



Medfølelsesfokusert terapi

På hvilken måte har Medfølelsesfokusert terapi (CFT) fått betydning for faglig utvikling hos behandlere innen psykisk helsevern?

Monica Fosse

VID vitenskapelige høgskole

Oslo

Masteroppgave

Master i helsefremmende relasjonsarbeid

Antall ord: 22 949

Dato 15.05.2023

Forord

Jeg forstod ikke helt hva jeg begav meg ut på da jeg bestemte meg for å skrive en masteroppgave innen helsefremmende relasjonsarbeid. Ikke visste jeg at den skulle volde så mye bekymring og smerte på den ene siden, samtidig som at den underveis ville gi meg massevis av begeistring og entusiasme, noe som har vært drivkraften til å fortsette skrivearbeidet.

Dette har vært en reise der jeg har økt min faglige kunnskap og lært å gjennomføre en kvalitativ forskning. På denne reisen har jeg samtidig også blitt tvunget til å gå dypere i meg selv og kjenne på mine egne følelser av skam og selvkritikk, - frykt for ikke å få det til og for ikke å være god nok. Jeg har måttet minne meg selv på at dette er universelle følelser som alle kjenner på, og som er en del av livet. Øvelsene i CFT har vært til hjelp, men selv med disse har jeg ikke kommet utenom disse følelsene.

Jeg har flere å takke. Først og fremst vil jeg takke de tre deltakerne mine som stilte opp til intervju, og som gjorde denne oppgaven mulig. Underveis har jeg delt materiale med medstudenter som har kommet med innspill og nyttige bidrag i prosessen. Dere fortjener også en takk. Min gode veileder, Aud Ragnhild Misund, vil jeg takke for de gode og konstruktive tilbakemeldingene på arbeidet mitt, og som har ført meg videre da jeg stod fast. Ellers vil jeg takke min gode kollega, Åsne Hoff Hadland, som var den første som introduserte meg for medfølelsesfokusert terapi. Du har vært en fantastisk motivator og inspirasjon for meg i dette arbeidet. Til slutt vil jeg takke gode venner som har heiet på meg underveis, og min gode familie som har hatt forståelse for at jeg ikke alltid har kunnet være så tilgjengelig for dem.

Sammendrag

Jeg har i denne kvalitative studien hatt til hensikt å finne ut hvilke erfaringer mine informanter har ved å praktisere medfølelsesfokusert terapi, og hvordan denne metoden har hatt betydning for deres faglige og personlige utvikling i arbeidet som terapeut i psykisk helsevern.

Studien er vitenskapsfilosofisk forankret i en fenomenologisk-hermeneutisk tradisjon. Det kvalitative forskningsintervjuet er blitt brukt, og funnene analysert ved hjelp av Kirsti Malteruds systematiske tekstkondensering (STC).

Funnene er drøftet opp mot teorien bak Medfølelsesfokusert terapi (CFT), utviklet av Paul Gilbert. Supplert med teori om nyere psykodynamisk relasjonsforståelse, Katie Erikssons vårdvitenskap og Kari Martinsens omsorgsetikk.

Funnene avdekker tre hovedtema: *Å ta vare på seg selv, Å være et medmenneske i relasjonen og Likeverd*. Behandleres egen erfaring med medfølelsesfokusert terapi har ført til at de er mer bevisst på å støtte seg selv, de er mindre selvkritiske og modigere i terapirommet. De beskriver at de møter pasienten med mer nærvær, ømhet og kjærlighet. Pasient-behandlerforholdet blir betegnet som å møtes i felles menneskelighet, noe som bidrar til at avstanden mellom behandler og pasient reduserer. Metoden oppleves av behandleren som en integrert tenke- og handlemåte. Det tas stilling til samfunnet vi lever i, og betydningen av å utøve medfølelse og kjærlighet både i terapirommet og utenfor.

Abstract

In this qualitative study, I have intended to find out what experiences my informants have in practicing compassion-focused therapy, and how this method has had an impact on their professional and personal development in their work as a therapists' in mental health care.

The study is philosophically rooted in a phenomenological-hermeneutic tradition. The qualitative research interview has been used, and the findings analyzed using Kirsti Malterud's systematic text condensation (STC).

The findings are discussed against the theory behind Compassion Focused Therapy (CFT), developed by Paul Gilbert. Supplemented with theory on recent psychodynamic relational understanding, Katie Eriksson's care science and Kari Martinsen's ethics of care.

The findings reveal three main themes: Taking care of oneself, Being a fellow human being in the relationship and Equality. Therapists' own experience with compassion-focused therapy has led to them being more aware of supporting themselves, they are less self-critical and braver in the therapy room. They describe that they meet the patient with more presence, tenderness and love. The patient-therapist relationship is described as meeting in common humanity, which contributes to reducing the distance between therapist and patient. The method is experienced by the practitioner as an integrated way of thinking and acting. A position is taken on the society we live in, and the importance of exercising compassion and love both in the therapy room and outside.

Innhold

1 Innledning.....	6
1.1 Introduksjon og bakgrunn for tema	6
1.1.1 Medfølelsesfokusert terapi (CFT).....	7
1.2 Tidligere forskning.....	8
1.3. Problemstilling.....	11
1.4. Teorigrunnlag	11
1.4.1 Teorien bak medfølelsesfokusert terapi	11
1.4.2 Nyere psykodynamisk relasjonsforståelse	14
1.4.3 Empati og medfølelse.....	17
1.4.4 Mindfulness	18
1.4.5 Vårdvitenskap.....	19
1.4.6 Omsorgsetikk.....	20
1.5 Begreper og avgrensning.....	21
1.6 Oppgavens disposisjon	21
2 Metode og forskningsdesign	22
2.1. Valg av metode.....	22
2.1.1 Fenomenologi.....	23
2.1.2 Hermeneutikk.....	24
2.2. Rekruttering og utvalg av informanter.....	25
2.3 Intervjuguide og gjennomføring av intervjuene.....	27
2.4 Transkribering.....	28
2.5 Forforståelse.....	29
2.6 Forskning og etikk.....	31
2.7 Analyse	33
2.7.1 Første trinn: Helhetsinntrykk og foreløpige temaer	33
2.7.2 Andre trinn: Meningsbærende enheter	34
2.7.3 Tredje trinn: Kondensering.....	34
2.7.4 Fjerde trinn: Å sammenfatte betydningen.....	35
2.8 Reliabilitet og validitet.....	38
2.8.1 Reliabilitet.....	38
2.8.2 Validitet	41
3 Funn.....	44
3.1 Å ta vare på seg selv	45
3.1.1 Behandle meg selv som en venn.....	45

3.1.2 Være mindre selvkritisk til meg selv.....	46
3.1.3 Romme det som kommer.....	46
3.2 Å være et medmenneske i relasjonen.....	47
3.2.1 Det felles menneskelig	47
3.2.2 Å møte pasienten med nærvær	48
3.2.3 Å vise ømhet og kjærighet.....	49
3.3 Likeverd	50
3.3.1 En integrert tenke- og handlemåte	51
3.3.2 Et felles prosjekt	52
3.3.3 Å minske avstanden mellom oss og dem	52
4 Drøfting.....	54
4.1. Å ta vare på seg selv	54
4.2 Å være et medmenneske i relasjonen.....	59
4.3. Likeverd	64
4 Avslutning	66
Bibliografi	67
Vedlegg.....	71
Vedlegg 1 CFT – Øvelser (Oversatt til norsk fra positivepsychology.com)	71
Vedlegg 2: Vurdering av behandling av personopplysninger.....	78
Vedlegg 3	79
Vedlegg 4	82

1 Innledning

1.1 Introduksjon og bakgrunn for tema

En genuin interesse for relasjoner, egenutvikling og selvrefleksjon danner bakgrunnen for denne studien. Synet på viktigheten av relasjonen mellom hjelper og den hjelpetrengende innen psykisk helsearbeid har vært og er i stadig utvikling. Sigmund Freud var en av de første til å hevde at relasjonen mellom behandler og pasient var en variabel som kunne ha betydning for behandling og pasientens bedringsprosess. Noen tiår senere poengterte Carl Rogers viktigheten av at behandlere hadde visse kvaliteter, så som ekthet, empati og en genuin interesse for pasienten. Dette for å kunne opprette en god relasjon med pasienten og dermed gi god behandling (Bachelor & Horvath, 1999). Samtidig har det blitt utviklet ulike metoder og teknikker innen psykologisk behandling, samt at medisiner har fått en større plass i behandlingen. Det har i lengre tid vært en pågående diskusjon om hvilke faktorer som er viktigst for en god behandling, de spesifikke faktorene som omhandler ulike terapiteknikker, eller fellesfaktorene som betydningen relasjonen inngår i. Blant annet hevdet Baldwin, Wampold og Imel at det var behandlerens evne til å opprette gode relasjoner som var suksessfaktoren for vellykkede terapier. Samtidig ble det påpekt at man ikke må tenke enten eller, men heller legge vekt på at de to faktorene må virke sammen i en felles vev (Tilden, 2013). Så vidt jeg har registrert kan det se ut som at relasjon og samhandling mellom behandler og pasient stadig får økt oppmerksomhet. Et uttrykk for dette er blant annet at det i løpet av de siste åtte årene har blitt opprettet to forskjellige masterløp som nettopp retter søkelyset på relasjoner, «Master i relasjonsbehandling» som startet opp ved universitetet i Stavanger i 2015, og «Master i helsefremmende relasjonsarbeid» ved VID Oslo i 2020, som jeg er en del av.

Jeg ønsker i denne studien å bringe inn et kanskje noe utvidet syn på relasjoner i psykisk helsevern der medmenneskelighet og medfølelse får en større plass. Jeg er spesielt opptatt av at for å kunne opprette gode relasjoner med andre mennesker så må man se på hvilken relasjon man har til seg selv. Ikke minst må dette være gjeldende for terapeuter i psykisk helsevern. Min mening er at det holder ikke å lese «fine ord» om hvilke verdier og egenskaper som trengs i behandleryrket, hvis det ikke foregår en bevisst selverkjennelse rundt at de verdiene man har blir praktisert. Man må være åpen for og villig til å se på

skyggesidene i seg selv, som et bidrag til å forstå og klare å sette seg inn i mange av de sammensatte og traumatiske opplevelsene pasientene deler.

Betydningen av selvinnsikt og hvordan man klarer å håndtere egne utfordringer er noe flere forskere og forfattere også har poengtert. Som helsearbeidere bør vi være selvbevisste og i kontinuerlig utvikling, da vi alle har forskjellige livshistorier og forutsetninger for hvordan vi klarer å håndtere smertefulle situasjoner. Skårderud et al. (2018) presiserer at vi alle har en relasjonshistorie og en «bagasje» med små eller store traumer, og kanskje til og med pågående utfordringer i livet. Schibbye (2009) uttrykker at vi i møter med pasienter kommer med, i tillegg til det bevisste, også med ubevisste væremåter som vi har vært nødt til å ta i bruk. Derfor må vi som behandlere hele tiden være åpen for å ransake oss selv, og være observante på eventuelle overføringer og motoverføringer som kan oppstå i møter med pasienter. Forfatteren Skau (2017) er spesielt opptatt av personlig utvikling av helsearbeidere. I boka, *Gode fagfolk vokser*, hevder hun at personlig utvikling er en viktig del av profesjonaliteten. Den befinner seg i skjæringspunktet mellom person og fag, ved at vi jevnlig utforsker og utfordrer våre holdninger og verdier, tenkesett og væremåter.

Gjennom studier og oppsøkende virksomhet har jeg blitt kjent med medfølelsesfokusert terapi (CFT), som på engelsk blir betegnet som Compassion Focused Therapy. Siden denne behandlingsmetoden har elementer av det jeg synes er viktig og interessant med hensyn til behandleres faglige og personlige utvikling, har jeg valgt å gjøre en kvalitativ forskning for å undersøke hvilke erfaringer behandlere som bruker CFT har.

1.1.1 Medfølelsesfokusert terapi (CFT)

Medfølelsesfokusert terapi (CFT) bygger på forskning og verktøy fra evolusjonsteori, nevrovitenskap, tilknytningsteori og buddhistisk psykologi. Psykolog og professor, Paul Gilbert, startet sin utvikling og forskning av CFT i år 2000, regnes som grunnleggeren av CFT. Han jobbet i utgangspunktet med kognitiv terapi, men fant ut at mange mennesker med et høyt lidelsestrykk preget av mye skam og selvkritikk, ikke klarte å nyttiggjøre seg denne terapien. Ved å gå veien om, og jobbe med selvmedfølelse, viste seg etter hvert å gi en god effekt for endring av tankesett og tilfriskning. Det som er spesielt med denne behandlingsformen, er at behandlere selv lærer seg øvelsene og praktiserer det de lærer ut. Med det er de aktive og bevisste rundt sine egne prosesser, noe som blant annet bidrar til at

man, ifølge Gilbert, i større grad klarer å skape en tillitsfull, ydmyk og mest mulig likeverdig relasjon mellom behandler og pasient (Gilbert, 2010).

1.2 Tidligere forskning

Etter å ha søkt i ulike databaser har jeg funnet ut at det er forsket en del på medfølelsesfokusert terapi (CFT) som metode ved behandling av flere ulike psykiske lidelser, med en hovedvekt på spiseforstyrrelsesproblematikk. Mesteparten av forskningen er gjort i Storbritannia, men det finnes også forskning utført i USA, Canada og Australia. På Modum Bad foreligger det blant annet en forskning der CFT ble brukt i behandlingen. Forskningen tar opp sammenhengen mellom spiseforstyrrelser og barndomstraumer (Olofsson, et al., 2022).

Mitt fokus har vært å ha søkelys på hvilken innvirkning CFT har på behandlere som bruker metoden i sin praksis i psykisk helsevern, og hvordan denne har hatt innvirkning på deres faglige utvikling. Ved søk i Chinal, PsycINFO(OVID) og Academic search elite, plukket jeg ut artikler som jeg fant interessante.

Bibeu et al (2020) påpeker at det har vært en økende interesse for mindfulness-meditasjon og dens anvendelser i psykoterapi, og at interessen for tilsvarende praksis med medfølelsesmeditasjon også har økt. Mindfulness-meditasjon handler om å utvikle en åpen bevissthet og øke evnen til å ivareta det som oppstår i øyeblikket med aksept, mens medfølelsesmeditasjon fokuserer på å utvikle spesifikke egenskaper eller dyder gjennom veiledet meditasjon.

Bibeu et al. (2020) gjorde en studie som undersøkte hvilken innflytelse medfølelsesmeditasjon hadde for psykoterapeuters evne til å oppleve empati, i forhold til den erfaringen de allerede hadde med mindfulness-meditasjonspraksis. Deltakerne i studien rapporterte at medfølelsesmeditasjon først og fremst forbedret deres selvmedfølelse. Ellers rapporterte de endret empatisk opplevelse gjennom større tilstedeværelse i terapitimen, og de opplevde å ha mer toleranse for pasientene. De rapporterte også at medfølelsesmeditasjonen gjorde dem i stand til å oppleve altruistisk kjærlighet i det terapeutiske forholdet, og å føle mindre prestasjonspress. Deltakerne klarte dermed bedre å ta vare på seg selv, og følte at deres intervensjoner var mer autentiske. En av deltakerne i studien til Bibeu et al. forklarte at empati hjalp terapeuten til å være mer nærværende og til stede når lidelsen ble hørt og følelsesmessig imot. Medfølelse hjalp terapeuten til å

kjenne kjærlighet til den lidende innenfor en større dimensjon enn den symptomene alene presenterte. Medfølelse så altså ut til at å gi rom for at kjærlighet i psykoterapi kan ha stor betydning. Terapeuter er ofte ukomfortable med tanken om at kjærlighet er en del av terapien, da upassende former for kjærlighet i terapeutisk sammenheng ofte skaper ytterligere lidelse for individer som allerede er såret. Likevel kan det å unngå temaet kjærlighet, enten det er av vitenskapelige eller etiske grunner, eller rett og slett av forlegenhet, gjøre ting verre. Som Firman og Gila (2010) påpeker: Hvis altruistisk kjærlighet faktisk er sentralt i psykoterapi, og terapeuter ikke innser dette, kan den enorme kraften i denne kjærligheten forveksles med andre typer kjærlighet som romantisk kjærlighet, vennskap eller foreldrekjærlighet. Det vil si at terapeuter som ikke er klar over at de opplever altruistisk kjærlighet, kan føres inn i romantikk, vennskap eller foreldreskap med sine klienter, som er brudd i det terapeutiske forholdet (Bibeu et al., 2020).

I Forskningen til Gale et al. (2017) deltok ti deltakere og deres erfaring med bruk av metoden i terapi. Deltakerne rapporterte at det opplevdes veldig rart i starten ved innlæringen av øvelsene, men at når de ble godt kjent med dem, og fikk mer trening i utøvelsen, opplevdes øvelsene veldig kraftfulle. Tidligere hadde enkelte av dem kjent at de hadde en tendens til å legge mye press og ansvar på seg selv i møte med pasienter. Praktisering av øvelsene hjalp dem til å minske det, og bidro til at de klarte å være mer tilstede for pasientene, tåle pasientenes smerter og dermed klare å ha mer aksept rundt lidelsen til pasientene. Videre kunne de kjenne på en større ro under terapitimen. Deltakerne ble også mer bevisst på hva de tok med seg inn i terapitimen. Enkelte av deltakerne oppga at det opplevdes som en måte «å komme sammen på» i en felles menneskelighet. Tilbakemeldinger fra pasienter viste at de opplevde situasjoner mindre stigmatiserende når de visste at behandlere også jobbet med seg selv. Det ble en mindre «oss og dem» holdning, samt at tilliten og troverdigheten til behandleren ble styrket.

Bell et al. (2017) har forsket på psykologstudenters bruk av et utvalg av meditasjons- og medfølelsesøvelsene i CFT, blant annet øvelsen om å skape en medfølende indre veileder. Analysen viste at selv om alle deltakerne i studien i begynnelsen beskrev blokkeringer i forhold til øvelsene, klarte alle å engasjere seg i personlig praksis. For mange var det å anerkjenne og å jobbe med slike hinder inngangsporten til å identifisere områder i seg selv som trengte refleksjon og omsorg, samt selvmedfølelse. Den medfølende indre veilederen

psykologstudentene skapte inni seg varierte, men sammenfalt med den enkeltes behov, og som så kunne gi dem medfølelse og støtte når de stod overfor terapeutiske utfordringer. Det å forestille seg den medfølende indre veileder førte til reduksjon i selvkritikk og skam, og deltakerne opplevde økt psykologisk motstandskraft. Deltakerne i forskningsstudiet erfarte at medfølelse forsterket evnen til å bevisst observere seg selv, samtidig som at de klarte å være mer til stede i terapirommet.

På tross av at de terapeutiske fordelene med medfølelsesfokusert terapi (CFT) er mange, og har vist å gi effekt, påpekte McEwan og Minou (2022) at mange terapeuter opplevde prosessen med å utvikle medfølelse i det terapeutiske rom som utfordrende. Mange pasienter kunne oppleve frykt, blokkeringer og motstand, noe som gjorde at terapeutene noen ganger valgte en annen terapiform. I forskningsartikkelen fremheves viktigheten av å erkjenne at motstand mot medfølelsesfokusert terapi kan oppstå, og at man er forberedt på å finne måter å overkomme denne motstanden på. Dette var noe terapeutene også kjente på. Forskningen deres viste at pasientenes motstand mot å jobbe med medfølelse i det terapeutiske rom, ofte var forbundet med misforståelser om hva medfølelse er. Det kom frem i forskningen at medfølelse hos enkelte ble assosiert med «medlidenhet» og «svakhet», begreper som kunne oppleves som negative hos enkelte. De fremhevet forskningsfunnet som betydningsfullt, fordi feil oppfattelse og forståelse av hva medfølelse er, undergraver det terapeutiske potensialet som finnes i CFT. De trakk frem at det bare er når medfølelse blir forstått på riktig måte, og at det finnes en motivasjon til å bruke dette at det kan oppleves virkningsfullt. Det vil si å ha en kognitiv evne til å forstå hva som kreves for å være medfølende, og ha en motivasjon til å handle ut fra denne forståelsen. McEwan & Minou (2022) påpekte at for å forstå og bruke medfølelse er en prosess som tar tid, fordi det innebærer en endring av vanlige misoppfatninger og tilpasning av ny kunnskap. Den nye kunnskapen som må assimileres er at medfølelse krever styrke, visdom og mot, og at det innebærer en motivasjon og kompetanse. Denne prosessen er ofte ikke lineær og rett frem, da det tar tid å forstå hva medfølelse i CFT egentlig dreier seg om.

1.3. Problemstilling

” På hvilken måte har medfølelsesfokusert terapi (CFT) fått betydning for faglig utvikling hos behandlere i psykisk helsevern.

Forsknings spørsmål:

- Hvilke erfaringer har behandlere som praktiserer CFT med metodens innvirkning på deres egen utvikling som behandlere?
- Hvordan opplever behandlere at behandlingsmetoden har hatt innvirkning på relasjonen med pasientene?
- Hvordan opplever behandlere at behandlingsmetoden har hatt betydning for egen relasjonskompetanse?

1.4. Teorigrunnlag

Jeg vil i dette kapittelet redegjøre mer utfyllende om medfølelsesfokusert terapi. Videre vil jeg skrive om relasjoner og nyere psykodynamisk relasjonsforståelse. Katie Erikssons vårdvitenskap og Kari Martinsens omsorgsteori blir også inkludert her. Teori om vårdvitenskap er for det meste hentet fra Nina Elisabeth Blegens avhandling *Kallet til livets embete* og Anne Marie Thorkildsens doktorgrad, *Kjærlighetens vesen i møte med lidelse*.

1.4.1 Teorien bak medfølelsesfokusert terapi

Som nevnt bygger medfølelsesfokusert terapi (CFT) sin teori på elementer fra evolusjonsteori, tilknytningsteori, nevrovitenskap og buddhistisk psykologi. Gilbert (2009, 2010) gir i sin teori en grundig redegjørelse om vitenskapelige studier av psykologi og menneskehjernen. Forskning viser hvilken betydning omsorg, medfølelse og prososial handling har for å utvikle en god mental helse. Fra tidligere av var omsorg og medfølelse noe som mer hørte til i spirituelle og religiøse tradisjoner. Dalai Lama, som var en sentral person innen buddhismen, var en foregangsmann for å utvikle øvelser som la vekt på å øve sinnet i medfølelse. Han skal blant annet ha uttalt at medfølelse er en ferdighet som kan utvikles og forbedres gjennom målrettet trening, og sammenlignet det med å lære seg å spille et musikkinstrument. Å trene på medfølelse kan ha stor betydning for grunnleggende trekk ved

selvbildet vårt, da det har påvirkning på hvordan vi opplever oss selv og verden, samt hvordan sinnet vårt organiserer seg selv. Så på den måten kan man se på medfølelse som en helingsprosess for våre omskiftelige indre liv og relasjoner til andre mennesker. Kristin Neff (2021) er, sammen med Paul Gilbert, en sentral person i utviklingen av medfølelse og selvmedfølelsesøvelsene som er det grunnleggende i utøvelsen av CFT (Gilbert, 2009, 2010).

Tilknytningsteorien står sentralt i CFT. Grunnleggeren, John Bowlby, forsket på forholdet mellom spedbarn og mødre og dens betydning for en sunn og god utvikling for barnet. Det mest sentrale er kvaliteten på relasjonen mellom foreldre og barn, og hvordan foreldrene klarer å være tilgjengelige og gi omsorg på en måte som er med å lindre og regulere barnets følelser (Wennerberg, 2011). Gilbert (2010) hevder at Bowlby har hjulpet oss til å forstå at det ikke bare er fra fødselen av at vi er biologisk mottakelige for å respondere på omsorg og vennlighet fra andre mennesker. Det er også veldig viktig at vi blir møtt med vennlighet og omtanke på alle stadier i livet, spesielt når vi opplever hendelser som volder smerte, som for eksempel tap av noen som står oss nær. Å omgås vennlige og kjærlige mennesker har innflytelse på hvordan vi opplever vår mentale helse og trivsel, noe som igjen har påvirkning på kroppene våre. Stresshormoner skifter i takt med om vi kjenner på kjærlighet eller opplever konflikter i relasjonene til de rundt oss. Dette gjelder også i hvor stor grad vi klarer å håndtere vanskelige situasjoner i livet, og hvordan vi kan se på oss selv med vennlighet og varme. I følge Gilbert finnes det nå forskere, innen flere forskningsfelt, som studerer betydningen av hvordan vennlighet og omsorg er med på å styrke mennesker og hvordan man kan nyttiggjøre seg denne styrken (Gilbert, 2009).

Spesielt interessant har det blitt å studere hjernens utvikling. Barn i begynnelsen av livet er særlig sårbare, og de trenger en lang tilknytningsperiode der de blir tatt godt vare på. Samspillet med foreldrene stimulerer hjernene til å vokse på forskjellige måter. Forskning har vist at hvis barn for eksempel blir utsatt for langvarig stress, kan det skade både hjernen og immunforsvaret. Det vil si at kvaliteten på omsorgen som blir gitt er med å påvirke hvordan hjernene utvikler seg (Gilbert, 2009).

Medfølelse er i mange sammenhenger blitt sett på som et moralsk standpunkt, som at hvis en person er god mot et annet menneske, så vil den andre være god tilbake. Forskere har funnet ut at det ikke er så enkelt, da hjernen vår dominerer mye av hvilke følelser og tanker som oppstår i oss uavhengig av situasjon. Vi kan ha ønsker om å ha gode følelser og godt

humør, men mange ganger er det ikke dette som er tilfellet da vonde følelser og emosjoner som vi ikke liker kan komme opp i oss. Gilbert viser til John Naish som hevder at hjernene våre har utviklet seg for å overleve knapphet gjennom millioner av år, noe som betyr at vi alltid er på utkikk etter noe mer. Dette kan være noe av forklaringen på at selv om mange mennesker på kloden lever i et samfunn preget av overflod og rikdom, blir de ikke tilfredse. I tillegg er det krefter i samfunnet vårt, blant annet i reklameindustrien, som forteller oss at vi ikke har nok, og at vi stadig trenger nye ting for å ha det bra. Så på tross av at vi har fått det bedre materielt, øker andelen av mennesker som sliter med psykiske lidelser i verden (Gilbert, 2009).

Evnen til emosjonell regulering er et sentralt prinsipp i CFT. Hjernen vår har røtter langt bakover i historien og inneholder følelser, fantasier og begjær som hele tiden har vært under utvikling. Blant annet har vitenskapen kommet frem til at hjernen har minst tre forskjellige systemer som er med på å regulere følelsene våre; 1) Systemet for fare og selvbeskyttelse som er designet for å beskytte oss og reagere på en potensiell fare. 2) Systemet for utforskning og ressursøking som er drivkraften for å finne det vi trenger for å overleve, som husly og mat og seksuelle partnere. I tillegg driver det oss til oppnå mål som er assosiert med positiv energi og følelser av glede. 3) Systemet for beroligelse og tilfredshet som oppmuntrer oss til å hvile, fordøye og danne nære bånd. Systemene fungerer sammen og målet er å ha en balanse mellom dem. For eksempel så vil en type følelse eller tanke som består av et spesielt mønster lyse opp i hjernen, mens et annet mønster oppstår ved en annen tanke eller følelse (Gilbert, 2010).

Gilbert og Choden (2014) hevder at mindfulness og medfølelse er to nøkkelferdigheter som trengs for å oppheve lidelse og årsakene til lidelse. Det kan hjelpe oss å lære og forstå disse ferdighetene og deres opprinnelse. Medfølelse med oppmerksomt nærvær bidrar til å få oss til å våkne opp og se hva vi er «fanget» i, både med hensyn til hvordan vi konstruerer lidelse i sinnene våre, og hvordan vi lager lidelse i de mellommenneskelige relasjonene vi er en del av. Med denne visdommen om lidelse, kan vi i stor grad oppheve og forhindre den. (Gilbert & Choden, 2014). Øvelsene i CFT, som også blir benevnt som Compassion Mind Training (CMT) i litteraturen, skal bidra til å styrke trykksystemet og skape balanse. (Gilbert, 2009, 2010).

1.4.2 Nyere psykodynamisk relasjonsforståelse

Forskere og forfattere har opp gjennom tidene referert til eksistensfilosof Martin Bubers tanker om at mennesker utvikler seg i relasjoner. Et *jeg* kan ikke bli til uten et *du*. «Forhold er gjensidige. Mitt Du virker på meg likesom jeg på det» (Buber, 1992 (1923), s. 17).

Relasjoner er grunnleggende gjensidige, og vi påvirker hverandre både bevisst og ubevisst. Utviklingspsykologi og tilknytningsmønstre har stor betydning for hvordan relasjonsmønstre oppstår og på hvilken måte man relaterer til andre mennesker. Epigenetikk, som betyr et samspill mellom gener og miljø kan også ha stor betydning, og relasjonsmønstre kan forandres og utvikles gjennom livet (Geirdal & Varvin, 2017).

Nyere forskning har gitt oss kunnskap og et utvidet syn på relasjoner mellom mennesker. Psykolog og forfatter, Anne Lise Løvlie Schibby, og professor i psykologi, Daniel Stern, er sentrale forskere innen nyere psykodynamisk relasjonsforståelse. De har begge bidratt med mye interessant forskning og teori innen utviklingspsykologi og relasjonsarbeid. I de neste avsnittene vil noe av deres teori og forskning bli presentert.

Anne Lise Løvlie Schibby har utviklet en relasjonsteori som har elementer fra både et filosofisk og dialektisk grunnsyn. Filosofi og dialektikk har til felles at de ser mennesket ut fra en helhet, samt at alle mennesker eksisterer i en nær og gjensidig forbindelse med hverandre. Dette grunnsynet hevder Schibbye gir oss en bakgrunn for å forstå relasjoner bedre. Derfor er menneskesynet og grunnholdningen man har som menneske og terapeut av stor betydning for relasjonen man klarer å etablere med pasienten. Pasienter og behandlere lever under de samme eksistensielle værensbedingungen, og forholder seg derfor til de samme universelle livsutfordringer, som for eksempel valg, frihet, angst og død. Schibbye er i terapisammenheng opptatt av om personer som er under behandling er i kontakt med væren i seg, eller om de har undertrykket sin egen eksistens. Hun viser i sin forskning og teori til en rekke eksistensfilosofier, deriblant Georg Wilhelm Friedrich Hegel og Søren Kierkegaard (Schibbye, 2009).

Hegel er blant annet kjent for sin åndsfilosofi. Han mente at virkeligheten er ikke-materiell og at verden kan forstås på ulike måter. Enten som fysiske fenomener, eller som relasjoner mellom dem og menneskene, eller som relasjoner mellom mennesker. I Hegels filosofi utdypes det at det ikke er hjernen vår som tenker, men ånden. Han hevder at hjernen kun

hjelper til for å gjøre tilværelsen forståelig for oss. På samme måte hevder han at ånden også bruker følelsene for å få oss til å forstå (Hegel, 2013 (1979)). Schibbye (2009) viser til Hegels tanker og teori om selvrefleksjon. Hegel hevder at vi hele tiden «utvider vår forståelse av «selvet i relasjon», altså vår forståelse av selvet og av relasjoner» (Schibbye, 2009, s. 38).

Psykolog og filosof, Søren Kierkegaard, hevder at kjærligheten i mennesket er grunnvollen som alt blir bygget på. Kjærligheten blir av han beskrevet som en egenskap som viser seg i hvem man er for den andre. Nestekjærligheten retter seg mot alle mennesker uten å gjøre forskjell, og den er alltid motivert av plikten til å elske, men ikke utfra personlig interesse eller lidenskap (Kierkegaard, 1998 (1906)). Schibbye (2009) refererer til Kierkegaards tanker om kjærlighet. Kjærligheten ligger i mennesket fra eksistensens begynnelse, den blir bygget opp i oss ved å vise den til andre mennesker, og kjærligheten hjelper oss til å bli oss selv. Blant annet har Kierkegaard beskrevet «kjærligheten som en åndelig og menneskelig kraft vi gjenkjenner i terapirommet» (Schibbye, 2009, s. 11). Schibbye mener at vi i terapisituasjonen må ha et mål om å bygge opp kjærligheten som ligger i pasienten. Ved å ha en tro på at pasienten har kjærlighet i seg, vil pasienten gradvis kunne bygge opp denne i seg selv. Forutsetningen for å klare det, er at terapeuten må arbeide med sitt indre, og få tilgang til egen kjærligheten (Schibbye, 2009).

Daniel Stern (2007) er spesielt kjent for sin forskning rundt observasjonsundersøkelser knyttet til samspill mellom mennesker. Han startet med å studere samspillet mellom mor og spedbarn. Før barn begynner å kommunisere verbalt tilegner de seg kunnskap på andre måter. De finner for eksempel ut av hva de kan forvente av andre mennesker. Dette kalles implisitt viten og blir definert som opplevelser vi har og fornemmer, men som nødvendigvis ikke trenger inn i bevisstheten. Det er en kunnskap som er nonverbal og uten symboler, og er dermed ikke refleksiv bevisst. Derimot er den veldig viktig i all kommunikasjon.

Kunnskapen som begynte som spedbarnsforskning har utviklet seg til også å omfatte voksne personer, og blir blant annet relatert til de møter som oppstår i terapirommet mellom behandler og pasient I terapirommet innebærer implisitt kunnskap blant annet kommunikasjon i form av kroppsbevegelser og sanseintrykk. Sanseintrykkene kan være både følelser, ord, og det som blir sagt mellom linjene. (Stern, 2007).

Noe av Sterns nyere kunnskapsutvikling er det han beskriver som nå-øyeblikk, øyeblikk som blir delt av to personer, og som trenger inn i bevisstheten der man kan kjenne og få

umiddelbare opplevelser av samstemthet i møtet. Disse øyeblikkene er kortvarige, men de kan bety veldig mye i psykoterapi og blir i den forbindelse beskrevet som forandringsøyeblikk. Han hevder at det forekommer mange uttalte mikroøyeblikk som kan føre til forandring i personlige relasjoner både under terapi og i hverdagslivet. Forandring bygger på reelle opplevelser der den verbale forståelsen eller forklaringen ikke er god nok til å skape forandring. Det vesentlige er den subjektive og faktiske opplevelsen i øyeblikk av tilstedeværelse i nåtid, der følelser og handlinger inngår. For eksempel så oppstår det en handling med følelser hvis man i en samtale ser hverandre inn i øynene og samtidig puster dypt ned i magen. Dette er et subjektivt opplevelsesøyeblikk som blir grepet i samme stund det skjer, og er annerledes enn det som kanskje blir formulert med ord på et senere tidspunkt (Stern, 2007).

Ovennevnte beskrivelse kan man i dag blant annet forklare utfra nevrovitenskapen og oppdagelsen av speilnevroner. Denne nye kunnskapen har fått stor betydning med tanke på å forstå og ha evne til å lese andre menneskers sinnstilstander (Stern, 2007; Schibbye, 2009). På begynnelsen av nitti-tallet studerte en italiensk forskergruppe, under ledelse av Giacomo Rizzolatti, hjerneaktiviteten til aper. De fant ut at de nervecellene som ble aktivert når en ape utførte en handling, også ble aktivert i en ape som ikke utførte handlingen selv. I senere studier fant de ut at det kunne tyde på at den samme «speilingen» kunne oppstå både i en sjimpansehjerne og i en menneskehjerne (Bråten, 2004). Kunnskapen om speilnevroner står sentralt i mange av de begrepene som er blitt utviklet innen nyere psykodynamisk relasjonsforståelse (Schibbye, 2009; Stern, 2007).

Intersubjektiviteten blir av Stern (2007) forklart som at to eller flere sinn har mulighet for å trenge inn i hverandre og i høy grad deler de samme opplevelsene. Dette kan skje i nå-øyeblikkene mellom behandler og pasient, og også ellers i livet. Det består av lesning av hverandres tanker, følelser eller intensjoner. Man kan forklare det som møteøyeblikk der bølger av små bevegelser og momenter blir utført mellom partene, for eksempel i en behandlingssituasjon eller i en familie. I en intersubjektiv kontakt er sinnene så trengt inn i hverandre at man kan si: «Jeg vet at du vet at jeg vet» eller «Jeg føler at du føler at jeg føler» (Stern, 2007). Stern hevder at det i hovedsak er disse møtene psykoterapi dreier seg om. Ved hjelp av speilnevroner forklarer han det med at hjernen vår er utstyrt sånn at den intuitivt og umiddelbart kan oppfatte mulige intensjoner til andre mennesker ved å se på handlingene

deres. Affektive uttrykk som for eksempel ansiktsuttrykk, holdning og bevegelser gjør at vi oppfatter hva som blir tenkt og følt. Det som deles i øyeblikket blir en emosjonelt opplevd historie, som både blir delt fysisk og følelsesmessig.

Affektinntoning handler om at følelsene våre er essensielle for hvordan vi opplever oss selv og de rundt oss. Vi får informasjon om den indre og ytre verden gjennom dem, og de hjelper oss i å mestre livene våre og alle relasjonene vi er en del av. For å være i stand til å identifisere følelsesuttrykk hos andre er vi avhengig av å ha kontakt med egne følelser (Schibbye, 2009; Stern, 2007). I Stern (2003) sin spedbarnsforskning viser han til at omsorgspersonen går fra å imitere uttrykk hos barnet, til å tone seg mer inn følelsesmessig. Det blir forklart med at moren «stemmer seg inn» på barnets affektive bølgelengde, uten å nødvendigvis å imitere dens atferd. Det viktige med inntoning er at man får frem følelses kvalitene som ligger bak atferden (Stern, 2003). Enkelt forklart er affektinntoning det som skjer når vi klarer å komme innenfor hverandres opplevelsesverdener (Schibbye, 2009). Denne inntoning er en forutsetning og en nødvendighet for en intersubjektiv kontakt, men at det kun er første ledd i denne kontakten (Schibbye, 2009, Stern, 2003). Stern er opptatt av at dette ikke må forveksles med empati, da inntoning er noe som ofte skjer ubevisst.

1.4.3 Empati og medfølelse

Det finnes flere definisjoner på hva empati innebærer, alt fra Spurkeland (2020) sin enkle forklaring som at empati er en evne til å sette seg inn i andre menneskers situasjoner, til Nerdrum (2017) sin mer utfyllende og beskrivende definisjon av begrepet. Han viser til psykolog, Edward B. Titchener (1909), at ordet empati kommer fra det greske ordet «empathia» som betyr «i følelsen» eller «i lidelsen», og blir forklart som en evne til å føle seg inn i en annen persons opplevelse. Nerdrum viser til den nevrobiologiske forskningen der empatiske prosesser blir beskrevet med både en affektiv og en kognitiv side, samt en forståelse av at en empatiske opplevelse starter i den andre og ikke i en selv. På samme måte som Stern (2007) og Schibbye (2009) viser han til at den affektive siden, ved hjelp av speilnevroner i hjernen, plukker opp følelser hos hverandre, og at dette skjer ubevisst, før man har fått tid til å tenke. Nerdrum (2017) forklarer at den kognitive siden kommer etterpå,

og man får da en empatisk forståelse for den andres følelser og situasjon. Nerdrum (2017) poengterer dette som en veldig viktig kompetanse hos terapeuter.

Vanligvis blir empati omtalt som noe positivt, men av Gilbert & Choden (2014) blir empati kun presisert som en viktig egenskap som har sammenheng med medfølelse, men at medfølelse er mer omfattende enn *bare* empati. De hevder at empati kan oppstå og bli «brukt» uten at medfølelse med den positive kraften er til stede. Et eksempel er at den verste torturist kan kjenne empati, men ikke på en hjertelig måte. Uten å ha et omsorgsmotiv vil ikke empati være til nytte i seg selv, men heller være destruktivt

1.4.4 Mindfulness

Mindfulness har sin opprinnelse fra buddhistisk meditasjonstradisjon fra 2 500 år tilbake i tid. Mindfulness i terapi er et relativt nytt fenomen i Norge, men har siden årtusenskiftet fått en økende plass i psykologisk behandling. Det sentrale i mindfulness er å møte egne opplevelser med en aksepterende og ikke-dømmende holdning, og at man ved å praktisere mindfulness lettere kan klare å håndtere overveldende følelser av for eksempel angst, sorg og skam. Målet er å endre forholdet man har til tanker og følelser, og ha mindre fokus på symptomer og korrigerende av tankene. Ved innlæring av mindfulness, øver man mest på å legge merke til pust og kroppslige fornemmelser. Etter hvert mestrer man å regulere oppmerksomheten, og kan dermed mer velge hva man skal rette oppmerksomheten mot. Det er viktig å ha en tillatende og medfølelse holdning med vennlighet og aksept, uten streben eller dømming av seg selv (Binder et al., 2014).

Jon Kabat-Zinn var den første til å utvikle mindfulness som klinisk metode i Vesten. Han utviklet et program, Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), som på norsk betegnes som stressmestring basert på oppmerksomt nærvær, der hensikten var å hjelpe mennesker med psykososiale og fysiske plager. Senere ble Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), kognitiv terapi basert på oppmerksomt nærvær, utarbeidet. Dette programmet kan ses på som en videreutvikling, og ble spesifikt utviklet for personer som slet med tilbakevendende depresjon (Binder et al., 2014; Crane, 2014).

1.4.5 Vårdvitenskap

Vård er et begrep som brukes både i Finland og i Sverige, men det finnes ikke en god norsk oversettelse av ordet. Det nærmeste man kommer er ved å bruke begrepene omsorg og pleie. Omsorg har noe til felles med vård, men ifølge Nina Elisabeth Blegen (2015) er det likevel viktige forskjeller mellom disse begrepene. I vård ligger det noe «dypere» enn det vi i Norge oppfatter og definerer begrepet omsorg som. Nærmere forklart blir vård betegnet som noe naturlig som er nedlagt og eksisterer i alle mennesker, og at dette kommer til uttrykk i forskjellige situasjoner og sammenhenger. Vård er i forskning blitt forbundet med kunnskap i forhold til relasjon, og at vi gjennom relasjon til et annet menneske kan formidle tro, håp og kjærlighet. Med dette kan vi forstå, det som Blegen (2015) kaller en sjelelig lidelse, og hjelpe pasienter til å bli den de innerst inne er. Vi har alle en lengsel etter å være oss selv og tilhøre et fellesskap, og når man som den hjelpende møter et lidende menneske, vil det naturlig oppstå en nestekjærlighet og medlidenhet overfor vedkommende.

Katie Eriksson, en svensk-finsk forsker og professor, har vært sentral i utviklingen av det som blir kalt vårdvitenskap. Vårdvitenskapen ble utviklet ved Åbo Akademi i Finland. Eriksson knytter helsen til et menneske opp mot det hun betegner som den naturlige vården. Dette omfatter mennesket sin relasjon til seg selv, og til andre på flere plan. Muligheten til å ta imot vård er evnen man generelt har til det å være mottakelig, noe som er avhengig av om man som barn har fått en sunn og god oppvekst preget av tillit og kjærlighet (Blegen, 2015). Vård ligger nærmere det engelske ordet caring som stammer fra det latinske ordet caritas, og som betyr kjærlighet, som er vårdvitenskapens dypeste kjerne og grunnmotiv (Blegen, 2015; Thorkildsen, 2015).

Thorkildsen (2017) har i sin doktorgrad studert kjærlighet i møte med lidelse med utgangspunkt i perspektiver fra vårdvitenskapen. Hun hevder at for å få en dypere innsikt i hvordan lidelse kan lindres, så må man forstå kjærlighetens vesen. Ved å vise til Eriksson og Lindstrøm (2009), forklarer hun at ved å stille spørsmål ved kjærlighetens vesen kan man uttale og gjøre den synlig og virksom. Hensikten med å gi kjærlighet til et lidende menneske er å hjelpe det til å elske seg selv, men før man prøver å hjelpe andre, så må man lære å elske seg selv. Kjærligheten er en ofrende bevegelse mot forsoning, tilgivelse og ansvar, og kjærligheten blir sett på som en renselsesprosess innover i mennesket (Thorkildsen, 2017).

1.4.6 Omsorgsetikk

Omsorgsetikk, også kalt nærhetsetikk, kan enkelt forklares som konkrete møter mellom mennesker og de relasjonene som oppstår. Det innebærer viktigheten av å bry seg, ta vare på og yte omsorg for andre. I helsevesenet står omsorgsetikken sentralt da det er et krav at helsearbeideren skal hjelpe og lindre pasienters lidelser. Carol Gilligan, en amerikansk psykolog og feminist, blir regnet som omsorgsetikkens opphavskvinne (Pedersen & Nortvedt, 2017).

Kari Martinsen, professor i sykepleievitenskap, er kjent for sin omsorgsteori her i Norge. Martinsen (2005) drar frem tre dimensjoner ved omsorgsbegrepet som viktige; et relasjonelt, praktisk og moralsk begrep, der det moralske blir mest vektlagt da det er det som viser seg i handling. Å ha et godt omdømme, faglig dyktighet og skjønn er vesentlige egenskaper helsearbeideren bør og må ha. Hennes omsorgsteori belyser betydningen av å bry seg, engasjere seg i pasientene emosjonelt, samt å kjenne på en trang til å hjelpe andre. Videre at det er sentralt å skape en god relasjon med innlevelse og hjertevarme for pasienten. Likeverd og autonomi fremheves som en vesentlig faktor i pasientkontakten. Imidlertid poengterer hun at det er behandleren som fagperson som sitter med kunnskapen og at det, ifølge henne, er en autoritetsstruktur i relasjonen (2005).

Martinsens bygger mye av sin teori rundt tanker og refleksjoner fra den danske teologen og filosofen, Knud Løgstrups filosofi. Løgstrup (1991 (1956)) er kjent for sine livsytringer, der særlig håp, kjærlighet og tillit blir trukket frem som grunnleggende verdier i menneskelige relasjoner. Ellers er han kjent for sine tanker om mennesker og natur, og hevder at vi ikke har forstått oss selv og våre livsbetingelser. Det har i vår verden vokst frem et forvrengt bilde av at menneskene er selvstendige, selvstyrte og uavhengige, noe han er sterkt uenig i da vi lever i et sosialt fellesskap der vi nettopp er avhengige av hverandre. (Løgstrup, 1991 (1956)). Et grunnleggende trekk ved denne avhengigheten er at vi er sårbare og at livet kan være skjørt. Samtidig har sårbarheten en styrke da den hjelper oss til å leve oss inn i andres lidelse. Lidelsen er en del av livet, men gleden og lidelsen lever side om side (Martinsen, 2012). Martinsen er en person som ser med «hjertets øye», og som møter mennesker med åpenhet, tillit og kjærlighet. Historien om den barmhjertige samaritan blir ofte trukket frem når Kari Martinsens omsorgsfilosofi og nestekjærlighet blir omtalt (Foss, 2005).

1.5 Begreper og avgrensning

Jeg vil i oppgaven omtale medfølelsesfokusert terapi (CFT) både som en metode og modell i behandling. Videre vil jeg veksle mellom å skrive den norske benevnelsen, medfølelsesfokusert terapi, og den engelske forkorting, CFT. Jeg vil også veksle mellom å bruke benevnelsene behandling og terapi, samt behandler og terapeut. Pasient og klient vil bli brukt når jeg omtaler den hjelpetrengende.

Det blir ofte vist til øvelsene i CFT. Disse er ikke inkludert i oppgaveteksten, men lagt ved som et eget vedlegg bakerst i dokumentet.

Jeg har i oppgaven valgt å bruke de svenske ordene vård og vårderen, siden det ikke finnes noe godt dekkende ord på norsk.

Øvelsene i CFT er en type meditasjon. Når jeg viser til de, vil jeg bruke begrepene mindfulness, oppmerksomt nærvær og meditasjon.

1.6 Oppgavens disposisjon

I innledningen redegjør jeg for bakgrunnen for valg av tema og tidligere forskning. Problemstilling og teorigrunnlag for studien blir også presentert her. I metodekapitlet som følger etter gir jeg en grundig beskrivelse av forskningsmetoden jeg har brukt, og hvordan jeg har gått frem i innsamlingen og bearbeidingen av dataene. Ved å anvende Malteruds tekstkondensering kommer jeg frem til funnene som presenteres i neste kapittel. Deretter følger et drøftingskapittel basert på teori fra teorikapitlet og annen teori. Avslutningsvis vil studien bli oppsummert, og jeg vil der peke på implikasjoner for praksis og videre forskning.

2 Metode og forskningsdesign

I dette kapitlet beskriver jeg hvilket forskningsdesign og hvilken forskningsmetode jeg har valgt, samt greier ut om hvordan jeg har gjennomført datainnsamlingen og analysemetoden. Forskningsdesign innbefatter alle de valg og retningslinjer man forholder seg til i et forskningsprosjekt. I det inngår det hva man skal undersøke, hvem som kan være aktuelle informanter, hvor undersøkelsen skal foregå og hvordan den skal gjennomføres (Thagaard, 2018). Jeg redegjør også for her hvordan min forforståelse preger denne studien og diskuterer etiske utfordringer i forbindelse med forskningsprosjektet mitt. Etter analysefremstillingen, drøfter jeg styrker og svakheter med studien min.

2.1. Valg av metode

Siden denne studien har fokus på behandlernes subjektive erfaringer med en behandlingsmetode, har jeg valgt å benytte meg av en kvalitativ tilnærming med et fenomenologisk-hermeneutisk utgangspunkt. Videre har jeg valgt Malterud sin systematiske tekstkondensering (STC) som analysemetode. Jeg fant denne metoden forholdsvis enkel og oversiktlig, og kjente at den passet for meg siden jeg ikke har erfaring med forskning fra før. STC er en tematisk tverrgående analyse som gjennomføres i fire trinn (Malterud 2017). Jeg gjør mer rede for metoden i analysekapitlet.

Ved bruk av kvalitativ metode kan man finne ut og utforske menneskelige egenskaper, så som erfaringer, holdninger, opplevelser og tanker. Tilnærmingen er egnet for dynamiske prosesser der blant annet samhandling og utvikling står sentralt (Malterud, 2017, s.31). Særlig hensiktsmessig er det når man ønsker å studere noe det er gjort lite forskning på tidligere, og man ønsker å få mer utfyllende og detaljert informasjon om fenomener som man ikke kjenner så godt fra før. (Johannessen & co, 2021, s.23). Medfølelsesfokusert terapi (CFT) er lite kjent i Norge, og jeg har med denne studien prøvd å forstå og beskrive hvilke erfaringer, tanker og handlinger behandlere som bruker denne metoden har, samt hvordan denne har bidratt til faglig utvikling. Gjennom å benytte meg av en kvalitativ undersøkelse og velge å intervju deltakere som bruker modellen, har jeg fått belyst dette.

Noe som kjennetegner intervju i kvalitative studier er at man går rett til kildene.

Undersøkelsen blir da preget av mer nærhet og sensitivitet enn om man studerer tidligere

innhentet data. Blant annet baserer intervju seg på et subjekt–subjekt-forhold mellom deltakerne og den som forsker, noe som har stor betydning for hvilke data man får og hvordan man jobber med dem i ettertid (Thagaard, 2018, s.16). Dette er noe jeg har vært bevisst på gjennom arbeidet med denne studien. Jeg har valgt et tema som engasjerer meg, og som jeg har en del tanker og meninger om, både på et personlig og faglig plan. Derfor vil min forforståelsen for temaet også spille en stor rolle ved både innhenting av data og analysen som kommer i etterkant. Min forforståelse vil jeg diskutere i et senere kapittel.

2.1.1 Fenomenologi

Utgangspunktet til fenomenologien er å beskrive de erfaringene menneskene opplever, samt at den forsøker å forstå meningen med de subjektive opplevelsene. Husserl blir regnet som grunnleggeren av fenomenologien (Thomassen, 2006, s. 82). I fenomenologien uttales det at man kan studere fenomener utfra forskjellige perspektiv, blant annet fra et innenfra- og nedenfra-perspektiv, samt et utenfor-perspektiv. Å studere noe utenfra vil si å måle objektive reaksjoner og trekk ved en spesiell atferd, for eksempel angst. Min studie tar utgangspunkt i å studere noe ut fra et innenfra-perspektiv; hvordan medfølelsesfokuset terapi gir mening for deltakerne og hvordan de erfarer og opplever bruk av denne modellen.

Et nedenfra-perspektiv tar utgangspunkt i praksisen slik den eksisterer. Ved dette forsøker man å bygge opp en teori nedenfra ved å studere hva som faktisk blir gjort, og hvilken mening disse praksishandlingene gir (Thomassen, 2006). CFT er en «levende» modell som stadig er i utvikling (Gilbert 2010). Det at modellen er i utvikling, betyr også at teorien rundt praksisen kan bli endret. Thomassen (2006) hevder at ved å studerer utøvelsen av praksis kan det komme frem «taus» kunnskap som innebærer at man avdekker måter å gjøre ting på som ikke alltid er bevisst eller uttalt. Slik jeg forstår det, kan dette dette ha vært tilfelle ved oppbyggingen av CFT som modell. Paul Gilberts utvikling av CFT tok utgangspunkt i kognitiv terapi, og ved å komme frem til at pasienter med mye skam og selvkritikk ikke klarte å nyttiggjøre seg denne terapiformen, tok han derfor inn elementene medfølelse og selvmedfølelse. Dette er noe av det essensielle i utviklingen av hans modell (Gilbert, 2010). Jeg synes det passer å nevne dette her siden dette er en behandlingsmetode og modell som er i kontinuerlig utvikling.

Fra starten av dreide fenomenologiske undersøkelser seg først og fremst om å beskrive et fenomen der målet var at forskeren skulle sette til side alle sine antakelser, forventninger og forståelse om fenomenet i forkant. Dette fant man på et tidspunkt ut at det vanskelig lot seg gjøre, da mennesker ser og oppfatter ting ut fra en kontekst. Siden mennesker forholder seg til både et språk og en historie, kom man frem til at det ikke var til å unngå at det oppstod en fortolkning i en fenomenologisk analyse. I fenomenologien blir dette betegnet som en «hermeneutisk vending» (Thomassen 2006). I dagens forskning kan utgangspunktet være forskerens egne erfaringer og refleksjoner rundt et fenomen, noe som er tilfellet med mitt valg av tema. Men man må være oppmerksom på at fokuset alltid skal være hvordan informantene opplever fenomenet (Thagaard, 2018).

2.1.2 Hermeneutikk

Studien min vil være preget av den hermeneutiske forforståelse og fortolkende tankegangen. Hans-Georg Gadamer er sentral i utviklingen av hermeneutikken. Han hevdet at vi mennesker står i en historisk sammenheng som har betydning for hvordan vi forstår og fortolker fenomenene rundt oss. Han betegnet vår forforståelse som fordommer, noe han mente var utgangspunktet vårt for i det hele tatt å ha mulighet for å forstå fenomener rundt oss (Thomassen 2006). Dermed vil den forståelsen vi utvikler av data gjennom forskningsprosessen, også ses i sammenheng med den forforståelsen vi bringer med oss inn i prosjektet (Thagaard, 2018). Hermeneutikken vektlegger at man bare kan forstå fenomener utfra en kontekst, og at vi forstår delene utfra helheten av et fenomen. Det finnes ikke en sannhet, og man kan alltid finne flere tolkninger som befinner seg på ulike nivå. Videre kan man ikke forstå helheten uten å forstå delene av fenomenet. Det å veksle mellom å forstå helheten og delene av et fenomen blir kalt den hermeneutiske sirkel (Thomassen, 2006). Forskningsprosessen blir da en toveisprosess med spørsmål, svar og fortolkninger, og så deretter nye spørsmål, svar og fortolkninger. I min studie krevde dette at jeg hele tiden måtte stille meg åpen og lytte til det informantene fortalte. Jeg prøvde å forstå hva de formidlet, for så å stille oppfølgingsspørsmål. Flere ganger gjentok jeg det informantene hadde sagt med kommentarer om hvordan jeg hadde oppfattet det de sa, for så å få en bekreftelse eller en eventuell avkreftelse av min forståelse.

2.2. Rekruttering og utvalg av informanter

Jeg har benyttet meg av en strategisk utvelgelse av deltakere til studien min. Ved kvalitative studier er ofte utvalget lite, og man må derfor være oppmerksom på å bruke en utvelgingsmåte som er mest mulig hensiktsmessig i forhold til det man vil forske i, og utfra den problemstillingen man har valgt. Strategisk utvelgelse baserer seg på at man velger de informantene som har god kjennskap til og kvalifikasjoner innen det man skal studere (Thagaard, 2018). I min utvelgelse av deltakere satte jeg som forutsetning at informantene skulle ha deltatt på kurs i medfølelsesfokustert terapi, og at de selv praktiserer deler av metoden i deres praksis som behandlere.

Det er ikke alltid at formelle henvendelser i rekruttering av informanter fører frem. Dette kan oftest oppstå ved kvalitative studier som omhandler temaer som kan være både personlige og noe nærgående i formen. Dersom dette skjer vil en selvseleksjon, som blir betegnet som et tilgjengelighetsutvalg, være neste skritt. Det betyr at man må finne de personene som er tilgjengelige og relevante for problemstillingen, og bruk av snøballmetoden blir ofte brukt. Det vil si at man får kontakt med noen personer som kan komme med forslag til andre navngitte personer som kan være aktuelle for prosjektet (Thagaard, 2018). Jeg måtte benytte meg av snøballmetoden for å skaffe nok deltakere til oppgaven min.

I utgangspunktet hadde jeg tenkt at det ville være enkelt å skaffe deltakere til forskningsprosjektet mitt, da jeg hadde hørt at denne modellen var mye brukt ved en institusjon i Norge. Allerede før sommerferien tok jeg telefonisk kontakt med lederen for forskningvadelingen ved denne institusjonen, for å forhøre meg om muligheten for å rekruttere deltakere til studien min. Tilbakemelding jeg fikk, var at jeg måtte ta ny kontakt etter ferien, og skrive mer detaljert informasjon om prosjektet mitt.

På det tidspunktet tenkte jeg at siden dette var en metodikk som ble brukt av alle behandlerne på en av avdelingen ved institusjonen, kunne det muligens bli aktuelt å få til et fokusgruppeintervju. I følge Thagaard (2018) må et fokusgruppeintervju bestå av personer som har samme relevans til temaet som skal utforskes. Dette ville absolutt blitt innfridd i min studie, da alle intervjuobjektene brukte samme tilnærming i behandlingen overfor en spesiell gruppe pasienter, samt hadde til felles at de var tilknyttet samme institusjon.

Da jeg ved studiets start i høst tok kontakt med ovennevnte institusjon, fikk jeg svar fra lederen ved forskningsavdelingen at de hadde så mange prosjekter pågående at det ikke var rom for at jeg kunne intervju ansatte ved institusjonen. Jeg ble anbefalt å ta kontakt med en annen institusjon i Norge som brukte CFT i behandlingen. Jeg fulgte dette rådet og henvendte meg til denne institusjonen. Ved en henvendelse på e-post fikk jeg til svar at den personen som hadde ivret for og drevet frem metoden hadde sluttet å jobbe der. Jeg fikk navn på vedkommende og henvendte meg så til henne, både via e-post og telefon. Hun svarte raskt på e-post fra meg og uttrykket at det ikke passet, men ga meg tips om å ta kontakt med en institusjon hun kjente til som brukte metoden. Det viste seg at dette var den første institusjonen jeg hadde vært i kontakt med. Så der stod jeg med informasjon om tre forskjellige steder som hadde behandlere som brukte CFT i praksisen sin, men alle henvendelsene mine hadde resultert i at jeg fikk tips om å ta kontakt med en av de andre.

Mens jeg var i denne prosessen hadde jeg fått forbindelse med en deltaker som var villig til å delta i prosjektet mitt. Vedkommende hadde jeg fått tips om via en bekjent. Denne informanten var i begynnelsen litt i tvil om den ville delta, og la til grunn et høyt arbeidspress i det aktuelle. En annen faktor til tvil, var også at intervjuet rundt dette temaet ville for vedkommende bli veldig personlig rettet, og dermed muligens noe krevende. Grunnen til det er at CFT som modell også omfatter hvordan behandlere bruker deler av metoden på seg selv. Men vedkommende sa seg villig til å delta, og jeg fikk dermed forholdsvis tidlig i prosjektet gjennomført det første intervjuet. Jeg hadde i forkant av studien bestemt meg for at jeg ville forsøke å finne tre til fem deltakere, med en minimumsgrense på tre.

I den videre jakten på deltakere til studien fikk jeg en ide om at jeg kunne henvende meg til en avdeling i spesialisthelsetjenesten i en annen by enn der jeg bor. Jeg oppsøkte resepsjonen ved sykehuset for å finne ut hvem som var leder for poliklinikken der. På samme tidspunkt husket jeg at det var arbeidsplassen til en bekjent, så jeg ringte først til henne for å forhøre meg om hvem det eventuelt var hensiktsmessig å henvende meg til. Dette ga meg nyttig informasjon, samtidig som jeg fikk et tips fra henne som ga meg ny giv i arbeidet med å finne informanter. Tipset var å sjekke nettsteder til ulike privatpraktiserende psykologer for å undersøke hvilke metoder de brukte i behandlingen, og på den måten finne ut om bruk av CFT. Dette ble et møysommelig arbeid, men det var også veldig interessant. Jeg gikk gjennom flere lange lister over privatpraktiserende psykologer, og noterte meg de som

kunne være aktuelle å ta kontakt med. Mange navn ble skrevet ned, og jeg sendte både henvendelser på e-post og ringte til ulike behandlere. Jeg la igjen telefonsvar eller skrev en melding med ønske om at de tok kontakt med meg. Det var det flere som gjorde, noe som førte til at jeg hadde mange gode samtaler med flere psykologer som viste engasjement for temaet mitt, samtidig som at noen få ga meg tips om andre behandlere jeg kunne ta kontakt med. Flere av de jeg snakket med oppfylte ikke kriteriene mine for å delta i studien; å ha gått på kurs i CFT og bruke den i behandlingen, men det hjalp i forhold til videre søk etter deltakere. Så bruk av snøballmetoden hjalp meg i denne fasen.

Jeg lyktes til slutt å få kontakt med to aktuelle deltakere. Den ene tok jeg direkte kontakt med via telefon etter å ha lest om vedkommende på nettet. Denne personen uttrykket glede over at jeg hadde tatt kontakt, og meldte seg umiddelbart til prosjektet mitt. Den andre ble jeg tipset om gjennom en ukjent behandler jeg hadde vært i kontakt med på telefon. Ved en e-posthenvendelse til denne personen fikk jeg raskt positiv tilbakemelding med interesse for å delta.

Dermed endte jeg til slutt opp med tre intervjuobjekt fra tre forskjellige byer i Norge, to kvinner og en mann. Alle deltakerne mine har utdanning som psykolog med spesialistutdanning.

2.3 Intervjuguide og gjennomføring av intervjuene

Det finnes mange ulike typer intervjuformer innen kvalitativ metode. Jeg har benyttet meg av et semistrukturert intervju som betyr at det er en blanding av en åpen samtale, samt spørsmål som er i tråd med intervjuguiden min. En intervjuguide er en liste over temaer og overordnede spørsmål som skal gås gjennom i løpet av et intervju (Johannessen et al., 2021; Kvale & Brinkmann, 2015). Ved utforming av intervjuguiden min, var jeg spesielt opptatt av å få frem hvordan deltakerne opplevde å bruke medfølelsesfokusert terapi som metode, og hvordan den hadde innflytelse på deres relasjonskompetanse, samt hvordan den bidro til egen faglig og personlig utvikling. Intervjuguiden hjalp meg i å sirkle inn på de temaene jeg ønsket å vite noe om, uten at jeg trengte å holde meg slavisk til rekkefølgen på temaene og spørsmålene mine. Jeg hadde også skrevet ned en del detaljerte spørsmål til meg selv som jeg gløttet på underveis i samtalene. Før intervjuene fikk alle deltakerne tilsendt intervjuguiden, noe som ga dem mulighet for å forberede seg til intervjuet. Jeg erfarte at to

av deltakerne mine hadde satt seg godt inn i denne, mens det virket som at den tredje knapt hadde lest den. Alle intervjuene ble gjennomført på deltakernes arbeidssted.

Når man velger å bruke et semistrukturert intervju bør intervjueren være godt informert om temaet for intervjuet på forhånd, siden den skal prøve å forstå meningen med de temaene informantene opplever i sin livsverden. Videre skal intervjueren være i stand til å fortolke og klare å være oppmerksom på både stemmeleie, kroppsspråk og ansiktsuttrykk underveis i prosessen. Både faktaspørsmål og meningsspørsmål bør være tilstede i et kvalitativt intervju. Som oftest kan det være vanskeligere å oppfatte hva intervjuobjektet mener når man stiller et meningsspørsmål enn ved et faktaspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015). For å være mest mulig sikker på at jeg hadde forstått meningen med det som ble sagt, var jeg veldig oppmerksom på å lytte godt og prøve å tolke det som ble betegnet som «sagt mellom linjene». Samtidig prøvde jeg å gjenta min forståelse av budskapet for å få et bekreftende eller avkreftende svar.

2.4 Transkribering

Under intervjuene brukte jeg en lydopptaker som jeg i etterkant transkriberte dataene mine fra. Kvale og Brinkmann (2015) diskuterer ulike måter å transkribere på. Blant annet må man ta et valg om man skal transkribere ordrett det intervjuobjektene formidler, eller om man skal gjøre det om til en mer formell og skriftlig stil. Videre må man vurdere om man skal ta med detaljer som pauser i talen, følelsesuttrykk eller intonasjonsmessige understrekninger i transkriberingen. Dette er det ingen fasitsvar på. I transkripsjonen kommer intervjuerens oppfattelsen av deltakernes formidling under intervjuene. Martinsen (2017) hevder at det er viktig å være lojal med det som blir formidlet. Jeg valgte å transkribere den talte teksten ordrett, med unntak av at jeg, for å ivareta anonymiteten, satte inn «X» alle de stedene der navn på personer og steder ble nevnt. Ved å transkribere alt som ble sagt kunne jeg gjenerindre historiene og tenke på situasjonene de ble fortalt i. Jeg valgte også å ta med småord som «eh» og «hm» i transkripsjonen, samt noen følelsesmessige uttrykk som jeg vurderte hadde betydning for sammenhengen, som for eksempel at på et tidspunkt begynte en av informantene å gråte. Jeg var under transkriberingen ikke like observant på pauser i intervjuene, men i og med at jeg gjenopplevde og husket veldig godt alle samtalene, så jeg ikke på dette som viktig i forhold til den videre prosessen. Å transkribere var en krevende

prosess, men jeg opplevde at det var en svært nyttig prosess for å komme nærmere datamaterialet mitt, og ikke minst ha et skriftlig materiale å jobbe videre med i analysen. Det transkriberte materiale ble til sammen 60 sider.

2.5 Forforståelse

Ofte kan forforståelsen av et bestemt tema være en viktig motivasjon til å sette i gang et forskningsprosjekt. I følge Malterud (2017) kan man se på forforståelse som en ryggsekk man har med seg, der man bevisst eller ubevisst tolker dataene i lys av denne. Jeg mener at min forforståelsen i stor grad har hatt innvirkning på mitt valg av tema, min analyse av innsamlet materiale og etterfølgende drøfting. Den har også vært med å prege studien allerede ved første kontakt med deltakerne, samt ved gjennomføringen av intervjuene.

Jeg har hele mitt voksne liv jobbet med mennesker; som pedagog og veileder, og i min nåværende jobb som psykisk helsearbeider i spesialisthelsetjenesten. Videre begynte jeg i relativ ung alder å interessere meg for selvutvikling og relasjonsarbeid, og ble i den forbindelse en aktiv søker i å finne ut hva som fremmer og hemmer gode relasjoner. Gjennom å ha deltatt på mange ulike selvutviklingskurs og holdt kurser selv, har jeg kommet frem til en forståelse og erkjennelse av hva jeg tenker fungerer godt i mellommenneskelige relasjoner. Blant annet er det å fremstå så åpen, ekte, ydmyk og likeverdig som mulig, verdier jeg setter veldig høyt i samhandling med andre mennesker, både i jobb og i privat sammenheng. Da jeg fikk kjennskap til medfølelsesfokuset terapi, opplevde jeg at det var noe som ga en umiddelbar gjenklang inni meg, og jeg kjente at dette var noe jeg ville finne ut mer om. Det som tiltalte meg var nettopp det at modellen innebærer at behandlernes selvrefleksjon og utvikling er en sentral del av metodikken. Særlig spennende er det også at CFT er en vitenskapelig forankret metode innen psykisk helsevern som praktiseres flere steder i verden (Gilbert, 2010), men er dog ikke er så kjent i Norge.

Som jeg skrev innledningsvis, har jeg en formening om at behandlere og annet helsepersonell, eller i det hele tatt personer som jobber med mennesker, bør ha fokus på å være i utvikling selv. I studien min forventet jeg å møte personer som var opptatt av dette, og at det ville komme frem sider og momenter de erfarte som behandlere som matchet mitt engasjement. Deltakerne opplevde mest sannsynlig min glødende interesse og kjennskap til CFT helt fra starten av, noe jeg tenker kan ha hatt betydning og innflytelse på hvordan de

formidlet erfaringene deres i intervjuene. Ellers tenker jeg at CFT kan oppleves krevende å tillegne seg, så mest sannsynlig vil behandlere som velger å jobbe etter denne modellen ha en begeistring og brenne for den, for ellers kan det tenkes at de ikke hadde valgt å bruke CFT i behandling.

Å kunne skille mellom det som bidrar til forståelse og det som hindrer forståelse kan være en kunst. Egne fordommer og forforståelse spiller en viktig rolle i den sammenhengen. Det kan være både fordeler og ulemper med å ha godt kjennskap til det man skal forske i, og jeg velger å relatere det til Thagaard (2018) sine beskrivelse av studier i egen kultur, hvor hun hevder at forhåndsoppfatninger av fenomener blant annet kan skape en del utfordringer for forskeren. Eksempel er at man kanskje ikke stiller spørsmål ved, eller analyserer det som forskeren og deltakerne tar for gitt, noe som kan føre til at viktige momenter ved forskningen blir vanskelige å forstå for en utenforstående. Ellers er det viktigste ved å studere fenomen i en kjent kultur, å klare og se det kjente fra andre personers perspektiv og med andre øyne (Thagaard, 2018). Det er enkelt for meg å relatere til ovennevnte punkter, da jeg kan ha blitt «blendet» av min forforståelse i denne studien.

Jeg vil hevde at dersom jeg som forsker hadde vært mer «nøytral» og ikke hatt så mye kunnskap om CFT fra før, ville nok spørsmålene mine blitt stilt annerledes, noe som igjen ville preget det innsamlede datamaterialet mitt. Jeg legger ikke skjul på at jeg på forhånd hadde en formening om hva jeg ville ha oppmerksomhet på, og hva jeg ønsket å få frem i forskningsprosjektet mitt. Dette har sammenheng med, som nevnt ovenfor, mitt syn på hva som blant annet kan være nyttig for å skape helsefremmende relasjoner innen psykisk helsearbeid. Videre har også mitt verdisyn, hvordan jeg ser på verden og hva jeg tenker er viktig å formidle, hatt en innvirkning. Og som nevnt, hadde jeg også en forventning om at de informantene som var villige til å delta i prosjektet ville ha noe til felles med mitt ståsted, nettopp fordi de hadde valgt å benytte seg av denne modellen. Når det er nevnt, så hadde jeg ikke noe særlig valg i søket etter deltakere. Som beskrevet tidligere i oppgaven var det et omfattende prosjekt å finne informanter, og jeg måtte utvilsomt ta de som sa seg villige til å delta. Jeg visste at denne behandlingsmodellen ikke var så godt kjent i Norge, men at det skulle vise seg å være et så omfattende arbeid å finne deltakere til prosjektet, hadde jeg ikke tenkt på forhånd.

2.6 Forskning og etikk

Jeg ville fra starten av og til fullendt studie ha oppmerksomhet på mulige etiske utfordringer jeg kunne støte på underveis, og som forsker har jeg måttet forholde meg til flere juridiske krav og retningslinjer. I følge personopplysningsloven stilles det krav til at deltakerne skal få informasjon om prosjektet i forkant, samt gi sitt samtykke til å delta (Johannessen et al., 2021). Siden dette var en studie som innebar personlige intervjuer, måtte jeg søke Norsk senter for forskningsdata (NSD) før jeg kunne gjennomføre forskningsprosjektet mitt. Søknaden inneholdt problemstilling, hensikt og metode, samt samtykkeskjema og intervjuguide. Prosjektet mitt ble godkjent av NSD 03.08.22, med referansenummer 237955 (Vedlegg 2).

Det at studiet er godkjent av NSD kan ses på som en styrke og trygghet for informantene, og det var først i etterkant av godkjennelsen at jeg aktivt startet prosessen med å finne deltakere til prosjektet mitt, selv om jeg tidligere i oppgaven har skrevet at jeg tok kontakt med en institusjon som bruker CFT i behandling mens jeg holdt på med prosjektskissen. Dette var kun en foreløpig kartlegging om det kunne være mulig å rekruttere informanter derfra.

I informasjonsskrivet som ble sendt ut til deltakerne, ble det blant annet gitt opplysninger om at de kunne trekke seg fra deltakelse på et hvilket som helst tidspunkt i forskningsforløpet, uten å måtte gi noen begrunnelse for det (Johannessen et al.).

I analysedel og presentasjon av resultatene, har jeg anonymisert deltakerne ved at jeg verken har knyttet navn eller arbeidssted til informantene. På denne måten har jeg beskyttet både intervjuobjektene og eventuelle tredjepersoner som er blitt omtalt i intervjuene, men det er ikke til å unngå at historier om tredjepersoner har kommet med i mine intervjuer, personer som ikke har samtykket i å delta. For å ivareta anonymitet var særlig en av informantene oppmerksom på å ikke gjengi detaljer som gjaldt ytre faktorer i historier som ble fortalt, faktorer som ikke hadde betydning for meningsinnholdet. Det samme fokuset hadde jeg under transkriberingen etterpå, da jeg under alle tre intervjuene unnlot å nevne navn på personer og steder. Når man velger å anvende pseudonymer i fremstillingen av data vil leserne, i følge Thagaard (2018), være mer opptatt av å se generelle mønstre i

resultatene, enn å forstå teksten ut fra spesifikke personer og situasjoner. Det samme gjelder for den som forsker.

Kvale & Brinkmann (2015) diskuterer spenningen mellom ønsket om å få mest mulig informasjon og kunnskap i en kvalitativ forskning, samtidig som man tar etiske hensyn. Siden studien min i stor grad er knyttet opp til personlige opplevelser, og at spørsmålene kunne oppfattes som sensitive og sannsynligvis ville berøre sårbare sider hos informantene, måtte jeg på forhånd tenke ekstra godt gjennom hvordan jeg best mulig kunne ivareta deltakerne under intervjuene. Mitt utgangspunkt var å opptre så ydmykt som jeg kunne. Jeg nevnte derfor på forhånd at spørsmålene mine kanskje kunne oppleves noe direkte, og at det var opp til dem å svare på en måte som kjentes riktig ut for dem. Ellers hadde jeg tanker om at jeg på ingen måte ville utsette informantene mine med for nærgående spørsmål som kunne oppleves ubehagelig. Jeg opplevde at en av informantene mine flere ganger ble følelsesmessig engasjert under intervjuet. Blant annet begynte vedkommende å gråte i forbindelse med fortelling av en pasienthistorie. Hen ble også videre i intervjuforløpet berørt av temaer vi snakket om. Vedkommende fortalte at hen hadde vært forberedt på dette på forhånd, og hadde derfor satt av litt ekstra tid til intervjuet. (Intervjuet var på morgenen, og hen skulle ha time med en pasient kort tid etter samtalen vår). Jeg er en person som også lett kan bli følelsesmessig berørt, så jeg merket at mine tårer også trillet av hens historie. Dette kjentes veldig trygt, da jeg opplevde kontakten mellom oss som tillitsfull og god. Med dette utsagnet er jeg inne på temaet om å ha evnen til å tone seg inn på andre, som er en viktig del av både behandlerkompetansen og som intervjuer i en kvalitativ forskning ved møter med enkeltpersoner (Kvale & Brinkmann, 2015).

Det er ikke bare under intervjuet at man må tenke på etiske retningslinjer rundt sensitiv informasjon. Dette er også veldig viktig å ha i bakhodet både under analysen og presentasjonen av materialet (Malterud, 2017). Jeg mener at jeg har vært oppmerksom på dette under forskningsprosjektet mitt.

2.7 Analyse

Jeg har valgt å bruke Kirsti Malterud (2017) sin analysemetode for å få svar på problemstillingen min. Malteruds systematiske tekstkondensering (STC) er inspirert av Giorgis psykologiske fenomenologiske analysemetode, men den blir ikke betegnet som en fenomenologisk analyse, selv om det er en viss likhet i de to første trinnene av analysen. Likheten er at man skal sette egne erfaringer og forforståelse til side. I de to neste analysetrinnene skiller Malterud seg fra Giorgis, da STC vektlegger at forskerens ståsted er av stor betydning. Nettopp på grunn av denne forklaringen har jeg innledningsvis i metodekapittelet brukt betegnelsen på metodevalget mitt som en kvalitativ tilnærming med et fenomenologisk-hermeneutisk utgangspunkt.

Malterud deler analysen inn i fire deler der første trinn består av å danne seg et helhetsinntrykk av datamaterialet. I neste trinn blir meningsbærende enheter identifisert, som i tredje trinn blir delt inn i koder med systematisk uthenting av mening. I fjerde og siste trinn blir betydningen av uthentet mening sammenfattet i en analytisk tekst (Malterud, 2017).

2.7.1 Første trinn: Helhetsinntrykk og foreløpige temaer

Ved gjennomlesing av det transkriberte materialet brukte jeg god tid på å danne meg et helhetsinntrykk av teksten. Jeg leste grundig gjennom teksten flere ganger, og skrev underveis ned stikkord som kunne omhandle aktuelle hovedtemaer. Jeg var på dette stadiet ikke særlig opptatt av å systematisere notatene mine. Etter å ha jobbet med teksten, la jeg den vekk for så å ta en ny runde senere. Jeg forsøkte da å møte teksten på ny med «blanke ark», og ha en bevissthet rundt at min forforståelse og mitt teoretiske perspektiv ikke skulle prege arbeidet. Jeg prøvde å fange opp om det var aktuelle temaer jeg hadde oversett i første omgang. Det er i dette trinnet viktig å legge vekk forforståelse og bestrebe seg på å ha et fugleperspektiv til materialet (Malterud, 2017). Gjennom arbeidet med teksten viste det seg å være likhetstrekk mellom flere av stikkordene, som jeg etter hvert kunne sortere inn under overordnede temaer. Temaene jeg kom frem til var et godt utgangspunkt for videre jobbing. Midlertidige navn på temaene ble: «utvikling som behandler», «medfølelse og

selvmedfølelse», «omsorg og kjærlighet», «likeverdighet», selvkritikk og skam», «verdisyn og livsstil».

2.7.2 Andre trinn: Meningsbærende enheter

Etter at jeg hadde identifisert tekstens hovedtemaer, fortsatte jeg arbeidet med å finne meningsbærende enheter, tekst som kunne tenkes å belyse kunnskap om temaene fra første trinn. I denne fasen skilte jeg også relevant tekst fra irrelevant (Malterud, 2017). Jeg brukte ulike fargekoder for å markere hovedtemaene. De meningsbærende enhetene i teksten ble deretter markert med sin aktuelle farge tilknyttet de forskjellige temaene. Jeg leste grundig gjennom teksten en gang til for å forsikre meg om at tekst som ikke var blitt fargekodet var tekst som var irrelevant for problemstillingen min. Da dette var avklart, jobbet jeg videre med den markerte teksten som jeg kopierte inn i egne word dokument. Jeg begynte med å kopiere små tekstutdrag, men gikk etter hvert over til å kopiere inn større tekstbiter, da det i denne fasen ga meg mer «kjøtt på bena». Under dette arbeidet fant jeg ut at flere meningsbærende enheter kunne passe inn i flere kodegrupper, og jeg kopierte da den aktuelle teksten inn i alle kodegruppene. Som regel dreide det seg om to kodegrupper, men det dukket også opp meningsbærende enheter som jeg vurderte kunne passe inn i tre forskjellige grupper.

For å få en bedre oversikt over materialet mitt, kjente jeg etter hvert behov for å jobbe mer fysisk med teksten. Jeg skaffet meg da Post-it lapper i forskjellige farger som jeg festet på store ark som representerte de ulike kodegruppene. Teksten ble da minimert til å være mer preget av stikkordsform. Å jobbe på den måten hjalp meg til å få en større oversikt over materialet, og det gjorde det enklere for meg både å se og flytte de ulike tekstene mellom kodegruppene. Gjennom dette arbeidet slo jeg sammen enkelte kodegrupper, samt at jeg fant ut at navn og tekst på en kodegruppe kunne passe bedre som navn på en subgruppe under en av de andre kodegruppene.

2.7.3 Tredje trinn: Kondensering

Når man har kommet til dette stadiet i analysen kan man la eget faglig perspektiv og tolkning komme frem. På dette trinnet skal man hente ut mening fra de forskjellige meningsbærende enhetene under hver kodegruppe og lage subgrupper, før man så går videre og lager

kondensater. Et kondensat er et kunstig sitat som skal gjengi innholdet fra de ulike meningsbærende enhetene. Dette skal representere summen av deltakernes informasjon fra intervjuene. Kondensatene skal skrives i jeg-form som om det er deltakerne som har uttrykket seg, samtidig som at de skal være så nær opp til den transkriberte teksten som mulig. Til slutt skal man trekke ut et «gullsitat» av hvert av kondensatene som best mulig skal fange opp meningen med det som har kommet frem (Malterud, 2017). Jeg tolker Malterud dithen at et «gullsitat» helst skal være et direkte sitat fra en av informantene, men at det også går an å lage et sitat som er tilnærmet lik det som blir uttalt i materialet. De fleste av mine «gullsitat» er direkte uttalelser fra deltakerne.

Jeg brukte mye på å finne egnede kodegrupper som på en enkel måte kunne fremstille de ulike meningsbærende enhetene på en best mulig måte. Jeg endte opp med tre kodegrupper, med tre subgrupper under hver av dem. Navn på kodegruppene ble «Å ta vare på seg selv», «Å være et medmenneske i relasjonen» og «Likeverd». Fullstendig oversikt over kodegrupper, subgrupper og gullsitat blir vist i Tabell 2 under kapittelet der funnene blir presentert.

2.7.4 Fjerde trinn: Å sammenfatte betydningen

På dette trinnet foretar man en rekontekstualisering som betyr at de kondenserte tekstene og utvalgssitatene blir satt sammen igjen. Dermed blir funnenes betydning sammenfattet, og man skriver en oppsummering av hva man har kommet frem til. Teksten blir formulert på en måte som skal være forståelig for en utenforstående leser. Det er veldig viktig at sammenfatningen er tro mot informantenes opprinnelige budskap (Malterud, 2017). For å forsikre seg mest mulig rundt dette, foreslår Malterud (2017) å lete systematisk etter data fra det opprinnelige materialet, for å se om det kan være mulige motsigelser i noe av det som har kommet frem i resultatdelen. Dette var noe jeg var spesielt oppmerksom på, og hadde derfor de transkriberte tekstene tilgjengelige under hele prosessen. Jeg brukte dem flittig under skrivingen av alle kapitlene.

I presentasjonen av funnene har jeg brukt kondensatene for å lage en analytisk tekst for hver kode- og subgruppe. Nedenfor viser jeg et eksempel på hvordan jeg har gått frem under de forskjellige trinnene i systematisk tekstkondensering.

Tabell 1 Illustrasjon av analyse

<p>I tabellen viser jeg et utsnitt av materialet fra en av informantene, og viser skritt for skritt hvordan jeg har gått gjennom de fire punktene i STC. Siden dette kun er et kort utsnitt av materialet, er det ikke de samme temaene og subgruppene som jeg samlet fant i hele materialet.</p>	
<p><u>Tekstutdrag:</u></p> <p>Har din relasjonskompetanse økt etter at du begynte å bruke modellen, i tilfelle på hvilken måte? Ja, jeg tenker det, og det er kanskje forskjellig, men for meg så har modellen ført til <i>at jeg er modigere som jeg sa i stad, til å dele eller til å vise</i>. Jeg tenkte på han i forhold til affektbevissthet, <i>å vise ømhet og hengivenhet, kjærlighet</i>. Jeg er blitt modigere der, men det er i terapeutisk øyemed. Jeg selvavslører når jeg gjør det. <i>Men jeg er ikke så redd for det</i>. Før har jeg tenkt at hva det er med meg, <i>for jeg blir glad i pasientene mine</i>. Ja, så har folk reagert litt på det. Ja, men jeg blir det. Jeg blir glad i dem, og jeg tenker på dem. (...) <i>De er jo ikke en venn, men jeg bryr meg</i>. Det er akkurat som at da er jeg ikke profesjonell hvis jeg er det. <i>Eller av og til så blir jeg møtt sånn</i>. (...) Men det har også hjulpet meg til å ha et sånt beskyttende filter. <i>Så det har hjulpet meg til å bli modigere, men samtidig også til å ha mer selvomsorg, selvmedfølelse på en måte</i>. Så jeg har tenkt at hvis man kan kalle det medfølelse da eller følsomhet, så har det vært både min styrke og min utfordring av og til. Jeg vil ikke akkurat si svakhet, ikke sant. Så jeg har klart å bruke det mer som en styrke, og ikke som den selvkritikken man kan ha. <i>Men nå er det mer en styrke enn min sårbarhet, og det har denne retningen hjulpet meg til</i>. (...) Det er jo det vi snakker om, å tørre å åpne seg. <i>Alle strever med sitt</i>. Vi har alle noe, <i>det fellesmenneskelige som vi snakker om</i>, at alle strever med noe, at vi har prøvd å <i>redusere avstanden mellom meg og dem</i>, de som kommer til meg. (...) Og det er vel det som er viktig i denne metoden; likeverdigheten. Vi samarbeider, og det er sånn både med mindfulness og CFT, det har til felles <i>at for å kunne bruke det med pasienter, så må du også bruke det selv</i>. Det er jo også <i>med å minske den avstanden mellom pasient og terapeut</i>, tenker jeg.</p>	
<u>Trinn 1</u>	

<p>Gjennomlesning av materialet. Forsøke å møte teksten med en åpenhet der forforståelsen blir lagt til side. Se om det er mulige temaer som utmerker seg.</p>	<p>Mulige temaer i eksemplet som trer frem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hjulpet meg som behandler - Å bry seg og vise kjærlyghet - Medfølelse og selvmedfølelse - En mer likeverdlig relasjon
<p><u>Trinn 2</u></p> <p>Identifisere meningsbærende enheter og sortere dem under tema.</p>	<p>Eksemplet ovenfor er hentet fra en informant. Jeg har fremhevet de meningsbærende enhetene i kursiv. Flere av dem er nesten identiske, da informanten gjentar seg selv. Da jeg jobbet med materialet brukte jeg farger for å sortere tekstbitene, noe som gjorde det lettere å få oversikt over hvilke tema (fra trinn 1) de ulike tekstbitene hørte inn under.</p>
<p><u>Trinn 3</u></p> <p>Kondensere innholdet med et faglig perspektiv. Temaene blir justert og definert i kodegrupper og subgrupper.</p> <p>Lage kondensater for hver av subgruppene, og deretter et «gullsitat» fra hver av kondensatene som</p>	<p>Under arbeidet med å finne passende kodegrupper kunne for eksempel en kodegruppe, med subgrupper være:</p> <p>En styrke for relasjonen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Å våge å vise kjærlyghet - Selvomsorg for behandler - Likeverdighet mellom behandler og pasient <p>Et kondensat og «gullsitat» fra subgruppe «Å våge å vise kjærlyghet» kunne vært:</p> <p>Jeg er blitt modigere til å vise ømhet, hengivenhet og kjærlyghet. Jeg blir glad i pasientene mine. De er jo ikke en venn, men jeg bryr meg om de. Jeg får høre at jeg ikke er profesjonell når jeg</p>

fanger essensen av innholdet. «Gullsitat»	viser kjærlighet. (Flere utsagn rundt temaet fra de andre informantene ville kommet inn under dette kondensatet). «Jeg bryr meg om og kjenner kjærlighet til pasientene mine».
<u>Trinn 4</u> Funnene sammenfattes i en sammenhengende tekst.	Funnene blir skrevet ut i et eget kapittel. Sammenfatningen skal gjenspeile informantenes stemme, og være tro mot det deltakerne har formidlet.

2.8 Reliabilitet og validitet

Målet under all forskning er at funnene som blir presentert skal kunne ses på som reliable og valide. I dette kapittelet vil jeg redegjøre for reliabiliteten og validiteten ved forskning generelt, samt knytte det opp mot min forskning. Reliabilitet innebærer at vi kan se på forskningen og resultatene som pålitelige i forhold til hvordan forskeren har gått frem under forskningsprosessen. Validitet sier noe om gyldigheten, om resultatene samsvarer med den sammenheng de er blitt hentet ut fra, slik at man kan stole på at det som blir formidlet passer med virkeligheten (Johannessen et al., 2021). Når jeg betrakter problemstillingen og forskningsforløpet mitt, vil jeg hevde at studien min oppfylder kriteriene til reliabilitet og validitet, samtidig som jeg ser at det er flere elementer som til en viss grad kan svekke påliteligheten og gyldigheten. Jeg vil i de neste kapitlene drøfte styrker og svakheter ved forskningsprosjektet mitt.

2.8.1 Reliabilitet

I kvantitativ forskning er pålitelighet og nøyaktighet svært vesentlig for at kunnskapen skal kunne kalles gyldig, og det finnes ulike måter man kan teste ut og måle dataenes pålitelighet på (Johannessen et al., 2021). Når det gjelder kvalitativ forskning er ikke det målbart på samme måte, men som nevnt ovenfor kan påliteligheten styrkes ved at leserne får grundige beskrivelser av hvordan forskeren har gått frem under forskningen (Thagaard, 2018). Jeg har vært opptatt av at forskningen min skulle være konsis, og har gjennom forskningsprosessens ulike stadier lagt vekt på å ha et kritisk blikk på de ulike delene av undersøkelsen. Jeg har

tilstrebet å være mest mulig transparent og vise leserne hvordan jeg har kommet frem til resultatene. Dette har jeg blant annet gjort ved å bruke data fra en av informantene mine, og gitt et detaljert eksempel på hvordan jeg trinn for trinn har gått frem i analyseprosessen min.

Thagaard (2018) poengterer at det er en styrke å være flere forskere i et prosjekt. Siden jeg har jobbet alene om dette prosjektet, har det vært en fordel å kunne dele materialet mitt med veilederen min. Dette gjorde jeg i oppstarten av analysearbeidet, og jeg kunne dermed diskutere forslagene mine rundt tematisering og koding av dataene med henne. Videre har veilederen fulgt meg gjennom hele analyseprosessen, noe som har hjulpet meg til å finpasse kodene og subgruppene jeg valgte, slik at de enda mer nøyaktig kunne omfavne det innsamlede datamaterialet mitt. Utover dette brukte jeg Malterud (2017) sin systematiske tekstkondensering som metode. Siden denne metoden følger en oppskrift som er knyttet tett opp mot det empiriske materialet, kan også det være en faktor som kan bidra til å styrke påliteligheten av resultatene.

En svakhet ved forskningen min og innsamlingen av data, kan være at jeg ikke gjennomførte prøveintervju på forhånd. Dette tilrådes ofte, da man som fersk forsker er uerfaren og kanskje ikke like flink til å få uttømmende informasjon fra informantene, slik en erfaren forsker i større grad hadde fått (Thagaard, 2018). Jeg kunne merke ved gjennomlesing og analyse av data, at det ved noen anledninger kom opp nye spørsmål, og jeg tenkte da på hvordan spørsmålene i intervjuene kunne blitt stilt annerledes, samt at jeg fikk tanker om at det noen steder kunne ha passet med noen tilleggsspørsmål. Et eksempel på det, er at jeg kunne dvelt enda mer med hvordan de konkret brukte metoden overfor pasientene. Jeg savnet også litt mer informasjon om konkret tilbakemelding fra pasientenes erfaringer. Sett fra et annet ståsted kan det tenkes at dette ikke var det viktigste for dem å få frem, og heller ikke for meg som forsker.

Jeg valgte å gjennomføre alle intervjuene før jeg startet på transkriberingen. I ettertid ser jeg at det kunne vært en styrke å transkribere intervjuet etter første informant, før jeg intervjuet de andre deltakerne. Dette tror jeg ville ha hjulpet meg til å være enda mer presis i spørsmålene mine ved de neste intervjuene. Utover dette opplevde jeg at jeg fikk veldig mye informasjon om hva denne metoden har betydd for dem som behandlere, og hvordan det har påvirket deres relasjon til pasientene, noe som har vært hovedintensjonen med

denne forskningen. Derfor tror jeg ikke at det hadde spilt noen avgjørende rolle med tanke på resultatene og funnene jeg har kommet frem til.

Et viktig aspekt ved reliabilitet, er hvordan relasjonen til informantene kan ha betydning for datainnsamlingen, siden dette kan spille en rolle for hvilke tolkninger som kommer frem i forskningen (Thagaard, 2018). Jeg kjente ingen av informantene mine fra før, men jeg opplevde å få en umiddelbar god kontakt med samtlige deltakere fra første øyeblikk. For min del var det veldig inspirerende å intervju deltakerne om CFT, da jeg merket at alle intervjuobjektene hadde et brennende engasjement for modellen og temaet, noe som også matchet min begeistring. En svakhet, som jeg også har diskutert under kapitlet om forforståelse, er at jeg i min iver og kjennskap til fenomenet, kan ha unnlatt å spørre om vesentlige ting ved metoden, og kan ved det ha gått glipp av spesifikk informasjon som kanskje kunne vært interessant og fått med.

En styrke ved forskningsprosjektet mitt kan være jeg tok lydopptak og transkriberte alle intervjuene ordrett etterpå, noe som gjorde at jeg nøye kunne gå gjennom alt som var blitt sagt flere ganger. Dermed kunne jeg utelukke en eventuell tendens til å huske, eller legge mest vekt på det jeg synes var viktigst eller mest interessant under intervjuene. Forforståelsen min kan også ses på som en styrke, da det kan hende at jeg har fått frem nyanser som en forsker uten kunnskaper og erfaringer med CFT ikke ville ha fått. Jeg har gjennom hele analyseprosessen av materialet forsøkt å ha et bevisst forhold til dette. Jeg har bestrebet meg på å lese det transkriberte materialet nøye, og latt de ulike tekstbitene tale for seg. Min intensjon har vært at resultatene skulle bli mest mulig pålitelige.

Avslutningsvis i denne delen vil jeg nevne et annet perspektiv som tas i betraktning ved vurdering av studiers reliabilitet. Det handler om at konteksten i studien blir gjort godt rede for (Thagaard, 2018). Jeg tolker Thagaard dithen at det teoretiske grunnlaget også har betydning for utvikling av hvilke data man innhenter, og at sammenhengen mellom teori og innhentet data kan styrke påliteligheten til studien. I min studie kommer teorien rundt CFT og tidligere forskning godt frem i egne kapitler i starten av oppgaven, og i diskusjonsdelen får jeg også vist denne sammenhengen.

2.8.2 Validitet

Et viktig spørsmål jeg har stilt meg selv underveis i jobbingen med prosjektet, er om min forskning er gyldig i forhold til det fenomenet jeg har forsket på, som har sammenheng med resultatene av forskningen og hvordan dataene er blitt tolket Thagaard (2018) presiserer at det er fort gjort å bli «blind» når man er i den omfattende prosessen som forskning er. I det perspektivet er det viktig å spørre seg selv om det er andre tilnærminger eller måter å gjøre det på som ville vært mer hensiktsmessig for å øke validiteten på min forskning.

Et element jeg tenker på i ettertid, er at intervjuguiden jeg sendte til deltakerne i forkant kunne ha vært mer utfyllende og detaljert. Samtidig kunne jeg bedt dem spesifikt om å sette seg inn i den. Dette for å sikre at innhenting av data ble så nært knyttet opp til forskningsspørsmålene mine som mulig. Grunnen til at jeg nevner dette i denne sammenhengen, er at jeg opplevde at en av informantene mine hadde mye fokus på og refererte stadig til teorien i CFT, fremfor å fortelle om egne erfaringer. Det kom også frem under intervjuet at vedkommende ikke hadde lest intervjuguiden på forhånd. I intervjuet viste informanten ofte til bøker og annen litteratur, noe som krevde at jeg flere ganger måtte hente vedkommende inn igjen for å få informasjon om egne opplevelser og erfaringer ved bruk av metoden. Dette i motsetning til de to andre informantene som virket godt forberedt, og som var mest opptatt av å beskrive opplevelser med pasienter og hva modellen betydde for dem. Derimot brukte jeg ekstra lang intervjutid på førstnevnte deltaker, så jeg kan ikke se at jeg har gått glipp av vesentlig informasjon.

Man kan blant annet få styrket troverdigheten og gyldigheten til et forskningsresultat ved at man presenterer resultatene som er kommet frem til informantene etterpå, noe som kan gi mulighet til å få en bekreftelse på om resultatene stemmer overens med det som er blitt formidlet (Johannessen et al., 2021). Dette har jeg ikke valgt å gjøre mens jeg jobbet med forskningsprosjektet mitt, men jeg ser ikke bort fra at jeg muligens vil ta kontakt med enkelte av deltakerne i etterkant, for å dele og diskutere både prosjektet mitt og CFT som metode.

En annen mulighet for å finne ut noe om validiteten, er at man kan la en annen forsker analysere det samme datamaterialet, for å se om hen kommer frem til samme resultat (Johannessen et al., 2021). Dette kan gi en viss gyldighet, men mest sannsynlig ville ikke

resultatene bli nøyaktig like, da forskerne ville hatt forskjellige utgangspunkt med tanke på ulik bakgrunnsinformasjon og forforståelse for temaet. Min forforståelse og kunnskaper om temaet mener jeg er en styrke i forhold til gyldigheten av resultatene. Jeg fikk mye informasjon, og det var enkelt å relatere informasjonen fra informantene til egne kunnskaper og erfaringer. Utover dette fikk jeg veldig god kontakt med samtlige informanter. Jeg opplevde for det meste at vi hadde en felles forståelse av temaet, samt at dette også kunne relateres til teorien. Men, som beskrevet ovenfor, kan dette også ha vært en fallgrube til å gå glipp av annen informasjon.

I forskning er man opptatt av at et utvalg skal være representativt. Dog er ikke det like viktig i kvalitative undersøkelser, da man er opptatt av å finne deltakere som har mye og relevant informasjon om det som skal utforskes (Johannessen et al., 2021). Jeg kan stille spørsmålsteget ved min utvelgelse av informanter, og om det kan ha ført til en skjevhet i materialet. Dette er noe jeg ikke kan svare på. Når jeg ser på dataene mine, mener jeg at jeg har fått fyldig informasjon om fenomenet jeg har studert. Riktignok når det er sagt, så klarer jeg ikke å se at det er noen betydelig stor variasjon i det deltakerne har formidlet, kun at de uttrykket seg på forskjellige måter.

Validitet handler ikke bare om metodene som blir brukt, men det kan også betraktes som et håndverk der man ser på kvaliteter ved forskeren og dens moralske integritet (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette synes jeg er et interessant fenomen. Særlig med tanke på all den forskningen som blant annet blir publisert i media, der man ofte stiller spørsmålsteget ved validiteten av undersøkelsen. Som student og forsker på masternivå har jeg gjort så godt jeg kunne i å fremstille resultater som i størst mulig grad kan betegnes som gyldige. Jeg har bestrebet meg på å følge de etiske retningslinjene for forskning og vært tro mot det innsamlede datamaterialet mitt.

Et annet perspektiv ved validitet, er hvorvidt studien er overførbart til andre settinger. Malterud (2017) hevder blant annet i sin definisjon av forskning at det skal være «... en ambisjon om overførbart der funnene på en eller annen måte gir ny innsikt som andre kan ha nytte av i andre sammenhenger enn der prosjektet blir utført» (Malterud, 2017, s. 17). Et stort mangfold i et utvalg, kan vanligvis øke muligheten for å belyse problemstillingen fra flere sider, og med det øke gyldighet og overføring (Malterud, 2017). I min studie var det kun tre deltakere, men jeg vil likevel hevde at studien er overførbart til andre settinger.

Behandlere som vektlegger ulike behandlingsmetoder i terapien kan også implementere deler av CFT i sin praksis, uten å nødvendigvis gå «all in». Jeg ser på mye av den kunnskapen som kommer frem i denne studien som allmenngyldig, og vil tro at det er kjente aspekt ved terapi som veldig mange behandlere både er opptatt av og har mye bevissthet rundt. Videre mener jeg at flere forhold ved studien også kan overføres til fagpersoner som arbeider med mennesker innen andre områder enn psykisk helsearbeid. I følge Thagaard (2018) kan den eksterne validiteten knyttes til den tolkningen som vekker gjenklang hos lesere som har kjennskap til de fenomenene som blir belyst. I diskusjonskapitlet mitt vil jeg forsøke å vise til hvordan funnene i forskningen min kan ha relevans i andre sammenhenger, samt hvordan kunnskapen kan ses på som allmenngyldig for alle mennesker.

3 Funn

Nedenfor viser jeg en oversikt over funnene mine, delt inn i kodegrupper, subgrupper og gullsitat. Videre blir funnene presentert i en analytisk tekst der kode- og subgruppene blir brukt som navn på kapitler og underkapitler.

Tabell 2

Kodegrupper	Subgrupper	Gullsitat
Å ta vare på seg selv	Behandle meg selv som en god venn	«Når jeg gjør gode ting og har støttende tanker til meg selv, klarer jeg bedre å være god og støttende mot andre»
	Være mindre selvkritisk til meg selv	«Jeg er blitt modigere, sterkere og mindre sårbar for å gjøre feil»
	Romme det som kommer	«Jeg klarer lettere å møte det tunge pasientene bringer inn i samtalene»
Å være et medmenneske i relasjonen	Det felles menneskelige	«Vi er jo alle bare mennesker som strever med de samme tingene. Vi er alle i samme båt»
	Å møte pasienten med nærvær	«Det er den inntoningen på pasienten som er så viktig. Ikke hva jeg sier, men tilstedeværelsen med hele meg»
	Å vise ømhet og kjærlighet	«For meg er det naturlig å bli glad i og vise kjærlighet til pasientene»
Likeverd	En integrert tenke- og handlemåte	«Modellen er på en måte så inkorporert i meg selv. På mange måter er dette noe jeg lever med»
	Et felles prosjekt	«Det er vanskelig å fortelle pasienten noe du ikke klarer å leve opp til selv»

	Å minske avstanden mellom oss og dem	«Vi må tørre å være mer transparente og vise hvem vi er som mennesker»
--	--------------------------------------	------------------------------------------------------------------------

3.1 Å ta vare på seg selv

Intervjuobjektene formidler at det å ta vare på seg selv er inkorporert i medfølelsesfokusert terapi (CFT), og at ved å bli kjent med og lære å bruke CFT, er blitt en hjelp for dem til å ivareta seg selv bedre. Det tilrådes å gjøre øvelsene som inngår i modellen jevnlig. Alle deltakerne oppgir at de har erfaring med mindfulness fra før. Siden elementer fra mindfulness inngår i CFT, er dette noe som ses på som en styrke da det gjorde det enklere for dem å sette seg inn i metoden. Men det kommer frem at CFT oppleves som mer kraftfull siden intensjonen om selvmedfølelse og medfølelse for andre er et vesentlig aspekt ved denne meditasjonen.

3.1.1 Behandle meg selv som en venn

Gjennom intervjuene kommer det frem at det er viktig å ta ansvar for egen helse og være en god støtte for seg selv i livet. Det relateres til å klare og fungere godt i rollen som utøvende behandler og i livet ellers. Modellen hjelper deltakerne i å ha mer medfølelse med seg selv, og også ha et større fokus på egenomsorg. Det kommer frem at det å sette grenser for seg selv er et eksempel på å gi seg selv egenomsorg. Videre å praktisere øvelsene som inngår i modellen, noe som bidrar til en økt indre ro, og dermed eksempelvis friere oppmerksomhet før møter med pasientene. På grunn av en hektisk jobbhverdag uttrykker samtlige informanter at det blir liten tid til å gjøre øvelsene på jobb, men at de legger vekt på å bruke noe tid til å samle seg mellom pasientmøtene. Da med beroligende pust og visualisere medfølelse overfor seg selv og den de skal møte. På grunn av en hektisk jobbhverdag uttrykker samtlige informanter at det blir liten tid til å gjøre øvelsene på jobb, men at de legger vekt på å bruke noe tid til å samle seg mellom pasientmøtene. Da med beroligende pust og visualisere medfølelse overfor seg selv og den de skal møte.

Gullsitat:

Når jeg gjør gode ting og har støttende tanker til meg selv, klarer jeg bedre å være god og støttende til andre.

En av dem sier: «Før jeg skal treffe pasientene puster jeg rolig, smiler varmt til meg selv og tenker at jeg er her med lys og varme». Samme informant påpeker forskjellen på mindfulness og øvelsene i CFT: «For mindfulness er bra. Det kan du gjøre for å belyse noe, men det er varmen og forståelsen som kurerer». Dette gjelder både overfor pasientene og seg selv. Det kommer videre frem at intensjonen og holdningen om å være god mot seg selv er noe intervjuobjektene «lever med» i større eller mindre grad.

3.1.2 Være mindre selvkritisk til meg selv

Deltakerne beskriver skam og selvkritikk som universelle følelser som alle har, og at det er viktig å se innover og tenke på egne følelser. Ved å våge og kjenne på skam og kritiske tanker man rettet mot seg selv, kan man få en dypere forståelse av hvordan pasientene opplever dette. Videre kommer det frem at når man tør å være åpen og fortelle om egne vanskeligheter, kan det medvirke til å kjenne seg sterkere og mindre sårbar. Å dele av seg selv til pasienter og kollegaer blir i varierende grad praktisert av deltakerne. Det blir presisert at ved deling til pasienter er det alltid i terapeutisk øyemed. Øvelsene i medfølelsesfokusert terapi er dermed til hjelp når deltakerne har det vanskelig og kjenner på selvkritikk.

Gullsitat:

Jeg er blitt modigere, sterkere og mindre sårbar for å gjøre feil.

Det kommer frem at av alle vonde følelser er det ofte skamfølelsen som er vanskeligst å kjenne på, samt erkjenne at man har den. En av informantene presiserer: «Disse vonde og vanskelige følelsene er universelle. Det er ikke bare pasientene som kommer til oss som kjenner på dem. Dette er viktig å huske på».

3.1.3 Romme det som kommer

Informantene viser i intervjuene til sterke og traumatiske pasienthistorier fra mennesker de møter i sin praksis, historier eller livssituasjoner som gjør veldig stort inntrykk på dem. Deltakerne er opptatt av hvordan de skal møte disse vonde og tunge følelsene, og hvordan de kan romme pasientene på best mulig måte. Det kommer frem at det er blitt enklere å stå

i ubehaget man kjenner på i slike situasjoner etter å ha begynt å bruke modellen. Ved å klare å være oppmerksomt til stede i seg selv, og kjenne på selvmedfølelse og medfølelse for pasienten, kan man oppleve at det ikke er så tungt å gå inn i det mørkeste. Det blir også lettere å være oppmerksom på mulig overføring og motoverføring i situasjonen.

Gullsitat:

Jeg klarer lettere å møte det tunge pasientene bringer inn i samtalene.

En av informantene oppleves spesielt engasjert i dette: «Det er en sånn positiv kraft som man kjenner glede av å gi, og da blir det ikke så tungt å gå inn i det mørkeste». Samme informant sier videre: «Jeg kan faktisk oppleve at jeg kan gå inn i det vonde med interesse og glede». Dette blir utdypet med at vedkommende kan kjenne at hen, i møtet med pasienten, er på et sted i seg selv som gjør det enkelt å kjenne og utstråle medfølelse og omsorg. Når hen merker at dette blir tatt imot av den andre parten, gir dette en tilfredsstillende følelse av at det nytter og er til hjelp for pasienten. Omtalte informant formidler også noe av det samme som kom frem under temaet skam og selvkritikk: «En faktor som spiller inn, er at man har jobbet med seg selv, og at man har våget å kjenne på og møte sine egne mørke sider, og samtidig har klart å innrømme hva som er vanskelig».

3.2 Å være et medmenneske i relasjonen

Relasjonene til pasientene er det viktigste i jobben som behandler i psykisk helsevern. Deltakerne er opptatt av å møte pasientene som gode medmennesker, og har til hensikt å hjelpe og lindre smerte på best mulig måte. Samtlige informanter poengterer også at de møter pasientene i felles menneskelighet, som er et mantra i medfølelsesfokusert terapi. Med dette forsøkes det å skape en mest mulig likeverdig og trygg relasjon, noe som bidrar til å vekke tillit og håp for pasientene. Alle informantene er opptatt av at de skal være hengivne og virkelig vise at de bryr seg om pasientene sine. På denne måten kommer det å føle og våge å uttrykke ekte medfølelse og kjærlighet frem som en styrke i denne modellen.

3.2.1 Det felles menneskelig

Alle mennesker kjenner på tunge og vanskelige følelser, noe som er en del av det å være menneske. Deltakerne forteller at de minner pasientene på dette, siden det er noe som er

lett å glemme når man er lidende og hjelpetrengende. Det legges vekt på psykoedukasjon i behandlingen, i form av informasjon og forklaring rundt kroppens stress-respons-systemer. Deltakerne får med dette ofte formidlet at alle mennesker har de samme følelsene og behovene, men at vi i perioder blir mer utsatt for økt stress, særlig når vi står i vanskelige livssituasjoner og kjenner på vonde følelser. Hvordan man klarer å håndtere dette varierer fra person til person, samt situasjon.

Gullsitat:

Vi er jo alle bare mennesker som strever med de samme tingene. Vi er alle i samme båt.

Det blir uttrykket at man som behandler også «bare» kan være et menneske i relasjonen. Som en av informantene uttaler: «Du kan være et menneske du også. Du er liksom ikke en autoritet eller en som har alle svarene. Vi er jo alle bare mennesker som strever med de samme tingene.» Vedkommende hevder at de alle jobber med at medfølelse skal «flyte» i pasientkontakten, - ut av seg selv og til den andre, og at på et eller annet tidspunkt kommer pasienten forhåpentligvis både klare å gi medfølelse til seg selv og tilbake til behandleren.

3.2.2 Å møte pasienten med nærvær

Samtlige deltakere snakker om tilstedeværelse og nærvær som en essensiell faktor i medfølelsesfokusert terapi, og viser til hvordan de bruker verktøyene som hjelp til å komme nærmere seg selv før pasientkontakt. Ved å opprette en medfølende holdning og kjenne mest mulig tilstedeværelse i seg selv, klarer de også bedre å utstråle varme og trygghet overfor pasientene. Å klare å tone seg inn på pasientene nonverbalt er dermed en vesentlig side ved pasientkontakten. Med dette legger deltakerne vekt på at det nonverbale uttrykket kan være vel så viktig som det verbale, og at pasientene fanger opp stemningene i møtene.

Gullsitat:

Det er den inn-toningen som er så viktig. Ikke hva jeg sier, men tilstedeværelsen med hele meg.

Deltakerne formidler dette fenomenet på forskjellige måter. En av dem forteller om en tilbakemelding hen har fått fra en pasient, som forteller at hen blir så følelsesmessig

«nedregulert» og rolig i samtalene med hen. Deltakeren er veldig klar på at det ikke handler om hva hen sier, men tilstedeværelsen hen utstråler i møtene.

En av de andre deltakerne snakker om viktigheten av å utstråle varme og vennlighet. Denne informanten bruker uttrykk som «å bringe varme inn i kulden» og «lys inn i mørke». Hen definerer i denne konteksten varme som medfølelse, og at man med forståelse og visdom kan være «lys» for pasientene. Det fremheves igjen at man er på et sted i seg selv der man kjenner disse følelsene, og at pasienten merker det. Deltakeren viser til at når pasienten opplever varmen og omsorgen fra behandleren, bidrar det til at pasienten lettere får tillit og kjenner seg trygg nok til å klare og snakke om vonde og vanskelige følelser. Informanten legger også vekt på at det handler om: «... å møte meg selv med mest mulig kjærlighet og visdom», og at man så klarer å møte pasienten på samme måte.

3.2.3 Å vise ømhet og kjærlighet

Temaet i dette kapitlet blir en videreføring av forrige kapitel. Modellen har lært deltakerne i å være bevisst på å ha en intensjon om å møte pasientene med mest mulig medfølelse og kjærlighet, og samtlige behandlere uttrykker hvor mye kraft det ligger i denne tilnærmingen. Ingen av dem formidler at det er vanskelig å ha fokus på å vise ømhet og kjærlighet, eller at det kanskje kan kjennes uekte. Dette forklares med at de har så god trening i å jobbe med å kjenne medfølelse til seg selv og andre, og at det av den grunn kjennes veldig naturlig for dem. Deltakerne problematiserer heller ikke profesjonaliteten i yrkesrollen om man kjenner på kjærlighet og blir glad i pasientene sine, men påpeker at det går et skille med tanke på at de ikke blir venner med pasientene.

Gullsitat:

For meg er det naturlig å bli glad i og vise kjærlighet til pasientene.

En av deltakerne prater spesielt mye rundt dette: «Jeg blir fort glad i pasientene og jeg tenker på dem». Senere i intervjuet forteller hen: «Jeg sa til han at jeg bryr meg veldig om deg, og at jeg synes at det har vært utrolig fint å snakke med deg. Jeg fortalte han at han var en sånn fin person, og at jeg kom til å savne samtalene våre. Ja, jeg liksom pøste på med kjærlighet da». Det kommer tydelig frem at dette var ektefølt og ikke noe vedkommende diktet opp, selv om det var en bevisst handling fra behandlerens side. Videre blir det beskrevet:

«De er jo ikke en venn, men jeg bryr meg. Andre kan tenke at jeg ikke er profesjonell hvis jeg blir glad i pasientene».

I samtale med en annen deltaker blir møtene mellom pasient og behandler betegnet som: «Hjertemøter, det er jo det det er». Hen legger stor vekt på varmen, vennlighet og omsorgen som behandleren klarer å utstråle. Vedkommende hevder blant annet at det ikke er mulig for en behandler å oppnå en skikkelig god og nær relasjon med en pasient dersom man ikke klarer å vise omsorg for pasienten. En annen deltaker uttaler: «Jeg synes det er naturlig å gi pasientene en klem dersom det passer, noen ganger spør pasientene meg om å få en klem». En av deltakerne bruker også begrepet kjærlighet når hen setter grenser og er streng og «pusher» pasientene. Hen forteller at i ettertid har pasienter vist takknemlighet overfor hen, selv om det i det aktuelle ikke opplevdes som en støtte for dem. Også her kommer den grunnleggende trygge relasjonen mellom behandler og pasient frem, der pasienten kjenner seg møtt og elsket.

3.3 Likeverd

En sentral side ved denne modellen er erkjennelsen av likeverdighet mellom hjelper og den som er hjelpetrengende. Å vise pasientene hvem man er som menneske, og at livet nødvendigvis ikke går på skinner for behandlerne heller, er noe som vekker tillit og trygghet for pasientene. Det ses på som viktig å få frem at forventningen om å bli helt symptomfri er urealistisk. Her vises det igjen til psykoedukasjon, med forklaring om at vi alle har sårbare sider som vi trenger å jobbe med, og at det er en evigvarende prosess.

En deltaker i prosjektet mitt uttaler: «Jeg har kjent meg som en pasient når jeg bekymrer meg for ting, og når jeg stresser for mye, blir jeg redd for å bli sykere». Dette ble uttalt til meg som forsker. Som nevnt tidligere er profesjonaliteten i rollen som behandler viktig, og at man må til enhver tid kjenne hva som er hensiktsmessig å dele med pasientene.

Oppgaven er å fremstå som likestilte mennesker som jobber for å skape en god samholdighet med pasientene, og med det minske avstanden mellom partene.

3.3.1 En integrert tenke- og handlemåte

Medfølelsesfokusert terapi blir ikke bare beskrevet som en metode i behandling. Den blir også omtalt som en grunnforståelse for hvordan man ser på livet og menneskene rundt seg. Det blir en holdning og tenkning som gjennomsyrer alt man gjør, og det blir påpekt at dette ikke er noe som kommer av seg selv. Alle kan ha gode tanker og flotte verdier, men man må jobbe med seg selv for å trene opp selvmedfølelse og medfølelse for andre. Som nevnt tidligere i studien ble det nevnt at det ofte kan være vanskelig å sette av tid til dette i en travel hverdag, men når man har fått modellen og øvelsene litt under huden, kan det oppleves noe lettere.

Gullsitat:

Modellen er på en måte så inkorporert i meg selv. På mange måter er dette noe jeg lever med.

Ifølge samtlige deltakere opplever de at de i større grad kan tillate seg å vise følelser overfor pasientene. Som det også ble nevnt i kapitlet «Det felles menneskelige», opplever de at de kan være et medmenneske i relasjonen, og ikke en som vet best. En av dem uttrykker: «... og så kan du bli en del av behandlingen på en annen måte, noe som er veldig givende».

Medfølelsesfokusert terapi blir av en av informantene betegnet som en viktig faktor for å «få til» et godt liv. Hen forteller om Paul Gilbert og forskningsmiljøet rundt han. De er mange forskere som jobber sammen for å utvikle CFT. Hen informerer blant annet om dette på denne måten: «De tar enormt stilling til samfunnet og at vi må, hvis vi skal ha et godt samfunn, så må vi trene medfølelse og kjærlighet og glede (...) De trener oss opp til å bli gode personer, gode medmennesker (...) Det er et integreringsparadigme som Paul Gilbert og andre holder på med». Hen poengterer at tenkningen og verdiene som inngår i CFT, er kunnskap som trengs å spres, uavhengig om man kaller det medfølelsesfokusert terapi eller følger øvelsene slavisk. Hen hevder at tenkningen bør implementeres i all terapi.

3.3.2 Et felles prosjekt

Informantene legger vekt på, som presisert i tidligere avsnitt, å vise at de bare er mennesker med små og store utfordringer i livet, og at de også jobber med seg selv, samt at de også kan oppleve det vanskelig å for eksempel trene på selvmedfølelse.

Gullsitat:

Det er vanskelig å fortelle pasienten noe du ikke klarer å leve opp til selv.

En av informantene forteller at det ble laget avtale om å gjøre øvelsene sammen med en pasient på samme tidspunkt hver uke. De satt da sammen og gjorde øvelsene, men ikke fysisk på samme sted. Med dette hadde de noe felles som de begge forpliktet seg til, og som kunne bidra til å motivere dem.

Det felles menneskelige belyser en annen informant på denne måten: «Mindfulness og CFT har til felles at for å bruke det med pasienter så må du også bruke det selv (...) Det er vanskelig å fortelle pasienten noe du ikke klarer å leve opp til selv (...) Du er liksom en modell, det må være samsvar».

En tredje informant snakker om at mange pasienter er redde for å belaste og skuffe behandlerne sine, og uttrykker i den forbindelsen at det er helt avgjørende hvor behandlerne står i seg selv, samt hvor stor grad av trygghet de klarer å bygge opp i relasjonen til pasientene. Med det viser hen til viktigheten av å møte pasienten med å utstråle varme, vennlighet og kjærlighet, og vise at man virkelig bryr seg.

3.3.3 Å minske avstanden mellom oss og dem

Mye av det som har kommet frem, også i de andre delene i denne studien, er betydningen av å jobbe for likeverdighet mellom pasient og behandler, da dette bidrar til å minske avstanden mellom partene. Det blir formidlet at det kontinuerlig jobbes med å balansere ujevnheten i forhold til makt. Videre at når behandlerne deler fra livet sitt, bidrar det til en tryggere og mer likestilt relasjon.

Gullsitat:

Vi må tørre å være mer transparente og vise hvem vi er som mennesker.

En av deltakerne forteller om tilbakemeldinger hen fikk fra en pasient via en kollega: «Vet du hva, dette er en ekte dame, hun sier det som det er. Hun behandler meg som et menneske». Samme informant forteller også: «I en sånn gammel psykiatri så tenker man at enten er man personal eller så er man pasient. Men her får vi være liksom sånn mer lik (...) terapi skal ikke være modellspesifikk, men mellommenneskelig kontakt». En annen informant uttrykker seg på denne måten: «Det er helt avgjørende hvor man står i seg selv i møte med pasienten». Hens «oppskrift» på god pasientkontakt og lindring av smerte blir uttalt på denne måten: «Vi må trene på å vise mer medfølelse. Humor, vennlighet, forståelse og kjærlighet er det som hjelper best».

Det blir også av en av informantene nevnt spesifikt at den ujevnheten som eksisterer mellom behandler og pasient aldri kan bli visket helt bort, siden man står i forskjellige roller.

4 Drøfting

Forskning viser at terapeuter som anvender medfølelsesfokusert terapi i behandling opplever at det har styrket relasjonskontakten med pasientene, pluss at det har hatt positive effekter for dem som mennesker og som behandlere i psykisk helsevern. Det kommer frem at de i høyere grad klarer å kjenne på medfølelse overfor pasientene og for seg selv. Videre har det bidratt til å redusere graden av skam og kritikk rettet mot dem selv (Beaumont et al., 2016; Bell et al., 2017; Bibeau et al., 2020; Gale et al., 2017).

Jeg har i denne kvalitative studien hatt til hensikt å finne ut hvilke erfaringer mine informanter har ved å praktisere medfølelsesfokusert terapi, og hvordan denne metoden har hatt betydning for deres faglige og personlige utvikling i arbeidet som terapeut i psykisk helsevern. Jeg vil drøfte funnene mine opp mot teori fra CFT, nyere psykodynamisk relasjonsforståelse og Katie Erikssons vårdvitenskap og Kari Martinsens omsorgsteori. I tillegg vil jeg vise til annen aktuell forskning og litteratur som kan være med å belyse temaene i drøftingen min.

4.1. Å ta vare på seg selv

Ett av hovedfunnene i studien handler om å ta vare på seg selv, og at innsikten og bruken av CFT har vært til hjelp i forhold til dette. Et allment uttrykk er at hvis man skal klare å hjelpe andre, så må man først sørge for å hjelpe seg selv. Ofte blir metaforen fra sikkerhetsrutinene på fly brukt; man skal alltid ta på seg sin egen maske før man hjelper andre med deres. Men hva ligger det i å ta vare på seg selv, og hvordan skal man gjøre det? Gilbert (2009) påpeker at vi i den senere tid er blitt mer materialistiske, og at vi i den vestlige verden de siste århundre har beveget oss fra et kollektivistisk til et individualistisk samfunn. Jeg observerer at i tiden vi lever i og samfunnet vi er en del av, blir det forventet at vi skal være lykkelige, og at vi hver enkelt av oss skal klare å ordne opp i mange av de vanskelighetene livet byr på. Dette er noe av det (Løgstrup, 1991(1956)) legger vekt på i sin tenkning. Han hevder å være sterkt uenig i utviklingen i samfunnet mot at menneskene skal være selvstendige, selvstyrte og uavhengige. Både Løgstrup og Kari Martinsen (2012) presiserer at menneskene er avhengige av hverandre og må leve i et fellesskap.

Lyngfoss & Hauge (2014) viser til Kari Martinsens omsorgsetikk om at vi bør tenke og handle mer ut fra altruisme fremfor individualisme. Forfatterne viser til at det må en

holdningsendring til for at vi skal kunne bevege oss fra en individualistisk til en kollektivistisk tenkning og moral. Thorkildsen (2017) drar i sin oppgave om vård inn flere forfattere som definerer altruisme. Smith (1995) hevder blant annet at altruisme er synonymt med godhet, medmenneskelighet, omtanke og offer, samt at man har et uselvisk engasjement i å tilfredsstillere andres behov. Videre viser hun til Hem, Halvorsen & Nordtvedt (2014) som mener at Smiths forklaringen blir for selvoppofrende, da det må være en balanse og gjensidighet i hva pasienten og behandleren trenger. Jeg tolker dette dit hen at behandlere må ta vare på seg selv for å klare å bli værende i omsorgsykket, og med det unngå å bli utbrent. Gilbert (2010) sin teori og slik jeg ser det, handler nettopp øvelsene i CFT om å ta vare på seg selv, og at man skal skape et medfølelse ideal.

Som to av informantene mine poengterer, er det også mange innen behandlerapparatet som blir utbrent og sykemeldt fra jobbene sine, noe jeg observerer i økende grad også skjer på min arbeidsplass ved et distriktpsikiatrisk senter. Det kan være grunn til å spørre hva som har skjedd og skjer når stadig flere mennesker kjenner at de ikke klarer å leve opp til de krav som stilles til det å være menneske i dag, verken som terapeut eller pasient. Greta Marie Skau (2017) setter søkelyset på at mange mennesker sliter med å finne en mening med livet i dagens samfunn. Hun trekker frem at vi ikke vil bli tilfredse med materielle goder og overflatiske tilfredsstillere så lenge sjelen er fraværende. «Tap av sjel» er den store folkesykdommen i tiden vi lever i, hevder hun. Psykolog og filosof, Eric Fromm (2019 (1956)), viser til at menneskene i den moderne tidsalderen er blitt mer fraværende fra seg selv og sitt indre, og de forsøker derfor fortvilet å overvinne dette med å ubevisst søke ytre stimuli. Bruken av illegale rusmidler, men også helsevirksomhetens bruk av medikamenter, er ytre stimulanser som har økt i løpet av de siste tiårene. Dette konstateres ved et enkelt søk på internett, der apotek.no, formidler at «vi bruker mer legemidler enn noen gang» (Apotekforeningen, 2023), og narkotikapolitikk.no melder at «narkotikabruk blant ungdom øker over hele landet» (Statistikk, 2017). En ett år gammel artikkel fra Dagens Medisin, som er en nyhetsavis og et fagblad innen helsesektoren, konstaterte at det i løpet av de siste 10 år var 33 prosent økt bruk av smertestillende legemidler på resept per innbygger i Norge (NTB, 2022). Dette kan sees som et resultat av samfunnets krav etter ytre stimuli. Jeg tenker at dette kan skyldes at vi har mistet kontakten med vårt indre. Bruk av mindfulness og øvelsene i CFT kan hjelpe oss til å få kontakt med vårt indre selv, og gjennom det til selve

væren (Gilbert 2010). Både Skau (2017) og Schibbye (2009) påpeker viktigheten av å være i væren og å skape kontakt med vårt indre, noe som eksistensfilosofene var tidlige med å beskjeftige seg med (Schibbye, 2009). Binder et al. (2014) understreker også at leger og psykologer opplever at det hjelper å sette av tid til mindfulnessøvelser.

Det kan tenkes at det er flere forklaringer på at mange personer opplever å bli utbrent, som ifølge Kraft (2019), er målt til å være ca tjuefem prosent av befolkningen. Det kan ellers se ut som at det i dag er et stigende antall mennesker som søker profesjonell hjelp for psykiske belastninger. Når det gjelder CFT viser Bibeu et al. (2020) og Gale et al. (2017) sin forskning at praktisering av CFT kan være en støtte og hjelp til å forebygge utbrenthet.

Deltakerne i studien min hadde mye oppmerksomhet på å være en god venn til seg selv, og praktisering av øvelsene i CFT hjalp dem i å minne seg selv på dette, både i hverdagen og i terapisisituasjonene. Det sentrale var at de klarte å opparbeide seg en større ro og tilstedeværelse i seg selv og i samvær med pasientene, noe også forskningen til Beaumont et al. (2016) viser. Dette er også i tråd med Gales et al. (2017) sin forskning der behandlerne uttrykket at øvelsene hjalp dem med å samle seg og være mer til stede for pasientene. Ved å ha fokus på selvmedfølelse klarer man lettere å være god og kjærlig mot seg selv.

Et annet sentralt resultat i undersøkelsen min var å øve opp medfølelse. Meditasjonen og øvelsene i CFT har et klart og definert formål; å øve opp medfølelse med seg selv og andre. Dette blir av en av deltakerne i studien hevdet som det mest kraftfulle ved modellen. Man må i tillegg ha en klar intensjon om å kjenne på disse følelsene (Neff 2021), noe Gilbert og Choden (2014) også understreker. Deltakerne mine sammenligner meditasjonen og øvelsene i CFT med den tradisjonelle mindfulness praktiseringen, som i forskningen blir omtalt som. Målet i mindfulness har vært å roe ned tanker og følelser uten å nødvendigvis ha en klar intensjon. Imidlertid er det i nyere mindfulness som anvendes i psykologisk behandling også lagt vekt på å ha en intensjon om å kjenne på medfølelse, slik jeg forstår det. Jeg ser her noen forskjeller. I tradisjonell mindfulness blir medfølelse for seg selv og andre mer betegnet som en egenskap terapeutene *bør* ha (Binder et al. 2014), og ikke en intensjon behandlerne må bestrebe seg på å øve opp som i CFT.

Daniel Stern (2008) har kommet med teoretiske bidrag om viktigheten av å øve opp og ha en intensjon om medfølelse. Han viser til betydningen av å dele følelser og å tone seg affektivt

inn på den andre for å være i stand til å delta i, og på en eller annen måte sanse eller vite noe om den andre personens opplevelse uten bruk av ord. Blant annet viser han til nevrovitenskapelig forskning som viser evnen vår til å skape resonans med et annet menneskes emosjoner ved hjelp av det som benevnes som speilnevroner. Stern knytter dette til intersubjektivitet. Stern (2007) viser til at speilnevroner i hjernen er knyttet til bevegelse og intensjon. Med bevegelse siktes det til handlinger, gester og holdninger. Slik jeg forstår det er det en kobling mellom speilnevroner og empati, og at empati ikke kan eksistere uten bevegelser og intensjon. Speilnevroner bidrar til at vi kan føle empati med dem rundt oss, samt å være medfølende. Derimot viser Gilbert og Choden (2014) at empati i mange tilfeller ikke hjelper oss om den ikke knyttes til omsorg. De fremhever betydningen av hvor vesentlig det er å trene opp sinnet vårt og evnen vår til å kjenne medfølelse. Deres forskning og egen utøvelse av CFT underbygger påstanden deltakeren min kom med at det er viktig å ha en klar intensjon om å lindre egen og andres lidelse med medfølelse. Videre å ha en aksept for det som er, som ifølge Kabat-Zinn (2012) er en av de grunnleggende holdningene i mindfulness.

Vårdvitenskapen kan gi et bidrag til å belyse betydningen av forskningsresultatet mitt, om viktigheten av å ha en intensjon ved oppøving av medfølelse. Vårdvitenskapen ser lidelse som en del av livet, og ved å gå gjennom lidelse kan man etter hvert se meningen med den (Eriksson, 2012). Som en av informantene mine hevder, blir ingen helt symptomfri. Å jobbe med å oppøve medfølelse og ha en intensjon om medfølelse, eller omsorg for en som lider er en pågående prosess som aldri tar slutt. Med aksept og kjærlighet til seg selv hevdes det av deltakerne at man kan oppleve denne evnen. Eriksson (2012) uttaler at man kan erfare at det kan komme noe godt ut av lidelse. På samme måte hevder Neff (2021) at hensikten med å jobbe med medfølelse ikke er for å bli kvitt den smerten man gjennom medfølelse får ta del i. Hun fremhever betydningen av selvmedfølelse og å være oppmerksom på å være god mot seg selv når man opplever lidelse. Binder et al. (2014) presiserer også at gjennom å oppleve lidelse kan man gjennom oppmerksomt nærvær få utvidet perspektiv av å forholde seg til det vanskelige. Anna Kåver (2005) har fokus på aksept for det som er, og hvor mye kraft det ligger der. Hun presiserer: «Det å være forberedt på å leve med psykisk smerte og ubehag kan være løsningen i seg selv» (Kåver, 2005, s. 23).

Slik jeg forstår det har CFT utviklet verktøy som bidrar til at terapeutene kan mestre å nærme seg pasientenes smerte og håndtere den smerten de tar del i gjennom medfølelse. Schibbye (2006) uttaler at det kan virke som at vi i dagens samfunn skal unngå smerte, og ha en tanke om at en «quick fix» skal rette opp i det ubehagelige. Mulige løsninger blir markedsført fra forskjellige hold, for eksempel velværebehandlinger og reiser av ulike slag. Kåver (2005) hevder at strategiene kan oppleves tilfredsstillende i det aktuelle, men løser som regel ikke de følelsesmessige utfordringene man står i. De hjelper kun for å unngå smerte midlertidig. Neff (2021) hevder at når man prøver å bli kvitt ubehagelige følelser, eller fjerner seg fra det som er trist og vanskelig, kan ha motsatt effekt. Hun mener derfor også at løsningen heller er å finne ut hvordan vi kan være snillere mot oss selv for å håndtere smerten. CFT sine verktøy i å oppøve medfølelse til seg selv, samtidig som man sender medfølelse til den andre, synes å ivareta dette. På den måten kan det være lettere å leve med egne utfordringer og smerte på en måte som ikke fører til utbrenthet hos terapeutene.

Å være mindre selvkritisk til meg selv

Deltakerne i prosjektet mitt var opptatt av å få frem at å kritisere seg selv og kjenne på skam er universelt for alle mennesker, og at skam ofte kan oppleves som en av de vanskeligste følelsene å håndtere. Gale et al. (2017) uttrykker at mange behandlere kan kjenne på et press om at de skal være gode terapeuter, med et ønske og en forventning om å se god utvikling og bedring hos pasientene. I mange tilfeller er det ikke samsvar mellom forventning og virkelighet, noe som kan gi negative følelser der både selvkritikk og skam lett oppstår. Sinding (2020) hevder at følelsen av skam i noen tilfeller kan være nyttig i samhandling med andre mennesker, da den kan regulere atferden vår på en god måte. Blegen (2015) beskriver skam som en veiviser som kan være til hjelp og hindre overgrep mot andre.

Essensen i den negative skammen er at man føler seg verdiløs og tror man er et dårlig menneske. Det hevdes av både Gilbert (2009) og Brene Brown (2014), som har forsket mye på skam, at den beste medisinen mot skam er å øve opp medfølelse med seg selv. I forskningen til Gale et al. (2017) kommer det frem at øvelsene rundt skam og selvkritikk, ofte ga dem sterke følelsesmessige reaksjoner. Ellers ble det i deres forskning beskrevet at når de fokuserte på selvmedfølelsesøvelsen, opplevdes det som en måte å komme «inn til seg selv» på. Deltakerne i studien min har også mye oppmerksomhet rundt den negative skammen overfor seg selv, men hevdet at praktisering av øvelsene i CFT gjør dem sterkere og mindre

sårbar for å gjøre feil. En av deltakerne beskriver det sånn: «Denne dømmingen av meg selv er blitt mindre utfra denne tankegangen. Når jeg er mindre selvkritisk, kan jeg vokse bedre». En annen uttrykker: «Når vi kan trøste oss selv kan vi være veldig trygge, og vi kan videre klare å håndtere skuffelser på en god måte». Videre viser resultater fra forskningen min det samme som Bell et al. (2017) viser til - at ved å jobbe med seg selv og ens egen selvkritikk, øker også forståelsen for vanskeligheter pasientene strevde med.

Fokus på selvmedfølelse og medfølelse rettet mot pasienten, hjelper behandlerne i å tåle dens smerte og å klare akseptere den med mer ro under behandlingen (Gale et al., 2017). Dette kommer også frem i min undersøkelse. En av informantene uttaler til og med at hen kan kjenne på en positiv kraft med interesse og glede ved å gå inn i det vonde, da det gir en tilfredsstillende av at det nytter og er til hjelp for pasienten. Thorkildsen (2017) understøtter dette i hennes avhandling med å vise til Lindstrøm et al. (2014) som hevder at lidelse motiverer behandlere til å lindre den, og at ved lidelse finnes det en søken etter kjærlighetens vesen.

Romme det som kommer

Som samtlige deltakere presiserer betyr det mye at man våger å kjenne på egne skyggesider og jobbe med egen sårbarhet for å klare og romme pasientenes lidelse. «Terapeuter må dyrke alle muligheter til å få tilgang til egne følelser. Hvis vi ikke har tilgang til egen smerte, er det vanskelig å «gå inn» i klientens lidelse, dele den og dermed gjøre noe med den» (Schibbye, 2009, s. 244). Blegen (2015) presiserer at lidelse ofte er en ensom kamp, men ved å gå gjennom den, kan det gi kraft, hvile og fred. Thorkildsen (2017) poengterer at når behandleren er vitne til lidelsen, kan det hjelpe pasienten til å se mulige løsninger. Med Stern (2008) sitt fokus på nå-øyeblikket som forandringsøyeblikk, kan det tenkes at terapeut-pasientmøter der terapeuten utstråler varme og medfølelse nettopp skjer da.

4.2 Å være et medmenneske i relasjonen

Det felles menneskelige

Med en holdning om felles menneskelighet, ble det i intervjuene mine formidlet på denne måten; «Vi er alle bare mennesker som strever med de samme tingene». Som Schibbye (2009) hevder så er det ved å avdekke egne vansker man blir bedre rustet til å hjelpe

pasientene med sine. Med en holdning om at vi alle er i samme båt, gripes noe av hovedessensen i CFT - å møtes i felles menneskelighet med størst mulig grad av likeverd. I McEwan & Minou (2022) sin forskning kommer det frem at å praktisere øvelsene i CFT kan være krevende både for behandlere og pasienter. Et eksempel fra min studie er at en av deltakerne fortalte pasienten at hen også strevde med å sette av tid til å gjøre øvelsene. Hen gjorde en avtale med pasienten at de skulle møtes i mindfulness på samme tidspunkt hver uke, uten at de fysisk var sammen. Dette motiverte begge parter.

Alle deltakerne i studien min var opptatt av, og hadde en intensjon om at de skulle være gode likeverdige medmennesker, ha en medfølende holdning og vise at de virkelig brydde seg. Det kan tenkes at dette er noe som gjelder for alle behandlere og hjelpere i psykisk helsevern. Imidlertid er det en forskjell i det å ha tanker om gode verdier og ville det beste for pasienten, og det å anerkjenne pasientens lidelse som noe som er felles menneskelig. Om man for eksempel har ubevisste holdninger og følelser om å kjenne seg bedre enn den andre, vil det bidra til en avstandstagen overfor pasienten. Det samme mener jeg gjelder dersom man bærer på ubearbeidede traumer, som blant annet kan virke inn på i hvor stor grad man er åpen eller avstengt følelsesmessig. Nerdrum (2017) poengterer viktigheten av å være bevisst på seg selv og ha empatisk forståelse for pasientens følelser og situasjon, og ha bevissthet rundt sine egne følelser og situasjonen. Geirdal (2007) skriver om å ha evnen til å oppdage og se overføringer og eventuelle motoverføringer, noe som regnes som en viktig faktor i behandler-pasient relasjonen. Hun forklarer overføring med å vise til at pasienten gjør behandleren til noe den ikke er, mens motoverføring er det motsatte; at behandleren overfører eller reagerer følelsesmessig på noe ved pasienten. Jeg tenker at her kan det være mange fasetter, og at mye kan skje ubevisst, og jeg vil derfor igjen understreke viktigheten av at terapeuter jobber med seg selv.

Deltakerne i min studie så det som veldig viktig å legge vekt på psykoedukasjon og forklare pasientene at vi alle har de samme følelser og behov i livet. Dette har sammenheng med Schibbye (2009) som skriver at vi lever under de samme menneskelige livsbetingelser, og at vi alle har utfordringer i livet som vi må håndtere. Dette understøtter, slik jeg ser det, likeverdigheten i en relasjon og det felles menneskelige.

Å møte pasienten med nærvær

«Det er den inntoning som er så viktig, ikke hva jeg sier, men tilstedeværelsen med hele meg», sa en av deltakerne i forskningsprosjektet mitt. Dette er i tråd med Gilbert (2010) som fremhever at det er helt vesentlig at behandlerne har en evne til å være til stede og klare å skape rom for stillhet og refleksjon sammen med pasientene. Slik jeg forstår deltakerne i prosjektet mitt, vil de med å opprette en medfølelse holdning, samt å kjenne på en tilstedeværelse i seg selv, klare å utstråle en varme og trygghet som ofte kan bety mer enn ordene som blir sagt. Stern (2007) og Schibbye (2009) belyser dette i sin teori om affektinntoning, den nonverbale kommunikasjon og den nærværende kontakten i møter med pasienter. Katie Erikssons teori om vård og relasjoner som omhandler det å møtes i en sjelelig samhørighet, understøtter den (Blegen, 2015).

En av informantene fortalte at hen var veldig oppmerksom på at hen kunne bli «smittet» av en pasient som var veldig hektisk og emosjonell ustabil. Informanten fikk i denne situasjonen hjelp av Gilbert (2009) sin teori og øvelser. Hen brukte beroligende pust fra øvelsene i CFT, noe som hjalp både hen og pasienten. Samme deltaker oppga at en av pasientene ofte uttrykte at hen ble så rolig følelsesmessig av å være sammen med behandleren. Stern (2007) anvender begrepet følelsessmitte og viser til at følelser smitter i en intersubjektiv interaksjon, noe som underbygger betydningen av terapeutens følelsesmessige tilstand i en samtale. «Nervesystemet vårt er bygd opp slik at det kan bli fanget opp av andres nervesystemer i den forstand at vi kan oppleve andre som om vi gikk under huden på dem så vel som innenfra vår egen hud (Stern, 2007, s. 94).

Å vise ømhet og kjærlighet

Den vesentligste forskjellen mellom CFT og andre behandlingsformer, synes jeg er den uttalte viktigheten av å virkelig kunne vise medfølelse og kjærlighet til pasientene. Dette oppleves naturlig og enkelt for deltakerne i prosjektet, noe som skyldtes at de hadde så god trening i å jobbe med å kjenne medfølelse for seg selv og andre. Bibeau et al. (2020) hevder at medfølelse skiller seg fra begrepet empati, da det å ha medfølelse også inkluderer et sterkt ønske om å redusere lidelse. Noen behandlere vil kanskje hevde at det er en selvfølge at vi har medfølelse med pasientene, men det ble vist til at deltakerne i forskningsartikkelen til Bibeau et al. (2020) fikk økt bevissthet rundt betydningen av medfølelse ved å praktisere

egenøvelser. Samtidig ble medfølelsesmeditasjonene oppgitt som selve grunnlaget for alle andre virkninger med metoden.

Gilbert og Choden (2014) presiserer at kvalitetene i medfølelse er ha en motivasjon til å være omsorgsfull, legge merke til lidelse, være tolerant og ha forståelse. Det er måter vi kan fokusere på hver enkel av disse kvalitetene, men forfatterne hevder at når vi gjør mindfulness- og CFT-øvelser, vil disse kvalitetene ofte oppstå sammen og støtte hverandre. Ved dette kan vi bli mer empatisk bevisste og øke toleranse for lidelse. Ovennevnte beskrivelse sammenfaller med et direkte sitat fra en av informantene: «Vi må trene på å vise mer medfølelse. Humor, vennlighet, forståelse og kjærlighet er det som virker best».

Min oppfatning av omsorgsbegrepet, slik det blir definert i faglitteraturen i Norge, er noe vag med tanke på å bruke ordet kjærlighet. Derimot blir kjærlighet, samt sjel og ånd flittig brukt i vårdvitenskapen. «Vårdandets kjerne er basert på ideen om menneskekjærligheten og medlidenheten som oppstår i møtet med et lidende menneske» (Blegen, 2015, s. 3). Kari Martinsens (2005) omsorgsteori belyser betydningen av å bry seg, engasjere seg i pasientene emosjonelt, samt å kjenne på en trang til å hjelpe andre. Videre at det er sentralt å skape en god relasjon med innlevelse og hjertevarme for pasienten. Likeverd og autonomi fremheves som en vesentlig faktor i pasientkontakten. Derimot poengterer hun at det er behandleren som fagperson som sitter med kunnskapen og at det, ifølge henne, er en autoritetsstruktur i relasjonen. Jeg synes at her kommer det inn en avstand, men det kan tenkes at det kan handle om å skulle gi omsorg til alvorlig syke som vanskelig kan inngå i en likeverdig relasjon på grunn av funksjonssvikt, eller alvorlig psykisk syke personer i en akutt fase av sin lidelse. Imidlertid blir Kari Martinsen omtalt som en som ser med «hjertets øye» (Foss, 2005). Martinsen (2003) legger vekt på sansningen i møte med pasienter og den gjensidigheten som oppstår når man viser hvem man er og blir berørt i hjertet.

«Hjertemøter, det er jo det det er», sa en av deltakerne mine. Igjen blir varmen, vennligheten og omsorgen behandleren klarer å vise uttrykt. Deltakeren hevder at uten dette, er det vanskelig å oppnå en god og nær relasjon til pasienten. Jeg synes å se at det å vise og uttrykke kjærlighet i forbindelse med pasientrelasjoner er et følsomt tema innen psykisk helsevern. En av deltakerne fortalte at hen, i enkelte behandlertmiljø, hadde blitt møtt med en holdning at å kjenne kjærlighet og bli glad i pasientene var uprofesjonelt og lite faglig. Thorkildsens (2017) refererer i sin avhandling til Arman og Rehnsfeldt (2006) der det å

ikke vise kjærlighet i terapi blir problematisert. De motsier denne holdningen, og hevder at det er kjærligheten som er selve grunnlaget i møte med et lidende menneske. I Bibeu et al. (2020) kommer det frem at en av deltakerne kunne kjenne på en altruistisk kjærlighet i det terapeutiske forholdet. Spurkeland (2020) viser i sin bok til et ledelsesseminar der nonnen, Mor Theresa, var representert. Hun startet foredraget sitt med: «Do you know your people? Do you love them?» (s.15). Berit Foss (2012) har studert ledelse med vårdvitenskap som utgangspunkt. Hun betegner kjærlighet som en grunnverdi, og hevder at menneskets livsoppgave og ansvar er koblet sammen med hjertet, og at vi må si ja til kjærligheten og lytte til hjertets stemme. Schibbye (2009) viser til Søren Kierkegaard som beskriver at man i terapirommet kan kjenne kjærligheten som en menneskelig åndelig kraft. Slik jeg ser det, understreker samtlige av disse utsagnene hvor viktig det er å kjenne kjærlighet og varme i alle mellommenneskelige relasjoner.

Eriksson (2012) hevder at uansett hvilken uttrykksform lidelsen har, så er grunnkraften man finner i kjærlighet det som best kan lindre den. «Et menneske, der lider, har atter og atter behov for, at man viser det kjærlighet» (Eriksson, 2012, s. 90). I forskningen til Bibeu et al. (2020) viser resultatene at medfølelsesmeditasjonene i CFT fikk en helt annen dimensjon i forhold til det å kjenne på kjærlighet i terapiforholdet. Et direkte sitat fra funnene mine understøtter også dette: «Det er med å vise kjærlighet, forståelse og vennlighet man kommer lengst». Et sitat fra åndsfilosof Rudolf Steiner (1999) underbygger også dette: «Når vi elsker det fra dypet av vårt hjerte, virker det som det beste legemiddel» (s. 16). Blegen (2015) refererer Levinas og Gadammers ansvar for andre: «I møtet med en Annen vekkes følsomhet og vilje til å være til for den Annens skyld. Dette er menneskets iboende naturlige nestekjærlighet. Mennesket dannes i nestekjærlighet og blir kjærlig mot sin neste. Ved å bli tjent i nestekjærlighet dannes mennesket til å bli sin nestes tjener. Ved å være og skape godhet» (s. 47)

Å jobbe med selvmedfølelse er helt essensielt i medfølelsesfokuset terapi. Thorkildsen (2017) skriver i innledningsreferatet at vårderen er ansvarlig for å arbeide med egen dannelse. Lenger ute i oppgaven skriver hun at nøkkelen til nestekjærlighet er selvkjærlighet, og når man forbinder det å komme nærmere seg selv, kan man også bli gjenforent med noe utover seg selv. Slik jeg tolker Thorkildsen handler dette både om kjærligheten til den lidende pasienten, samt noe større som jeg velger å kalle Gud eller «en høyere bevissthet».

Schibbye (2009) er også opptatt av at terapeuter jobber med kjærligheten til seg selv, og hevder at dette kan hjelpe pasienten i å bygge opp kjærlighet til seg selv.

4.3. Likeverd

Likeverd og respekt i medfølelse for menneskene man jobber med gjennomsyrrer denne modellen. «Dette er noe jeg lever med», uttaler en av informantene, og sier at som behandler må vi våge å vise hvem man er, og at vi alle har til felles at livet kan være strevsomt. Å tillate seg å vise sårbarhet inngår også i dette, men det blir fremhevet at ved deling skal det alltid være i terapeutisk øyemed. Bøe og Thomassen (2017) understreker også at vi må kunne møtes som likeverdige personer, men at vi alltid må ta etiske hensyn og vise forsiktighet og skjønn ved deling av private og personlige opplysninger. Forskningen til Bibeu et al. (2020) viser at ved å ha en god relasjon og møtes i likeverdighet gjorde det enklere å ta imot pasientene som personer, fremfor å ha fokus på lidelse og symptomer.

«Vi må hele tiden jobbe for å minske avstanden mellom oss og dem», sier en av informantene, og legger til at vi kontinuerlig må jobbe med å balansere ujevnheter i forhold til makt, noe som er et ledd i å oppnå en trygg og likestilt relasjon med pasientene. Hen sine tilbakemeldinger fra pasienter om at hen er et «ekte menneske» underbygger dette. Slik jeg ser det, forteller dette noe om hvilke erfaringer pasienter sitter med, og holdninger de er blitt møtt med. I Gale et al. (2017) sin forskning kommer det frem at pasientene kjente seg mindre stigmatisert som «den hjelpetrengende» da de fikk høre at også behandlerne jobbet med seg selv. Dette var med å øke både tilliten og troverdigheten til behandleren, samt motivasjon til egenjobbing.

En av informantene i studien min uttrykker at visdommen som ligger bak CFT er en viktig faktor for å få til et godt liv. Den pågående forskningen rundt CFT omtaler hen som et integreringsparadigme. Jeg viser til følgende sitat: «CFT tar enormt stilling til samfunnet og at vi må, hvis vi skal ha et godt samfunn, så må vi trene medfølelse, kjærlighet og glede». Hen legger vekt på at verdiene og tenkningen i CFT er kunnskap som må spres, uavhengig av hva man kaller det. (Blegen, 2015) belyser dette med at det er gjennom relasjon til et annet menneske vi kan formidle tro, håp og kjærlighet, og at vi ved å gi nestekjærlighet kan komme nærmere lengselen vi har etter å være oss selv og tilhøre et fellesskap.

Jeg er med dette tilbake til utgangspunktet for drøftingen min som begynte med synspunkter og en diskusjon rundt utviklingen av dagens samfunn. En kort oppsummert konklusjonen på drøftingen min blir da: Å våge å vise hvem vi er, med vår sårbarhet og redsel for ikke å være god nok, samt å åpne mer opp for kjærligheten og vise medfølelse for seg selv og andre, er veien å gå for å klare å skape et mer menneskevennlig samfunn der vi samarbeider om å ta vare på hverandre.

4 Avslutning

I denne studien ønsket jeg å finne ut hvilke erfaringer behandlere har ved å bruke medfølelsesfokusert terapi i møte med pasienter, og hvordan denne metoden har hatt betydning for deres faglige og personlige utvikling i arbeidet som terapeut i psykisk helsevern. Videre hvordan bruk av metoden har hatt innvirkning på deres relasjoner til pasienter. Jeg har utforsket dette med å intervju tre behandlere som brukte CFT i behandlingen. Funnene avdekket tre hovedtemaer; hvordan behandlerne klarte å ta vare på seg selv, hvordan behandlere og pasienter møttes i en felles menneskelighet, og hvordan forholdet mellom behandlere og pasienter i stor grad var preget av likeverd.

Det som har overrasket under analysearbeidet av funnene, og særlig i drøftingen, var at samfunnsperspektivet fikk så stor plass. Dette var noe jeg ikke forutså skulle komme. «Det er en sånn stor teori om livet» sa en av deltakerne. Det er den opplevelsen jeg også sitter igjen med etter denne studien, samt en bekreftelse på hvor viktig kjærligheten på alle arenaer i livet er. Men, det viktigste er verken å forske på eller snakke om kjærlighet. Det viktigste er å kjenne kjærlighet – for bare ved å kjenne kjærlighet kan vi gi kjærlighet. Da kan vi bidra til å redusere lidelse både i oss selv og verden.

Kjærligheten er en stille latter i sjelen.

Den overfaller deg, og gjør deg rolig

så du kan våkne.

Den er en ny morgen på jorden,

en dag som ingen av oss har sett ennå (...).

Kahlil Gibran

Bibliografi

(u.d.).

- Apotekforeningen. (2023). *Vi bruker mer legemidler enn noen gang*. Hentet fra apotek.no/nyhetsarkiv: <https://www.apotek.no/nyhetsarkiv/statistikk/vi-bruker-mer-legemidler-enn-noen-gang>
- Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). The Therapeutic Relationship. I S. D. Miller, *The Heart & Soul* (ss. 133 - 178). American Psychological Association.
- Barkham, M., Lutz, W., Lambert, M. J., & Saxon, D. (2017). Therapist effects, effective therapists, and the law of variability. *American Psychological Association*, ss. 13 - 36.
- Beaumont, E., Bell, T., McAndrew, S., & Fairhurst, H. (2021). The impact of compassionate mind training on qualified health professionals undertaking a compassion-focused therapy module. *Counselling & Psychotherapy Research*.
- Beaumont, E., Irons, C., Rayner, G., & Dagnall, N. (2016). Does Compassion Focused Therapy Training for Health Care Educators and Providers Increase Self-Compassion and Reduce Self-Persecution and Self-Criticism? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*.
- Bell, T., Dixon, A., & Kolts, R. (2017). Developing a Compassionate Internal Supervisor: Cimpassion-Focused Therapy for Trainee Therapist. *Clinical Psychology & Psychotherapy*.
- Bell, T., Hickey, T., & Bennett-Levy, J. (2022). Self-practice/self-reflection (SP/SR) training for compassion-focused therapists. I P. Gilbert, & G. Simos, *Compassion focused therapy. Clinical practice and applications*. Routledge; US.
- Bibeau, M., Dionne, F., Riera, A., & Leblanc, J. (2020). The Influence of Compassion Meditation on the Psychotherapist's Empathy and Clinical Practice: A Phenomenological Analysis. *The Journal of humanistic psychology*.
- Binder, P.-E., Gjelsvik, B., Halland, E., Per-Einar, & Vøllestad. (2014). *Mindfulness i psykologisk behandling*. Universitetsforlaget.
- Blegen, N. E. (2015). *Kallet til livets embete - Mødre i helse og lidelse*. Åbo Akademis Forlag.
- Brinchmann, B. S. (u.d.). *Hva er omsorg?* Hentet fra www.sykepleien.no: <https://sykepleien.no/meninger/2022/04/hva-er-omsorg>
- Brown, B. (2014). *Uperfekt - våg å vise hvem du er*. Cappelen Damm AS.
- Bråten, S. (2004). *Kommunikasjon og samspill*. Universitetsforlaget.
- Buber, M. (1992 (1923)). *Jeg og du*. J.W. Cappelens Forlag AS.
- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid - Å skape rom for hverandre*. Universitetsforlaget.
- Christensen, B. (2014). *Hjernen speiler andres oppførsel*. Hentet fra [Forskning.no](http://forskning.no): <https://forskning.no/psykologi-menneskekroppen/hjernen-speiler-andres-oppforsel/576610>
- Christoffersen, S. Å. (1999). *Etikk, eksistens og modernitet*. Tano.
- Crane, R. (2014). *Mindfulnessbasert kognitiv terapi*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Eriksson, K. (2012). *Det lidende menneske*. Munksgaard København.
- Foss, B. (2012). *Ledelse*. Hentet fra www.doria.fi:
https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/76832/foss_berit.pdf?sequence=2
- Foss, Ø. (2005). *Omsorgsetikk - Søkelys på omsorgens motivasjon*. J.W. Cappelens Forlag a-s, Oslo.
- Fromm, E. (2019 (1956)). *Om kjærlighet (The Art of Loving)*. Capelen Damm AS.
- Gale, C., Schrøder, T., & Gilbert, P. (2017). "Do You Practice What You Preach?" A Qualitative Exploration of Therapists' Personal Practice of Compassion Focused Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*.
- Geirdal, A. Ø. (2017). Den terapeutiske relasjonens tre deler. I A. Ø. Geirdal, & S. Varvin, *Relasjoner i psykisk helsearbeid*. Universitetsforlaget.
- Geirdal, A. Ø., & Varvin, S. (2017). *Relasjoner i psykisk helsearbeid*. Universitetsforlaget.
- Gilbert, P. (20009). *Kunsten å vise medfølelse*. Vigmostad & Bjørke AS.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion Focused Therapy*. Routledge.
- Gilbert, P., & Choden. (2014). *Mindful Compassion*. New Harbinger Publication, Inc.
- Greve, A. (2016). Profesjonalisert omsorg.
- Hegel, G. W. (2013). *Hegel - Åndsfilosofi*. Vidarforlaget.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Abstrakt forlag AS.
- Kabat-Zin, J. (2012). *Livets katastrofer*. Cappelen Damm AS.
- Karlseng, J. C. (2021). *Sjelen - Å forstå det viktigste ved et menneske*. Skogen forlag.
- Kierkegaard, S. (1998 (1906)). *Kjerlighetens gjerninger*. Andresen & Butenschøn AS og Spartacus AS.
- Kirkevold, M. (2020). *Store medisinske leksikon - Sykepleie*. Hentet fra www.sml.snl.no/sykepleie:
<https://sml.snl.no/sykepleieteori#:~:text=Kari%20Martinsen%20vektlegger%20i%20sin,p%C3%A5%20en%20bevisst%20holdningsmessig%20begrunnelse>.
- Kraft, B. (2019). *Utbrenthet - Når batteriet er flatt*. Hentet fra lysnepsykolog.no:
<https://oslopsykologklinikk.no/utbrenthet/#:~:text=Studier%20viser%20at%20s%C3%A5%20mange,som%20ofte%20f%C3%B8rer%20til%20sykemelding>.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kåver, A. (2005). *Å leve et liv, ikke vinne en krig*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lyngfoss, S., & Hauge, S. (2014). Omsorg - handling eller føleri. En kritisk analyse av Kari Martinsens omsorgsteori. *Nordisk sygeplejeforskning*, ss. 213-214.
- Løgstrup, K. E. (1991). *Den etiske fordring*. Gyldendal, København.
- Løgstrup, K. E. (1999 (1956)). *Den etiske fordring*. J. W. Cappelens Forlag a-s.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003). *Fenomenologi og omsorg*. Universitetsforlaget.

- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Akribe AS.
- McEwan, K., & Minou, L. (2022). Defining compassion: A Delphi study of compassion therapists' experiences when introducing patients to the term 'compassion'. *Psychology and Psychotherapy*.
- Nerdrum, P. (2017). Er "terapeutisk nærvær" noe annet enn "empati i terapi"? I A. Ø. Geirdal, & S. Varvin, *Relasjoner i psykisk helsevern* (ss. 44 -59). Universitetsforlaget.
- Nordheim, A. M., & Sabater, V. (2022). *Speilnevroner og empati: de fantastiske tilkoblingsmekanismene*. Hentet fra Utforsksinnet.no: <https://utforsksinnet.no/speilnevroner-og-empati-fantastiske-tilkoblingsmekanismene/>
- NTB. (2022). *Forbruket av smertestillende har økt med over 30 prosent de siste t årene*. Hentet fra dagensmedisin.no: <https://www.dagensmedisin.no/apotek-legemidler/forbruket-av-smertestillende-har-okt-med-over-30-prosent-de-siste-ti-arene/106537>
- Olofsson, M. E., Vrabel, K., Hoffart, A., & Oddli, H. W. (2022). Covert therapeutic micro-processes in non-recovered eating disorders with childhood trauma: an interpersonal process recall study. *Journal of Eating Disorders*.
- Pedersen, R., & Nortvedt, P. (2017). *Etikk i psykisk helsetjenester*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Schibbye, A. L. (2009). *Relasjoner - Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Universitetsforlaget.
- Schibbye, A.-L. L. (2006). *Livsbevissthet - om å være tilsted i eget liv*. Universitetsforlaget.
- Sinding, A. I. (2020). Skam nyansert. *Tidsskrift for norsk psykologforening*.
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2013). *Miljøterapi boken - Mentalisering som holdning og handling (MBT-M)*.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2018). *Psykatri boken*. Gyldendal Akademiske.
- Statistikk. (2017). *Narkotikabruk blant ungdom øker over hele landet*. Hentet fra narkotikapolitikk.no: <https://narkotikapolitikk.no/narkotikabruk-blant-ungdom-oket-over-hele-landet/>
- Steiner, R. (1999). *Livsspørsmål i lys av reinkarnasjon og karma*. Vidarforlaget Oslo.
- Stern, D. (2008, 3). A clinical relevance of infancy: A progress report. *Infant Mental Health Journal*, ss. 177 - 188.
- Stern, D. N. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Stern, D. N. (2007). *Her og nå - Øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv*. Abstrakt forlag AS.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse - En innføring i kvalitative metoder*. Vigmostad & Bjørke.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap kunnskap og praksis - Innføring i vitenskapsfilosofi for helse-og sosialfag*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thorkildsen, K. M. (2017). *Kjærlighetens vesen i møte med lidelse*. Åbo Akademis forlag.
- Tilden, T. (2013). Det nødvendige samvirket mellom spesifikke og generelle faktorer. *Tidsskrift for norsk psykologforening*.

Tolle, E. (2001). *Practising the power of Now*. New World Library, California, USA.

Wennerberg, T. (2011). *Vi er våre relasjoner*. Cappelen Damm AS.

Vedlegg

Vedlegg 1 CFT – Øvelser (Oversatt til norsk fra positivepsychology.com)

1. Beroligende rytmepust

For å trene den beroligende rytmepusteøvelsen, sørg først for at du sitter komfortabelt med begge føttene flatt på gulvet, omtrent med skulderbreddes avstand. Hvil hendene på toppen av bena og lukk øynene eller se ned i gulvet. La deg få et mildt ansiktsuttrykk, som et lite smil.

Begynn å fokusere på pusten din. La luften fra hvert pust komme ned i mellomgulvet og kjenn at den beveger seg inn og ut mens du puster. Lek med pustens hastighet til du finner en behagelig, beroligende pusterytme.

Du vil sannsynligvis finne at din beroligende rytme er omtrent tre sekunder innpust, en liten pause og tre sekunder utpust. Fortsett å fokusere bare på pusten din, gjennom nesen og i din fredelige rytme.

Deretter kommer et jordingsøyeblikk. Vend oppmerksomheten mot kroppen din, kjenn vekten av kroppen din hviler på stolen og gulvet under deg. La deg føle deg holdt og støttet av stolen.

Husk at det er greit for tankene dine å vandre – bare legg merke til hvor det vandrer, og før det forsiktig tilbake til bevisstheten om kroppen din. Kjenn luften strømme inn og ut av neseborene dine, og bare tillat deg selv å "være".

Hvis du finner deg selv fast på å legge merke til pusten din, la deg selv fokusere på et objekt i stedet. Du kan holde noe som en glatt stein eller en softball, noe som føles godt å holde. Fokuser på objektet så vel som pusten din, og legg merke til hvordan det føles å holde objektet.

Når du er klar, åpner du øynene sakte og bringer deg tilbake til det nåværende øyeblikket. En liten strekk og et dypt pust kan hjelpe deg med å forberede deg for resten av dagen.

2. Enkel kroppsskanning og avslapning

Denne øvelsen bygger på toppen av den beroligende rytmepusten du nettopp har lest om. For å begynne, bring deg selv til et rolig og beroligende fokus på pusten din.

Deretter fokuserer du på hvordan bena føles. Tenk deg at all spenningen i bena strømmer ned gjennom bena, ned i gulvet og bort. La spenningen gå. Når du puster inn, legg merke til spenningen, og mens du puster ut, forestill deg at spenningen flyter bort. Se for deg at bena dine føler seg takknemlige for at spenningen forsvinner. Du kan finne det nyttig å spenne benmuskulene litt mens du puster inn, og la dem slappe av mens du puster ut.

Flytt fokuset til kroppen din, og gjenta prosessen med å puste inn og merke spenningen, denne gangen i skuldrene, og puste ut og la den flyte bort i gulvet og bort. Føl kroppens takknemlighet når du tømmer den for spenning, og nyt følelsen av å være snill mot kroppen din.

Fokuser deretter på fingertuppene. Se for deg spenningen som er lagret der og la den slippes gjennom hendene, håndleddene, armene, albue og skuldrene, og til slutt hele veien gjennom kroppen til gulvet.

Gå deretter videre til spenningen i hodet, nakken og pannen. La dem slappe av med hvert pust, og visualiser spenningen som renner ned gjennom skuldrene, magen og ryggen, helt ned gjennom bena og ned i gulvet.

Til slutt fokuserer du på hele kroppen din. Hver gang du puster, fokuser på ordet «Slapp av». Se for deg at kroppen din blir litt mer avslappet for hvert pust. Øv denne pusten i noen minutter.

Avslutt øvelsen med å puste dypt, bevege kroppen litt rundt, og legg merke til hvordan kroppen føles nå, spesielt i forhold til hvordan den følte da du begynte. Tillat deg selv å være takknemlig for kroppen din, og for kroppen din å være takknemlig for den spesielle oppmerksomheten og frigjøringen den nettopp har fått.

Når du er klar, stå opp og gå om dagen og føle deg litt mer avslappet.

3. Opprette et trygt sted

Begynn denne øvelsen med en ny økt med beroligende rytmepusting. Skap en følelse av ro, sikkerhet og fred i deg selv.

Når følelsen av ro, sikkerhet og fred er på plass, forestill deg å se rundt deg selv. Hva kan du se? Ditt trygge og fredelige sted kan være en vakker skog med løv som danser i vinden.

Det kan være ved havet, og høre de forsiktige bølgene rulle inn og ut på en myk sandstrand. Det kan være et spesielt sted for deg, som din bestemors kjøkken da du var barn eller et spesielt feriested.

Uansett hvor dette stedet er, fokuser på det du kan føle. På ditt trygge sted kan du føle solen i ansiktet, en bris som løfter håret ditt eller kjærtegner kinnene eller varmen fra et bål som brenner. Du kan føle sand mellom tærne eller den omgivende varmen fra et koselig kjøkken.

Tenk deretter på hva du kan høre. Du hører kanskje rullende bølger eller måker som gråter på stranden. Du hører kanskje bålet som knitrer eller lyden av bestemoren din som baker. Kanskje hører du de milde ropene fra fuglene i trærne eller raslingen av løv i brisen.

Fokuser nå på det du kan lukte. Kanskje du lukter den friske duften av furu, den salte lukten av havet, den deilige duften av eplepai som bakes i ovnen, eller lukten av en knitrende peis.

La kroppen slappe av – hele kroppen, inkludert ansiktet ditt. La ansiktet ditt vise at du gleder deg over å være i det trygge rommet.

Til slutt, forestill deg at ditt trygge sted faktisk også finner glede i ditt nærvær. Føl hvordan ditt trygge sted gleder seg når du ankommer, og kjenn din egen glede over å være der speilvendt tilbake til det. Skap en følelsesmessig forbindelse med dette stedet, og gå tilbake til det når du trenger å føle deg trygg, elsket og i fred.

4. Medfølelse farger

Denne øvelsen begynner også med din beroligende rytmepust. Få deg selv til en følelse av ro og tillat deg selv å puste og bare være.

Når du er klar til å gå videre, forestill deg en farge som du forbinder med medfølelse, vennlighet eller varme. Det er ingen regler for hvilken farge dette kan være - det vil sannsynligvis være forskjellig for alle, det trenger bare å minne deg om medfølelse.

Se for deg denne medfølelse fargen som omgir deg. Når den har omringet deg, forestill deg at den kommer inn gjennom brystet, nær hjertet ditt, og sakte sprer seg gjennom hver tomme av kroppen din.

Hvis dette bildet ikke kaller deg, kan du prøve å forestille deg en tåke eller et lys laget av denne fargen som sakte driver eller flyter gjennom deg.

Når fargen gjennomsyrrer kroppen din, fokuser på denne fargen som en av visdom, styrke, varme og total vennlighet. Lag et ansiktsuttrykk som matcher følelsene til denne fargen, og sørg for å beholde dette uttrykket i ansiktet mens du trener denne øvelsen.

Mens du forestiller deg fargen som strømmer gjennom deg, fokuser på følelsen av at denne fargens eneste formål er å hjelpe deg, styrke deg og støtte deg. Tillat deg selv å føle deg støttet og elsket.

5. Det medfølende selvet

Det medfølende selvet er en viktig selvfølelse å utvikle, både for din medfølelse for andre og for deg selv.

Nok en gang, begynn med din beroligende rytmepust. Når kroppen din har bremsset litt og du føler deg klar til å begynne, tenk deg at du er en dypt medfølende person. Tenk på alle egenskapene du ideelt sett ville hatt som den medfølende personen.

Fokuser på dine ønsker om å bli en medfølende person og å være i stand til å tenke, føle og handle medfølende. Se for deg selv med hver av egenskapene til medfølelse – visdom, styrke, varme og ansvar.

Først, tenk deg selv med et vell av visdom. Denne visdommen kommer fra din forståelse av livets natur, våre sinn og kropper. Bruk litt tid på å tenke på hvor mye som foregår inni oss, noe som ikke er vår feil.

Deretter, når du har et grep om hvordan det føles å ha denne visdommen, forestill deg å ha en medfølende styrke. La kroppsholdningen din endre seg for å matche hvordan denne medfølende styrken føles. Se for deg selv som en person som forstår dine egne og andres vanskeligheter på en ikke-dømmende måte, og som har selvtiliten til å være sensitiv og toleransen til å tåle vanskeligheter.

Når du har lagt en følelse av styrke til visdommen din, gå videre til å fokusere på varme. Tenk deg at du er varm og snill, mot deg selv og andre. Lag et ansiktsuttrykk som passer, og prøv å holde det på mens du jobber deg gjennom øvelsen. Se for deg at du snakker vennlig til noen, og legg merke til tonen i stemmen din. Tenk deg å nå ut til noen med varme og føl hvordan det kan være.

Til slutt, forestill deg selv med en følelse av ansvar. Tenk deg at du ikke har noen interesse i å fordømme eller skylde på andre eller deg selv og at du bare ønsker å gjøre det beste du kan for å hjelpe deg selv og andre gjennom en vanskelig situasjon. Hold fast på ditt medfølende ansiktsuttrykk og varme og fokuser på opplevelsen av å forplikte deg til en medfølende vei.

Husk at det ikke spiller noen rolle om du føler at du faktisk har disse egenskapene eller ikke, bare forestill deg at du har dem. Det kan være vanskelig å forestille seg selv med disse egenskapene, men ingen får dem over natten – som alt annet kommer det å være klok, sterk, varm og ansvarlig med tid og øvelse.

6. Medfølende flyter ut

For å prøve denne øvelsen, sitt et stille sted hvor du ikke blir forstyrret og begynn å fokusere på pusten din. Tenk på en tid da du følte deg veldig snill og omsorgsfull mot en person eller et elsket dyr.

Prøv å ikke velge et tidspunkt da den personen eller dyret var veldig bekymret, for da vil du sannsynligvis fokusere på den nøden i stedet for de snille, medfølende følelsene for ham eller henne.

Deretter fokuserer du på ønsket om å hjelpe personen eller dyret, og følelsene av vennlighet som vil lede deg til å hjelpe. Husk at i denne øvelsen er det dine intensjoner som er viktige, ikke hvordan personen eller dyret reagerer.

Husk på en bestemt tid da du følte medfølelse med ham eller henne. Se for deg at du utvider deg, som om du blir roligere, klokere, sterkere og mer ansvarlig, og i stand til å hjelpe ham eller henne.

Vær oppmerksom på kroppen din mens du husker hvordan det føltes å være snill. Bruk litt tid på å utvide med varme i kroppen. Legg merke til det ekte ønsket om at denne personen skal være fri for lidelse og blomstre.

Bruk et minutt eller to på å tenke på tonen i stemmen din og hva slags ting du sa, eller hva slags ting du gjorde eller ønsket å gjøre for å hjelpe.

Bruk et minutt eller to på å tenke på hvor godt det føltes å være snill mot ham eller henne.

Til slutt, fokuser bare på ditt ønske om å være hjelpsom og snill: følelsen av varme, følelsen av utvidelse, din snille tone, visdommen i stemmen din og din oppførsel. Når du er ferdig med denne øvelsen, kan det være lurt å ta noen notater om hvordan dette føltes for deg.

7. Fokuserer det medfølende selvet på andre

Denne øvelsen krever også et rolig sted hvor du ikke blir forstyrret. Prøv å skape en følelse av å være en medfølende person, slik du gjorde i de to foregående øvelsene. Noen dager vil dette være lettere enn andre, men hold på selv det minste glimt av å føle deg som en medfølende person.

Tenk deretter på noen du bryr deg om (f.eks. en partner, venn, forelder, barn eller til og med et elsket dyr). Fokuser på dem og rett oppmerksomheten mot dem med tre grunnleggende følelser og tanker:

Måtte du ha det bra

Måtte du være lykkelig

Måtte du være fri for lidelse

Husk at det er din oppførsel og intensjoner som er viktige, snarere enn hvordan han eller hun vil reagere. Vær mild, ta deg god tid, og tillat deg selv å fokusere på ønskene og ønskene du skaper i deg selv for dette andre vesenet.

Det kan hjelpe å se for seg at de smiler til deg og deler disse følelsene. Bruk litt tid på å fokusere på dette oppriktige ønsket ditt om at den andre skal være lykkelig.

8. Medfølelse som strømmer inn i seg selv: Å bruke minne

Hukommelse kan være et flott verktøy for å provosere og praktisere medfølelse. Begynn med din beroligende rytmepust og øv på dette i et minutt eller to.

Når du føler at kroppen din har bremsert litt, forbered deg på øvelsen ved å la kroppsholdningen og ansiktsuttrykket bli medfølende.

Lek gjerne med stillinger og ansiktsuttrykk, men uansett uttrykk og kroppsholdning du går med, bør de være skånsomme.

Når du er klar, tenk på en gang da noen var snill mot deg. Som forrige øvelse, bør du ikke tenke på en tid da noen var snill mot deg fordi du var i nød; Poenget med denne øvelsen er ikke å fokusere på din nød, men på ønsket om å være snill og hjelpe andre.

Ta på deg ditt medfølende uttrykk og innta den medfølende kroppsholdningen du har dyrket mens du husker medfølelsen du mottok. Husk hvordan det følte å motta den vennligheten.

Bruk et minutt på å tenke på uttrykkene til personen som var snill mot deg og etterligne dem, hvis det hjelper. Hvis du har problemer med å huske dem, se for deg at personen beveger seg mot deg med et smil om munnen eller hodet vippet til siden.

Mens du gjenkaller minnet, fokuser på de viktige sensoriske egenskapene til minnet. Prøv følgende trinn:

Fokuser på hva slags ting denne personen sa, så vel som tonen i stemmen når de snakket. Bruk ett minutt på dette.

Deretter fokuserer du på følelsen av følelsen i personen - hva de virkelig følte for deg i det øyeblikket. Fokuser på det et minutt til, hvis du kan og vil.

Til slutt, fokus på hele opplevelsen. Tenk på om de berørte deg på en vennlig eller trøstende måte, eller om de hjalp deg på en annen måte. La opplevelsen av takknemlighet og glede over å bli hjulpet vokse i deg. Husk å holde uttrykket ditt så medfølende som du kan. Bruk noen minutter på dette trinnet.

Når du er klar, la minnet bleke forsiktig. Kom sakte ut av øvelsen, og ta noen notater om hvordan du følte deg før, under og etter øvelsen.

9. Fokuser det medfølende selvet på deg selv

Denne øvelsen kan fokuseres på ett av to forskjellige "selv". Du kan gjøre begge deler hvis du ønsker det, men fokuser bare på én om gangen.

For det første kan du fokusere din medfølelse på ditt urolige jeg. Det vil hjelpe hvis du har fullført øvelsen der du forestilte deg deg selv som en fullstendig medfølende person, full av visdom, styrke, varme og ansvar.

Først, kom til et rolig og kontemplativt sted. Legg merke til hvordan kroppen føles, og husk å fokusere på ansiktsuttrykkene dine. Når du føler at du har engasjert ditt medfølende selv, gå videre til det første trinnet.

Tenk deg at du ser en video av deg selv som om du ser en film. Du ser deg selv stå opp om morgenen, bevege deg rundt på soverommet ditt og forberede deg på dagen. Sørg for å beholde din medfølende og snille posisjon mens du ser denne «hjemmefilmen».

Legg merke til hvordan personen du ser på er plaget av selvkritiske tanker eller følelser, og vær i kontakt med deres kamp – men ikke bli dratt ned i det. Hold ditt medfølende selv fremover, se gjennom øynene til medfølelse og med den hensikt å være varm, snill og hjelpsom.

Hvis du føler at ditt medfølende selv vandrer bort, la bildene blekne og gå tilbake til den første øvelsen: Finn din beroligende rytmepust. Gjenfang ditt medfølende uttrykk og oppreiste, trygge holdning og begynn på nytt.

Denne øvelsen kan hjelpe deg til å innta et mer objektivt syn på deg selv og dine kamper – en veldig vanskelig ting å gjøre. Det kan også hjelpe deg å utvikle din egen intuitive visdom og evner til å helbrede, for å bli mer aksepterende for deg selv.

For den andre versjonen vil fokuset være på ditt engstelige jeg. Enten du har en angstdiagnose eller ikke, sliter du sannsynligvis med en eller annen angst på et eller annet tidspunkt. Denne øvelsen kan hjelpe deg med å finne medfølelsen for ditt engstelige selv.

Som du gjorde med det urolige jeget, bruk noen minutter på å engasjere ditt medfølende jeg. Føl at du bremser ned, og ta i bruk ditt medfølende uttrykk.

Se for deg selv i en situasjon der du blir engstelig. Husk å beholde din medfølende posisjon. Se på ditt engstelige selv gjennom øynene til ditt medfølende selv og praktiser medfølelse for personen du ser. Forstå og empatisk med ditt engstelige selv, og vis medfølelse til ham eller henne.

Tenk deg hvordan du kanskje vil hjelpe den personen, hva du kanskje vil si for å hjelpe dem med å takle angsten sin. Du kan si noe for å bekrefte følelsene deres, eller du kan si noe oppmuntrende for å hjelpe dem å gjenkjenne deres evne til å klare seg gjennom angsten. Uansett hva du sier, sørg for at det er snill og hjelpsom.

Se for deg at tiden gradvis beveger seg, og se at du gradvis reduserer angsten til det har gått nok tid til at angsten er borte. Få en følelse av hvordan det føles å ha kommet gjennom en angstepisode, og gi ditt engstelige jeg litt oppmuntring og forståelse. Gjenkjenne motet at det tok ditt engstelige jeg for å komme deg gjennom episoden.

Senere, når du er i en situasjon som får angsten til å øke, øv deg på å bytte til din beroligende rytme pust. Bruk noen øyeblikk på å senke farten, minne deg selv på ditt medfølende selv og se deg selv gjennom medfølelsens øyne.

10. Skape et medfølende ideal

Den siste øvelsen i denne PDF-filen er å skape et medfølende ideal. Det vil være nyttig å fullføre de andre øvelsene før du går videre til denne, spesielt den første øvelsen, øvelsen der du dyrker et medfølende uttrykk, og øvelsen på et trygt sted.

Engasjer din beroligende rytme pust og bruk ditt medfølende uttrykk. Husk ditt trygge sted, med alle synene, lydene, luktene og følelsene som følger med det. Minn deg selv på at dette er ditt spesielle sted og at det gleder deg over ditt nærvær. Hvis du ønsker det, er dette et godt sted å skape og "møte" ditt medfølende jeg.

Skap en medfølende visjon om deg selv. Den kan være skapt ut av tåken foran deg, eller den kan bli til når du har ideen i tankene. Det kan være å gå mot deg med et smil.

Når du bygger et solid bilde av ditt medfølende selv, tenk på egenskapene som ditt medfølende bilde har. Disse spørsmålene kan hjelpe deg med å bygge et godt image:

Hvordan vil du at ditt ideelle omsorgsfulle, medfølende bilde skal se ut eller fremstå? Vil du at ditt ideelle medfølende bilde skal føles/se ut/virke gammelt eller ungt; å være mann eller kvinne (eller ikke-menneskelig utseende, f.eks. et dyr, hav eller lys)?

Hvordan vil du at ditt medfølende bilde skal høres ut? Hva ville være en medfølende stemmetone for deg?

Er det noen andre sensoriske kvaliteter som vil følge med bildet ditt, for eksempel farger eller lyder?

Hvordan vil du at ditt ideelle medfølende bilde skal forholde seg til deg? Hva vil hjelpe deg å føle deres engasjement og vennlighet for deg?

Hvordan vil du forholde deg til ditt medfølende bilde?

Husk at ditt medfølende bilde vil at du skal være fri fra lidelse og blomstre. Det medfølende selvet forstår at vi alle bare gjør så godt vi kan, og det forstår at følelsene som kan dukke opp i tankene våre ikke er vår feil.

Opplev hvordan det er å fokusere på følelsen av at et annet vesen verdsetter og bryr seg om deg betingelsesløst. Fokuser på ideen om at ditt medfølende jeg ser på deg med varme og vennlighet, og forestill deg at de har følgende ønsker for deg:

At du har det bra

At du er glad

At du er fri fra lidelse

Øv denne øvelsen så mye du trenger for å ta deg inn i ditt medfølende selv og omgi både deg selv og andre med kjærlighet, aksept og medfølelse.

Hentet fra, og google-oversatt til norsk: <https://positivepsychology.com/compassion-focused-therapy-training-exercises-worksheets/>

Vedlegg 2: Vurdering av behandling av personopplysninger

Skriv ut

03.08.2022

Referansenummer

237955

Vurderingstype

Standard

Dato

03.08.2022

Prosjekttittel

På hvilken måte har Compassion Focused Therapy (CFT) fått betydning for faglig utvikling hos behandlere innen psykisk helsevern?

Behandlingsansvarlig institusjon

VID vitenskapelige høyskole / Fakultet for helsefag / Fakultet for helsefag Oslo

Prosjektansvarlig

Aud Ragnhild Misund

Student

Monica Fosse

Prosjektperiode

22.08.2022 - 31.12.2023

Kategorier personopplysninger

- Almennelige

Lovlig grunnlag

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

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

Vedlegg 3

Vil du delta i forskningsprosjektet

Om Compassion Focused Theory (CFT) og hvordan den kan ha betydning for faglig utvikling for behandlere i psykisk helsevern

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut hvilke erfaringer du har ved å bruke behandlingsmetoden, *Compassion Focused Therapy (CFT)*. I dette skrevet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Målet for prosjektet er å få kunnskap om CFT og hvilke erfaringer behandlere som bruker denne metoden har. Det som er av interesse er både forhold rundt pasientkontakt, om og hvordan den har hatt betydning for faglig og personlig utvikling. Videre å få informasjon om hvordan det har vært å tilegne seg behandlingsmetoden og hvordan den fungerer i praksis.

Min problemstilling er:

”På hvilken måte har Compassion Focused Therapy (CFT) fått betydning for faglig utvikling hos behandlere innen psykisk helsevern?”

Forskningsspørsmål:

- Hvilke erfaringer har behandlere som praktiserer CFT med metodens innvirkning på deres egen utvikling som behandlere?
- Hvordan opplever behandlere at behandlingsmetoden har hatt innvirkning på relasjonen med pasientene?
- Hvordan opplever behandlere at behandlingsmetoden har hatt betydning for egen relasjonskompetanse?

Dette er en masteroppgave i masterstudiet **Master i Helsefremmende Relasjonsarbeid**.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Min veileder, Aud Ragnhild Misund, førsteamanuensis ved VID Vitenskapelig høyskole i Oslo er ansvarlig for forskningsprosjektet, sammen med meg, Monica Fosse, masterstudent.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta på grunn av at du bruker Compassion Focused Therapy i arbeid med pasienter innen psykisk helsevern. Jeg har fått informasjon om det ved å lese om organisasjonen du jobber ved, samt gjennom en telefonisk henvendelse til en av lederne i organisasjonen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å være med i prosjektet innebærer det at du stiller deg til disposisjon for et intervju, enten individuelt eller som deltaker i et fokusgruppeintervju. Intervjuet vil vare i ca 1 til 1½ time. Det vil bli gjort lydopptak av intervjuene. Alt vil bli anonymisert i masteravhandlingen.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålet jeg har fortalt om i dette skrevet. Vi vil behandle opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det blir kun jeg, og eventuelt veilederen min som vil ha tilgang til intervjuene. Transkripsjon av dataene vil jeg gjøre selv. Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i en eventuell publikasjon.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes når masteroppgaven er godkjent, cirka i desember 2023. Da vil alt av datamaterialet bli slettet.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra VID vitenskapelig høyskole i Oslo har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene

å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende

å få slettet personopplysninger om deg

å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

VID vitenskapelig høyskole ved Aud Ragnhild Misund, veileder (aud.misund@vid.no) eller

Monica Fosse, student (monicafosse2@gmail.com)

Vårt personvernombud er Nancy Yue Liu (nancy.yue.liu@diakonhjemmet.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Aud Ragnhild Misund
(veileder)

Monica Fosse
(student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [sett inn tittel], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

Å delta i et personlig intervju, eventuelt et fokusgruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4

INTERVJUGUIDE

Introduksjon:

- Fortelle om masteroppgaven
- Bakgrunn og motivasjon for emnet
- Informere om lydopptak
- Eventuelle spørsmål

Spørsmål:

1. Fortell litt om deg selv som fagperson og bakgrunnen for at du lærte deg Compassion Focused Therapy (CFT) og begynte å anvende behandlingsmetoden?
2. Hvordan var det for deg å tilegne deg metoden?
3. Hvilke erfaringer har du gjort deg med CFT ?
4. Hvilke erfaringer har du med CFT og dens betydning for din egen utvikling som behandler?
5. Hvilken betydning tenker du at behandlingsmetoden har for relasjonen med pasientene?
6. Hvordan opplever du at behandlingsmetoden har hatt betydning for din egen utvikling av relasjonskompetanse?

Avslutning:

- Er det noe du tenker vi skulle ha snakket om i forhold til denne behandlingsmetoden som ikke har kommet fram og som du ønsker å tilføye?