapiprosesser (Morrow & Williamson 2009). Dette har jeg forsøkt å være bevisst i temautviklingen.

Balanse mellom deltakernes mening og forskerens tolkninger overlapper også med EPIC-delen i Stige et al sitt rammeverk. Dette dilemmaet har jeg forsøkt å adressere ved å håndtere min subjektivitet gjennom fokus på refleksivitet, blant annet gjennom å skrive en reflektiv dagbok for å bli mer oppmerksom på egne perspektiver for å kunne gjenkjenne egne opplevelser som separate fra deltakernes historier (Morrow 2005; Morrow & Williams 2009). Refleksivitet er aktuelt i alle deler av kunnskapsproduksjonen i denne oppgaven men jeg har eksplisitt reflektert rundt min egen refleksivitet i avsnittet om refleksivitet. Gjennom hele prosessen har jeg forsøkt å oppnå en balanse mellom mine tolkninger av datamaterialet og forankring i datamaterialet gjennom sitater fra fokusgruppeintervjuene. Sitatene har jeg

forsøkt å velge ut ifra deres grad av representativitet i relasjon til temaet de inngår i. Noen sitater er valgt ettersom de etter min opplevelse både rommer hovedbudskapet i et tema men samtidig et element som tilfører et aspekt som i større grad klarere å vise kompleksiteten i fenomenet jeg viser til. I tillegg har jeg sett på etiske aspekter som er relevante for studien under avsnittet om etikk.

Klar kommunikasjon er en sentral del av pålitelighet i kvalitativ forskning i Morrow og Williams tenkning. Det å kommunisere klart og tydelig har vært et ideal gjennom hele oppgaven. Målet har samtidig vært å ikke utradere nyanser i fokusgruppematerialet. Anvendelse av funn (sosial validitet) har fellestrekk med CURE delen hvor en ser på hvilke konsekvenser forskningen har og hvilke forutsetninger som ligger forut for forskningen (Stige et al., 2011). Anvendelse av funnene må sees i lys av at intervjuene ble gjennomført før innføringen av pakkeforløp i Norge. Datagrunnlaget kan ikke brukes som bevis for hva behandlerne faktisk gjør, men de sier oss noe om hvordan behandlerne ønsker å jobbe. I innledningen har jeg forsøkt å vise hvor denne studien posisjonerer seg i psykoterapiforskningslandskapet og hvorfor denne studien kan bidra med å utvikle et fagområde som er lite mettet. Under implikasjoner for klinisk praksis og forskning har jeg sett på funnenes nytteverdi.

Funnene har alene begrenset generaliserbarhet men de kan inspirere til videre forskning på feltet og informere klinisk praksis gjennom at funnen er et uttrykk for hvordan behandlerne ønsker å jobbe med ungdom.

Implikasjoner for kliniske praksis

Behandlernes løsningsforslag kan bidra til å informere klinisk praksis og utvide repertoaret av intervensjoner behandlerne møter ungdom med. På tross av at vi ikke vet noe om intervensjonenes virkning, eller hva ungdommens opplevelse er, så kan det tenkes at det å aktivt jobbe for å finne pasientenes perspektiv, jobbe for å vise dem at man har sett det de

formidler og det å individuelt tilpasse behandlingen være trekk ved trekk ved terapi som kan ha en generell nytteverdi. Studien viser også hvordan de ulike intervensjonen er tett knyttet opp til hvordan behandler fortolker og forstår ungdommens behov og språk. Rammenes betydning for den hjelpen man kan gi kan også sies å være viktig å diskutere og evaluere i klinisk praksis.

Implikasjoner for videre forskning

Å forstå hvordan politiske føringer begrenser og muliggjør tilpasninger i det terapeutiske rommet er et område som trenger økt oppmerksomhet. Funnen fra denne studien viser at behandlerne ønsker å tilpasse terapien etter ungdommens opplevelse. Samtidig vet vi gjennom rapporten fra Barneombudet at ungdom ikke føler seg møtt av systemet. Forhåpentligvis kan ny forskning bidra til å forklare og forstå dette paradokset. Et viktig fokusområde for fremtidig forskning kan være å rette søkelyset mot hva behandlerne faktisk gjør i møtet med ungdom. Forhåpentligvis vil behandlernes perspektiv og erfaringer få reelle konsekvenser for utformingen av tjenestene.

Oppsummering

Gjennom denne studien tegner behandlerne et bilde av at de ønsker å senke terskelen for ungdommens deltagelse. For å oppnå dette bruker de individuelt tilpassende strategier som er fundert i ungdommens perspektiv ettersom de har en forståelse av at det som senker terskelen for en ungdom kan øke terskelen for en annen. Funnen indikerer at behandlerne både legger opp til dialog og samarbeid der ungdommen får formidle sitt perspektiv og at de selv inntar en aktiv rolle i terapien nettopp for å jobbe frem et rom slik at ungdommen kan uttrykke sine behov. Når ungdommen viser sine behov og sine følelser tyder funnene på at behandlerne ser på det som viktig å gi noe tilbake til ungdommen og vise dem at de har

forstått. Funnen viser også hvordan en institusjons rammer preger i hvilken grad behandlerne kan møte ungdommene med skreddersøm som er i samsvar med ungdommens behov.

Referanser

- Asselmann, E., Wittchen, H.-U., Lieb, R. & Beesdo-Baum, K. (2017). Sociodemographic, clinical, and functional long-term outcomes in adolescents and young adults with mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(1), 6–17.
<https://doi.org/10.1111/acps.12792>
- Bakken, A. (2020). *Ungdata 2020. Nasjonale resultater*. (NOVA Rapport 16/20.) Oslo: NOVA, OsloMet. <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/Ungdata-2020>
- Barnekonvensjonen. (2003). *FNs konvensjon om barnets rettigheter: Vedtatt av De Forente Nasjoner den 20. november 1989, ratifisert av Norge den 8. januar 1991: Revidert oversettelse mars 2003 med tilleggsprotokoller*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.
- Barneombudet. (2020). *Jeg skulle hatt BUP i en koffert. En psykisk helsetjeneste tilpasset barn og unges behov*. <https://www.barneombudet.no/vart-arbeid/publikasjoner/jeg-skulle-hatt-bup-i-en-koffert>
- Binder, P-E., Holgersen, Nielsen, H. & Høstmark, G. (2008). Establishing a bond that works: a qualitative study of how psychotherapists make contact with adolescent patients. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*. 10, 55-69.
<https://doi.org/10.1080/13642530701869730>

- Binder, P-E., Moltu, C., Hummelsund, D., Sagen, S. H. & Holgersen, H. (2011). Meeting an adult ally on the way out into the world: Adolescent patients' experiences of useful psychotherapeutic ways of working at an age when independence really matters. *Psychotherapy Research*, 21(5), 554–566.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2011.587471>
- Bohart, A. C. & Tallman, K. (1997). Empathy and the active client: An integrative, cognitive-experiential approach. In *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (s. 393–415). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/10226-017>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 16(3), 252–260.
<https://doi.org/10.1037/h0085885>
- 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. (2019) Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*. 11(4), 589-597.
<https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N., Terry, G. (2019). Thematic Analysis. I P. Liamputtong (Red), *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences*. (s. 843-860) Springer. https://doi-org./10.1007/978-981-10-5251-4_103
- Braun, V. & Clarke, V. (2020). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 1-25.
<https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>

Buudir. (2018, 11. juni). *Barn og unges rett til medvirkning*.

https://buudir.no/Barnevern/Fagstotte/Samarbeid_mellom_helse_og_barnevern/Barn_og_unges_rett_til_medvirkning/

Button, M. E. & Marsh, I. (2019). Introduction. I M. E. Button & I. Marsh (Red.), *Suicide and Social Justice: New Perspectives on the Politics of Suicide and Suicide Prevention*. (s. 1-12). Routledge

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(3), 182–185. <https://doi.org/10.1037/a0012801>

De Nadai, A.S., Karver, M.S., & Monahan, M. (2018). Meta-Analysis of the Prospective Relation Between Alliance and Outcome in Child and Adolescent Psychotherapy. *Psychotherapy*, 55(4), 341-355. <http://dx.doi.org.pva.uib.no/10.1037/pst0000176>

Disorder, and Conduct Problems. *Perspectives on Psychological Science*, 14(2), 216–237. <https://doi.org/10.1177/1745691618805436>

Evans, E., Hawton, K., Rodham, K. & Deeks, J. (2005). The Prevalence of Suicidal Phenomena in Adolescents: A Systematic Review of Population-Based Studies. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 35(3), 239-50.

Everall, R. D. & Paulson, B. L. (2002). The therapeutic alliance: Adolescent perspectives. *Counselling and Psychotherapy Research*, 2(2), 78–87. <https://doi.org/10.1080/14733140212331384857>

Fjermestad, K., McLeod, B.D., Tully, C.B. & Liber, J.M. (2016). Therapist Characteristics and Interventions: Enhancing Alliance and Involvement with Youth. I S. Maltzman (Red.), *The Oxford Handbook of Treatment Processes and Outcomes in Psychology: A multidisciplinary, Biopsychosocial Approach*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199739134.013.11>

- Fleiner, R. L. (2019, 9. mai). *Behandlerne må nå inn til det som faktisk er vondt*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. <https://www.napha.no/content/23295/-Behandlerne-ma-na-inn-til-det-som-faktisk-er-vondt>
- Flor, J. A. & Kennair, O. L. L. (2019). *Skadelige samtaler – myten om bivirkningsfri terapi*. Tiden Norsk Forlag.
- Folkehelseinstituttet - Senter for sykdomsbyrde. (2014, 16. desember). *Hvordan beskrives sykdomsbyrde?* <https://www.fhi.no/div/forskningssentre/senter-sykdomsbyrde/fire-hovedmal-for-sykdomsbyrde/>
- Folkehelseinstituttet. (2018, 27. februar). *Livskvalitet og psykiske lidelser hos barn og unge*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>
- Folkehelseinstituttet. (2019, 26. mars). *Ti store folkehelseutfordringer i Norge. Hva sier analyse av sykdomsbilde?* <https://www.fhi.no/publ/2019/ti-store-folkehelseutfordringer-i-norge.-hva-sier-analyse-av-sykdomsbyrde/>
- Gibson, K., Cartwright, C., Kerrisk, K., Campbell, J. & Seymour, Fred. (2016). What Young People Want: A Qualitative Study of Adolescents' Priorities for Engagement Across Psychological Services. *Journal of Child and Family Studies*, 25(4), 1057–1065. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0292-6>
- Grande, H. B. & Brun, M. (2019). *Psykisk helsevern fra oss som kjenner det: unge deler erfaringer og gir råd*. Universitetsforlaget.
- Hafstad, G. S. & Augusti, E. M. (Red.) (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten: En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år*. (Rapport 4/2019). <https://www.nkvt.no/rapport/ungdoms-erfaringer-med-vold-og-overgrep-i-oppveksten-en-nasjonal-undersokelse-av-ungdom-i-alderen-12-til-16-ar/>
- 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-Verlag Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1382-0_9
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017). *Mestre hele livet – Regjeringens strategi for god psykisk helse* (2017-2022).
https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet (2018-2019). *Opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse* (2019-2024). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-121-s-20182019/id2652917/>
- Horvath, A.O. (2016). Emerging trends in psychotherapy process research. *Studies in Psychology*, 37 (2-3), 226-259. <https://doi.org/10.1080/02109395.2016.1189208>
- Isdal, P. (2017). *Smittet av vold: Om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelpeyrkene*. Fagbokforlaget
- Jones, M., Råbu, M., Røssberg, J. I., & Ulberg, R. (2020). Therapists' Experiences of Psychodynamic Therapy with and without Transference Interventions for Adolescents with Depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 4628. <http://dx.doi.org.pva.uib.no/10.3390/ijerph17134628>
- Karver, M. S., De Nadai, A. S., Monahan, M., & Shirk, S. R. (2018). Meta-analysis of the prospective relation between alliance and outcome in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy*, 55(4), 341–355. <https://doi.org/10.1037/pst0000176>
- Kazdin, A. E. (1996). Dropping Out of Child Psychotherapy: Issues for Research and Implications for Practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1(1), 133–156. <https://doi.org/10.1177/1359104596011012>

- Kendall, P. C. & Beidas, R. S. (2007). Smoothing the Trail for Dissemination of Evidence-Based Practices for Youth. *Professional Psychology, Research and Practice*, 38(1), 13–20. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.1.13>
- Kendall, P. C., Gosch, E., Furr, J. M. & Sood, E. (2008). Flexibility Within Fidelity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(9), 987–993. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31817eed2f>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kitzinger J. (1995). Qualitative research. Introducing focus groups. *BMJ Clinical research*, 311(7000), 299–302. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7000.299>
- Kleppe, L. H. (2020). Å snakke med ungdom. I L. R. Øhlckers, O. Heradstveit & L. Sand (Red.), *Ungdom og psykisk helse* (1. utg., s. 255-261). Fagbokforlaget
- Klik, K. A., Williams, S. L. & Reynolds, K. J. (2019). Toward understanding mental illness stigma and help-seeking: A social identity perspective. *Social science & medicine* (1982), 222, 35–43. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.12.001>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Lazard, L. & McAvoy, J. (2020). Doing reflexivity in psychological research: What's the point? What's the practice? *Qualitative Research in Psychology*, 17(2), 159–177.
- Loades, M., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N. & Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., Linney, C., McManus, M., Borwick, C. & Crawley, E. (2020). Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of

- Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 59(11), 1218-1239.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009>
- Madsen, O.J (2018). *Generasjon prestasjon*. Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Manning, M. L. (2002). Havighurst's Developmental Tasks, Young Adolescents, and Diversity. *The Clearing House*, 76(2), 75–78.
<https://doi.org/10.1080/00098650209604953>
- Masten, A. S. & Wright, M. O. (2010). Resilience over the lifespan: Developmental perspectives on resistance, recovery, and transformation. I J. W. Reich, A. J. Zautra & J. S. Hall (Red.), *Handbook of adult resilience* (s. 213–237). The Guilford Press.
- Moltu, C., Binder, P-E. & Nielsen, G. H. (2010). Commitment under pressure: Experienced therapists' inner work during difficult therapeutic impasses. *Psychotherapy Research*, 20(3), 309-320. <https://doi.org/10.1348/014466510X514355>
- Moltu, C. & Binder, P-E. (2011). The voices of fellow travellers: Experienced therapists' strategies when facing difficult therapeutic impasses. *Clinical Psychology*, 50(3), 250-276. <https://doi.org/10.1348/014466510X514355>
- Morán, J., Díaz, M. F., Martínez, C., Varas, C. & Parra Sepúlveda, R. (2019). The subjective experience of psychotherapists during moments of rupture in psychotherapy with adolescents. *Research in Psychotherapy (Milano)*, 22(1), 346–346.
<https://doi.org/10.4081/ripppo.2019.346>
- Morrow, S. (2005). Quality and Trustworthiness in Qualitative Research in Counseling Psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 250-260.
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.250>

Morrow, S. L. & Williams, E. N. (2009). Achieving trustworthiness in qualitative research:

A pan-paradigmatic perspective. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 576-

582. <https://doi.org/10.1080/10503300802702113>

NAV (2020, 16. oktober). *1 av 3 uføretrygdede har en psykisk lidelse eller atferdsforstyrrelse*.

AAP, nedsatt arbeidsevne og uføretrygd - statistikk. [https://www.nav.no/no/nav-og-](https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/nyheter/1-av-3-uforetrygdede-har-en-psykisk-lidelse-eller-atferdsforstyrrelse)

[samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/nyheter/1-av-3-](https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/nyheter/1-av-3-uforetrygdede-har-en-psykisk-lidelse-eller-atferdsforstyrrelse)

[uforetrygdede-har-en-psykisk-lidelse-eller-atferdsforstyrrelse](https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/nyheter/1-av-3-uforetrygdede-har-en-psykisk-lidelse-eller-atferdsforstyrrelse)

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 and Psychotherapy*, 24(1), 48–60.

<https://doi.org/10.1002/cpp.1977>

Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2011). Evidence-Based Therapy Relationships. I J. C.

Norcross (Red.), *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based*

Responsiveness. (2. utg., s. 3-21). Oxford University Press

O'Keeffe, S., Martin, P., Target, M. & Midgley, N. (2019). 'I Just Stopped Going': A Mixed

Methods Investigation Into Types of Therapy Dropout in Adolescents With

Depression. *Frontiers in Psychology*, 10, 75–75.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00075>

Pinquart, M. & Pfeiffer, J. P. (2018). Longitudinal Associations of the Attainment of

Developmental Tasks With Psychological Symptoms in Adolescence: A

Meta-Analysis. *Journal of Research on Adolescence*, 30(S1), 4–14.

<https://doi.org/10.1111/jora.12462>

Prout, H.T. & Fedewa, A.L. (2015). Counseling and Psychotherapy with Children and

Adolescents: Historical, Developmental, Integrative, and Effectiveness Perspectives. I

H.T. Prout & A. L. Fedewa (Red), *Counseling and Psychotherapy with Children and*

Adolescents: Theory and Practice for School and Clinical Settings. (5. utg., s.1-24)

John Wiley & Sons.

Psychotherapy. (u.å). I *APA Dictionary of Psychology*. Hentet 13.november 2020 fra

<https://dictionary.apa.org/psychotherapy>

Roos, J. & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23(4), 394–418. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.775528>

Råbu, M., Moltu, C., Binder, P-E. & McLeod, J. (2016). How does practicing psychotherapy affect the personal life of the therapist? A qualitative inquiry of senior therapists' experiences. *Psychotherapy Research*, 26(6), 737-749.

<https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1065354>

Safran, J. D. & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 286–291.

<https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.286>

Safran, J. D., Muran, J. C. & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing Alliance Ruptures.

Psychotherapy, (Chicago, Ill.), 48(1), 80–87. <https://doi.org/10.1037/a0022140>

Shirk, S.R & Karver, M.S (2011a). Alliance in Child and Adolescent Psychotherapy. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy Relationships that work*. (2. utg., s. 70-91). Oxford University Press.

Stänicke, L. I. (2020) Ungdomstid som utviklingsfase. I L. R. Øhlckers, O. Heradstveit & L. Sand (Red.), *Ungdom og psykisk helse* (1. utg., s. 55-63). Fagbokforlaget

Stearns, E., & Glennie, E. J. (2006). When and Why Dropouts Leave High School. *Youth & Society*, 38(1), 29–57. <https://doi.org/10.1177/0044118X05282764>

Stige, B., Malterud., & Midtgarden, T. (2009) Toward an Agenda for Evaluation of Qualitative Research. *Qualitative health research*, Vol.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.
- Stiles, W. B. & Horvath, A. O. (2017). Appropriate responsiveness as a contribution to therapist effects. In *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., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in Psychotherapy. *Clinical Psychology (New York, N.Y.)*, 5(4), 439–458. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00166.x>
- Swift, J. K., Tompkins, K. A. & Parkin, S. R. (2017). Understanding the client's perspective of helpful and hindering events in psychotherapy sessions: A micro-process approach. *Journal of Clinical Psychology*, 73(11), 1543–1555. <https://doi.org/10.1002/jclp.22531>
- UNICEF Office of Research – Innocenti (2020, september). *Worlds of Influence Understanding What Shapes Child Well-being in Rich Countries* (Innocenti Report Card 16) <https://www.unicef.org/reports/worlds-influence-what-shapes-child-well-being-rich-countries-2020>
- Verdens helseorganisasjon. (2020, 28. september). *Adolescent mental health*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Verdens helseorganisasjon. (u.å.). *Adolescents and mental health*. Hentet 4. november fra
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental_health/en/
- Wagner, K. D. (7. oktober 2020). *New Findings About Children's Mental Health During COVID-19*. Psychiatric Times. <https://www.psychiatrytimes.com/view/new-findings-children-mental-health-covid-19>

- Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2. utg.). Routledge Member of the Taylor and Francis Group
- Weisz, J. R. & Kazdin, A. E. (2017). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*, (3. utg.). The Guilford Press
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Vaughn-Coaxum, R. A., Ugueto, A. M., Eckshtain, D., & Corteselli, K. A. (2019). Are Psychotherapies for Young People Growing Stronger? Tracking Trends Over Time for Youth Anxiety, Depression, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, and Conduct Problems. *Perspectives on Psychological Science*, 14(2), 216-237.
<https://doi.org/10.1177/1745691618805436>
- Zachrisson, H. D., Rödje, K. & Mykletun, A. (2006). Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey. *BMC public health*, 6(34) <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-34>