

Psykologers erfaringer i videoveiledning - en kvalitativ studie

PSY
KOL
OGI

TEKST

Sebastian Gulbrandsen

Line Gadolin

Eleni Borgund

Aslak Hjeltnes

TILHØRIGHET

Institutt for klinisk psykologi, Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen

KONTAKT

sebastian.gulbrandsen@gmail.com

PUBLISERT 2. juli 2022

DOI <https://doi.org/10.52734/686YbY3R>

MERKNAD **Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter knyttet til dette arbeidet.**

Fagfelleurdert artikkel

Åpen tilgang CC BY 4.0

ABSTRACT

Background: In recent years, supervision based on video recordings of supervisees' therapy sessions has received increased attention, but our empirical knowledge about how psychologists experience this form of supervision is sparse. **Objective:** To explore psychologists' experiences of professional and personal development in video-based supervision. **Method:** We conducted semi-structured interviews with nine therapists who had recently received video-based supervision. Transcripts were analyzed using hermeneutical-phenomenological thematic analysis. **Results:** We identified three themes: (1) A more vulnerable experience in supervision, (2) "What we need to see to become better therapists", and (3) "It makes me more secure as a therapist and as a person". **Conclusion:** Psychologists feel more exposed and vulnerable in video-based

supervision but also find it more useful for improving therapeutic skills and facilitating personal development. It is important for supervisors to be aware of specific challenges related to performance anxiety and learning in video-based supervision.

Keywords: Video-based supervision, psychotherapy training, deliberate practice, technology in training, performance anxiety

Hvordan kan psykologer utvikle seg til å bli gode terapeuter? Veiledning har lenge vært en viktig arena for terapeututvikling (Bernard & Goodyear, 2019; Hill & Knox, 2013; Knox & Hill, 2021; Orlinsky et al., 2005), men nyere forskning tyder på at det er uklart om det fører til mer virksom behandling (Rousmaniere et al., 2016; Watkins, 2011). Forskere har påpekt viktige svakheter ved tradisjonell veiledning (Haggerty & Hilsenroth, 2011) og foreslått at videoveiledning, veiledning basert på videoopptak av psykologenes terapitimer, kan bidra til å imøtekomme disse utfordringene (Rousmaniere, 2017). Videoveiledning blir stadig mer vanlig og er i dag anbefalt eller påkrevd i amerikanske og britiske terapeututdanninger (American Psychological Association, 2014; Association for Counselor Education and Supervision, 2011). Vi har imidlertid lite empirisk kunnskap om hvordan det bidrar til psykologers faglige utvikling, og hvordan psykologer opplever denne formen for veiledning. I denne artikkelen presenterer vi hovedfunn fra en kvalitativ intervjustudie som undersøkte psykologers opplevelser av faglig og personlig utvikling i videoveiledning.

Bakgrunn

Forskning har vist at noen psykologer oppnår bedre resultater med pasientene sine enn andre (Castonguay & Hill, 2017; Okiishi et al., 2003), men vi vet lite om hvorfor. Verken erfaring, kurs, valg av terapimetode eller ekspertvurdert modelltrofasthet eller kompetanse har vist seg å predikere behandlingsutfall (Goldberg et al., 2016; Nissen-Lie et al., 2013; Wampold & Imel, 2015; Webb et al., 2010). Veiledning har lenge vært sentralt for terapeututvikling (Bernard & Goodyear, 2019; Orlinsky et al., 2005), men nyere studier finner liten eller ingen effekt av veiledning på behandlingsutfall (Rousmaniere et al., 2016; Watkins, 2011). Samtidig oppgir psykologer at veiledning er en av de viktigste faktorene i deres faglige utvikling (Orlinsky et al., 2001; Orlinsky & Rønnestad, 2005). Forskere har derfor undersøkt hvordan veiledning bedre kan fremme terapeututvikling (Rousmaniere, 2017).

Tradisjonell psykoterapiveiledning har tatt utgangspunkt i terapeutens beskrivelser av en pasient eller behandlingstime. Dette åpner for en rekke feilkilder som kan forringe læringsutbyttet av veiledning (Rousmaniere, 2017). Vår feilbarlige persepsjon og hukommelse kan føre til at psykologer ofte ikke får med seg, ikke husker eller har upresise minner om viktige hendelser i timene (Haggerty & Hilsenroth, 2011). Studier viser i tillegg at de fleste psykologer unnlater å avsløre vanskelige tema og hendelser for veileder (Ladany et al., 1996; Reichelt et al., 2009). Viktig informasjon kan dermed gå

tapt på veien fra terapirommet til veiledning. Dette gjør det vanskelig for veileder å vite med sikkerhet hva psykologene som de veileder, kunne gjort annerledes, hva de trenger å lære, og hvilke ferdigheter de bør forbedre.

Forskere har foreslått å imøtekomme disse problemene ved å bruke videoopptak av terapitimer som utgangspunkt for veiledning (Haggerty & Hilsenroth, 2011). Videoopptak gjør det mulig å lagre og formidle presis informasjon fra timene, og å følge pasienters verbale og nonverbale kommunikasjon og mikroprosesser (Levenson, 2006). Det gjør det også vanskeligere for psykologer å holde tilbake informasjon overfor veileder, og det gir bedre grunnlag for å evaluere effekten av psykologens intervensjoner, og for å vurdere om pasienter bedres eller forverres i løpet av terapien (Abbass, 2004). Det kan dermed bidra til å løse problemet med at psykologer ikke får veiledning for utfordringer de selv ikke er bevisst på eller unnlater å ta opp, og derfor ikke lærer det de trenger for å gi bedre behandling. Videoveiledning står i tillegg sentralt i målrettet trening for psykologer, noe som har fått økende oppmerksomhet de siste årene (Rousmaniere, 2017).

Samtidig finnes det motforestillinger mot videoveiledning. Enkelte har ytret bekymring for at videoopptak av timer kan være en trussel mot pasienters konfidensialitet (McMahon & Ledden, 2019), men dette kan ivaretas med gode rutiner for informert samtykke og sikker lagring av videoopptakene (Haggerty & Hilsenroth, 2011). Andre har hevdet at pasientens terapeutiske prosess kan bli forstyrret av å ha et kamera i rommet (Gossman & Miller, 2012). Pasienter oppgir imidlertid at de fort blir vant til kameraet, og sier de er fornøyd med at det gjør psykologen i stand til å gi dem bedre terapi (Aveline, 1992). Forskningen tyder dermed på at fordelene pasienter opplever, veier opp for ulempene. Det forskningen sier mindre om, er hvordan psykologer opplever veiledning basert på videoopptak av behandlingstimer deres.

De få studiene som tidligere har undersøkt psykologers opplevelser i videoveiledning, viser at psykologer vurderer det som viktig for deres faglige utvikling, og en kvalitetssikring av arbeidet deres, men at det også kan gjøre dem mer engstelige, både i timen som filmes og i veiledning (Brown et al., 2013; Gossman & Miller, 2012; McMahon & Ledden, 2019; Routon, 2017). Studiene har imidlertid viktige begrensninger. I én studie hadde de fleste deltakerne samme terapiteoretiske bakgrunn (McMahon & Ledden, 2019), noe som gjør det vanskelig å vite om resultatene kan knyttes til videoveiledning som sådan, eller om det kun gjelder for videoveiledning innen én terapitradisjon. To av studiene fokuserte på psykologers opplevelse av timene som ble filmet, og belyste derfor i mindre grad opplevelsen av selve veiledningstimen (Brown et al., 2013; Gossman & Miller, 2012). To var basert på spørreundersøkelser (Brown et al., 2013; McMahon & Ledden, 2019) og undersøkte dermed ikke deltakernes opplevelser i dybden. I den ene studien hvor det ble gjort dybdeintervjuer med fokus på opplevelsen av veiledningssituasjonen, var alle deltakerne under utdanning for å bli familierapeuter, få av dem hadde erfaring med videoveiledning fra før, og det var to veiledere som veiledet alle deltakerne (Routon, 2017). Disse begrensningene indikerer

et behov for mer empirisk dybdekunnskap om hvordan psykologer opplever videoveiledning i ulike terapimetoder.

Tidligere studier har også vist at psykologer opplever mer selvaksept og bedre relasjonelle ferdigheter i privatlivet som følge av veiledning (Pascual-Leone et al., 2012), og personlig utvikling blir av mange sett på som en sentral del av terapeututviklingen (Geller et al., 2005; Rogers, 1961). Det finnes imidlertid ikke forskning som har utforsket hvorvidt dette også gjelder videoveiledning.

I denne studien ville vi undersøke hvordan ferdigutdannede psykologer fra ulike terapiteoretiske retninger opplever videoveiledning, og veiledningens betydning for deres faglige og personlige utvikling. Da dette er et relativt uutforsket område, valgte vi å gjennomføre en kvalitativ intervjustudie, som er velegnet til eksplorerende undersøkelser på felt hvor det er behov for empirisk kunnskap (Binder et al., 2012). Vi undersøkte følgende forskningsspørsmål: Hvordan opplever psykologer faglig og personlig utvikling i videoveiledning?

Metode

Metodologisk tilnærming

Vi utforsket forskningsspørsmålet med semistrukturerte, eksplorerende dybdeintervjuer (Kvale & Brinkmann, 2009). For å forstå og beskrive deltakernes opplevelser tok vi utgangspunkt i tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006), informert av en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming (Binder et al., 2012). Tematisk analyse er en strukturert, men fleksibel tilnærming til analyser av kvalitative datasett. Tilnærmingen har som mål å identifisere fellestrekk og ulikheter mellom deltakernes svar, og beskrive overordnede tema som kan bidra til å forstå deltakernes erfaringer (Braun & Clarke, 2006). Den hermeneutisk-fenomenologiske tilnærmingen til kvalitative analyser gir rom for beskrivelser av deltakernes opplevelser på den ene siden, og forskernes tolkning og refleksivitet på den andre. Det fenomenologiske perspektivet vektlegger deltakernes erfaringer og livsverden i en gitt kontekst (Heidegger, 2007), mens hermeneutisk epistemologi vektlegger at forskere på en refleksiv måte fortolker menneskers erfaringer ut fra sin egen bakgrunn og forståelseshorisont (Alvesson & Sköldbberg, 2009; Gadamer, 2012). Tilnærmingen er nyttig både for å undersøke hvordan fenomener oppleves og forstås av deltakere, og for å analysere og gi mening til disse opplevelsene (Binder et al., 2012).

Deltakerne

Deltakerne i studien var tre menn og seks kvinner mellom 28 og 58 år ($M = 37$ år). De hadde jobbet som psykologer i 1–30 år ($M = 8,3$ år). Psykologene fikk videoveiledning knyttet til videreutdanning innen tre av de psykoterapeutiske hovedretningene (American Psychological Association, 2009). Fire av deltakerne fikk veiledning i intensiv dynamisk korttidsterapi (ISTDP), tre i kognitiv atferdsterapi (CBT) og to i emosjonsfokusert terapi (EFT). De hadde gått i sin daværende videreutdanning i 0,5–4

år ($M = 2,5$ år), men fått videoveiledning i 0,5–9 år ($M = 3,2$ år). Syv av deltakerne jobbet i offentlige spesialist- og kommunehelsetjenester, to av dem jobbet privat.

Datainnsamling

Rekruttering

For å rekruttere deltakere kontaktet vi kursholdere tilknyttet videreutdanningsprogrammer i ISTDP, CBT og EFT via e-post, med en forespørsel om å videreformidle et informasjonsskriv om studien til sine kursdeltakere. Tre psykologer kontaktet oss som følge av dette. Vi deltok også på et fagmøte ved en lokal klinikk for å fortelle om studien og rekruttere deltakere. Etter møtet ble vi kontaktet av to deltakere. Tre deltakere ble kontaktet gjennom felles bekjente, mens én ble rekruttert direkte, på bakgrunn av forskernes kjennskap til at hen fikk videoveiledning.

Intervjuguiden

Deltakerne ble intervjuet med utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide (eksempler på spørsmål fra intervjuguiden er inkludert i parentes). Intervjuguiden åpnet med spørsmål om deltakernes videreutdanning, fulgt av spørsmål om hvordan de brukte videoopptak i veiledning («Hva gjør dere når dere bruker video i veiledning?»), samt viktige og utfordrende erfaringer i veiledning basert på videoopptak av timene deres («Kan du beskrive en opplevelse som var spesielt [viktig/vanskelig eller utfordrende] for deg?»), og avsluttet med spørsmål om deres opplevelser av faglig og personlig utvikling i forbindelse med videoveiledning («Hvordan har det å se dine egne timer på video vært viktig for din egen utvikling som terapeut?»).

Intervjuene

Intervjuene ble gjennomført av forfatterne i 2019–2020. Alle ble gjennomført i løpet av ett møte, og varte mellom 38 og 56 minutter ($M = 45$ minutter). Syv deltakere ble intervjuet på sine egne arbeidsplasser, og to ble intervjuet ved Universitetet i Bergen. Intervjuene ble tatt opp med lydopptaker og transkribert av intervjueren.

Dataanalyse

Vi gjennomførte den tematiske analysen i fem steg, med utgangspunkt i Braun og Clarks (2006) modell. Først leste alle forfatterne gjennom de transkriberte intervjuene individuelt og noterte umiddelbare inntrykk og refleksjoner. I andre steg drøftet vi notatene i plenum for å etablere en felles forståelse av deltakernes beskrivelser. Notatene ble systematisert i en matrise, utarbeidet med utgangspunkt i forskningsspørsmålet. I tredje steg ble intervjuene lagt inn i analyseprogrammet NVivo12, som ble brukt til å kode relevante utsagn. Deretter gikk vi gjennom kodene i plenum og drøftet fellestrekk ved de kodede utsagnene. I fjerde steg forsøkte vi å forstå hvordan fellestrekene kunne reflektere overordnede, meningsbærende tema, og

systematiserte relaterte utsagn i NVivo12. I femte steg beskrev vi temaene, og inkluderte illustrerende sitater.

Etikk

Studien ble utført ved Universitetet i Bergen uten ekstern finansiering, og er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (referansekode: 924804). Deltakerne fikk informasjon om studien tilsendt på e-post i forkant av intervjuet, samt ytterligere informasjon om studien, og retten til å trekke seg underveis i og etter intervjuet, da de signerte samtykkeerklæringen før intervjuet startet. Anonymiteten til deltakerne og omtalte tredjeparter ble ivaretatt ved å utelate potensielt identifiserende detaljer fra transkriptene.

Resultater

Vi organiserte deltakernes svar i tre hovedtema: (1) En mer sårbar veiledningsopplevelse, (2) «Det vi trenger å se for å bli bedre terapeuter», og (3) «Det gjør meg tryggere som terapeut og person». Vi vil her beskrive disse nærmere. I disse beskrivelsene vil de fleste si at 7–8 av deltakerne fortalte om de omtalte opplevelsene, mange betyr 4–6, og noen betyr 2–3.

1. En mer sårbar veiledningsopplevelse

Alle psykologene vi intervjuet fortalte at videoveiledning kunne være ubehagelig. Mange hadde prestasjonsangst både før og under veiledning, og sa at dette kunne gå ut over hvor mye de lærte. Fokus på terapiteknikk kunne forsterke angsten, da det fremhevet feil de gjorde, men det kunne også dempe den fordi det gjorde veiledningen mindre personlig. Angsten kunne også bli påvirket av hvordan de ble møtt av veileder og veiledningsgruppen.

Noen fortalte at det kunne være vondt å se gjennom egne videoopptak før veiledning, og gremmet seg når de oppdaget feil de hadde gjort. Mange gruet seg også til veiledningsmøtene. De fortalte at de var redde for hva gruppen og veileder skulle si, og fryktet å bli vurdert som lite kompetente, eller i verste fall skadelige for pasientene:

Jeg var jo veldig engstelig på forhånd. Jeg tror jeg sa til veilederen at, før vi begynte, at jeg håpet at han ikke skulle melde meg til fagetisk råd.

Mange valgte å vise timer de hadde opplevd som vanskelige, eller timer fra terapiforløp som hadde stagnert. Noen sa det var spesielt vondt å se at de fortsatt gjorde mange feil etter flere år som psykologer, og mente at de burde være i stand til å gjøre jobben bedre nå. Mange fortalte at de følte seg nakne og blottstilte i veiledning, og sa det var ubehagelig at andre fikk se alt de ikke fikk til:

Det er jo en sånn jobb der du sitter veldig mye alene og holder på med ditt, og du er liksom mye mer beskyttet hvis du bare kan snakke om en sak, sant? (...) Så nå skal alle få se hvor udugelig jeg var (ler).

Alle fortalte at veiledningstimene hovedsakelig fokuserte på pasienten og terapiteknikk. Mange opplevde at det da ble lettere å se på videoklippet med mer distanse, og sa at det gjorde dem mindre selvkritiske. For andre førte fokuset på teknikk til mer ubehag fordi det la opp til at veileder og de andre i gruppen skulle påpeke hva de ikke fikk til:

Det er spesielt å få så mye tilbakemelding på hva man kunne ha gjort, det vekker lett en sånn følelse av å ikke gjøre det bra nok, eller at jeg skulle gjort noe annerledes.

De fleste fortalte at veiledningssituasjonen gradvis ble mindre ubehagelig. Da de så og fikk tilbakemeldinger på videoopptakene, fikk de ofte avkrefte negative oppfatninger de hadde om hvordan timen hadde vært. For noen hjalp det også å bli bedre kjent med veiledningsgruppen. De opplevde å være sammen om ubehaget, og hadde et felles mål om å lære mest mulig. I tillegg var det viktig for dem at veileder møtte sårbarheten på en god måte:

Hvis jeg hadde hatt en veldig kritisk veileder som slo ned på alt mulig, eller var veldig kritisk i måten å gi tilbakemelding på, så hadde det ikke vært noe særlig. (...) Det krever en større sensitivitet hos veilederen å måtte ta hensyn til at det er en sårbar posisjon å vise frem det du gjør, på godt og vondt.

Etter hvert som de ble tryggere i veiledningssituasjonen, kunne de fokusere mer på pasienten og sine egne ferdigheter. Noen fortalte at de etter hvert gikk mindre i forsvar når noen påpekte feil de gjorde i timen. Noen opplevde imidlertid at det fortsatt var ubehagelig å se sine egne videoer selv etter flere veiledningsmøter, enten de så dem alene eller i veiledning:

Nå har jeg holdt på i litt over et år med det, og jeg strever fortsatt med det. Sånn at, det er ikke gitt at jeg får til det her, da. Det er liksom, juryen er fortsatt ute på det, da. Så jeg vil ikke si det blir lettere, hehe, men det er jo meg, da.

Frykten for ikke å være god nok gjorde videoveiledning til en ubehagelig opplevelse. Det terapitekniske fokuset i veiledning, og hvordan de ble møtt av veileder og veiledningsgruppen, kunne bidra til at de opplevde veiledningssituasjonen som tryggere eller mer ubehagelig.

2. «Det vi trenger å bli bevisst på for å bli bedre terapeuter»

Alle psykologene fortalte at videoveiledning ga dem nye muligheter til faglig utvikling. Det hjalp dem til bedre å forstå pasientene, seg selv og relasjonen mellom dem, og det gjorde dem oppmerksomme på hvordan de kunne forbedre sine egne terapeutferdigheter. Mange sa også at det ga dem motivasjon til å lære mer, og til å jobbe videre med pasientene sine. Samtidig fortalte de at et overveiende fokus på terapiteknikk kunne begrense læringsutbyttet.

Alle fortalte at videoveiledning ga dem læringsmuligheter de ikke ville hatt uten video. De bemerket at veiledning uten video var basert på deres egne minner og forestillinger, og sa at det var vanskelig å gjengi viktig informasjon som de selv ikke hadde fått med seg i timen:

Det ble mer sånn at vi sitter og spekulerer om pasienten basert på min hukommelse. Umulig å studere de mikroprosessene som skjer, som kan være så viktige, da. Man bare projiserer masse greier, uten å vite om det har rot i virkeligheten i det hele tatt.

Alle fortalte at videoopptakene gjorde at de kunne legge merke til nye, viktige detaljer i timene de så. Mange opplevde at de i større grad klarte å fange opp og følge pasientens nonverbale signaler og emosjoner, både i veiledning og i påfølgende pasienttimer:

Jeg tror man får et litt sånn skjerpet observasjonsblikk på en måte. Man legger mer merke til subtile ting. Små endringer i ansiktsuttrykk eller andre sånne. Og det er ikke bare på innhold og det som blir sagt, men mer oppmerksom på det emosjonelle.

Ettersom alle fikk veiledning knyttet til en bestemt terapimetode, var store deler av veiledningen rettet inn mot metodespesifikke momenter av terapien. Videoopptakene ble ofte brukt for å fremheve eller illustrere teoretiske prinsipper og teknikker, og de fleste opplevde at dette gjorde veiledningen mer nyttig og effektiv. De kunne lettere se hva som fungerte i timen, og fikk mer presise tilbakemeldinger på hva de gjorde, og hva de kunne gjort annerledes. Videoveiledning hjalp dem i tillegg til å forstå hvordan terapien ble preget av både pasientens og deres egne følelser, tolkinger og reaksjoner, og hvordan deres egne feilvurderinger påvirket den terapeutiske prosessen:

Etter den veiledningen [forsto jeg] veldig godt hvorfor hun ikke kom tilbake. Det er jo litt synd å si det at folk ikke får hjelp, da, fordi jeg ikke visste nok om meg selv (...) Klart at det er noen typer pasienter som skrur på forskjellige ting i oss alle, og det trenger vi å bli bevisst på, da, for å bli gode terapeuter.

Mange fortalte at videoveiledning var mer engasjerende enn veiledning uten video. Det vekket nysgjerrighet og fascinasjon, og ga dem lyst til å lære mer. Etter veiledning ble de også mer motiverte for å jobbe videre med pasientene, særlig i saker hvor de opplevde at terapien hadde stagnert. Det de lærte i veiledning, ga dem fornyet tro på fremgang med pasienten, og de kjente seg mer forberedt og fokusert når de møtte pasientene igjen:

Når jeg nettopp har sett en video med en pasient, og jeg har på en måte gått veldig inn i detaljferdigheter, så føler jeg meg mye mer forberedt, fokusert og føler at jeg har en slags plan på en tydeligere måte. (...) Og det er veldig gøy å kunne å ha veiledning en dag og møte pasienten dagen etter.

Til tross for at alle sa at de dro nytte av de nye innsiktene og ferdighetene i arbeidet med andre pasienter, opplevde mange at veiledningen var så spesifikt knyttet til saken de fikk veiledning på, at det kunne være vanskelig å overføre det de lærte til andre situasjoner. Noen ble i tillegg så opptatt av å bruke de nye ferdighetene i neste møte med pasienten at de ikke var oppmerksomme på at pasienten da hadde andre behov:

[Etter veiledning] får du litt sånn ekstra gass, da. (...) Men det kan også være at jeg da vil for mye, eller at jeg ikke tar utgangspunkt i hvor pasienten er neste gang, fordi jeg er opptatt av hvor vi var forrige gang.

Psykologene opplevde videoveiledning som lærerikt og motiverende. Samtidig medførte det et innsnevret fokus, som kunne begrense overføringsverdien av det de lærte.

3. «Det gjør meg tryggere som terapeut og person»

Videoveiledning hadde hatt stor betydning for psykologenes trygghet på seg selv. Det å bli møtt med aksept i en sårbar situasjon og å få bekreftet at de gjorde en god nok jobb, fikk dem til å føle seg tryggere i møte med pasientene. Mange fortalte at de tok med seg denne tryggheten også utenfor terapirommet.

De fleste fortalte at de ofte tvilte på om de var gode nok terapeuter, og sa at videoveiledning bidro til å motvirke denne tvilen. De fikk bekreftet at timene som de viste, var krevende, og de følte seg mindre alene om å stå i utfordrende situasjoner. Mange fant også trygghet i at arbeidet deres ble vurdert og kvalitetssikret av andre. Veiledning på teknikk og veivalg ga dem i tillegg en opplevelse av å mestre terapimetoden bedre. Mange følte seg derfor tryggere når de møtte pasienten igjen:

Jeg kjenner på meg selv at jeg er tryggere, jeg er mer stødig, og jeg føler jeg er mer til hjelp og ser kanskje mer forbi det som hagler, eller det jeg oppfatter hagler mot meg. Og så klarer jeg mer å liksom gå forbi det.

Etter å ha jobbet med å legge merke til indre tilstander i pasienten, og reflektert rundt hva de selv hadde følt i timen, fortalte de fleste at de også ble mer oppmerksomme på egne og andres følelser i relasjoner utenfor terapirommet:

Jeg har lært utrolig mye om meg selv og mine reaksjoner. Å virkelig være oppmerksom på og se etter hvor pasienter og folk er. (...) For det er så utrolig mange signaler folk gir og kommer med, som jeg før var oblivious for. Så det har vært nyttig, både som kollega og mor og partner.

Ikke alle opplevde en like tydelig sammenheng mellom videoveiledning og personlig utvikling. Én fortalte at fokuset på tekniske aspekter av det terapeutiske arbeidet gjorde veiledningen mer instrumentell, og opplevde at dette kom i veien for utforskning av hans egne opplevelser:

Det er lite fokus på meg som terapeut sine reaksjoner og hvordan jeg opplever veiledning og sånt (...). Veiledningen er mer, som sagt, mer instrumentell. Ikke fokus på mine emosjonelle reaksjoner eller noe sånt.

Mange fortalte at videoveiledning hadde gjort dem tryggere som privatpersoner. Opplevelsen av å bli møtt på en ivaretagende måte når de så og viste frem egne feil, gjorde at de følte seg tryggere på seg selv, og mer komfortable med å gjøre feil:

Kanskje litt mer forsonet med mine egne mangler, kanskje. (...) At jeg blir litt mer konfrontert med det. Jeg kan ikke si at jeg har forsonet meg med det, men det hjelper på. Det hjelper meg veldig som terapeut, og det hjelper meg som person.

Videoveiledning gjorde psykologene tryggere som terapeuter og personer. De så det som en kvalitetssikring av arbeidet de gjorde, og opplevde mer selvaksept som følge av å ha blitt møtt på en ivaretagende måte når de viste seg sårbare.

Diskusjon

I samsvar med tidligere forskning (Brown et al., 2013; Gossman & Miller, 2012; McMahon & Ledden, 2019; Routon, 2017) tyder resultatene i denne studien på at videoveiledning kan gi psykologer faglige utviklingsmuligheter de ikke ville hatt uten videoopptak av timene. Våre funn og tidligere studier gir også grunn til å tro at videoveiledning kan være en viktig støtte og kvalitetssikring for psykologer (Bernard & Goodyear, 2019; Hawkins & McMahon, 2020), og bidra til kognitiv og emosjonell bearbeiding av terapitimer (Huhra et al., 2008). Samtidig kan videoveiledning være en mer krevende veiledningsform, og føre til mer angst i veiledning (Chow et al., 2015; Routon, 2017). Vi vet at angst kan svekke læringsevnen, også for psykologer i veiledning (Topor et al., 2017). Tidligere studier har fremhevet viktigheten av at veileder er bevisst på at videoveiledning er spesielt sårbart for psykologer, og tar hensyn til dette (Gossman & Miller, 2012; Routon, 2017). Våre funn kan tyde på at det er viktig at veiledere etterstreber en balanse mellom fokus på psykologenes terapitekniske forbedringspotensial og anerkjennelse av at det de gjør, ofte er godt nok. Prestasjonsangsten de opplever, bør også tematiseres og utforskes i veiledning.

Enkelte forskere har hevdet at videoveiledning kan bli så pasient- og ferdighetsfokuset at man glemmer andre deler av veiledningsprosessen (Haggerty & Hilsenroth, 2011). Våre deltakere fortalte at hovedfokus i veiledning var på terapiteknikk, og at veileder i liten grad tematiserte deres opplevelser av veiledningssituasjonen. Dette tyder på at videoveiledning kan føre til et smalere veiledningsfokus enn tradisjonell veiledning. Forskning har imidlertid vist at det kan være viktig å ha fokus både på pasienten, på terapeutferdigheter og på psykologers opplevelser av veiledningssituasjonen (Hawkins & McMahon, 2020). Utforskning av veiledningsrelasjonen, og av parallellprosesser i veiledning, kan gjøre psykologer mer bevisste på hvordan de påvirkes av å være del av en veiledningsgruppe, og bidra til en tryggere veiledningsrelasjon (Bernard & Goodyear, 2019). Dette kan styrke veiledningsprosessen og psykologers læringsutbytte, og bidra til

bedre behandlingsutfall (Patton & Kivlighan, 1997). Dersom videoveiledning fører til et for snevert fokus på terapiteknikk, kan det tenkes å gå på bekostning av utvikling på andre områder.

Mange av psykologene vi intervjuet, fortalte at det kunne være vanskelig å bruke ferdighetene de hadde lært i veiledning, på en måte som var tilpasset pasientene de møtte senere. Tidligere studier på terapeututvikling har vist at psykologer ofte har vansker med å bruke nye ferdigheter på en fleksibel måte, særlig hvis de er uerfarne (Hawkins & McMahon, 2020; Orlinsky et al., 2005). Videre har forskning på ferdighetsutvikling vist at denne tendensen kan forsterkes dersom man blir observert (Dreyfus & Dreyfus, 1988). Flere terapeututviklingsmodeller fremhever derfor at veiledning bør være tilpasset psykologers individuelle utviklingsnivå for å legge til rette for at de lærer det de har forutsetninger og behov for, og klarer å anvende det de lærer på best mulig måte (Bernard & Goodyear, 2019; Hawkins & McMahon, 2020). Dersom veiledere ikke tar hensyn til psykologenes faglige utviklingsnivå, og tilpasser innholdet i veiledningen basert på hvordan de utvikler seg mellom veiledningsmøtene, kan det tenkes å gå ut over hvor mye de lærer i veiledning, og forsterke tendensen til ufleksibel anvendelse av terapeutiske ferdigheter.

Utviklingen og utfordringene som våre deltakere beskrev, ligner endringsprosesser vi ser hos pasienter i psykoterapi. Gjennom et terapiforløp kan pasienter bli mer bevisste på tilstander i seg selv og andre, og bedre forstå hvordan mennesker påvirkes i samspill med hverandre (Bateman & Fonagy, 2019). Ved å bli møtt med ubetinget aksept når de viser sine sårbare sider, kan de bli mer komfortable med egne mangler, og oppleve mer selvaksept og trygghet i seg selv (Kohut, 1971; Rogers, 1957). I terapi skal psykologen opprettholde et tydelig, men fleksibelt fokus på pasientens utfordringer og vanskelige følelser, og samtidig unngå at pasienten blir overveldet av angst i timen (Abbass, 2015). Det skal også være rom for å utforske relasjonen mellom pasient og psykolog, og innholdet bør være tilpasset pasientens utviklingsnivå (Bateman & Fonagy, 2019). Tilsvarende kan det tenkes at videoveiledning krever en særlig bevissthet om balansen mellom fokus på psykologens læringsmuligheter og ivaretagelse av sårbarheten som denne formen for veiledning innebærer. Det kan også være viktig at veiledningen er tilpasset psykologens faglige utviklingsnivå, og gir rom for å reflektere rundt hvordan psykologene opplever veiledningssituasjonen, inkludert relasjonen til veileder og veiledningsgruppen.

Alle psykologene vi intervjuet, fortalte om opplevelser av usikkerhet og frykt for ikke å være gode nok terapeuter. Tidligere studier peker på at psykologer er sårbare for emosjonell utmattelse og utbrenthet som følge av usikkerhet på egen mestring, kombinert med det betydelige ansvaret man har som psykolog, og det uklare skillet mellom yrke og privatliv (Olaussen et al., 2010). Dersom videoveiledning gir psykologer mer trygghet og mestringstro som følge av bedre faglig utvikling, bearbeiding av utfordrende terapitimer og kvalitetssikring av arbeidet deres, er det tenkelig at det også kan bidra til at flere psykologer klarer å stå i en krevende jobb over tid.

Refleksivitet

I det fenomenologisk-hermeneutiske perspektivet på kvalitativ forskning anses forskningsresultater å være et produkt av interaksjonen mellom deltakernes og forskerens forforståelse, erfaringer og perspektiver, og den sosiale konteksten forskningen utføres i (Finlay & Gough, 2003). Forskeren må derfor være bevisst sin egen forforståelse, og ha et kontinuerlig refleksivt blikk på hvordan denne påvirker tolkningen av resultatene. Vi har selv interesse for målrettet trening i psykoterapi, hvor videoveiledning fremheves som spesielt viktig for terapeututvikling. Gjennom forskningsprosessen har vi reflektert rundt hvordan vår forståelse og gjengivelse har vært preget av våre egne interesser, preferanser og erfaringer, og samtidig forsøkt å få frem deltakernes subjektive opplevelser på en måte som var så nær deltakernes opplevelser som mulig, både i utformingen av intervjuguiden og i gjennomføringen og tolkningen av intervjuene.

Begrensninger

Denne studien har flere metodiske begrensninger. Studiens kvalitative forskningsdesign gjør at vi ikke kan trekke slutninger om årsakssammenhenger mellom videoveiledning og psykologers faglige og personlige utvikling. Vi intervjuet kun ni psykologer, hvor alle var etnisk norske. Vi søkte en terapiteoretisk bredde i utvalget, men de fleste deltakerne fikk veiledning i ISTDP eller EFT, som er opplevelsesorienterte terapiformer. Et større og mer heterogent utvalg kunne ha gitt et rikere og annerledes bilde av psykologers opplevelser med videoveiledning. Utvalgsstørrelsen og det kvalitative forskningsdesignet medførte i tillegg at vi ikke kunne synliggjøre potensielt meningsfulle forskjeller mellom videoveiledning i de ulike terapiformene. Alle deltakerne var positive til videoveiledning, mens psykologer som takket nei til eller ikke svarte på invitasjonen, kan ha hatt negative opplevelser eller holdninger. Dette antyder en mulig selv-seleksjon til studien som kan ha påvirket resultatene. Den betydelige variasjonen i hvor lenge deltakerne hadde fått videoveiledning, kan også ha medført at vi ikke fanget opp viktige nyanser i hvordan det oppleves av psykologer med mye eller lite erfaring med videoveiledning.

Implikasjoner

Funnene i denne studien har, tross metodiske begrensninger, potensielt viktige implikasjoner for klinisk praksis og forskning. Videoveiledning kan bidra til psykologers faglige utvikling og opplevelse av trygghet i psykologrollen. Samtidig er det en krevende form for veiledning. Veiledere og psykologer bør være bevisst på at videoveiledning kan medføre så mye angst at det går ut over hvor mye psykologene lærer i veiledning, og de bør kjenne til hva som kan gjøre det mindre ubehagelig. Videoveiledning kan også medføre et snevrere veiledningsfokus, som kan gå på bekostning av psykologers faglige utvikling. Fokus i videoveiledning bør være balansert mellom pasienten og tekniske aspekter ved metoden de veileder i på den ene siden, og psykologenes opplevelser av seg selv og veiledningssituasjonen på den andre. I tillegg bør veiledere tilpasse veiledningen til den enkelte psykologens utviklingsnivå, slik at de

lærer ferdigheter som er tilpasset hvor de er i sin faglige utvikling, og klarer å anvende ferdighetene på en presis og fleksibel måte.

Vi trenger mer kunnskap om hvordan psykologer opplever videoveiledning tilknyttet andre terapimodeller enn de som vi har inkludert, samt om det finnes psykologer med mindre positive holdninger til videoveiledning enn våre deltakere, og hvilke erfaringer de har gjort seg. Det vil også være viktig å undersøke hvordan veiledere opplever muligheter og utfordringer i videoveiledning. Videre forskning bør i tillegg utforske mulige årsakssammenhenger mellom videoveiledning, terapeututvikling og behandlingsutfall.

Konklusjon

Våre funn i denne studien tyder på at videoveiledning kan være en spesielt sårbar opplevelse for psykologer. Ubehaget det vekker, kan dempes dersom de blir møtt på en ivaretagende måte av veileder og veiledningsgruppen. Samtidig kan videoveiledning tenkes å gjøre dem tryggere i terapeutrollen og som personer, og gi dem nye muligheter til faglig utvikling. På den annen side medfører det spesifikke læringsutfordringer. Veiledere bør være bevisst på disse utfordringene og tilpasse veiledningen til den enkelte psykolog for å kunne utnytte læringspotensialet i videoveiledning best mulig.

— Vis referanser

Abbass, A. (2004). Small-group videotape training for psychotherapy skills development. *Academic* Psychiatry*, 28(2), 151–155. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.28.2.151>

Abbass, A. (2015). *Reaching through resistance: advanced psychotherapy techniques*. Seven Leaves Press.

Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2009). *Reflexive methodology: New vistas for qualitative research*. Sage.

American Psychological Association. (2009). *Different approaches to psychotherapy*. <https://www.apa.org/topics/therapy/psychotherapy-approaches>

American Psychological Association. (2014). *APA Guidelines for clinical supervision in health service psychology*. <https://www.apa.org/about/policy/guidelines-supervision.pdf>

Association for Counselor Education and Supervision. (2011). *Best Practices in Clinical Supervision*. <https://acesonline.net/wp-content/uploads/2018/11/ACES-Best-Practices-in-Clinical-Supervision-2011.pdf>

Aveline, M. (1992). The use of audio and videotape recordings of therapy sessions in the supervision and practice of dynamic psychotherapy. *British Journal of Psychotherapy*, 8(4), 347–358. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0118.1992.tb01198.x>

Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2019). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. American Psychiatric Publishing.

Bernard, J. M. & Goodyear, R. K. (2019). *Fundamentals of clinical supervision* (6. utg.). Pearson.

Binder, P. E., Holgersen, H. & Moltu, C. (2012). Staying close and reflexive: An explorative and reflexive approach to qualitative research on psychotherapy. *Nordic Psychology*, 64(2), 103–117. <https://doi.org/10.1080/19012276.2012.726815>

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

- Brown, E., Moller, N. & Ramsey-Wade, C. (2013). Recording therapy sessions: What do clients and therapists really think? *Counselling and Psychotherapy Research*, 13(4), 254-262. <https://doi.org/10.1080/14733145.2013.768286>
- Castonguay, L. G. & Hill, C. E. (2017). *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects*. American Psychological Association. <https://doi-org.pva.uib.no/10.1037/0000034-000>
- Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A. & Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(3), 337-345.
- <https://doi.org/10.1037/pst0000015> Dreyfus, H. L. & Dreyfus, S. E. (1988). *Mind over machine: The power of human intuition and expertise in the era of the computer* (2. utg.). The Free Press.
- Finlay, L. & Gough, B. (2003). *Reflexivity: A practical guide for researchers in health and social sciences*. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470776094>
- Gadamer, H.-G. (2012). *Sannhet og metode: grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Pax.
- Geller, J. D., Norcross, J. C. & Orlinsky, D. E. (2005). *The psychotherapist's own psychotherapy: patient and clinician perspectives*. Oxford University Press.
- Goldberg, S., Rousmaniere, T., Miller, S., Whipple, J., Nielsen, S., Hoyt, W. & Wampold, B. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 1-11. <https://doi.org/10.1037/cou0000131>
- Gossman, M. & Miller, J. H. (2012). 'The third person in the room': Recording the counselling interview for the purpose of counsellor training – barrier to relationship building or effective tool for professional development? *Counselling and Psychotherapy Research*, 12(1), 25-34. <https://doi.org/10.1080/14733145.2011.582649>
- Haggerty, G. & Hilsenroth, M. J. (2011). The use of video in psychotherapy supervision. *British Journal of Psychotherapy*, 27(2), 193-210. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0118.2011.01232.x>
- Hawkins, P. & McMahon, A. (2020). *Supervision in the helping professions* (5. utg.). Open University Press.
- Heidegger, M. (2007). *Væren og tid*. Pax.
- Hill, C. E. & Knox, S. (2013). Training and supervision in psychotherapy. I M. J. Lambert (red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. utg., s. 775-811). Wiley.
- Huhra, R. L., Yamokoski-Maynhart, C. A. & Prieto, L. R. (2008). Reviewing videotape in supervision: A developmental approach. *Journal of Counseling and Development*, 86(4), 412-418. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2008.tb00529.x>
- Knox, S. & Hill, C. E. (2021). Training and supervision in psychotherapy: What we know and where we need to go. I M. Barkham, W. Lutz & L. G. Castonguay (red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (7. utg., s. 327-349). John Wiley & Sons.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. University of Chicago Press.
- Ladany, N., Hill, C. E., Corbett, M. M. & Nutt, E. A. (1996). Nature, extent, and importance of what psychotherapy trainees do not disclose to their supervisors. *Journal of Counseling Psychology**, 43(1), 10-24. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.43.1.10>
- Levenson, H. (2006) Time-limited dynamic psychotherapy. I A. B. Rochlen (red.), *Applying counseling theories: An Online Case-based Approach* (s. 75-90). Pearson.
- McMahon, A. & Ledden, K. (2019). Recording client sessions during psychotherapy training: From «an absurd idea» to «potent learning». *Counselling and Psychotherapy Research*, 19(3), 241-251. <https://doi.org/10.1002/capr.12209>
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., Ulleberg, P. & Rønnestad, M. H. (2013). Psychotherapists' self-reports of their interpersonal functioning and difficulties in practice as predictors of patient

outcome. *Psychotherapy Research*, 23(1), 86-104.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2012.735775>

Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L. & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(6), 361-373.
<https://doi.org/10.1002/cpp.383>

Orlinsky, D. E., Botermans, J. F. & Rønnestad, M. H. (2001). Towards an empirically grounded model of psychotherapy training: Four thousand therapists rate influences on their development. *Australian Psychologist*, 36(2), 139-148. <https://doi.org/10.1080/00050060108259646>

Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Collaborative Research Network of the Society for Psychotherapy Research. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. American Psychological Association. <https://doi-org.pva.uib.no/10.1037/11157-000>

Pascual-Leone, A., Wolfe, B. J. & O'Connor, D. (2012). The reported impact of psychotherapy training: Undergraduate disclosures after a course in experiential psychotherapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 11(2), 152-168. <https://doi.org/10.1080/14779757.2011.648099>

Patton, M. J. & Kivlighan Jr, D. M. (1997). Relevance of the supervisory alliance to the counseling alliance and to treatment adherence in counselor training. *Journal of Counseling Psychology*, 44(1), 108. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.44.1.108>

Reichelt, S., Gullestad, S. E., Hansen, B. R., Rønnestad, M. H., Torgersen, A. M., Jacobsen, C. H., Nielsen, G. H. & Skjerve, J. (2009). Nondisclosure in psychotherapy group supervision: The supervisee perspective. *Nordic Psychology*, 61(4), 5-27. <https://doi.org/10.1027/1901-2276.61.4.5>

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy*. Constable.

Rousmaniere, T. (2017). *Deliberate practice for psychotherapists: A guide to improving clinical effectiveness*. Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781315472256>

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

Routon, M. (2017). *A phenomenological inquiry of counseling trainees' experiences of reviewing video-recorded psychotherapy sessions in supervision. [Doktorgradsavhandling]. Fielding Graduate University. ProQuest Dissertations Publishing.

Topor, D. R., AhnAllen, C. G., Mulligan, E. A. & Dickey, C. C. (2017). Using video recordings of psychotherapy sessions in supervision: Strategies to reduce learner anxiety. *Academic Psychiatry*, 41(1), 40-43. <https://doi.org/10.1007/s40596-016-0605-0>

Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2. utg.). Taylor & Francis Inc. <https://doi.org/10.4324/9780203582015>

Watkins, C. E. (2011). Does psychotherapy supervision contribute to patient outcomes? Considering thirty years of research. *Clinical Supervisor*, 30(2), 235-256. <https://doi.org/10.1080/07325223.2011.619417>

Webb, C. A., DeRubeis, R. J. & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(2), 200-211. <https://doi.org/10.1037/a0018912>