



«Terapeuters forklaringer på mislykket terapeutisk innsats»

Trude Rød

VID vitenskapelige høyskole

Diakonhjemmet

Masteroppgave

MASTERSTUDIET I

FAMILIETERAPI OG SYSTEMISK PRAKSIS

MASTER IN FAMILY THERAPY AND SYSTEMIC PRACTICE

Antall ord: 20020

Dato:30.05.2018

Sammendrag

Jeg arbeider i dag som leder ved Finnmarkskollektivet. I den forbindelse har jeg blitt nysgjerrig på hva som skjer med terapeuten når man mislykkes i terapi. Problemstillingen min i dette prosjektet ble «På hvilken måte forklarer terapeuten sin opplevelse når målet for behandling ikke blir nådd?»

Fire informanter er intervjuet, med ulik yrkesbakgrunn, men felles for dem alle er den brede erfaringen fra rusfeltet. Analyse metoden som jeg valgte er interpretative «Phenomenological analysis» (IPA). Analysemetoden er en ung og raskt voksende tilnærming til kvalitativ studier. IPA er en kvalitativ forskningsmetode som er opptatt av å undersøke hvordan personer lager mening ut av viktige livserfaringer. For innhenting av data ble det brukt semi-strukturert intervju. Forskningsprosjektet er en kvalitativ studie.

Forskningsspørsmålene som jeg har valgt er : Hva opplever terapeuten som viktig i relasjonen med pasienten? Hvordan/på hvilken måte opplever terapeuten at negative følelser påvirker den terapeutiske relasjonen? Hvordan opplever terapeuten vanskelige/stagnerte relasjoner?

Det går frem av undersøkelsen at positive og negative relasjoner har innvirkning på hvordan terapeuters private følelser påvirker synet på klienten når de ikke lykkes i behandlingen.

Bevisstheten rundt terapeutens egne reaksjoner og hvordan disse påvirker relasjonen til klientene som er i behandling. Jeg vil si at dette er en grunnleggende forutsetning for å kunne gi best mulig hjelp.

Videre forskning kan være å se på klientens opplevelse i forhold til terapeutens opplevelse.

Summary

I currently work as leader at Finnmarkskollektivet, a drug rehabilitation center. In that capacity I have become curious of what happens to therapists when therapy fails. My thesis centers around the question "In what way does the therapist explain his or her experience of not reaching the intended goal of therapy?"

Four informants have been interviewed. They come from different professions, but they all share a broad and extensive experience from drug rehabilitation. The data was gathered using a semi-structured interview guide. And the results were analyzed using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). This is a fairly new, but fast-growing approach to qualitative studies. It is centered on exploring how a person creates meaning from important experiences in life.

In order to address the experience of unsuccessful therapy, my research questions have been: 'What does the therapist experience as important in the relation with the patient?', 'How, according to the therapist, do negative emotions influence the therapeutic relation?' and 'How do the therapist experience difficult or stagnated relations?' My study shows that positive and negative relations influence how the private feelings of the therapist affects the perception of the client in cases where therapy is unsuccessful.

Knowledge of the therapists own reactions and how these affect the relation to the client is a key factor. I would say this is a fundamental prerequisite for giving the best possible help.

A further topic for exploring might be to look at the experience of the client in relation to the experience of the therapist.

FORORD

I skrivende stund ligger det meg nært som terapeut å betegne reisen med høye topper og dype daler. Det har vært en inspirerende, spennende og krevende prosess. Men også perioder med sårbarhet med en variasjonsbredde som går alle veier på en stor skala.

Etter 4 års studier er lettelsen og gleden stor over å være ferdig, og takknemligheten fyller hjertet mitt med de gode hjelperne jeg har hatt rundt meg i den perioden. Først av alt vil jeg takke min veileder Per Jensen.

Takk til alle informantene mine for alt dere delte og for den dyrebare tiden jeg fikk sammen med dere. Takk medstudenter for fine stunder, refleksjoner, latter og inspirasjon. Takk til klasselæreren min Halvor de Flon fordi du er den du er. Takk til Finnmarkskollektivet som gav meg muligheten til å gjennomføre. Takk til venner og familie som har møtt meg med en forståelse som har gjort samvittigheten min lettere.

«Står man ved målet, angrer man ikke reisens møye og besvær» Aristoteles

1 Innholdsfortegnelse

1	Innledning	3
1.1	Bakgrunn for oppgaven	3
1.2	Formål for studiet:	5
1.3	Problemstilling og forskningsspørsmål	5
1.4	Relevant psykoterapeutisk forskning.....	6
1.5	Oppbygging av oppgaven.....	10
2	Design og metode:	11
2.1	Metodevalg	11
2.2	Begrepsavklaringer.....	12
2.3	Interpretative Phenomenological Analysis, IPA	12
2.4	Forforståelse	15
2.5	Valg av informanter.....	16
2.6	Rekruttering av informanter	17
2.7	Prøveintervju	17
2.8	Struktur i intervjuene	18
2.9	Intervjusituasjonen.....	18
2.10	Transkribering	20
2.11	Analysestrategier	20
2.12	Forskningsetikk	23
2.13	Metodekritikk.	24
3	Teori.....	26
3.1	Tilknytning til andre mennesker.....	26
3.2	Teori om kommunikasjon.....	28
3.3	Etikk og verdier	29
3.4	Emosjoner.....	31
3.5	Personlig og profesjonell	32
3.6	Resonans	33

3.7	Terapeutens personlighet.....	35
3.8	Dissonans.....	37
3.9	Diskurs.....	38
4	Presentasjon av analyse og funn	40
4.1	Analyseprosessen.....	40
4.2	Presentasjon av funn.....	42
5	Drøfting av funnene	46
5.1	Relasjonens betydning	46
5.2	Idealer og verdier.....	51
5.3	Personlig og profesjonell	54
5.4	Emosjoner.....	59
5.5	Hendelser i terapien påvirker informanten	62
6	Konklusjon.....	65
6.1	Videre forskning.	66
	Bibliografi	68
	Vedlegg	73
Vedlegg 1	Informasjonsskriv	73
Vedlegg 2	Samtykkeerklæring.....	75
Vedlegg 3	Intervjuguide.....	76
Vedlegg 4	Fremleggsmelding REK	77
Vedlegg 5	Tilbakemelding på melding av personopplysninger NSD	78

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Det sier nesten seg selv at vi som jobber med mennesker, på en eller annen måte blir påvirket av det som skjer med klientene. Vi tar del i deres sorger og gleder, deres seire og deres nederlag. Dersom dette handler om mye smerte og påkjenninger er det rimelig å tenke at dette over tid påvirker terapeuten på ulikt vis. Terapeutens opplevelser med de mange tidligere klientene vil påvirke hvordan hun møter den nåværende. Jeg trenger ikke gå lenger enn til min egen erfaring. Etter 15 års arbeid i rusfeltet, som miljøterapeut og leder, har jeg begynt å merke at alle de historiene som jeg hver dag møter, har påvirket meg på mange ulike måter. De har blitt en del av min tankeverden og mitt daglige følelsesliv. Jeg merker det til og med på min egen kropp.

På tross av dette har jeg likevel alltid likt å arbeide med klienter som andre terapeuter har «gitt opp». Jeg har ofte lurt på hvordan jeg kan forstå dette. Ofte har jeg tenkt at det er fordi disse klientene stimulerer min nysgjerrighet, samt at de utfordrer meg på hvem jeg selv er i møte med mine klienter. Samtidig vet jeg jo at dette er min egen foretrukne forklaring, og at det kan være mulig å se mange andre sammenhenger.

Funderingen over min tendens til å søke klienter som mange andre terapeuter synes ha mislykkes med, har hatt den effekt at jeg i årenes løp har fått høre mange fortellinger fra mine klienter om ”umulige behandlere”! Det har brakt meg til å fundere på hvordan disse terapeutene – som klienten altså gjerne beskriver som ukyndige og til og med upålitelige - for sin egen del beskriver de klientrelasjoner de har vært en del av. Det er det spørsmålet jeg prøver å nærme meg noen svar på i denne oppgaven.

Etter mange års erfaring har det skjedd en endring hos meg som gjør at gløden og kraften til å hjelpe de som kommer til behandling har endret seg. Jeg opplever at historiene og erfaringene til klientene gjentar seg. Dette har medført at den medfølelsen jeg hadde, er byttet ut med erfaring som gjør at min tålmodighet med klientene har blitt noe mindre.

Ta ikke med deg jobben hjem, har jeg hørt mange si, og jeg har selv sagt det til mine kollegaer. Det er enklere sagt enn gjort. Jeg tenker at man alltid vil ha med seg jobben hjem, men det handler mer om hvordan man velger å håndtere det når man tar den med seg hjem. Samtidig ser jeg fra noen av informanter at det å ha med seg personlige utfordringer fra hjemmet og inn i terapien kan medføre lite profesjonell tilnærming til klienten.

I perioder kommer tanker på at jeg ikke er god nok, og hva det er som gjør at jeg ikke får det til. Tanker som kommer knytter seg opp imot den rusavhengige, familie og venner. Hva kunne jeg har gjort for dem? Hvordan kunne jeg hjulpet disse bedre? Spesielt dersom jeg får hendelser med en klient hvor han/hun ønsker å skrive seg ut, men etter noe tid blir klienten motivert for å stå videre i behandling. Klienten har selv tro på at han kommer til å holde seg rusfri, men ut ifra erfaring tviler jeg på om klienten kan holde seg rusfri. Noen timer etter klienten har reist, mottar andre klienter som er i behandling bilder fra «Snapchat» hvor det tydelig kommer frem at den nylig utskrevne klienten har hatt tilbakefall til rus. Det er mange nok av slike historier, og historier som klienten har opplevd som gjør at jeg preges følelsesmessig, tankemessig og kroppslig.

Hver dag mottar vi nye inntrykk fra våre klienter og deres liv og tilstander. Dette gjør noe med oss som terapeuter, enten vi merker det bevisst eller ikke. Jobben vår er noe vi har valgt, ikke noe som andre har tvunget oss til. Jobben er også noe vi kan velge å slutte i. Til syvende og sist er det vi selv som har ansvar for eget liv.

Med fenomener som selvattribusjon og resonans som bakteppe ble denne oppgaven til. En terapeutisk relasjon består av flere mennesker med flere personlige historier. Når klienten treffer noe som vi selv har opplevd, blir «gamle sår» åpnet som minner oss på de som ga oss sårene. Attribusjoner vi gjør i forhold til egen adferd kalles selvattribusjoner. Det er lett å påta seg skylden og skam for terapeutisk innsats som ikke lykkes. I rollen som terapeut kan skammen fort bli en belastning hvis man har holdninger som gjør at man ikke snakker med andre om tunge følelser av det å ikke lykkes i terapi. Derfor kan det være mange terapeuter som bærer sine tunge bærer alene.

Jeg er nysgjerrig på hva terapeuten opplever når hun/han sitter der med en klient som ikke forandrer seg, og hvor man ikke kommer noen vei. Hvordan arter dette seg? Er det da vi begynner å trekke oss vekk fra klienten? Finner vi unnskyldninger for klienten?

1.2 Formål for studiet:

Forandringene som har skjedd med meg over tid, har gjort meg nysgjerrig på hva skjer med andre terapeuter. Jeg bestemte meg tidlig i prosessen for dette temaet da det er noe som engasjerer meg. Det engasjerer meg mest fordi at jeg selv har kjent og kjenner på det. Gjennom årene har jeg sett at mine kollegaer har slitt med å mislykkes som terapeut. Med denne oppgaven håper jeg å kunne skape større åpenhet rundt temaet mislykket terapeutisk innsats, og belyse noen av de erkjennelsesprosessene vi gjør oss som terapeuter.

Jensen (2008) har skrevet om forholdet mellom terapeuters personlige og profesjonelle liv. I sin doktoravhandling har han skrevet om forbindelsen mellom de erfaringer terapeuter har fra sitt personlige og private liv, og hvordan disse kan være forbundet med de møter terapeuter gjør i praksis. Aspekter som refleksjon, selv-refleksjon og resonans er sammenhenger som blir fokusert i hans arbeid. Han viser også til den manglende praksisforskning på området.

I denne studien ønsker jeg å bygge videre på det perspektivet Jensen anlegger. Som et bidrag til videre praksisforskning på dette området er formålet med denne studien å se på hvordan terapeuter konstruerer sin virkelighet, spesifikt hvordan de gir mening til vanskelige terapeutiske situasjoner, i lys av dimensjoner som personlig, privat og profesjonell.

1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

I starten av prosjektet ønsket jeg å se på terapeutens «nok»-punkt som er et negativt utsagn i forhold til klienten. Jeg visste at det var sammenheng mellom mine egne følelser og relasjon til klienten. Men jeg tenkte at det ikke bare handlet om meg, men også flere som jobber i rusfeltet. Man vet at en av de viktigste faktorene for å få en allianse med klienten er relasjonen. Dette er det skrevet mye om (Ravndal, 2007) men opp gjennom min praksis har jeg blitt mer nysgjerrig på hva skjer med terapeuten når relasjonen til pasienten ikke utvikler seg på en ønskelig måte.

For å belyse dette spørsmålet har jeg ønsket å undersøke terapeutens opplevelser av særlig de vanskelige terapeutiske relasjonene. Med utgangspunkt i erfaringsnære beskrivelser av slike opplevelser forsøker jeg å undersøke hvordan de forklarer de «mislykkede» behandlingsforløp. Dette har ført meg frem til følgende problemstilling:

«På hvilken måte forklarer terapeuten sin opplevelse når målet for behandling ikke blir nådd?»

Erfaringsnære beskrivelser av slike opplevelser har jeg forsøkt å få tak i med utgangspunkt i forskningsspørsmål som:

Hva opplever terapeuten som viktig i relasjonen med pasienten?

Hvordan/på hvilken måte opplever terapeuten at negative følelser påvirker den terapeutiske relasjonen?

Hvordan opplever terapeuten vanskelige/stagnerte relasjoner?

1.4 Relevant psykoterapeutisk forskning

Jeg har valgt å søke igjennom flere databaser. Når jeg startet søket var jeg usikker på hvilke termer jeg skulle søke på og prøvde meg litt frem. I forsøksfasen søkte jeg med termer som «family therapy», outcome, failure, therapist, burnout, drop-out, therapeutic alliance. Jeg fikk mange treff «family therapy» og outcome ga 1774 treff på pubmed. Jeg brukte deretter burnout istedenfor outcome. Det ga 14 treff. Det var et par interessante artikler, men etter å ha sett nærmere på artiklene var det ingen som var relevant fordi de beskrev enten hvordan terapeuter skulle hjelpe terapeuter eller hvordan en terapeut skulle unngå «burn-out» for visse klientgrupper. Siden dette ikke ga noen gode treff begynte jeg å tenke på andre termer som bedre beskrev området jeg ønsket å undersøke. Jeg søkte også på family therapy and failure som ga 98 treff.

Jeg testet de andre termene og kombinasjoner av disse. Noen ga flere treff og andre mindre. Etter å testet ut flere termer fant jeg at termene «therapeutic alliance» og failure ga treff som dekket samme tema som denne oppgaven. Disse termene ga 49 treff. Av disse var det noen artikler som var interessante, men siden jeg ikke fikk tak i fulltekstutgaven av artiklene valgte jeg ikke å bruke disse.

Siden pubmed ikke ga meg fulltekst artikler valgte jeg å bruke ovid isteden. Her brukte jeg søketermene «therapeutic alliance» og failure. Dette ga 463 treff fra 1974 frem til i dag. Jeg valgte derfor å begrense søket til kun de siste 5 årene. Dette ga 103 treff. Jeg leste igjennom tittelen på artiklene og de som hadde titler som dekket forskningsspørsmålene leste jeg igjennom abstrakt for å få en oversikt over forskning på området. Jeg fant 1 artikkel som jeg leste Why Do Some Therapies Succeed and Why Do Some Fail? av Michael Stadter. Jeg har ikke brukt artikkelen i selve oppgaven, fordi jeg fant andre kilder som dekket det samme.

De artiklene som jeg endte med å bruke i oppgaven har jeg fått tips om fra andre i nettverket mitt som vet at jeg har jobbet med denne masteroppgaven. Dette gjør at jeg ikke har litteratursøk på alle de artiklene jeg har brukt. Alle artiklene jeg har fått tips om har også hatt referanselister. Disse har jeg lest igjennom, har det vært andre artikler av interesse har jeg søkt disse opp, og brukt disse i oppgaven.

En annen metode jeg har brukt for å finne forskning er å lese masteroppgaver. Jeg har også brukt referanselisten i disse for å finne annen teori og artikler.

Kan terapeutens indre opplevelser i behandling ha betydning for terapieresultatene over lang tid? Dette er nylig undersøkt av forskere i den norske FEST – studien First Experimental Study of Transference -interpretation (Høglend, 2018). Studien tar for seg på hvorfor, hvordan og hvilke mekanismer og for hva slags pasienter de spesifikke komponentene virker. Studien er spesielt designet til å for å utforske dette, med særlig fokus på interaksjon mellom terapeut og pasient.

I flere av funnene mine fant jeg ut at man i psykoterapien har vært opptatt av begrepet «selvavsløring». I den systemteoretiske tradisjonen er det flere som har skrevet om og har vært opptatt av «selvavsløring» som fenomen. Men begreper som kontekst, feedback, sirkularitet, kommunikasjon, åpne og lukkede systemer, grenser, og første og annens ordning endring er ord og begreper som har blitt tatt i bruk for å kunne forstå hvordan (familie)systemer fungerer. Symptomer hos individet ble sett på som et resultat av kommunikasjonen i hans/hennes familie og samspillet mellom individene (Hårtveit & Jensen, 2004)

På slutten av 50 tallet var Carl Rogers og Hans Strupp pionerer innen terapiforskningen som fokuserte på å løfte opp og synliggjøre betydningen av terapeuters egenskaper og betydning for prosess og utfallet av psykoterapi. Rogers mente at et godt terapieresultat for en pasient var avhengig av om pasienten ble behandlet av en terapeut som klarte å møte ham eller henne med empati, aktelse eller «unconditional positive regard» og ekthet eller kongruens. Det skulle ta mange tiår før psykoterapiforskningsfeltet fulgte opp dette, da feltet i stedet fokuserte på pasientvariabler, teknikker, metode og fellesfaktorer i behandling (Nissen Lie, 2012).

Hårtveit og Jensen (2004) definerer familieterapi på følgende måte: ”Terapi er navnet på en prosess hvor en har som oppgave å hjelpe den andre (...). Familieterapi er altså navnet på en slik prosess, men innebærer ikke nødvendigvis at det handler om å snakke med grupper av familiemedlemmer. (...) Det som konstituerer familieterapi er heller de perspektivene terapeuten anlegger på de fenomener som fremkommer i løpet av prosessen” (Hårtveit & Jensen, 2004, ss. 32-33)

Hvilken betydning kan man så tenke at terapeuten har? Rønnestad mener at man må lete på andre plan enn det metodiske for å kunne forstå hva som er virksomt i terapien. Videre er det skjedd en dreining i psykoterapiforskningen som innebærer at det legges mer vekt på metoden og mindre vekt på psykoterapeuten. Terapeutiske ferdigheter som er avgjørende er fleksibilitet og engasjement i å kunne hjelpe klienten, samt den terapeutiske relasjonen. Videre hevder han at man bør ha fokus på terapeutens bidrag, og integrere psykoterapiforskningen med forskning på terapeuten (Rønnestad, 2006).

Rønnestad har gjort en oppsummering av mye forskning på dette feltet som blant annet sier noe om opplevelse av tilbakegang i behandling og følelsen av at ens ferdigheter forringes, tap av evne til empati, rutinepreget praksis og voksende tvil rundt terapiens effektivitet. Dette kan forstås som en demoraliserende prosess ut fra stresspreget involvering i arbeidssituasjonen. Stresspreget involvering kan undergrave terapeutens evne til positiv samhandling med pasienten, og bidra til en ond sirkel som i verste fall skader pasienten og fører til utbrenthet hos terapeuten (Rønnestad, 2006).

Det er lett å personliggjøre både fremgang og tilbakegang, ved å gi seg selv og den metoden man har benyttet, ansvaret for eller skylden for det resultatet som er oppnådd. Fremgang eller tilbakegang kan alternativt forstås som et uttrykk for et samspill hvor mange forhold samvirker. Det er et syklisk forhold mellom opplevd profesjonell utvikling og terapeutisk praksis. Dette tilsier at terapeuter kontinuerlig bør ha et årvåkent blikk på sin profesjonelle utvikling og på kvaliteten av sin involvering i det terapeutiske arbeidet (Rønnestad, 2006).

Oppsummeringen av forskning de siste årene er slik jeg ser av funnene mine at det forskes mer på betydningen av terapeutens liv, følelser og erfaringer som påvirker hans eller hennes praksis enn det tidligere er gjort (Nissen Lie, 2012).

Det vil være mange faktorer som kan påvirke resultatene i de ulike studiene som jeg har funnet, men jeg tenker at man bør være forsiktig med å generalisere disse funnene.

1.5 Oppbygging av oppgaven

Jeg har valgt å følge et standard oppsett. Den er inndelt i 6 kapitler, inklusiv innledning. Innledningen tar dere med gjennom oppgaven slik at dere skal få en oversikt over teksten. I innledningen begrunner jeg mitt valg for problemstillingen og formålet med studien. Kapittel 2 tar for seg design og metode, her begrunner jeg valget mitt for kvalitativ metode, og jeg beskriver struktur under intervjuene og forskning på feltet.

I kapittel 3 beskriver jeg teori og min teoretiske forankring og i kapittel 4 presenteres funnene mine og analysen av funnene. Kapittel 5 er drøftingsdelen hvor jeg drøfter funnene mine opp imot den teoretiske forankringen. Kapittel 6 er konklusjonen som er en oppsummering av temaer og dilemmaer som har kommet frem i undersøkelsen. Jeg avslutter med tema for videre forskning.

2 Design og metode:

2.1 Metodevalg

Da min nysgjerrighet i utgangspunktet dreide seg om terapeutens negative følelser og relasjonen til pasienten, var jeg usikker på hvilken metode som jeg skulle bruke. Jeg vurderte at Grounded Theory var en metode som var spennende og meningsfull i denne sammenhengen. Målet mitt var å få tak i rike og nyanserte beskrivelse fra terapeuters erfaringer, refleksjoner og tanker angående dette tema. Underveis i prosessen kom det imidlertid mer tydelig frem at jeg skulle bruke IPA. Denne metoden er opptatt av hvordan folk tenker, noe som medfører at forskningsspørsmålene ble fenomenologiske, ved at de inviterer til å undersøke opplevelser, relasjoner, erfaringer og samspill.

Som filosofi ble fenomenologien grunnlagt av Edmund Husserl rundt år 1900. Den ble videreutviklet av Martin Heidegger, som eksistensfilosofi, og senere påvirket av Jean-Paul Sartre og Maurice Merleau-Ponty i mer eksistensialistisk og dialektisk retning. Fra starten av var fenomenologien opptatt av bevissthet og opplevelse (Brinkmann & Kvale, 2015). Fenomenologi tar utgangspunkt i subjektiv opplevelse og søker å oppnå forståelse av den dypere mening i den enkeltes erfaringsverden (Thagaard, 2004). Fenomenologi og hermeneutikk er viktige komponenter i kvalitativ forskning. Fenomenologien kan ses sammen med eller atskilt fra hermeneutikken (Smith, Flowers, & Larkin, 2009). I ”Fortolkende fenomenologisk analyse”, som er mitt valg av forskningsdesign, er hermeneutikken nært knyttet til fenomenologien.

Hermeneutikk kan oversettes med fortolkningskunst, eller sagt mer utdypende:

Hovedbegrepene i Gadammers hermeneutiske teori er forforståelse, fortolkninger, fordommer og den hermeneutiske sirkel som fanger opp essensen av de utfordringer som man står overfor i sitt hermeneutiske arbeid (Krogh, 2014). Hermeneutikken er mer opptatt av gode spørsmål enn entydige svar, den er en grunnlagsteori som er undrende og stiller spørsmål. Den kan også sees på som reflekterende problematiseringsdiskurs (Ridderstrøm, 2018).

Det finnes andre måter å tolke og forstå tekster på enn den hermeneutiske. En tekst kan forstås logisk gjennom matematiske formler eller gjennom kausale sammenhenger som vi finner i natur- samfunns- og atferdsvitenskaplige forløp. En tredje form er å tolke ut i fra tingenes vesen, gjennom fenomenologien (Krogh, 2014). Den hermeneutiske sirkel vitner om systemisk tenkning, og er en sirkulær prosess. Den hermeneutiske sirkelen er et sentralt begrep som beskriver en reflekterende prosess hvor vår forståelse kommer til uttrykk i meningsdanning og vekslning mellom del og helhet (Jensen, 2009).

2.2 Begrepsavklaringer

I oppgaven har jeg valgt å bruke både klient og pasient om hverandre, dette har jeg valgt å gjøre i forhold til språket hvor det enkelte steder passer bedre å bruke pasient eller klient.

2.3 Interpretative Phenomenological Analysis, IPA

Jonathan Smith er en av grunnleggerne av IPA. Han hevder at metoden representerer en ung og fremvoksende tilnærming i kvalitative undersøkelser. IPA er best kjent innen psykologien, men brukes stadig mer innen beslektede disipliner som innen human-, sosial- og helsevitenskap. Mesteparten av IPA-forskning, innenfor segmentet helse, undersøker pasientens personlige levde erfaring. Dette representerer det viktigste anliggende, ”the core concern”, for helse og sykdom innen fenomenologien (Smith, Flowers, & Larkin, 2009, s. 133). Den semantiske betydning av «pasient» er «den som lider». Når pasienten befinner pårørende seg, som lider med pasienten, om enn i større eller mindre grad.

Dallos og Vetere (2005) sier i boken sin, *Researching Psychotherapy and Counselling*, at de fenomenologiske retningene, iberegnet IPA, kan beskrives slik:

“These approaches broadly start from the premise that people have relatively stable ways of viewing their experiences and the task of research is to get as close to these beliefs, schemas, cognitions, themes as we possibly can. In order to do this an interpretative process on the part of the researcher is required. This is a constructivist view which argues that there are external realities, but we never know them through our own subjective lenses,” (Dallos & Vetere, 2005, s. 52).

Mens kvantitativ forskning gjerne tar utgangspunkt i hypotetisk deduktiv metode, og går fra teori til empiri, går kvalitativ forskning ofte motsatt vei. IPA anvender induktiv metode, som starter med erfaringsbasert kunnskap og ender med teori, også kalt ”bottom up” (Dallos & Vetere, 2005). Den induktive tilnærming er basert på antagelsen om at teoretiske perspektiver kan utvikles på grunnlag av akkumulerte empiriske undersøkelser (Thagaard, 2004, s. 181).

Etttersom IPA har en fortolkende fenomenologisk tilnærming blir det viktig å knytte hermeneutikken til fenomenologien. I overensstemmelse med Heidegger, er IPA opptatt av å undersøke hvordan et fenomen fremtrer, og analytikerens er dratt inn for å fasilitere og gjøre denne fremtreden forstått (Smith, Flowers, & Larkin, 2009, s. 28).

En forsker innen IPA er opptatt av dobbel hermeneutikk, på den måten at forskeren prøver å forstå deltakeren som igjen prøver å forstå hva som skjer med seg selv, eller et fenomen (Smith, Flowers, & Larkin, 2009, s. 3). "The approach is constructionist in its assumption that meaning is generated through interpretative processes, for both the participant and the researcher" (Dallos & Vetere, 2005, s. 58). Det foregår tolkning på flere plan. I tillegg til å være en fenomenologisk og hermeneutisk basert metode er IPA også ideografisk (Smith, Flowers, & Larkin, 2009).

Ideografi er opptatt av det enkelte tilfelle (”particular”), i motsetning til nomografi som undersøker på gruppenivå. Det ideografiske utspiller seg på to plan: Det partikulære i form av

detalj, i ønsket om å forstå et fenomen i perspektivet til noen utvalgte mennesker, og på et annet plan i kontekst. Dette er grunnen til at IPA gjør forsøk med få informanter (Smith, Flowers, & Larkin, 2009, s. 29). Sagt på en annen måte er IPA sin ideografiske tilnærming opptatt av å forstå et spesielt fenomen i en spesiell kontekst. I dette tilfelle: «På hvilken måte forklarer terapeuten sin opplevelse når målet for behandling ikke blir nådd».

For å innhente datamateriale kunne jeg valgt feltarbeid eller observasjon, jeg valgte intervju. Intervju betyr en utveksling av synspunkter mellom to personer i samtale om et tema som opptar begge. Det foreligger en gjensidig avhengighet, i samtalen skjer en konstruksjon (Brinkmann & Kvale, 2015).

IPA som metode veksler mellom ulike posisjoner, henholdsvis mellom å være nær og fjern, og tro og troløs (Smith, Flowers, & Larkin, 2009). IPA er en av flere fenomenologiske metoder å tilnærme seg forskning på, og har som mål å forsøke å gå ved siden av informanten, for å prøve å skjønne mer av informantens opplevelse av ulike hendelser eller situasjoner. Når uttrykket «å gå ved siden av benyttes», er dette for å understreke at forskeren aldri kan forstå hvordan det er å være den andre, men han kan prøve å utdype informantens følelser og tanker rundt det fenomenet som forskes på, for bedre å forstå opplevelsen (Thagaard, 2004; Langdridge, 2006; Dallos & Vetere, 2005; Smith, Jarman, & Osborne, 1999).

IPA er en type analyse som viser forskerens tenkning og andre kan validere analysen. Slik jeg har forstått grunnleggeren av metoden Jonathan Smith, er han opptatt av at IPA skal utvikles og at nye prosjekter skal utvide feltet den kan benyttes på. Jeg opplever at denne metoden går fint hånd i hånd med systemisk teori og praksis: de fenomenologiske, hermeneutiske og ideografiske grunnpilarene i IPA har klare paralleller i systemisk tekning. Analyse i henhold til IPA forutsetter en filosofisk tilnærming som er fenomenologisk, hermeneutisk og interpretativ (Smith, Flowers, & Larkin, 2009, s. 11). Det innebærer et fokus på det spesielle eller det unike på to nivåer; detaljer og fenomen (Smith, Flowers, & Larkin, 2009). Når det gjelder det detaljerte, fokuserer IPA på å gå i dybden i analysen og se på smådeler og detaljer. IPA har et fokus på fenomenet, i en sammenheng med de signifikante personene i en bestemt kontekst. Det betyr at

man er opptatt av å forstå den ene personen i den ene situasjonen, i den gitte konteksten. IPA er ideografisk, formålet er å få frem det spesielle, konkrete levde liv og forsøke å forstå den enkelte informant sin livsverden. Deretter undersøkes likheter og ulikheter i materialet, først for det enkelte case og deretter på tvers. De tre teoretiske ståstedene er klassiske og mye anvendt innen kvalitative metoder. Det som skiller IPA fra andre kvalitative metoder, er at IPA ser på de tre retningene i en helhet, og kombinerer dem til en helhetlig og overordnet teori.

2.4 Forforståelse

Det er min vurdering at min forforståelse farges av tidligere erfaringer og egen bevisst og ubevisst virkelighet. Bevissthet rundt min egen forforståelse vil være en viktig tilnærming i oppgaven, og gjennom hele forskningsprosessen.

Da jeg hadde valgt tema, var den innledende grunntanken «dette er et vanvittig spennende prosjekt». Da den første entusiasmen la seg, og en mer konkret tilnærming til prosjektet startet, kom tvilen. Vil jeg kunne greie å gjennomføre dette? Hvilke terapeuter ønsker å bli intervjuet? I et forum som jeg var, ble det spurt om hva jeg skulle skrive om. Den umiddelbare responsen på tema var: Alle har vi vel opplevd det! Dette var med på at nysgjerrigheten min ble større, og forventningene ble høyere.

Hendelsen gjorde det klart at jeg måtte møte informantene mine, deres historie med åpent sinn vel vitende om at forforståelsen alltid vil farge min tilnærming til tema, hva en ser eller velger å se (Aadland, 2004). Systemisk teori betrakter begivenheter eller hendelser innenfor den sammenheng hvor det oppstår. Sammenhengen for forståelsen av et fenomen er med på å skape en bestemt forståelse av fenomenet. I møte med informantene vil jeg som forsker gå inn i møte med min forforståelse, en forforståelse som kan være felles da vi jobber innenfor samme felt.

Med en hermeneutisk forståelse er jeg klar over at jeg uansett ikke kommer utenom min egen forforståelse. Selv har jeg erfart hvordan slike vanskelige terapeutiske relasjoner har fått meg til å kjenne på oppgitthet, frustrasjon med mer. I lys av dette var det interessant å se hvordan intervjuobjektene svarte på spørsmålene. For meg var det mye som både var overraskende og

tankevekkende fordi det ikke samsvarer med mine forventninger. Dette kan sees som et eksempel på at det er viktig å ha den genuine nysgjerrigheten med seg under intervjuene. Og ha et refleksivt forhold til sine egne erfaringer og sin egen forforståelse.

Grunnutdanningen min er faglærer i helse og sosialfag, med etter og videreutdanning i kognitiv terapi, rus og psykisk helse, sosial pedagogikk og prosjektledelse. Jeg har gjennom de siste årene arbeidet med personer med rusavhengighet i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB).

Min erfaring og kjennskap til fagfeltet mitt er en stor fordel for å forstå og tolke informantene mine. Det gjorde det også lettere å stille gode oppfølgingsspørsmål. Likevel er min forforståelse alltid tilstede. Fenomenologien anerkjenner imidlertid intervjuers subjektive opplevelse, og forskerens refleksjoner over egne erfaringer kan dermed danne utgangspunkt for forskning (Thagaard, 2004)

Hermeneutikken er i det henseende opptatt av å ta innover seg en todelt oppgave, hvor det på den ene siden gjelder å ta innover seg tekstens historiske og kulturelle fremmedhet og være lydhør for det fremmede talens annerledes het. På den andre siden gjelder det å være seg bevisst at vi alltid går til tekster med ulike forventninger, fordommer og forutinntatthet (Lægneid & Skorgen, 2006).

Min forforståelse gjorde noe med hvordan oppfølgingsspørsmålene ble utformet, dette på bakgrunn av hva informantene beskrev under intervjuet. Som forsker er det et mål å kunne veksle mellom posisjonen «nærhet og avstand» til feltet og materialet som foreligger (Repstad, 1998).

2.5 Valg av informanter

Da jeg bestemte meg for å undersøke «På hvilken måte forklarer terapeuten sin opplevelse når målet for behandling ikke blir nådd?» var ønsket mitt å intervjuere terapeuter som hadde jobbet i rusfeltet over tid, og som forhåpentligvis hadde kjent på slike følelser.

I og med at jeg selv har jobbet i rusfeltet i 15 år hadde jeg noen tanker om hvilke personer og institusjoner som jeg ønsket å komme i kontakt med. Utgangspunktet for valget av informanter innenfor fagområdet rusbehandling er at denne pasientgruppen av mange er stigmatisert. Dette kan gjøre jobben for terapeuter mer krevende.

Spørsmålet om hvem forskeren skal få informasjon fra innebærer å definere det utvalget undersøkelsen baserer seg på (Thagaard, 2004). Kvalitative studier baserer seg på strategiske utvalg, for mitt prosjekt har jeg valgt informanter som har kvalifikasjoner og egenskaper som er strategiske i forhold til forskningsprosjektet mitt.

2.6 Rekruttering av informanter

Første henvendelse til de institusjonene som kunne være aktuelle ble sendt på mail til virksomhetens leder. Mailen var utformet på en slik måte om det var noen som kunne være interessert å være informanter i et masterprosjekt i familierapi og systemisk praksis med en foreløpig problemstilling «Hvordan påvirker terapeutens negative følelser relasjonen til pasienten?» Vedlagt var det et informasjonsskriv og samtykkeskjema (vedlegg nr 1 og 2). De personene som ønsket å være med, tok direkte kontakt med meg hvor vi gjorde avtale om når og hvor intervjuet skulle foregå. Det var få personer som tok kontakt, og alle ble med i studien. Jeg intervjuet 4 personer, 2 menn og 2 kvinner. De har en gjennomsnittserfaring fra rusfeltet på 15 år. Utdanningene er sosionomer, vernepleier, og familierapeut. Tre av informantene jobbet i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og en jobbet i en kommune.

2.7 Prøveintervju

Jeg valgte semistrukturert intervjuguide i samtalene. Det første intervjuet utarbeidet jeg med fokus på forskningsspørsmålene (vedlegg nr 3) og foretok et intervju med en kollega som har lang erfaring fra rusfeltet. Jeg valgte å ta prøveintervju slik at jeg kunne være godt forberedt til informantene, samt se om det var flyt i spørsmålene. Jeg opplevde under prøveintervjuet at jeg fulgte guiden, men jeg «smatt» inn med nye spørsmål. På slutten av intervjuet fikk informanten en «aha-opplevelse» i forhold til selve intervjuet og tanker som informanten fikk og som ikke hadde vært så fremtredende i tankene som etter intervjuet. Informanten på prøveintervjuet kom

med nye momenter etter intervjuet og fortalte om at aha opplevelsen var en refleksjon over at man som terapeut skal være så profesjonell, men at man er mer personlig og privat enn man egentlig vil innrømme. Som informanten sa: «De pasientene som man liker er dem som vi er venner i det private». Med det privat mente informanten fritiden som man ikke er på jobb. Aha opplevelsen og tankene som kom i etterkant, gjorde at jeg ble mer nysgjerrig da jeg skulle intervju informantene i studien.

2.8 Struktur i intervjuene

Jeg valgte å utarbeide en intervjuguide for hvert intervju. I prosessen ble intervjuguiden endret noe da jeg så at spørsmål ble dekket opp. Nye spørsmål kom til for å utfylle da jeg hadde behov for mer informasjon for å kunne svare på problemstillinga.

Jeg startet intervjuene med å informere om prosjektet, og med å spørre hvilke tanker de hadde fått da de så problemstillingen. Deretter benyttet jeg intervjuguiden som en mal under intervjuet. Jeg transkriberte intervjuene mellom hvert intervju og erfarte at nytten av å grovanalysere mellom hvert intervju gjorde at jeg ble mer oppmerksom på hva jeg skulle spørre neste informant om.

2.9 Intervjusituasjonen

Thagaard (2004) viser til Rubin & Rubin når det gjelder strategier som kan hjelpe forskeren til å få data som gir refleksjoner, nyanser og levende beskrivelser. Slike strategier kan være oppmuntrende tilbakemeldinger til informanten, oppfølgingsspørsmål som oppfordrer informantene til å gi mer nyanserte svar, fortolkende spørsmål og å oppfordre informanten til å presentere konkrete episoder eller eksempler i forhold til de utsagn de kommer med. Jeg ønsker å bruke kvalitativ metode hvor jeg dybdeintervjuer inntil 4 stk. Slik får jeg en dypere forståelse av problematikken.

IPA er en kvalitativ metode som jeg har valgt fordi jeg tenker at det på best mulig måte kan gi svar på studiens problemstilling.

Formålet med en kvalitativ tilnærming er å arbeide for å forstå mer av et sosialt fenomen. Overordnet mål handler om å utvikle nye framstillinger av et fenomen, slik som å se om det finnes fellestrekk, mangfold eller typiske særtrekk mellom mine intervjupersoner.

Intervjuguiden må være godt gjennomarbeidet, og legge til rette for gjennomføringen. På denne måten tenkte jeg at jeg ville få innsikt i deres tanker, erfaringer og følelser på grunnlag av deres egen forståelse. Jeg hadde lyst til å be om beskrivelse istedenfor konkrete spørsmål, dette fordi jeg tror jeg ville fått frem en annen type spontanitet og fleksibilitet i intervjuet. Men valget ble konkrete spørsmål. Bakgrunnen for det, var at jeg ble usikker i forhold til tiden. Dersom det skulle være en beskrivelse hadde jeg en forestilling om at intervjuene ville ta lengre tid enn det ville gjøre med konkrete spørsmål. Relasjonen til informantene har nok en innvirkning på studien, ettersom alle informantene visste hvem jeg var. I ettertid har jeg reflektert over at dette kan være en årsak til den åpenheten de visste under intervjuene. Informasjonen de gav var jo temaer som man ikke snakker så ofte om, og som de selv syntes var spesielt å sitte og snakke om. Det var viktig for meg å skape en atmosfære som gjorde at de opplevde en fortrolighet og trygghet i intervjusituasjonene, dette følte jeg at jeg lyktes med. Etter flere år i feltet og med erfaringen jeg har, kan jeg ikke si at jeg er «terapeutisk troende». Med dette mener jeg at jeg har en fleksibilitet i forhold til de ulike metodene og kan ikke si at en metode er riktig. Ved ikke å mene det, er det min oppfatning at jeg i intervjuene greide å holde en distanse til informantene som gjorde det enklere for dem å være åpne i forhold til intervjuet. Jeg var bevisst på at informantene mine ikke skulle føle seg presset til å fortelle, de skulle selv ha kontroll over situasjonen. På spørsmål om hvordan de hadde følt intervjusituasjonen var tilbakemeldingene en positiv opplevelse hvor begge parter hadde innflytelse. Dette var med på at intervjuet ble sett som trygt og godt.

2.10 Transkribering

Intervjuene ble tatt opp på bånd. Transkriberingen gjorde jeg selv for å kunne begynne analysearbeidet allerede når jeg skrev ned intervjuene ord for ord. Dette både for å sikre konfidensialitet i tillegg til at det vil gjerne komme nye antagelser i forhold til tema jeg ønsker å analysere i denne prosessen. Jeg brukte båndopptaker til intervjuene, og jeg noterte ikke underveis, men etter intervjuene skrev jeg et refleksjonsnotat om min opplevelse av intervjuet. Der noterte jeg følelser som jeg observerte som ikke kom frem på lydopptak.

Intervjusekvensene mine tok mellom 45-70 minutter, transkriberingen var slitsom og tidvis utmattende. I starten tok jeg med alle tenkeord som m, æ, tja, mm og lignende, men valgte å kutte ut noen av disse der det ikke hadde betydning for sammenhengen.

2.11 Analysestrategier

Underveis i prosessen kom det mer tydelig frem at jeg skulle bruke IPA. Jonathan Smith var en av grunnleggerne av IPA, metoden er som tidligere nevnt best kjent innen psykologien. Mesteparten av IPA forskning, hører til innenfor segmentet psykologi, og undersøker pasientens personlige levde erfaring. Dette representerer det viktigste anliggende, ”the core concern”, for helse og sykdom innen fenomenologien (Smith, Flowers, & Larkin, 2009, s. 133). Dette fordi IPA er opptatt av hvordan informanten tenker og opplevelsen av ulike hendelser eller situasjoner.

I fremstillingen av datamaterialet er informantenes tillit av stor betydning. I analysen har det vært viktig for meg å ligge tett opp mot det som kommer frem i intervjuene og skape en tolkningsramme som informantene kjenner seg igjen i. Etter min oppfatninger det en forpliktelse mellom informant og meg som forsker som forsikrer at det de forteller blir mottatt og respektert (Smith, Flowers, & Larkin, 2009).

I hovedsak er Smith, Flowers og Larkin (2009) sin anbefaling for intervjuanalyse over seks steg fulgt. Samtidig er IPA-analyse ingen lineær prosess, og ulike steg både kan og vil påvirkes av ideer som fremkommer underveis og hermeneutiske fortolkninger. Jeg fikk oversikt over datamaterialet ved å plassere funnene mine på store «post it» ark, slik at jeg fikk en billedlig fremstilling av datamaterialet.

Analysen skal også være tilstrekkelig fortolkende, og vise hva som er i informantens konto og en fortolkning av hva dette betyr. En god IPA studie forteller leseren om noe viktig for hver informant og samtidig noe viktig om temaer som de deler.

Resultatene i en IPA-studie presenteres vanligvis som temaer som går igjen hos flere av informantene (Dallos & Vetere, 2005). Med hermeneutikken som utgangspunkt kan man dele opp helheten i deler, for så å samle delene igjen i en ny helhet. Analysering på tvers av sakene innebærer en form for mikroutvikling av teori. Teoriutviklingen er idiografisk og hver sak brukes for å belyse det. Målet er å lage en teoretisk fremstilling som inkluderer alle sakene. I praksis innebærer det en konstant bevegelse mellom individuelle sakene og mellom stegene i analysen.

Steg 1, lese og re-lesing

Målet var å finne det overordnede meningsinnholdet. Jeg hørte gjennom og leste intervjuene i kronologisk rekkefølge. Refleksjoner og hypoteser tas opp i forkant på bånd slik at det ikke forstyrrer den innledende lesingen (Dallos & Vetere, 2005). Jeg valgte å skrive ned mine refleksjoner underveis. Dette opplevde jeg som nyttig i ettertid, da jeg leste refleksjonene og ble opptatt av nye temaer i intervjuene.

Steg 2, innledende analyse /notater

I dette trinnet skal forskeren beskrive meningsfortetningen som betyr noe for informanten og hva det betyr for dem. Arket ble delt i 3, hvor transkripsjonen var i midten og meningsfortetningen på venstre side av arket. Her ble nøkkelord og oppsummeringer notert. Teorier og reaksjoner til teksten dukket opp samtidig som jeg jobbet med venstre side av transkripsjonen.

Steg 3, fortolkning - fremvoksende temaer /refleksjoner til teksten i forhold til teori.

Referanser til eksisterende teori ble skrevet på høyre side av arket. Dette ble skrevet på grunn av nøkkelordene i steg 2. Denne prosessen representerer den hermeneutiske sirkel. Originalteksten blir til deler som kommer sammen i en ny helhet når analysen er ferdig. Ord og tanker som kommer frem hos informanten knyttes sammen med mine fortolkninger. Steg 2 og 3 ble gjort samtidig da disse grep inn i hverandre.

Steg 4, mønstre og sammenheng.

Høyre side - beskrivelsen navngis med utgangspunkt i den "teoretiske linken" og koblinger til teksten. Dette utgjør hovedfunnene i intervjuene. Temaer som jeg følte hørte sammen ble samlet i en gruppe, tema som ikke gav noe mening til problemstillingen ble forkastet. Jeg lette etter ulike mønstre i temaene mine. Jeg plasserte like med like og laget navn på gruppen. De overordnede temaene vokste fram til et resultat. Samtidig følte jeg at jeg hadde behov for mer informasjon fra informantene. Så jeg sendte en mail hvor jeg stilte to nye spørsmål. Jeg fikk svar fra en av informantene mine.

Steg 5, ideografisk fremstilling

I tråd med IPA sin forpliktelse til ideografisk behandling, ble steg en til fire utført for hvert intervju. Alle kodene på høyre side ble nummerert slik at de ble lett å finne tilbake til. Etter at steg 1-4 var gjennomført med alle intervjuene satt jeg igjen med 112 ”nøkkelutsagn”. Disse ble klippet ut og lagt utover et bord, slik at jeg kunne flytte dem rundt for å lettere kunne se etter eventuelle sammenhenger.

Når jeg arbeidet med dette var notatene fra høyre marg viktig, da disse representerte refleksjoner som knyttet dem til teori.

Steg 6, temaer til analyse (kategorisering av kodene)

Dette steget dreier seg om å se etter mønstre mellom temaene i intervjuene. Hvilke forbindelser er det mellom temaene? Hvilke temaer gjentas i intervjuene? Dette førte til en reorganisering av temaene. Dette ble en kreativ prosess. Her hjalp det meg å gå til et mer teoretisk nivå. Etter flere reorganiseringer av temaer, satt jeg igjen med overordnede temaer som representerte essensen i intervjuene. Disse temaene analyserte jeg i forhold til kjent teori. Jeg ønsket at min IPA skal ha denne doble kvaliteten – vise at informantene representerer unike idiografiske tilfeller, men også hva de deler. Jeg endte opp med 5 subkategorier (temaer) for hele gruppen. Påstandene under hver subkategori representerer det unike i det idiografiske.

2.12 Forskningsetikk

Jeg valgte å legge frem en fremleggsmelding for REK for å være sikker på at prosjektet lå utenfor helseforskningsloven(Vedlegg 4)

Forskningsprosjektet er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD), også kalt personvernombudet for forskning. (Vedlegg nr 5)

Mine informanter er spredt fra sør til nord. Så det er ikke store utfordringer i forhold til anonymitet. Informantene kan man si tilhører samme nettverk da alle har bred erfaring innenfor rusfeltet. Jeg har tillit til at deres personlige integritet er ivaretatt, og at de ikke kan bli identifisert da informantene blir beskrevet med nummer. Transkripsjonen er anonymisert. Informantene har alle gitt skriftlig samtykke, samt at det også skriftlig er redegjort for at de når som helst kan trekke seg fra undersøkelsen (Vedlegg nr.1).

Informasjonsskriv og informert samtykke ble sendt ut til informantene. (Vedlegg nr. 1 og 2).

2.13 Metodekritikk.

Man kan ikke som forsker forsikre seg om at informantene ikke gir historiene meningsinnhold de antar forskeren vil høre. Den konstruktivistiske

interaksjonen mellom forskeren og informanten vil bestandig påvirke de meningsgivende enhetene som fremmes om et fenomen, og forstås innenfor en konstruktivistisk referanseramme. Da jeg bega meg ut på leting etter meningsinnholdet i datamaterialet mitt, benyttet jeg meg som sagt, av Interpretative Phenomenological Analysis- IPA. IPA er en relativt ny tilnærming i forskningssammenheng, og det diskuteres stadig hvorvidt den kan kalles en fenomenologisk tilnærming (Langdridge, 2006). Langdrige (2006) skriver imidlertid at: «Målet er å få deltageren til å fortelle så detaljert som mulig om opplevelsene sine, og å gi forskeren så god adgang som mulig til deltagerens livsverden» (Langdridge, 2006, s. 278). Langdridge skriver videre at; «(...) dette er en ideografisk metode, hvilket vil si at hvert enkelt intervju/tilfelle analyseres for seg før man gjør noe forsøk på å individualisere utover individnivå».

Jeg ønsket å møte terapeuter som hadde bred erfaring fra rusfeltet. For å få svar på «På hvilken måte forklarer terapeuten sin opplevelse når målet for behandling ikke blir nådd?». Jeg gikk inn i en rolle som en undersøkende student, med en «ikke vitende posisjon». Det å møte informantene

mine med en holdning hvor jeg ikke kan vite hva de tenker om tema før de har fortalt meg det var spennende. Jeg har forsøkt å inkludere informantene mine i prosessen, men det vil alltid hefte en usikkerhet om jeg har greid å få frem deres stemme på en god nok måte i undersøkelsen. Det er nå min foreløpige vurdering at jeg tror informantene vil sitte igjen med å ha blitt sett, referert og hørt.

Området som jeg har forsket på har vært et område som jeg har vært nysgjerrig på over lang tid, og jeg tenker at mine forestillinger kan ha vært med på å prege oppgaven. Dette da det er lite forsket på. Det vil dermed være særlig viktig å etterstrebe en nyansert presentasjon og drøfting av data, noe jeg har forsøkt å gjøre.

Hadde jeg hatt tilgang til flere informanter ville dette gitt et større datagrunnlag som ville belyst temaene bedre. Jeg ville da hatt et større grunnlag for å velge informanter både fra offentlig og private institusjoner. I etterkant av prøveintervjuet kom informanten med utfyllende opplysninger, jeg fikk ikke fulgt opp dette. Etter intervju med informantene mine, og transkriberingen var gjort så jeg at jeg hadde behov for mer informasjon. Jeg sendte da to spørsmål til dem, men fikk kun tilbake ett svar. Dette gjorde at jeg har valgt å ikke ta dette med meg videre i oppgaven. Dersom jeg hadde tatt et oppfølgingsintervju av informantene, tror jeg at jeg ville fått et annet datagrunnlag.

3 Teori

I dette kapittelet vil jeg belyse aktuell teori for forskningen min.

3.1 *Tilknytning til andre mennesker*

John Bowlby (1907-1990) var en britisk barnepsykiater og psykoanalytiker. Han ble kjent for sin teori om at følelsesmessig tilknytning til omsorgsgiver har fundamental betydning for barnets psykologiske utvikling når det gjelder relasjoner og tilknytninger til andre mennesker senere i livet (Bretherton, 1992). Han beskriver hvordan barnet blir forbundet med omsorgspersonen, og hvordan disse erfaringene får konsekvenser for dannelsen av personligheten. Dette var ideer som Mary Ainsworth videreutviklet på 1960 og 70-tallet. Rundt 1980 tallet ble denne teorien utvidet til også å beskrive og forklare tilknytning hos voksne (Bretherton, 1992).

Det var i denne perioden flere som var opptatt av dette temaet. Den norsk-amerikanske psykiateren Karen Horney lanserte allerede i 1945 tanken om tre ulike tilknytningsstiler hos voksne, alle sprunget ut av barnets erfaringer, i boken "Our inner conflicts" (Horney, 1945).

Det springende punkt i alle disse bidragene er begrepet tilknytning.

I 1991 tok Kim Bartholomew og Leonard M. Horowitz tak i dette og utviklet en modell for hvordan tilknytningsprosessen kan tenkes å foregå hos voksne. De hadde et ønske om å utvide forståelsen av tilknytning. Basert på en undersøkelse fant de frem til en beskrivelse av det de mente var ulike tilknytningsstiler som mennesker kan utvikle. De ulike tilknytningsstilene de beskrev var sikker, avvisende, preokkupert og fryktsom tilknytning. Ut ifra denne undersøkelsen kom de frem til at antakelsene om at individets arbeidsmodeller av seg selv er mer komplekse enn tidligere antatt, og er en underliggende struktur i ethvert tilknytningsmønster. Studien er unik i seg selv, da den viser at uansett hvilket syn du har på deg selv, vil synet på andre påvirke tilknytningsmønsteret i like stor grad (Horowitz, Rosenberg, & Bartholomew, 1993).

Den amerikanske psykiater, psykoanalytiker og spedbarnsforsker Daniel Stern har også interessert seg for dette, og lansert en banebrytende teori om barns selvutvikling. Stern beskriver barnets opplevelse av seg selv som en prosess av gjensidige relasjoner. Han skriver om at våre mentale liv blir skapt i felleskap, og at vi lever omgitt av andres intensjoner, følelser og tanker. De andre påvirker våre egne tanker og følelser, som igjen påvirker deres. To sinn skaper intersubjektivitet, og intersubjektiviteten skaper også de to sinnene.

Dette er alt sammen tanker som jeg nok er preget av i møtet med de som søker behandling der jeg arbeider. Flere av dem har vært utsatt for omsorgssvikt eller misbruk, og på den måten har de utviklet en negativ indre arbeidsmodell, kanskje en forestilling om at «ingen bryr seg». Dersom en slik indre arbeidsmodell ikke blir korrigert, kan det godt tenkes å bidra til at det blir vanskelig og opprettholde positive relasjoner til andre mennesker.

Dette kan også bidra til å forklare utfordringer i relasjonen mellom terapeut og klient, som er en side ved det som er denne undersøkelsens tema.

I boka *The Heart and Soul of Change* (Hubble et al. 2004), presenteres og diskuteres behandlingsforskning fra de siste 40 årene. Redaktørene hevder at det som får folk til å endre seg, ikke ligger i «den riktige terapien», men i faktorer som er felles for alle terapeutiske orienteringer. Boka konkluderer med at vi trenger å vite mer om hva som foregår i relasjonen mellom klient og behandler. Flertallet av studiene innen psykologisk-psykiatrisk forskning er effektstudier. De bygger hovedsakelig på kvantitative metoder, selv om vi i de siste tiårene har sett en økende bruk av kvalitative metoder i slik forskning (Duncan, 2012).

Det legges vekt på selve relasjonen mellom terapeut og klient, og hvordan de møter hverandre når de møtes

”(...) an unworthy, unacceptable and unlovable person to the realization that he is accepted, respected, and loved, in this limited relationship with the therapist. The word “loved” is used here to mean to be deeply understood and deeply accepted (Zeig, 1987).

I den systemiske tankegangen vil jeg bestrebe meg på å møte klienten med utgangspunkt i at vi er på et likt nivå, at det er ensirkulær prosess hvor det kan punktueres på forskjellige steder uten at det har noe med et maktforhold å gjøre, at makt ikke skal ha en betydning i vårt møte/vår relasjon. Dette skal være en systemisk, sirkulær og nøytral terapeutposisjon og ikke en «feilaktig og lineær» forståelse av makt (Lundby 2008, s. 90).

Selv om jeg vil bestrebe meg på å møte klienten på et likt nivå opplever jeg at det er et maktforhold i møtet mellom oss. Makt i Foucaults forståelse er ganske enkelt uunngåelig. Den eksisterer i alle sosiale relasjoner. Han bruker også begrepet diskurs som et spesielt mønster eller en måte å tenke på (Lundby 2008, s. 92).

3.2 Teori om kommunikasjon

Det er mange teorier om kommunikasjon. Det som for meg har vært viktigst på dette området er bidragene til den engelske-amerikanske antropologen og kommunikasjonsteoretikeren Gregory Bateson (1904-1980). Han utviklet et perspektiv på kommunikasjon som han foreslo som et alternativ til den fremherskende lineære årsak-virkning modellen (Ulleberg & Jensen, 2017).

Det mest naturlige for oss mennesker er å forstå ting lineært. Bateson understreker imidlertid at samspill må forstås på en helt annen måte, nemlig som sirkulære prosesser. (Ulleberg & Jensen, 2017).

Batesons kommunikasjonsperspektiv handler om hvordan vi forstår virkeligheten, hvordan vi persiperer og tolker enkeltgjenstander, fenomener, situasjoner og samspill. Bateson var opptatt av at all erfaring er subjektiv, og at vi gjennom kommunikasjon konstruerer vår virkelighetsforståelse. Det er, ifølge Bateson, ved å kommunisere at vi definerer og utforsker forholdet oss imellom. Videre hevdet han at alle mennesker i samtale som regel alltid vil være mest opptatt av forholdsaspektet heller enn av selve kommunikasjonens eksplisitte innhold (Ølgaard, 2013). I tillegg til dette hevdet Bateson at vi alltid kommuniserer multidimensjonalt, på

flere nivåer samtidig (Ølgaard, 2013). Digitalt – stort sett forstått som språklig – formidler vi gjerne et innhold, mens vi analogt også kommuniserer, men på det nivået mest om forhold, om hvordan – og i hvilken kontekst - det digitale innholdet skal forstås. Bateson hevder også at man umulig kan oversette fra det ene nivået til det andre, uten at det er mye informasjon som dermed forsvinner i prosessen (Ulleberg & Jensen, 2017, s. 67).

Den systemiske tenkningen om hvordan kunnskap skapes og utvikles, gir en gjenklang hos meg. Hvordan kan jeg forstå hvordan kunnskap blir til og kan forstås. Jeg tenker at sosialkonstruksjonistisk erkjennelsesteori kan være det beste epistemologiske utgangspunktet når en skal bruke språket som inngang inn i andre menneskers opplevelser (Ølgaard, 2013). Tanken om at det ikke er mulig for mennesket å ha en direkte tilgang til verden, og at tilgangen til verden alltid vil være under innflytelse av språket og dermed av de diskurser som fremstår som sannheter, gjør det (Ølgaard, 2013).

Det er gjennom språket vi relaterer oss til hverandre. I denne prosessen konstruerer vi vår virkelighet ved at vi tillegger hendelser og situasjoner betydning. Derfor er det viktig at vi er bevisst på betydningen av hvem vi er som terapeuter i møte med pasienter som utfordrer vårt ønske om å mestre rollen som terapeut.

3.3 Etikk og verdier

Når det gjelder spørsmålet om å forstå og forklare terapeutisk innsats som ikke bærer resultater, står den enkelte terapeut ikke helt fritt. Både terapeuten og klienten lever i en kulturell kontekst som de begge deler i varierende grad. Begge taler og handler innenfor etiske og verdimeslige rammer som delvis er eksplisitte og delvis er så selvsagte at de vanskelig kan uttrykkes med ord. Når terapeuten skal spørre seg selv om hvorfor alle samtalene, fiskeurene, øvelsene, oppmerksomheten, velviljen, ikke synes ha hatt noen synlig effekt, er det derfor mange mulige forklaringer som ikke er mulige å nevne uten at terapeuten selv definerer seg selv på en negativ måte. Forklaringer må finnes innenfor rammeverket av verdier som terapeuten og institusjonen deler.

Fronesis er et ord for praktisk visdom eller klokskap og har å gjøre med hvordan vi utvikler oss som mennesker og er nært knyttet til våre personlige forutsetninger i utøvelsen av vår praksis (Thomassen, 2016). I fronesis som kunnskapsform blir forståelsen i seg selv uløselig knyttet sammen med verdivurderinger og etiske avgjørelser. Gadamer sier: «Forståelse begynner når noen henvender seg til oss» (referanse). Moralsk praksis forutsetter at jeg åpner for den andres henvendelse i en mottagelighet for hva han eller hun fra sin situasjon har med seg. Dette viser at alle sider ved praksis har en etisk dimensjon.

Det kan være ulik praksis når det gjelder hvilke mål som best definerer en bestemt praksis, men vi kan være enig om at både utdanning og senere yrkesutøvelse i hvert fall delvis har som mål å utvikle god praksis (Thomassen, 2016). Verdier dreier seg om hva vi verdsetter, våre oppfatninger av hva som er godt eller ondt, verdifullt eller uønsket. Verdier kan vi med Aristoteles si er «et mål som er et gode som kan etterstrebtes i handling» (Thomassen, 2016).

Relasjonell etikk handler om hva man gjør sammen og ikke at man bare prater sammen. Samarbeid mellom en bruker og en hjelper kan like gjerne handle om at man får hjelp til det man ønsker seg av praktisk art (Ness, 2016). Videre forklarer Ness at relasjonell etikk handler også om å være oppmerksom på selve samarbeidsprosessen og ikke nødvendigvis peker på den rette metoden for samtaleteknikk (Ness, 2016).

Handlinger kan vurderes som gode eller dårlige i etisk forstand. I yrkesutøvelsen vil vi selv og de avgjørelsene vi tar, kunne gripe inn i andres menneskers liv på en avgjørende måte – mennesker på det tidspunktet vi møter dem, er ofte i svært sårbare situasjoner og utsatte posisjoner (Thomassen, 2016).

Enten vi liker det eller ikke, innebærer dette at vi ettertrykkelig er satt i et handlingsrom hvor etikk blir en grunnleggende dimensjon (Thomassen, 2016). Klokskap innebærer samspill av overveielse av overordnede, allmenne verdier over konkret moralsk handling. Etske ferdigheter tilegner vi oss gjennom øvelse i denne overveielser, hevder Aristoteles (Thomassen, 2016).

3.4 Emosjoner

Få vil være uenig i at vi mennesker styres av følelser. Når noe går galt, når prosjektet vårt ikke lykkes, kommer følelsene i sving, like sikkert som de gjør det når ting går fint og livet leker. Når terapeuter skal snakke om de tilfeller der deres innsats ikke bærer frukt, er det derfor ikke til å undres over at forklaringene vil farges av følelsene.

Som terapeut vil man i en terapiprosess kunne gå gjennom hele spekteret i følelsesgalleriet. Dette er styrende for de fleste situasjoner som man kommer opp i, og som man må håndtere på sin egen måte. Noe av det viktigste man gjør som terapeut er kanskje å skille mellom hva man som terapeut prøver å bidra med, og hvordan klienten responderer på det (Gustumhaugen, Dønnestad, & Steinkopf, 2017).

Når klienter møter terapeuter kan det være mange følelser som kommer opp, mye av det klienten tar opp i terapien kan, som Vedeler sier, få en gjenklang når et individ gjenkjenner en opplevelse, følelse eller tanke i møte med andre, og blir berørt (Vedeler, 2007). Det kan være mange følelsesladde møter i en terapisituasjon.

Rotschild (2006) gjør et viktig skille mellom begrepene emosjoner og følelser. Emosjoner er i sin natur fysiske. Et emosjonelt uttrykk inkluderer kropp, sansing, autonom og somatisk muskelforandring, bevegelse, ansiktsuttrykk, stemmeleie og pust. Følelser er de merkelappene som vi setter på disse kroppslige reaksjonene (Isdal, 2017, s. 161). Det å forstå nervesystemets kompleksitet og fungering, vil kunne være en hjelp nå det gjelder å forstå seg selv og de reaksjonene man kan oppleve i en terapi situasjon.

Som kjent merket Freud og hans kollegaer at det ikke alltid var mulig å opprettholde en nøytral holdning i analytisk arbeid, fordi denne holdningen ble forhindret av egne emosjonelle reaksjoner eller motstand. Disse ble sett på som primært aktivert av pasientens overføring, men kom fra terapeutens egne uløste, ubevisste konflikter. Begrepet motoverføring ble skapt for å definere disse følelsene (Nissen Lie, 2012).

Pearlman og Saakvitne fokuserer på den totale emosjonelle, tankemessige og fysiske reaksjon hjelperen får på sine klienter, klientenes historie og deres væremåte, kombinert med hjelperens bevisste og ubevisste forsvar mot de følelsene og reaksjonene klienten vekker i ham /henne (Isdal, 2017, s. 126). En slik kunnskap er viktig for begge parter slik at vi kan gi en respektfull og trygg behandling. Figley bruker definisjonen fra Webster`s Dictionary: “A feeling of deep sympathy and sorrow for another who is stricken by suffering or misfortune, accompanied by a strong desire to alleviate the pain and remove its cause” (Isdal, 2017, s. 133).

Compassion er den virkelige hjelperen i oss. Det er vår empati, vårt personlige engasjement, vår involvering, vår kjærlighet til medmennesker og vårt genuine ønske om å hjelpe, trøste, lindre og helbrede. Compassion er det viktigste vi har og den mest effektive medisinen som finnes. Det er det pasient ønsker og trenger å bli møtt med (Isdal, 2017, s. 133).

3.5 Personlig og profesjonell

Også terapeuter har et liv utenfor arbeidet. Også i dette livet finnes det konflikter, utfordringer og gleder som skaper følelser og tanker hos terapeuten. Disse følelsene og tankene, disse erfaringene, kan terapeuten ikke legge fra seg hjemme. Også de blir med på jobb, og det er ikke alltid lett for terapeuten å skille hvilke følelser og tanker som hører hjemme i hvilken kontekst. Bare gjennom systematisk, profesjonell praksis dannes erfaring som gir mulighet for å utvikle et skjønn som kommer til syne i både i behandling av enkelttilfeller og i forståelsen av profesjonell praksis (Jensen & Ulleberg, 2011).

I Norge har temaet blitt satt fokus på gjennom doktorgradsavhandlingen til Per Jensen «The Narratives Which Connect ...» (2008). Hans utgangspunkt var å lage en oversikt over måter private livserfaringer til familieterapeutene gjensidig påvirkes av det å være systemisk terapeut, det vil si hvordan familieterapeutene påvirkes både av familieterapiutdanningen og av møtet med klientene, og hvordan personlig bakgrunn påvirker en som terapeut i den praktiske utøvelsen av terapi. Jensen konstaterer at: “Therapy constitutes arenas for self-disclosure. Private and professional themes and self-disclosure meet in the same arena – therapy” (Jensen P. , 2008, s. 39). Han forbinder selvavsløring med refleksivitet og selvrefleksivitet, men hans anliggende er

ikke utforskning av hvordan, på hvilken måte og når man kan fortelle historier fra eget liv i terapi. Slik jeg ser det så kan mønstrene og narrative som forbinder klienten og terapeuten, være en måte å se på betydningen av private historier og erfaringer i familierapi.

En annen måte å se på betydningen av de private erfaringene i familierapi er å se på hvilke historier og erfaringer fra eget liv som familierapeutene bruker, om de gjør det, og eventuelt når i samtalen med klientene de trekker frem de personlige historiene, og til slutt hvilken betydning de tillegger det å dele disse historiene og erfaringene med klientene (Hagen, 2011).

I erfaring og skjønn inngår også den profesjonelles private og personlige livserfaring, disse erfaringene vil være med å forme profesjonell praksis. Spesielt i praksis som er samtalebasert. Man vil kunne gjenkjenne og oppleve klientenes historier og erfaringer fra eget personlig og privat liv (Jensen & Ulleberg, 2011).

3.6 Resonans

Heller ikke det å mislykkes med et terapeutisk forsett, betyr det samme for alle. Alle erfaringer vi gjør som mennesker får mening i forhold til noen andre, tidligere erfaringer, kanskje noen liknende, kanskje noen veldig forskjellige.

Det som kalles resonanskartet ble opprinnelig formet for å utvikle et mer reflektert og nyansert språk i forståelsen av hvordan familierapeuters personlige og private erfaringer fra eget liv påvirker deres terapeutiske praksis (Jensen & Ulleberg, 2011). Resonans er et begrep som er hentet fra musikken, men i vår sammenheng betegner det en gjenklang eller samklang mellom ulike sider av vår oppfatning av virkeligheten (Jensen & Ulleberg, 2011). Begrepet brukes i denne sammenheng for å forstå møte mellom terapeut og pasient (Jensen, 2017, s. 41).

Resonans er begrepet vi anvender for å gi mening til den sirkulariteten som kan vise seg i samspillet mellom profesjonelles personlige og private erfaringer og de utfordringer klientene representerer (Jensen i Ness, 2017). Dette kan vi kalle relasjonell resonans, og det vil påvirke

hvordan man forstår de situasjoner og relasjoner som man står i, og hvordan man utøver sine handlinger i yrket (Jensen & Ulleberg, 2011).

Terapeuter er ikke alltid klar over hvilke sammenhenger det kan være mellom deres egne personlig og private erfaringer og den praksisen de er i. Relasjonell resonans kan bidra til både gode og utviklende relasjoner, trange og fastlåste relasjoner og konflikter og maktovergrep (Ulleberg & Jensen, 2017).

Klientens erfaringer og fortellinger vekker resonans i terapeuten og minner om egne følelser og tanker og erfaringer. Jeg syntes det er interessant hvordan terapeuten takler dette. Jeg gjør ofte dette til en del av samtalen: «Jeg merker at når du forteller om dine fyllekuler i ungdomstiden, blir jeg litt misunnelig nesten. Jeg vokste nemlig opp i et kristent miljø». Andre terapeuter bruker det ikke i samtalen, men leter etter følelser det vekker i dem selv og benytter det i selvrefleksjon siden.

Dersom man har feilattribusjon vil man kunne tillegge en annen sin adferd en gal mening, dette kan medføre uklarheter, misforståelser som igjen kan medføre at vi kan handle på sviktende grunnlag overfor andre mennesker. I slike tilfeller vil man kjenne på skammen som kan bli svært belastende dersom dette vekker resonans hos terapeuten.

Parallele prosesser kan dominere møte mellom terapeut og klient. Det er for eksempel tungt å arbeide med mennesker som er i kriser når en selv er i krise. Det er viktig at man som terapeut er klar over disse mekanismene.

Resonans omhandler den delen av praksis som blir forstått og påvirket av profesjonsutøveren personlige og private erfaringer fra eget liv. Disse erfaringene kan være ressurser for utøveren, men de kan også bidra til ikke faglig grep og representere blinde flekker i praksis (Ulleberg & Jensen, 2017, s. 165).

3.7 *Terapeutens personlighet*

Når noe ikke går som det skal, er det ikke uvanlig at man leter etter en årsak til det. Vanligvis finner man noe som gikk feil, noe som sviktet, noe som ikke var som det skulle. Man har en forestilling om at årsaken til noe dårlig, må være noe annet dårlig. Om man tenker seg litt om, vet vi jo at det ikke er slik. Noe dårlig kan springe ut av noe godt, og mye godt er skjedd på grunn av noe dårlig. Men likevel, det er slik vi lett tenker. Om en terapeutisk innsats ikke har ført fram, er det derfor ikke utenkelig at terapeuten vil tenke at den manglende fremgang kan skyldes noe, kanskje helst noe dårlig, noe feil, ved ham eller henne som person. Det kan dermed ha stor betydning for forklaringen om terapeuten tåler å bære skyld og ansvar, eller om han viker unna dette.

Betydningen av terapeutens egen person i terapi, har vært understreket lenge. Duncan og Miller (1999) peker på sannsynligheten for at terapeutens bidrag kan ha like helbredende effekt i terapi som bruk av manualbaserte behandlinger eller andre psykoterapeutiske metoder. Videre peker de på at det finnes flere sammenfallende evidenskilder som tyder på at terapeuten som person er uløselig vevd sammen med effekten av psykoterapi (Norcross, 2005). Wampold går lengre enn dette og konkluderer med at det ikke er formen på terapi som er avgjørende for utfallet av terapi, og at det ikke er noe poeng i å følge en manual slavisk. Det er terapeuten, som en integrert del av alle former for terapi, som er den avgjørende faktor (Wampold, 2001).

Metaanalyser av hva som virker i psykoterapi peker på at den nest viktigste faktoren, etter klientfaktorene (som motivasjon for endring), er terapeutfaktorer (Norcross, 2005). Flere behandlingsmanualer sier også noe om betydningen av den terapeutiske relasjonen. Men det er veldig få som har spesifisert «hvilke kvaliteter ved terapeuten og handlinger i terapikonteksten som leder til en endringsskapende terapeutisk relasjon». Man har de siste årene sett at i terapiforskning og klinisk praksis stilles større krav til behandlingsmanualer. Ved at disse kommer mer inn vil vi kanskje se en viss fare for at betydningen av den terapeutiske relasjonen, terapeutens personlige kunnskap og ferdigheter kan bli oversett.

Orlinsky & Rønnestads (2005) modell om ”Work involvement” hos terapeuter inneholder ledd som speiler terapeutenes selv-rapporterte interpersonlig stil, interpersonlige ferdigheter, opplevelse av vanskeligheter i timene med pasienter, typiske måter å mestre disse på, følelser i timene, osv (Nissen Lie, 2012).

De samme forfatterne (Orlinsky & Rønnestad, 2005, s. 56) peker på flere ulike aspekter ved terapeuten, som terapeuten selv vektlegger, som er nyttige og betydningsfulle i møtet med klientene og som er en del av den terapeutiske relasjonen. En av disse er «affirming style» som rommer kvaliteter som varme, aksept, toleranse og vennlighet. Dette er kvaliteter som kan være av betydning for det Duncan og Miller (1999) beskriver som terapeutens bidrag som helbredende effekt i terapi. Terapeutkvaliteter har behov for konkretisering og definering og den terapeutiske relasjonen og komponenter i denne. Norcross har å belyst dette og han definerer den terapeutiske relasjonen som «følelser og holdninger som klient og terapeut har for hverandre, og måten disse er uttrykt på» Denne definisjonen var så generell at den trenger presiseringer. Norcross valgte komponenter som empati, omtanke, ekthet/kongruens som grunnleggende elementer i denne terapeutiske relasjonen (Norcross, 2005). Han rettet fokus mot hvilke andre terapeutiske intervensjoner eller teknikker som kunne regnes som elementer i definisjonen. Han valgte da å inkludere self-disclosure (på norsk «selvavsløring») og relasjonelle fortolkninger som ekstra elementer i definisjonen av den terapeutiske relasjonen på grunn av deres interpersonlige karakter.

Dette kan være med å avsløre seg selv, samt at det å fortolke relasjonen mellom terapeut og pasient er en del av den terapeutiske relasjonen. Fenomenet selvavsløring i det relasjonelle landskapet blir fenomenet i terapikonteksten.

Som terapeut blir man utsatt for ubehagelige følelser, og opplevelser i konteksten som terapeut, forståelse av dynamikken mellom resonans og kognitiv dissonans er viktig å ta med seg inn i terapien. Slik jeg forstår det kan dette handle om mine egne verdier og holdninger til klienten, dersom jeg ikke lykkes i behandlingen. Samspillet mellom klienten og terapeuten vil kunne bli

utfordret på en slik måte som terapeuten ikke er klar over. Dette handler om at vi som terapeuter ikke bestandig er like klar over skillet mellom vårt eget liv og klienten.

White (2007) hevder derfor at den som bedømmer noe en annen har gjort som flott, imponerende, fantastisk etc. gjør dette ut fra en "one up" posisjon som impliserer budskapet: "jeg kan bedømme hva som er bra ved det du gjør, og dermed også hva som er bra for deg". Denne formen for maktutøvelse innebærer ikke bare muligheten for å ta helt feil, men også for at den som får "applausen" har en helt annen vurdering av sine egne handlinger og intensjoner (White, 2007).

Derfor la White vekt på at pasientene skulle re-fortelle (re-member) sine livshistorier, og på den måten få et bilde av eget liv og identitet i tilknytning til andre, til "(...) an association or a club" (White, 2007, ss. 136-137).

3.8 *Dissonans*

Mange har erfaring med ubehaget som oppstår når våre kart over virkeligheten er selvmotsigende, når det som er riktig samtidig er galt, når det som kanskje er godt også er ondt.

Den amerikanske sosialpsykologen Leon Festinger introduserte begrepet «kognitiv dissonans» for å beskrive hvor ulike tanker kommer i konflikt med hverandre (Ulleberg & Jensen, 2017, s. 173).

Kognitiv dissonans representerer mangel på samsvar mellom verdier, holdninger, ideer, forståelse og erfaring i et menneskets liv eller i møte mellom mennesker. Dissonans kan skape dårlige samarbeidsrelasjoner, men også vekke oss og inspirere oss til å se nærmere på hvordan våre private og personlige verdier og erfaringer spiller en rolle i den profesjonelle praksisen (Ulleberg & Jensen, 2017).

Gjensidig dissonans viser seg når brukeren presenterer en historie hvor den profesjonelle opplever den som uforståelig, ubehagelig og som blir en hindring for nysgjerrighet og empati (Ulleberg & Jensen, 2017).

Hva skjer med oss når oppførselen ikke stemmer overens med verdiene og oppfatningene våre? Gjensidig dissonans kan føre til at terapeuter i det stille avviker terapier eller ved å gi de sjeldne timeavtaler. Erkjennelsen av dissonans kan føre til en ny erkjennelse og oppdragelse av nye muligheter hos den profesjonelle (Ulleberg & Jensen, 2017).

Dersom man knytter sin personlige dissonans opp imot det å hjelpe en klient, hvis egne erfaringer står i kontrast til klienten, vil ikke den kontekstforståelsen være hjelpsom for klienten.

3.9 Diskurs

Nå vi snakker om begreper som ”terapi” eller ”terapeutisk innsats” snakker vi inn i et system av felles tanker og begreper. Disse tankene og begrepene er ofte så selvsagte størrelser for oss, at vi forholder oss til dem som om de var fellesgods mellom alle mennesker. Men slik er det nødvendigvis ikke.

Diskurs kommer fra det franske ordet ‘discours’ og betyr «å holde en tale». Espen Schanning oversetter ordet «diskurs» til «å føre en diskurs» og med dette nyanserer han begrepet ved å rette fokus på det at ved å ta ordet deltar vi aktivt i et sosialt samspill, noe som også kan bety at vi både fører en diskurs eller blir forført i en diskurs (Foucault, 1999, s. 7).

Vi påvirker hverandre i et kontinuerlig samspill, vi endrer språket avhengig av hvem man snakker og i hvilken kontekst man befinner seg i. Diskurs handler om ideene om hvordan vi tenker og hva som regnes som gyldig. Vi forstår gjennom diskurser som er dominerende, rådende og normative. Hvordan vi snakker om fenomener tar vi ofte som en selvfølgelighet.

Michael Foucault har bidratt med viktige teorier, særlig om diskurser og makt. Han er opptatt av hvordan diskurser konstruerer vår sosiale verden og skaper og begrenser de mulighetene vi har. Kunnskap er knyttet til makt. Den som behersker diskursen og innehar definisjonsmakten, fremstår som premissgiver. Samtidig er makten produktiv og produserer kunnskap, som både blir resultat av maktrelasjoner men også legitimerer den (Lundby, 1998, s. 97).

Foucault (1999) bruker begrepet diskurs for å vise hvordan språket og bruken av språket er knyttet til makt og opprettholdelse og vedlikehold av maktforholdene. Når terapeuter opplever at den terapeutiske prosessen har stoppet opp, at man ingen vei kommer, kan det kanskje være en god ide å tenke over i hvilken diskurs dette fenomenet snakkes fram.

4 Presentasjon av analyse og funn

I dette kapitlet vil jeg presentere analyseprosessen og funnene som jeg identifiserte ved hjelp av IPA. I analysedelen av oppgaven vil jeg belyse hvert av hovedfunnene med svar fra de ulike respondentene og annen litteratur på feltet.

4.1 Analyseprosessen

Jeg har fulgt trinnene som beskrevet under analysestrategier i metodekapitlet. Det første trinnet i analyseprosessen startet med å gå igjennom hvert enkelt intervju slik at jeg dannet meg et helhetsinntrykk i grunnlaget for studiet. Dette gjordet at jeg hadde en overordnet forståelse av innholdet og hva de forskjellige informantene hadde svart.

Steg 2 og 3 ble gjennomført flere ganger, hvor det vekslet mellom disse. Etter å ha lest igjennom og transkribert alle intervjuene brukte jeg store ark. Jeg delte arket i tre, hvor midten var transkripsjon, og på høyre side gjorde jeg notater som jeg kom på underveis mens jeg leste gjennom intervjuet. Da jeg leste gjennom teksten lette jeg etter meningsbærende enheter. Disse ga jeg nummer og ga dem farge. Hver informant fikk sin egen farge slik at jeg lett kunne se hvilken informant som hadde utsagnet og om det var flere informanter som hadde lignende utsagn. Når alle intervjuene var gått gjennom, kopierte jeg opp et eksemplar hvor jeg klippet ut alle de meningsbærende enhetene og la dem utover bordet. Deretter lette jeg etter tema som lignet hverandre, utsagn med samme mening selv om de var beskrevet med ulike ord, eller passet sammen på andre måter. Dette arbeidet førte til at det dannet seg noen subkategorier og informasjonen ble mer oversiktlig. Utsagnene fra de ulike subkategoriene la jeg i konvolutter. Sortering av utsagn fra informantene er en tidkrevende jobb. Jeg valgte derfor å legge fra meg sorteringsarbeidet i 2 uker.

Med den oversikten jeg nå hadde over datagrunnlaget brukte jeg tiden til å søke etter litteratur og forskning, lese denne og få oversikt over andre som har forsket på det samme. Etter perioden med litteratursøk og gjennomgang av relevant teori gikk jeg tilbake til sortering av datagrunnlaget. Jeg tok frem konvoluttene med de utsagn som hadde sammenheng med hverandre. Jeg la alle utsagnene utover bordet og begynte igjen å sortere dem i temaer. Jeg limte hvert utsagn opp på Post-it-lapper. Dette ga meg en visuell oversikt over datagrunnlaget. I løpet av den perioden jeg hadde tatt pause fra sorteringsjobben, har utsagn og informasjon fra informantene fortsatt å ligge i bakhodet. Her ble også de subkategoriene jeg hadde kommet frem til knyttet opp mot teori

Etter dette startet steg 4 hvor jeg la temaer som det kun var noen få utsagn knyttet til og som ikke hadde sammenheng med andre utsagn til side. Dette for å finne mønster og sammenheng. Etter flere runder med sortering og sammenslåing satt jeg igjen med en gruppe temaer. Disse funnene utgjorde hovedfunnene i studiet. De meningsbærende enhetene må forstås som bestanddeler som utgjør helheten, de er ikke bare elementer i helheten, og betydningen av meningsenhetene kan bare forstås innenfor en spesifikk kontekst (Langdridge, 2006, s. 275). Samtidig gikk jeg gjennom hver gruppe for å undersøke om noen grupper hang tematisk sammen, og om jeg kunne slå sammen disse. Jeg har prøvd å klargjøre fenomenene, opplevelser, erfaringer til en mer generell mening uten at informantens meningsinnhold eller hverdagslige språk har gått tapt (Langdridge, 2006, s. 277). For meg var det en utfordring å ikke tolke innholdet, men å omskrive det til et mer generelt psykologisk språk som var grunnlag for siste trinn.

Denne prosessen som forsker har for meg vært et generaliseringsarbeid med utvelgelse av temaer, grupper og sorteringsarbeid. Gjennom dette arbeidet føler jeg det har ledet meg inn i fortolkningsprosess.

Det som i analysestrategien er steg fem gjøres fortløpende igjennom hele prosessen. Hvert utsagn som blir brukt er nummerert slik at alle utsagn kan spores tilbake til informant og sammenhengen utsagnet ble fremført i.

Det siste steget er å finne mønstre mellom temaene i intervjuene. Her har jeg lett etter hva som gjentas i hvert enkelt intervju og mellom informantene. Jeg satt igjen med 112 «nøkkelutsagn», som jeg sorterte under de kategoriene jeg fant i steg 4. Dette arbeidet endte med fem temaer som dannet fundamentet for drøfting og er hovedfunnene i studiet. Det var forskjellig antall utsagn i hver av kategoriene og noen hadde større antall utsagn. Jeg valgte å beholde de fem hovedfunnene da disse dekker essensen av datagrunnlaget.

4.2 Presentasjon av funn

Presentasjonen av funnene vil danne grunnlaget for dette kapitlet, hvor hvert funn illustreres med sitater fra informantene. Det er gjort noen mindre endringer i sitatene for å bedre lesbarheten, som at kortere nøling, ord repetisjoner og ytringer som “ehh, hmm” stort sett har blitt fjernet. Manglende materiale er indikert med stiplede linjer i parentes (...).

Jeg kom frem til 5 hovedfunn.

Hovedfunn 1: Relasjonens betydning

Jeg tenker at tillit er bærebjelken for alle relasjoner, og som terapeut betyr det at du bør inneha relasjonskompetanse i den jobben man skal gjøre. For meg er evnen til å bygge tillit en viktig del av en slik kompetanse. Et av utsagn som kom frem var.

«Kanskje er det de vi bygger best relasjoner til som vi får til i behandling» (Informant 3 punkt 28)

Hovedfunn 2: Idealer og verdier

Kanskje vi som terapeuter må avklare for oss selv hvilket verdisyn vi har, når vi skal jobbe med klienter. Slik at ikke en relasjon oppløses på grunn av verdikonflikt.

«Du skal tro på din intuisjon som terapeut» (Informant 1 punkt 11) sier en av informantene.

Hovedfunn 3: Personlig og profesjonell

Flere av informantene mine forteller om sammenhenger som påvirker i det private livet. Man kan vel si det slik at det ene påvirker det andre.

«Alt påvirker jo. Når du kommer på jobb må du være bevisst på det hjemmelivet du har kan påvirke det profesjonelle livet og arbeidslivet på jobb» (Informant 4 punkt 1).

Hovedfunn 4: Emosjoner (som styrer?)

Vi kan snakke om tiltrekkende og frastøtende emosjoner, om relasjonsbyggende følelser og relasjonsbrytende følelser. Jeg tenker at det likevel er viktig for terapeuten å ha et bevisst forhold til eget følelsesregister.

«Følelsen jeg hadde er faktisk avmakt, fortvilelse, følelsen av å ikke strekke til at jeg ikke er kompetent» (informant 1 punkt 7).

Hovedfunn 5: Hendelser i terapien påvirker informanten

Når terapeuten føler at behandlingen mislykkes er det naturlig at man leiter etter det som gikk galt.

*«At jeg lot meg irritere i så stor grad. At jeg heva stemmen i en situasjon som var helt unødvendig. Jeg gikk rett på volum 10 knappen. Og det var ingen grunn for det»
(Informant 3 punkt 17).*

Det var ca 20 nøkkelutsagn pr kategori, den som hadde flest var hovedfunn 4 Hendelser i terapien påvirker informanten. Den hadde 26 nøkkelutsagn.

Gjennom denne analysen har jeg hatt fokus på problemstillingen

«På hvilken måte forklarer terapeuten sin opplevelse når målet for behandlingen ikke blir nådd?».

Informantenes opplevelse av vanskeligheter i terapien var alt i alt den mest potente i studien. Slike vanskeligheter påvirker den terapeutiske relasjonen. Det kom tydelig frem fra flere av informantene at kjemien man får med pasienten har betydning for den relasjonen man sammen klarer å etablere, og at dette henger sammen med behandlingsutfall. Som en av informantene sa:

«Kanskje er det de vi bygger best relasjoner til som vi får til i behandling» (Informant 3 punkt 8).

Informantene sier noe om negative følelser som sinne, frustrasjon irritabilitet og sorg når de kjenner at de ikke kommer videre i terapien. Slike følelser gjør det vanskelig å bygge god relasjon. Derfor er det viktig at terapeuten ikke bare er bevisst på at innstillingen til klienten spiller inn på behandlingsresultater, men at de også er oppmerksomme på sine egne emosjonelle reaksjoner. Forskningen til Nissen – Lie tyder på at terapeuter som oppgir at de oftere føler at de

blir sinte og irriterte på pasienter og strever med å tåle de følelsesmessige behovene deres, får dårligere allianser eller tillitsforhold med pasientene sine (Nissen-Lie, 2010).

Informant 4 punkt 23 sier «Den negative følelsen er med på hvordan du møter pasienten».

Som informant 3 punkt 21 sa «du kan ikke engasjere deg så mye for du må egentlig overleve».

Informantene/terapeutene opplever med andre ord en spenning/konflikt mellom å engasjere seg i klienten og å ivareta seg selv. Å klare denne balansen fordrer kanskje nettopp at man har et tilstrekkelig reflektert forhold over grensene mellom det personlige og det profesjonelle.

At man har tilstrekkelig grad av selvrefleksivitet og er oppmerksom på de mekanismene av resonans, attribusjon osv som utspiller seg i alle møter mellom mennesker, men kanskje spesielt i en terapeutisk relasjon.

5 Drøfting av funnene

5.1 Relasjonens betydning

Underveis i intervjuene beskriver informantene hvordan den dårlige relasjonen kan være, og hvordan den oppstår. Jeg ble grepet av beskrivelse informantene gav av sine følelser og hvor stor rolle de spilte i relasjonen til klientene.

For informantene var et gjentakende tema relasjonens betydning for terapien.

Relasjonskompetanse er evnen til å bygge tillit mellom klient og terapeut (Spurkeland, 2012). Det var en bred forståelse blant informantene at relasjon er noe man må bygge opp for, å skape en allianse for denne gruppen. Relasjonskompetansen handler om hvordan du bygger tillit til kollegaene dine, på lik linje som du bygger tillit klientene.

Informantene setter ord på hvordan de definerer relasjonen som sterk, positiv, negativ, energikrevende og energigivende.

Hvordan informantene ser på relasjon og relasjonens betydning kan belyses ved følgende utsagn: «*vi bygger relasjoner, det er kanskje de vi bygger best relasjoner til som vi får til*» (Informant 1 punkt 27).

Hvordan tillit er med på å skape en relasjon er grunnlaget for åpenhet og kan utvide historier hos pasienten. Det er viktig for pasientens motivasjon å oppleve at terapeuter holder det de sier de skal gjøre. Opplevelsen av å bli berørt på en måte som føles positiv, trygg og respektfull, det at pasienten kan få tro på mestring og ikke minst følelsen av å kjenne tillit til mennesker som pasienter tidligere har hatt vanskeligheter med å tro på.

En informant trakk frem tillit som et viktig aspekt ved relasjoner. Bowlby ble kjent for sin teori om barns følelsesmessige tilknytning til omsorgsgiver, og hvilke konsekvenser for dannelse av personligheten dette fikk (Bretherton, 1992). I denne klientgruppen er det mange med dårlige erfaringer med tilknytning til andre.

«jeg kan si så mye at jeg kanskje har en svakhet. Det er at man tillater at dem kommer for nært. Jeg hadde stor tillit til vedkommende. I individuell samtale kom jeg i skade å snakke om en annen person.» (Informant 4 punkt11).

Dette kan ses i sammenheng med tilknytningstilene for voksne, til Batholomew og Horwitz hvor de beskriver de ulike tilknytningsstiler. De antar at indre arbeidsmodeller er mer komplekse. Men viser at uansett hvilket syn du har på deg selv, vil det påvirke tilknytningsmønsteret i stor grad. (Horowitz, Rosenberg, & Bartholomew, 1993). Dersom klientens indre arbeidsmodell har en struktur av avvisende tilknytningsstil kan alliansebygging bli utfordrende for begge parter. Det kan dermed se ut til at klientenes tidligere tilknytningshistorikk har betydning for deres evne i dag til å knytte seg til en behandler.

Disse funnene sammen med annen teori fører til refleksjoner rundt viktigheten av relasjonen mellom terapeut og pasient. Jeg kan anta at god relasjon er noe av det viktigste som skal til for å kunne hjelpe pasienten eller få til endring.

Alle mine informanter har tanker rundt relasjonens betydning i terapi og det å ha gode relasjoner til sine klienter. Samtidig kommer de med utsagn som viser at relasjonen kan blir «for god» og at dette kan medføre vanskeligheter med å skille mellom privat og profesjonell.

«Og det er det man kanskje kan slite med, ved at relasjonen blir for sterk eller for nær er lettere å si. Fordi det blir et vennskap, da må du være bevisst på det slik at du opprettholder den profesjonaliteten i den terapissettingen. Du må gjerne fremstå som en venn, det fins noe som heter distanse nærhet det må du være bevisst på» (Informant 4 punkt 15).

En sterk relasjon setter en av informantene i sammenheng med intimitet. Slik jeg tolker det ut ifra intervjusituasjonen var det at informanten kom for nær, ikke på en seksuell måte. Det har vært en rekke tilfeller hvor den alvorligste formen innenfor den profesjonelle relasjonen har vært seksuell misbruk (Dolonen, 2018). Det vil si at terapeuten krysser en grense i forhold til sin terapeutiske

relasjon. En av informantene uttaler: «Å være personlig kan du være, for å få en god relasjon» (Informant 4 punkt 20). Som jeg skriver om under kapitelet personlig og profesjonell kan det være en vanskelig balansegang mellom personlig og profesjonell.

Terapeuten må være seg bevisst konteksten man står i. Dersom man befinner seg i en parallell sammenheng som gjør at terapeuten kjenner seg igjen i pasienten, kan dette medføre en utfordring for terapeuten. Det er viktig med et avklart forhold til den profesjonelle rollen man har som terapeut som vil være tilstede for de som arbeider med mennesker. Ulleberg og Jensen (2017) skriver at den personlige resonansen kan gjøre at man ser verden på en bestemt måte, der noen elementer får stor betydning på grunn av gjenkjennelse, mens andre ting oversees. Dette vil kunne spille seg ut som en relasjonell resonans som vil skille seg ut i møtet med den profesjonelle. Der gjenklang eller mangel på gjenklang kan prege relasjonen til pasienten.

Annet moment som trekkes frem er klientens opplevelse av terapeuten, hvor det at terapeuten fremstår som «bare folk» kan være med på å skape god relasjon som en informant beskrev det:

«Endel av en behandling er at pasienten skal få innsikt i at vi bare er folk, noe som de ikke helt tror på bestandig, men de trenger å vite det. Og at de er så viktige at vi ikke vil ødelegge relasjonen ved å trå feil og at det de fortjener å få noe som er bra, at når jeg kjenner at jeg ikke kan gi deg det så må jeg faktisk si det høyt slik at du vet hvorfor».
(Informant 2 punkt 29).

Når informanten sier det er viktig at pasienten skal få innsikt i at vi bare er folk, lurer jeg på hva informanten tenker. Kognitiv dissonans representerer mangel på samsvar mellom verdier, holdninger, ideer, forståelse og erfaring i et menneskets liv eller i møte mellom mennesker (Ulleberg & Jensen, 2017). Har det seg slik at terapeutens behov for å vise seg å være folk, er med på å gjøre hverdagen enklere? Dissonans kan skape dårlige samarbeidsrelasjoner, men også vekke oss og inspirere oss til å se nærmere på hvordan våre private og personlige verdier og erfaringer spiller i den profesjonelle praksisen (Ulleberg & Jensen, 2017). Kan man tenke at en slik uttalelse vil være med på akkurat å se nærmere på våre private verdier?

Orlinsky og Rønnestad (2005, s. 56), peker på flere ulike aspekter ved terapeuten, som terapeuten selv vektlegger, som er nyttige og betydningsfulle i møtet med klientene og som er en del av den terapeutiske relasjonen. En av disse er «affirming style» som rommer kvaliteter som varme, aksept, toleranse og vennlighet. Dette er kvaliteter som kan ha betydning for terapeutens bidrag.

Som nevnt tidligere i kapitlet er det å skape og beholde gode relasjoner med klientene et kontinuerlig arbeid. Dette kan belyses ved utsagn som: *«Hvor lenge skal du jobbe å være den troende i relasjonen, det her går bra, det her går greit også skjønner jeg at det går helt på trynet» (Informant 1 punkt 10).*

Når informanten uttaler at hvor lenge man skal være troende til relasjonen, tolker jeg det som et spørsmål og en usikkerhet om hvor lenge skal man holde på før man sier ifra. Det kan være slik at denne usikkerheten hos terapeuten, kan gjøre det vanskelig å få til en allianse med pasienten. For pasienter er sårbare og mange kan føle at det nonverbale kroppsspråket sier noe annet enn det vi uttrykker verbalt.

Det er ikke bare den «gode relasjonen» informantene utaler seg om. De ser også på når relasjonen ikke fungerer. Dårlig relasjon kan være med på å forklare hvorfor målet med behandlingen ikke blir nådd. Årsakene til en ikke-fungerende relasjon kan belyses med disse utsagnene: *Finne løsninger som gjør at det blir en bedre terapeutisk relasjon igjen, for den surner jo. (Informant 3 punkt 22).*

«Det var ikke slik at hun ble avvist, men det ble kortere samtaler, stilte ikke så mange åpne spørsmål»(Informant 3 punkt 9).

Hun ble ikke avvist, men samtalene ble kortere? Hva betyr dette for pasient og terapeut? Hva er det som skjer i behandlingsrelasjonen mellom terapeut og pasient. Er det dette vi kaller det «gylne øyeblikk». Dette er en situasjon som oppstår i terapien og som jeg tenker gjør terapeuten berørt. Som igjen kan være med på å gjøre noe med samhandlingen mellom terapeuten og pasienten. Er det slik at dersom man ikke får til det vi skal kan vi skylde på relasjonen? Men det at vi ikke får gjort det vi skal er vel i grunnen relasjonen.

Vedeler retter oppmerksomheten mot det hun kaller ”sensible meetings between sense, no sense and nonsense”, og er opptatt av å studere ”gylne øyeblikk” i relasjonen mellom behandler og klient (Vedeler, 2007). Hun fokuserer på situasjoner i terapien der terapeuten blir berørt av det som foregår, og retter oppmerksomheten mot det som framstår som ubetydeligheter i den terapeutiske relasjonen, men som likevel er emosjonelt og terapeutisk ladet.

Det er altså ikke bare pasienter som kan oppleve samhandlingssituasjoner med terapeuter som berørende, også terapeuter kan det. Terapeuter kan mene at det er av betydning for behandlingsrelasjonen og for pasienten eller klientens bedring.

Sumer en relasjon for terapeuten, vil det klart gjøre noe med samhandlingen mellom terapeut og pasient. Relasjoner er dynamiske og endres hele tiden. Så selv om du ikke kommer videre så er bevisstheten rundt sin egen holdning som terapeut viktig å reflektere over. Jeg tenker det er viktig at terapeuter har en sunn selvkritisk evaluering av seg selv, kanskje en beskjedenhet og ydmykhet hos terapeuten kan være med å styrke selv tvilen hos terapeuten slik at de kan ta ansvar for konflikter eller innrømme feil, slik at man har et klart ansvar i den relasjonelle tilnærmingen hos pasienten.

Videre må man gå i seg selv for å se om man har fått til en god terapeutisk allianse, dersom man ikke har fått dette til bør vi kunne være selvkritisk til det man har gjort i terapien. Man kan be om veiledning fra kollegaer. I den systemiske tankegangen vil man bestrebe seg på å møte pasienten med utgangspunkt i at vi er på et likt nivå, at det er en sirkulær prosess hvor det kan punktueres på forskjellige steder uten at det har noe med et maktforhold å gjøre, at makt ikke skal ha en

betydning i vår relasjon. Dette skal være en systemisk, sirkulær og nøytral terapeutposisjon og ikke en ”feilaktig og lineær” forståelse av makt (Lundby 2008, s. 90).

Oppsummering

Som det er skrevet overfor er det flere aspekter informantene tar opp rundt relasjonens betydning i terapissammenheng. De ser både på positive og negative sider av relasjonen. De positive går på å bygge relasjon og vedlikeholde denne. Når dette gjøres kan det medføre gode resultater i terapi. Det er når de ikke greier å bygge allianse eller denne trues at de føler at målet for behandling ikke blir nådd.

5.2 Idealer og verdier

Jeg har en tanke om at mange av oss har møtt en terapeut som vi har som et ideal, dette fordi vedkommende sin tilnærming til en pasient har vært på en slik måte at man har blitt berørt av måten vedkommende oppnår målene i behandlingen og hjelper klientene sine.

Som nyutdannet hadde jeg en som lærte meg mye om hvem man var i møte med. Han fortalte meg hvor viktig dialogen var mellom terapeuten og klienten, han viste pasienten aksept, respekt og var ydmykhet. Men han var en tydelig mann som også sa ifra dersom pasienten gikk over noen grenser. Informantene har brukt ord som «respekt, trygg på meg selv, distanse og nærhet, forutsigbarhet» (inf 1,2,3,4 nr 12, 19, 30, 2). Dette er begrep som kan ha sammenheng med verdier informantene har.

I et av intervjuene ble det spurt om verdier og informanten svarte:

«Verdier i den forstand at man yter det beste, man er lojal at man er ja.. prøver å gjøre arbeidet du blir satt til best mulig. Jeg sier ikke at man skal være perfekt, men du skal prøve å gjøre det beste ut ifra det du kan. Åsså alltid være lojal mot det du skal være lojal mot det systemet du jobber i»(Informant 4 punkt 12).

Svaret viser at verdier er både på individnivå og på systemnivå. Lojaliteten til systemet som man arbeider i, og at du skal prøve å gjøre det beste ut ifra det du kan. Yte det beste tror jeg de fleste gjør, og ved å gjøre det kan jeg tenke meg at i perioder så kommer man i konflikt med seg selv. Dette kan være at man ikke har en felles forståelse hos kollegaene sine. Klokskap innebærer samspill av overveielser over overordnede, allmenne verdier og over konkret moralsk handling. Vi oppnår etisk ferdigheter gjennom øvelser, hevder Aristoteles (Thomassen, 2016).

Samspeillet mellom kollegaene mener jeg er viktig for å få til et samarbeidsklima som er trygt. For å få til et slikt samspill, er relasjonen som du har til kollegaene dine svært viktig. Dette handler om trygghet og en felles forståelse.

Erfaringsmessig har jeg opplevd at dersom man ikke får til et trygt og godt samarbeidsklima hos kollegaene fordi man har ulike verdier, blir det fort en utfordring for den kollegiale alliansen. Man kan oppleve kollegaene dine ikke lojal mot systemet og som går sine egne veier.

Flere av informantene brukte ordet intuisjon, jeg ble nysgjerrig på ordet og søkte opp betydningen av det og fant en definisjon som jeg syntes passet inn i min verden. Intuisjon er umiddelbar innsikt. En ubevisst og automatisk tankeprosess som baserer seg på livserfaring og kunnskap man har fra før (Thoresen, 2014). Intuisjon gjenspeiler våre idealer og verdier når den kommer fra ubevisst og automatisk tankeprosess.

«Du skal tro på din intuisjon som terapeut» (*Informant 1 punkt 11*) sier en av informantene. Dette gjør at jeg reflekterer over hvilke verdier vi som mennesker har i forhold til den jobben som vi gjør som terapeuter. Som terapeut står vi ikke helt fritt for å forstå og forklare terapeutens innsats. Dette da vi lever i en kulturell kontekst. Verdier dreier seg om hva vi verdsetter; våre oppfatninger av hva som er godt eller ondt, verdifullt eller uønsket.

Flere av informantene uttrykte at det å være seg selv med sin egen historie var viktig, selv om dem ikke alltid deler historier eller erfaringer med klienten. Slik jeg forstår det handler dette om forforståelse som terapeuten går inn i med i samtale med klienten.

Informant 1 punkt 9 sier «du har en forforståelse og en forutinntatt holdning når du går inn i terapien»

Slik som jeg ser det er det en sammenheng mellom hvem man er som terapeut og hvilke erfaringer man har med seg fra sitt eget liv. Hvilken oppfatning du har av deg selv som terapeut kan virke inn på møte med klienten. Dette ved at de spørsmålene som vi stiller, og valg vi tar i løpet av timen, samt hvordan den personlige stilen vår som terapeut er i terapirrommet

En informant uttrykker noe som kan tyde på en verdikonflikt. Når våre egne reaksjoner blir fremtredende i møte med pasienten, kan dette være med på å skape en verdikonflikt som gjør at alliansen kan bli vanskelig for et videre samarbeid.

«Orker ikke være påtatt tålmodig lengre, det syntes jeg blir feigt og falskt. Spesielt de du er terapeut for, skal du ikke sitte og late som du skal være et helhetlig menneske. Vise deg frem fra din beste side at nå bruker vi veldig mye tid på det jeg tenker det ikke er nødvendig å bruke så mye tid på, dette syntes jeg det skal være lov å si høyt» (Informant 1 punkt 9).

Påtatt tålmodig, late som, vise deg frem fra din beste side uten å mene noe med det- med slike tanker kan jeg undre meg over hvor informanten er i sin rolle. Jeg tolker det dithen at informanten er redd for å være ærlig i møte med pasienten. Det gjør at vi som terapeuter fokuserer på våre egne reaksjoner. Når vi har slike tanker som beskrevet over, sier det noe om hvordan vi blir påvirket av at pasienter treffer såre eller ubearbeidede punkter i oss selv og vårt eget liv. Man kan tenke seg at terapeutens tilknytningsmønster er av betydning i hvordan man møter klienten, Eller rett og slett treffer oss som følende mennesker (Isdal, 2017, s. 147). Er det slik at dersom vi opplever resonans så gir vi opp, og på hvilken måte gir vi opp? Kan det være at man for eksempel observerer en adferd hos en pasient, men så velger man allikevel å ikke «se den» fordi man ikke orker å ta tak i det. Dette vil jo bare gå ut over pasienten som kanskje har atferdsproblemer og trenger hjelp til regulering.

Oppsummering

Informantene gir et bilde av hvordan verdier på flere nivåer påvirker behandlingen. Intuisjon er noe som man tenker er viktig for en terapeut å ha tro på. Det å møte en terapeut som man ser på som et ideal, der tilnærmingen vedkommende har i møte med, er viktig for klienten samt terapeuten. Påvirkninger som vi får i møte med klienter, gjør noe med oss og bevisstheten rundt terapeutens tilknytningsmønster anses som viktig å ha med seg videre. Lojalitet til systemet er en viktig rolle for å kunne yte. Relasjonskompetansen om å bygge tillit til kollegaene dine slik at samspillet mellom dere vil bli enda bedre. Noe som igjen er med på å kunne gjøre deg enda tryggere som terapeut. Det er kun oss selv som har velger jobben, noe som gjør at man kan slutte dersom man har for mye motstand til det som skjer i systemet som man jobber i. Verdikonflikt mellom det terapeuten ønsker å gjøre og det som er mulig innenfor de rammene behandlingen foregår kan være med på at mål ikke blir nådd.

5.3 Personlig og profesjonell

Under intervjuene kommer det frem at de opplever at det er et tema som blir dratt frem i ulike kontekster, men at det ikke snakkes så mye om betydningen av den personlig/privat og profesjonelle rollen. Selv om informantene mine reflekterte over dette, kan jeg undre meg om at intervjusituasjonen var så trygg at de torde å være åpne rundt tema. Noe som igjen gjorde at jeg reflekterte over om de selv var så bevisst på personlig/profesjonell eller om det er noe som det snakkes mye om, men som man ikke tar helt innover seg før man kommer opp i en situasjon og må ha en selvrefleksjon over det som skjer. To av informantene får en aha opplevelse etter intervjuene hvor de sier noe om at de ikke har tenkt på personlig/profesjonell på den måten som ble snakket om under intervjuet. Men alle informantene reflekterte over temaet som handler om personlig/privat og profesjonell.

Flere informanter tok opp skillet mellom personlig og profesjonell. Det kan være seg slik at terapeuter ikke alltid er klar over hvilke sammenhenger det kan være mellom deres egne personlig og private erfaringer og den praksisen de er i. Som den ene informanten sa: «*mindre profesjonell litt mer personlig- den skilleveggen blir litt mer utydelig*» (Informant 2 punkt 21).

Balanserer vi på en knivegg i forhold til distanse/ nærhet? Kan man tenke seg at dersom man ikke er bevisst på hvem man er i møte med vil dette kunne være med på å få en følelse av å ikke strekke til for terapeuten? Flere av informantene reflekterer over det å være personlig, og i hvilken grad dette snakkes om i fagfeltet. Det kan høres ut som det er en felles oppfatning, men at tema er vanskelig å sette ord på og det sjeldent snakkes om.

Dette kan tyde på at skillelinjene ikke er så klare. Som Ulleberg og Jensen skriver så omhandler resonansen den delen av praksisen som blir forstått og påvirket av profesjonsutøveren personlige og private erfaringer fra eget liv. Disse erfaringene kan være ressurser for utøveren, men de kan også bidra til ikke faglig grep og representere blinde flekker i praksis (Ulleberg & Jensen, 2017). Som profesjonsutøver kan dette være noe som man snakker om, men ikke tar innover seg på en slik måte som man tenker vi som terapeuter burde gjøre. Kunne man tenke at de egenskapene informantene har som mennesker og hvem de er som person, at de erfaringer og opplevelser de har, er noe de tar med seg inn i den profesjonelle rollen?

Skilleveggen mellom det profesjonelle og personlige kan i perioder bli utydelig, og det er da det er viktig for terapeutene å ha et kollegium hvor det finnes en åpenhet om akkurat dette tema (Isdal, 2017).

Flere av informantene tok opp hvordan hendelser i deres egen hverdag og liv påvirket forholdet til pasienten både ved at de kunne bli for personlig og at de gikk inn i en rolle hvor de kun var profesjonelle. De som utalte seg om hvordan deres personlige liv påvirket behandlingen hadde uttalelser som:

«Alt påvirker jo. Når du kommer på jobb må du være bevisst på det hjemmelivet du har kan påvirke det profesjonelle livet og arbeidslivet på jobb» (Informant 4 punkt 1).

«De fleste terapeuter tør også å ta med noen av det personlige inn i et terapeutisk rom hvor de tør å dele noe av seg selv. Noe av det gyllende i livet som er med på å skape en god terapeutisk relasjon» (Informant 3 punkt 27).

Bevisstgjøring om det personlige i terapeut rollen, handler noe om tryggheten som du har som terapeut. Balansen av personlig, privat og profesjonell handler mye om erfaringer, men også kunnskap om hvor grensene går. Noen har egenskaper hvor man er kjempegod til kontaktetablering. Disse kan i enkelte situasjoner bli utfordret på hvor grensene går. Noen av informantene reflekterte på hvilke holdninger de har overfor pasienter når det har vært perioder hvor dem har det både tøft hjemme og på jobb. Flere kommer frem til at alt henger sammen med alt. Utsagn som henviste til det profesjonelle var: *«Kledde på meg en profesjonell maske, når jeg er på jobb. Samtidig som jeg har formidlet at min person er sånn» (Informant 3 punkt 32)*

«Enten er du en terapeut som er jævla god på å fake, kjører bare på det profesjonelle» (Informant 1 punkt 35).

Så når informanten sier *«Du er så profesjonell at det nesten ryker ut i ørene før du innrømmer at du er sint.» (Informant 2 punkt 33)* kan det være bra. For dersom vi som terapeuter merker at vi er på glid når det gjelder grensen til det private er vi på vei ut av posisjonen vår. Det er da alarmklokkene burde ringe, for å få gjenopprettet dette kan du be om en kollegaens hjelp. Jeg tenker at ikke enhver privatisering av relasjon kan ha ødeleggende konsekvenser. Men jeg tror at dersom man blir privat kan det føre til konsekvenser for pasient og terapeut. Dette kan for eksempel være beskyldninger som rettes imot terapeuten.

Orlinsky og Rønnestad (2005) peker på flere ulike aspekter ved terapeuten, som terapeuten selv vektlegger, som er nyttige og betydningsfulle i møtet med klientene og som er en del av den terapeutiske relasjonen.

Det kan være seg slik at terapeuter ikke alltid er klar over hvilke sammenhenger det kan være mellom deres egne personlig og private erfaringer og historier. Den som er bevist på sin egen historie kan bruke dette i behandling. Som den ene informanten sa:

«siste året hvor vi har hatt noen kollegaer som har hatt gode personlige erfaringer som godt kunne vært brukt i profesjonell sammenheng, men hvor det viser seg at det ikke er ferdig bearbeidet. Da blir det helt feil». (Informant 2 punkt 36).

«jeg kan identifisere historiene som de forteller med meg selv» (Informant 4 punkt 23).

Som terapeut vil jeg påstå at vi må etterstrebe å ha en oversikt over oss selv som en deltager i samspillet med pasienten. Dersom man som informanten sier at man identifiserer seg med seg selv, vil det være særdeles viktig at vi ikke må miste muligheten til å forstå og analysere det som skjer i relasjonen mellom oss. *«Jeg kjenner at jeg noen ganger får flashback på en situasjon»* (Informant 4 punkt 17). Dersom vi ikke er klar over dette, kan det medføre at den terapeutiske posisjonen blir satt under press slik at den må gjenopprettes, og er det slike situasjoner om følelsen av å ikke komme videre med pasienten kan dukke opp.

Er det slik at du må være personlig for å bygge relasjoner til pasientene? Når man ser på litteraturen vet vi at den terapeutiske relasjonen som oppstår mellom pasient og terapeut handler om holdninger og følelser. Dette vil komme til uttrykk i språket vårt. Kan det være at man som terapeut må bli flinkere til å konkretisere og definere hvilken rolle man har som terapeut. Dette kan også være med på å forebygge vanskelige situasjoner som kan oppstå mellom pasient og terapeut.

Informantene reflekterte over teamet som handler om relasjon og relasjonens betydning. Det kommer frem under intervjuene at de opplever mye kunnskap, men det snakkes ikke så mye om betydningen av den profesjonelle rollen. Egenskaper som informanten har som menneske og hvem de er som person, erfaringer og opplevelser inn i den profesjonelle rollen. Hvilket ståsted man har, og grenser som man må sette for seg selv og ovenfor pasienten.

Michael Foucault snakker om diskurser og makt, og om hvordan diskurser konstruerer vår sosiale verden, og begrenser muligheten vi har. Vi vet at kunnskap er makt, og er det slik at vi som terapeuter innehar definisjonsmakten og på den måten legitimerer vi den. På en slik måte at vi ikke tar innover oss det personlige/profesjonelle da dette er så vanskelig tema i en relasjon mellom terapeut og klient.

Bevisstgjøringen om hvem man er som terapeut er viktig slik at man som terapeut også blir mer bevisst sine egenskaper. Når man som menneske har egenskaper ved å etablere god kontakt med pasienten, vil man være bevisst sin egen rolle. Dette kan belyses ved

«Det personlig kan du bruke til å bygge relasjon med» (Informant 4 punkt 20).

Orlinsky & Rønnestad (2005) peker på flere ulike aspekter ved terapeuten, som terapeuten selv vektlegger, som er nyttige og betydningsfulle i møtet med klientene og som er en del av den terapeutiske relasjonen. En av disse er «affirming style» som rommer kvaliteter som varme, aksept, toleranse og vennlighet (Orlinsky & Rønnestad, 2005, s. 56).]At terapeuter sammen med kollegaer belyser hvilke utfordringer dem står i når det gjelder relasjoner som man har fått til pasienten vil være et viktig tema ved arbeidsplasser som jobber med denne pasientgruppa.

Oppsummering.

Informantene sier noe om at rollen som personlig og profesjonell ikke lar seg lett skille. Det at man har et liv utenfor jobben er også med på at vi involveres på en annen måte i klientens liv. Videre kan det se ut som skilleveggen mellom den personlig og den profesjonelle er noe utydelig, som medføre at man kan ha få en følelse av å balansere på knivegg. Det er lettere å være personlig, når man får et vennsforhold eller man opplever en god kontakt med pasienten. Erfaringer som terapeuten har med seg inn i arbeidet med klienten, kan være nyttig da man blir flinkere til å konkretisere og definere rollen din som terapeut etter som årene går. Det kan tyde på at det er en fellesoppfatning av tema personlig og profesjonell snakkes sjelden om i en kollega kontekst.

Når informantene reflekterer rundt skillet personlig og profesjonell viser det at graden av å bruke seg selv som person i terapi varierer. Noen av informantene sier og bruker en viss andel personlig erfaring i terapien for å bygge relasjoner med pasienter. Som i drøfting av relasjonens betydning kan noen av informantenes utsagn tyde på at det å være noe personlig kan gi bedre utfall av behandling. Samtidig er det ikke bra hverken å være for profesjonell eller for privat, begge disse alternativer kan føre til at målet for behandlingen ikke blir nådd.

5.4 Emosjoner

Intervjuet med informantene gjorde noe med meg som forsker. Jeg ble ekstra nysgjerrig da de kom inn på følelsene. Det var flere ganger jeg satt og tenkte «sånn har jeg hatt det også».

Underveis i analysen ser jeg at følelsen som de beskriver når de ikke kommer videre i terapien, er følelser som går på ikke å ha verdi og være god nok. For samtlige informanter var det de negative følelsene som kom frem. *«Det er litt det å finne ut av hva er det jeg hører og hva er det jeg ser. Den følelsen av utilstrekkelig avmakt når du når nok punktet» (informant 1 punkt 42).*

Emosjoner er i sin natur fysiske, et emosjonelt uttrykk inkluderer kropp, sansing, autonom og somatisk muskelforandring, bevegelse, ansiktsuttrykk, stemmeleie og pust. Følelser er de merkelappene som vi setter på disse kroppslige reaksjonene (Isdal, 2017, s. 161).

«Av og til må man være bevisst på at følelser kommer, og det er jo det man sitter i samtale med pasienten så dukker det opp historier som faktisk du må være klar over at din hukommelse gjenkjenner og du blir grepet av den følelsen helt plutselig» (Informant 3 punkt 45)

Uttalelser som «ingenting er bra nok», «følelsen av å stå jævlig alene», «følelsen av å ikke lykkes», «utilstrekkeligheten som man kjenner på» kommer frem under intervjuet. Det å sitte igjen med slike følelser etter en samtale med klient er vanskelig. Når jeg ser på uttalelsene tenker jeg at sårbarheten hos informantene kan føre til at en mister følelsesengasjementet. Dette kan bidra til at man begynner å beskytte sine egne følelser. Som igjen kan være med å trekke seg unna pasienten. Dette handlet om fortellinger fra det første møte der en av informantene forteller om «spy følelsen» når han så klienten. Hva er det som gjør at man som terapeut reagerer så kraftig?

"The problem in therapy is always how to move from an ineffectual intellectual appreciation of a truth about oneself to some emotional experience of it. It is only when therapy enlist deep emotions that it becomes a powerful force for change". Irvin D. Yalom (Binder, Høstmark, Nilsen, Schanche, & Holgersen, 2013)

*«Det som dukker opp er et forsvar, jeg har behov for å forsvare tanken min, følelsene mine. Når man har gjort det så kjenner man at viss man klarer å forsvare seg ved å prate med en kollega, så kommer sorgen i etterkant, Faen er det ikke mulig å få det her til»
(Informant 4 punkt 12)*

Kan det være slik at selv om man er et klokt menneske, men begynner å miste engasjementet så kan man stå i fare for å gjøre mindre gode vurderinger fordi følelsene i en påvirker tilnærmingen? Forsvaret som dukker opp hos informanten tenker jeg at er et interessant fenomen, for når har vi mennesker behov for å forsvare oss? Er ikke det ofte dersom man føler seg krenket, eller at man har en rigiditet at man bestandig skal ha rett. Derfor er det viktig at bevisstheten rundt våre egne følelser er et tema som vi tar med oss inn i veiledning.

Informanten sier noe om sorgen, sorgen av å ikke få det til. Dersom terapeuten ikke er bevisst sine egne følelser kan jeg tenke at dette blir en forsterkning av det følelsesmessig. Sorg er også et sterkt ord å bruke, men etter et tap vil man oppleve følelser og reaksjoner. En sorgreaksjon kan

trigge alle følelsene våre inkludert tristhet, sinne, skyldfølelse, avsky med mer. Det er derfor viktig at man har et bevisst forhold til hvordan man tar imot slike belastninger som terapeut.

Mine egne erfaringer er at jeg selv må ha jobbet med å forstå mine egne følelser. «*Du kommer ikke unna deg selv*»(Informant 2 punkt 18). Jeg tolker utsagnet til informanten som at det ikke er motløsheten og/eller oppgittheten de kjenner på når de beskriver det de gjør, men sin egen sårbarhet. Videre opplever jeg at nysgjerrigheten rundt seg selv som terapeut er med på å øke motivasjonen for å bli en enda bedre terapeut. Det viktigste man gjør som terapeut er å skille mellom hva man som terapeut prøver å bidra med og hvordan klienten responderer på det. (Gustumhaugen, Dønnestad, & Steinkopf, 2017).

«Informantene mine beskriver også noe om hvordan de opplever det «følelsen jeg hadde er faktisk avmakt, fortvilelse, følelsen av å ikke strekke til at jeg ikke er kompetent» (Informant 1 punkt 7).

«Vi møter noen pasienter som påvirker oss sterkere enn andre. For meg er det en merkelig greie. Hvorfor påvirker den klienten meg sterkere? Hvorfor er det gjenkjennbart, hvorfor føler jeg mer omsorg, hvorfor føler jeg mer empati for andre» (Informant 3 punkt 26)

Kan det være slik at ofte så foregår det viktigste arbeidet i terapi på grensen til den private sfære? Vi kan ikke opptre på en kunstig eller påtatt måte eller kopiere en annens stil. Som terapeut mener jeg det handler om å utvikle sin egen måte å være tilstede på og kunne utforme din egen stil som terapeut. Dette er erfaringslære, og er noe som man har med seg gjennom tiden som man arbeider som terapeut.

Følelsen av å ikke strekke til eller være kompetent, handler mye om en selv. Det kan også være ytre faktorer som tidligere hendelser i livet som er med på at disse kommer snikende. Jeg syntes Watzlawick sier det på en fin måte: *Sørg for å sette deg så høye mål at du kan være sikker på å aldri når dem.*

Oppsummering

Beskrivelser om avmakt, følelsen av å ikke strekke til og føle seg inkompetent var noe alle informantene var preget av. Slike følelser kan være med på å at man mister følelsesengasjementet for den jobben man er satt til å gjøre. Atferden til terapeuten kan få ringvirkninger både personlig og profesjonelt. Det tyder på at det følelsesmessige aspekter hos terapeuten vil ha innvirkning på yrkesrollen. Informantene beskriver noe om ytre faktorer som tidligere hendelser i livet kan være med på å gjøre at følelsen av at målet i behandlingen ikke blir nådd.

Slike følelser gjøre også noe med relasjon til pasient og den behandlingen pasient mottar. Når terapeuten får negative følelser i forhold til en pasient kan dette medføre at mål for behandlingen ikke blir nådd. Slik jeg ser det er refleksjon rundt egne følelser og spesielt de negative følelsene viktig for relasjon til klient og den terapien som ytes. Hvis en terapeut ikke reflekterer rundt negative følelser for en pasient og hvorfor disse dukker opp kan dette føre til at lavere måloppnåelse.

5.5 Hendelser i terapien påvirker informanten

Under intervjuet forteller samtlige om ulike hendelser som dem har opplevd i terapien. Hva som skjer i terapirommet kan få terapeuter til å minne om noe personlig, privat eller profesjonelle erfaringer fra hans eller hennes liv. Gjenklang er når individet gjenkjenner en opplevelse, følelse, tanke i møte med andre, og blir berørt (Vedeler, 2007)

«At jeg lot meg irritere i så stor grad. At jeg heva stemmen i en situasjon som var helt unødvendig. Jeg gikk rett på volum 10 knappen. Og det var ingen grunn for det» (Informant 3 punkt 17) Utfordringene når terapeuten kjenner på irritasjon og øker stemme nivå kan være med å bidra til at dette representerer et avvik hos pasienten fordi at pasienten trenger bekreftelse, aksept, og ikke minst noen som tåler dem. Det er en grunn for at terapeuten går ut av sitt toleransevindu, og fra min egen erfaring tenker jeg at det aldri er en grunn. Det er ofte flere, og så kommer den siste dråpen som gjør at vi går over en grense.

Utgangspunktet for den terapeutiske prosessen er at terapeuten er knyttet til sitt personlige utgangspunkt i den terapeutiske relasjonen. «Vi ser ikke, hvad vi ikke ser, og hvad vi ikke ser eksisterer ikke» (Maturana & Varela, 1987, s. 219). Når man ser på resonansens «blinde flekker» tenker jeg at dette sitatet kan knyttes opp imot dette utsagnet.

*«Summen av flere ting, summen av at den samme pasienten har gitt uttrykk for å være mye dårligere enn vedkommende har vært, jeg kjente da at jeg nådde et nok punkt»
(Informant 3 punkt 16)*

Hva er det terapeuten prøver å uttrykke her, er det ikke slik at det vi ikke ser, kan vi kun se dersom vi flytter oss? «Nok punktet» hva er det? Kan det være når man kjenner at man ikke har mer å gi til pasienten, der hvor man kjenner på en irritasjon. En av informantene sier; «Jeg ser ikke muligheten til å gjøre mer av det jeg har gjort» (Informant 4 punkt 1)

Kunne det tenke seg at dersom terapeuten hadde flyttet seg, kunne terapeuten sett noe annet hos pasienten. Min egen erfaringer fra lignende episode er «hva er vitsen» det her funker ikke og vi kommer ingen vei. Når informanten ikke ser muligheten til å komme videre vil det være en viktig prosess for terapeuten. Tar vi utgangspunkt i et sosialkonstruktivistisk syn er vi en del av et system som vi inngår i, med bakgrunn av historie, hvor vi ikke kan være objektive, men hvor vi møter oss selv i møte med den andre.

Personlig resonans vil være følelser som er forbundet med den enkelte persons erfaringer på et kroppslig, tankemessig og følelsesmessig plan, og som ligner eller kommer til å ha likhetstrekk med det den andre forteller. Dette kan være egne erfaringer som er knyttet til livshendelser. Dette vil være ulike erfaringer som kan utløse personlige resonanser eller parallelle prosesser.

«Når jeg ikke finner mening med det æ prøver å oppnå, med det jeg gjør, så blir det vanskelig å engasjere seg» (Informant 3 punkt 19)

Daniel Stern (2004) vektlegger møtet i øyeblikket – «moments of meeting» – mellom pasient og terapeut, som den sentrale faktor for endring i terapi. Dette møtet beskrives som ekte, umiddelbart, ekspressivt og følelsesmessig gjennomgripende for begge parter

Her kommer informanten inn på et interessant tema hvor det blir vanskeligere å engasjere seg. Norcross (2005) har forsøkt å belyse dette og han definerer den terapeutiske relasjonen som «følelser og holdninger som klient og terapeut har for hverandre, og måten disse er uttrykt på» Ut i fra det Norcross sier handler dette om følelser og handlinger som terapeut og pasient har for andre, men dersom det viser seg at informanten ikke har bygd en allianse med pasienten som er sterk nok vil man kanskje gi opp fortære? Og hva skjer med terapeuter som gir opp pasientene sine fortære? Kan det være at man som terapeut gjenkjenner egne erfaringer?

«Du gjør noen avtaler så bryter den avtalen, som får alvorlige konsekvenser for vedkommende. Også blir det gjentatt, så blir det maskert inn, forsøkt skjult, forsøkt løgn, forsøkt og dekket over. Startende tillitsbrudd, på nytt forsøkt gjemt bort og løge vekk» (Informant 1 punkt 9).

Prosessen for terapeutens egen utvikling ved for eksempel å bli «slukt» av en klient, dette handler om at vi som terapeuter er en del av et system som vi inngår i. Dette ved at vi har vår historie og bakgrunn slik at vi vil ikke greie å være objektive, men møter oss selv i møte med andre. Dette innebærer at vi som terapeuter i refleksjoner kan bli grepet av klientens ord og handlinger.

«Det merker man også med å miste gleden og engasjementet» (Informant 2 punkt 3)

Per Jensen (2008) undersøkte i sin studie om og hvordan familierapeuters private og personlige liv influerte praksis som yrkesutøver og vice versa. Han oppsummerer med å påpeke at skillet mellom privat, personlig og profesjonelt liv ikke er så avgrenset som det ofte framstilles, og at personers livshistorier kan ha stor innvirkning på praksis.

6 Konklusjon

Jeg som forsker er interessert og engasjert i hvordan terapeuten forklarer sin opplevelse når målet i behandling ikke blir nådd. Dette har gjort at jeg gjennom dette studiet har prøvd å forsøke å forstå og utvikle kunnskap om denne virkeligheten. Ut ifra hva som kommer frem i intervjuene har jeg sett på hva informantene kommer med av historie

Ut ifra problemstillingen «på hvilken måte forklarer terapeuten sin opplevelse når målet for behandling ikke blir nådd» har jeg stilt følgende forskningsspørsmål.

- Hva opplever terapeuten som viktig i relasjonen med pasienten?
- Hvordan/på hvilken måte opplever terapeuten at negative følelser påvirker den terapeutiske relasjonen?
- Hvordan opplever terapeuten vanskelige/stagnerte relasjoner?

I dette kapittelet vil jeg oppsummere funn som har kommet frem i analyse kapittelet.

Det er positive og negative sider av relasjonen, når man greier å vedlikeholde relasjonene kan dette føre til positive resultater i terapien, men når man ikke greier å bygge alliansen kan dette være med på å gjøre det vanskelig for terapeuten i forhold til relasjon med klienten.

Det første møtet har en stor betydning for terapeuten og klienten. Bevisstheten rundt terapeutens tilknytningsmønster kan være en viktig faktor for forståelsen av seg selv som terapeut. Videre ser man at det å være lojal mot systemet er viktig for at man skal kunne yte best mulig i arbeidssammenheng. Verdikonflikt mellom det terapeuten ønsker å gjøre og de rammene som behandlingen foregår kan være med på at ikke mål i behandlingen blir nådd.

Adferden til terapeuter kan få ringvirkninger både personlig og profesjonelt. Man kan tenke at terapeuter med erfaringer vil kunne romme klientens vanskelige følelser bedre enn de yngre terapeutene etter som de har økt livserfaring. Å være personlig og profesjonell viser seg å variere, men det kan tyde på å være mer personlig kan bidra til at man kan få et bedre utfall av terapien.

Følelser av å ikke strekke til og føle seg inkompetent er noe av det informantene kommer innpå. Dette kan være med på at man mister følelsesengasjementet i forhold til den jobben man er satt til å gjøre. Følelsesmessige aspekter preger informantene noe som er med på å prege yrkesrollen. Ytre faktorer som tidligere hendelser kan være med på at man ikke lykkes i terapi.

Det kommer frem av studiet at terapeuter bør bearbeide sine egne personlige historier gjennom terapi. Jeg tror personlige egenskaper kan ha større betydning for behandling enn valg av metoder, og vil tro at skolering for mange terapeuter kan gi et ubehag. Med ubehag mener jeg den indre uroen som man får, dersom man ikke får ting til sammen med pasienten, eller kanskje angsten for å mislykkes.

Bevisstheten rundt terapeutens egne reaksjoner, og hvordan disse påvirker relasjonen til klientene som er i behandling. Jeg vil si at dette er en grunnleggende forutsetning for å kunne gi best mulig hjelp.

6.1 Videre forskning.

Informantene mine tenker det at det er behov for større bevissthet rundt terapeuten, flere av informantene sier noe om erfaringen som de har fra rusfeltet, om at metoden spiller mindre rolle enn det første møte med pasientene. Dette er en dreining som også har skjedd i psykoterapiforskningen (Rønnestad, 2006). Synet til informantene mine deler jeg, om en økt bevissthet på terapeutens personlige og profesjonelle liv. Når jeg ser på undersøkelsen som jeg har gjort, er det flere tanker som kommer i forhold til videre forskning. Den første tanken er å se på klientene sine opplevelse av terapeuten. Men nysgjerrigheten min rundt terapeuten er der fremdeles så det å kunne undersøke hva terapeuten har med seg fra egne livserfaringer, deres eget forhold til rus og rusmidler. Men også kunne se nærmere på terapeutens bakgrunn for yrkesvalg, og ikke minst hva terapeuten tar med seg hjem.

Siden denne oppgaven har få informanter kunne det også vært nyttig å utføre en større studie. Denne bør ha med terapeuter fra institusjoner som ikke blir dekket i denne oppgaven. Det burde også være med flere informanter fra samme type institusjon, men spredt geografisk. Dette vil gi en dypere forståelse av forskningsspørsmålene. Det kunne også vært interessant med informanter med fra sammen institusjon med ulik fartstid som terapeut. I en slik studie kan belyse hvordan de med mange år som terapeut forklarer hvorfor målene ikke blir nådd i forhold til de som er nyutdannet. Et annet spørsmål som kan forskers videre på er hvordan terapeuter takler «mislykket» behandling.

Frem til i dag har mye av forskning vært på klient og hvorfor behandling fungerer. Det har vært noe forskning på mislykket behandling. Jeg tror at fremtidens forskning bør se mer på hvordan terapeutens egne erfaringer påvirker klienten og hvordan klienten oppfatter terapeutens manglende tilstedeværelse.

Bibliografi

- Aadland, E. (2004). *"Og eg ser på deg " Vitenskapsteori i helse og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Binder, P., Høstmark, G., Nilsen, A., Schanche, E., & Holgersen, H. (2013). *Med følelsene i sentrum - utviklingstrekk innenfor dynamiske og humanistiske terapiformer*. Henta 15 Januar, 2018 frå http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=329455&a=2: http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=329455&a=2
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759-775. Henta 5 7, 2018 frå http://psychology.sunysb.edu/attachment/online/inge_origins.pdf
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Dallos, R., & Vetere, A. (2005). *Researching Psychotherapy and Counselling*. England, Berkshire: Open University Press.
- Dolonen, K. A. (2018, 21 mars). *Ti mistet autorisasjonen for å innlede forhold med pasient*. Henta frå www.sykepleien.no: <https://sykepleien.no/2018/03/ti-mistet-autorisasjon-innlede-forhold-med-pasient>
- Duncan, B. (2012). *Bli en bedre terapeut*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Foucault, M. (1999). *Diskursens orden, med etterord av E Schaanning*. Oslo: Spartacus.
- Gustumhaugen, K., Dønnestad, E., & Steinkopf, H. (2017). *Miljøterapeuten Mennesket som metode i miljøterapien*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Hagen, T. E. (2011). *Terapeuters alkoholerfaringer - påvirkning av praksis?* Henta 07 Februar, 2018 frå brage.bibsys.no: <http://hdl.handle.net/11250/98256>
- Horney, K. (1945). *Our Inner Conflicts* . United States: W.W. NORTON & COMPANY, INC .
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S., & Bartholomew, K. (1993). Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 549-560. Henta 5 7, 2018 frå <https://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8370851>
- Høgland, P. A. (2018, April 23). *Institutt for klinisk medisin*. Henta frå UIO: <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/prosjekter/fest/>
- Hårtveit, H., & Jensen, P. (2004). *Familien pluss en*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Isdal, P. (2017). *Smittet av vold*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Isebakke, J. (2007). *Kommunikasjon i lys av en interaksjonstilnærming*. Henta 02 Mai, 2018 frå www.duo.uio.no: <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-14952>
- Jensen. (2009). Virkningsdiskursen. Hvordan spørsmålet "hva virker i terapi?" har kommet til å dominere psykoterapiforskningen og vår egen forståelse av terapi. *Fokus på familien*(Volum 37), ss. 194-201. Henta februar 2018
- Jensen, P. (2008). *The Narratives which connect... ∴*. Henta 25 April, 2018 frå brage.bibsys.no: <http://hdl.handle.net/11250/99097>
- Jensen, P. (2017). Terapeuters private liv og arbeidet som parterapeut. I O. Ness, *Håndbok i parterapi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jensen, P., & Ulleberg, I. (2011). *Mellom ordene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Krogh, T. (2014). *Hermenutikk om å forstå og fortolk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Laberge, Y. (2007). The Tree of Knowledge: The Biological Roots of Human Understanding. *Complicity: An International Journal of Complexity in Education*, 4(1). Henta 5 26, 2018
frå <http://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/complicity/article/view/8773/0>
- Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode*. Oslo: Tapir akademisk forlag.
- Lundby, G. (1998). *Historier og terapi, om narrativer, konstruksjonisme og nyskriving av historier*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Lægreid, S., & Skorgen, T. (2006). *Hermeneutikk – en innføring*. Oslo: Spartacus forlag.
- Maturana, H., & Varela, F. (1987). *Kundskabens træ : den menneskelige erkendelses biologiske rødder*. Århus: Ask.
- Ness, O. (2016). *Det går for sakte i arbeidet med psykisk helse. De små ting – om relasjonell etikk og samarbeid i psykisk helse- og rusarbeid*. (1 utgave. utg.). (I. K. Bengt, Red.) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nissen Lie, A. H. (2012). *Hva kjennertegner gode og mindre gode psykoterapeuter ?* Henta 25 Mars, 2018 frå <http://www.mellanrummet.net>: <http://www.mellanrummet.net/nr26-2012/Forskning-Terapeutegenskaper.pdf>
- Norcross. (2005). What works for whom? I A. Roth, & P. Fonagy (Red.), *Psychotherapy research, health policy, and service provision*,. New York/London: The Guilford Press.
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press, Inc.

- Orlinsky, D. E., & Rønnestad, H. (2005). *How psychotherapists develop*. Washington DC: American Psychological Association.
- Ravndal, E. (2007). Evaluering av behandlingskollektiver i rusomsorgen: Har de fortsatt en plass i dagens rusbehandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, 44, ss. 17-21. Henta 27 Mars, 2018 frå http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=8446&a=5
- Repstad, P. (1998). *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ridderstrøm, H. (2018, 02 23). Bibliotekarstudentens nettleksikon om litteratur og medier. *Hermeneutikk*. Oslo. Henta 04 05, 2018
- Rothschild, B. (2006). *Help for the helper. The Psychophysiologi of compassion Fatigue and Vicarious Trauma*. New York: W.W.Norton og Company.
- Rønnestad, H. M.-1. (2006). *Terapeutisk arbeid og profesjonell utvikling*. Henta mai 1, 2018 frå <http://www.psykologtidsskriftet.no>.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*. London: SAGE Publications Ltd.
- Smith, J., Jarman, M., & Osborne, M. (1999). "Doing interpretative phenomenological analysis". In *Qualitative health psychology: Theories and methods*,. (M. Murray, & K. Chamberlain, Red.) London: Sage.
- Spurkeland, J. (2012). *Relasjonskompetanse* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Thagaard, T. (2004). *Systematikk og innlevelse, en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Thomassen, M. (2016). *Vitenskap, kunnskap, praksis; Innføring i vitenskapsfilosofi for helse og sosialfag* . Oslo: Gyldendal akademiske .
- Thoresen, B. (2014). *Bli kjent med din intuisjon*. Henta 08 April, 2018 frå www.psykiskhelse.no:
<https://www.psykiskhelse.no/bladet/2016/bli-kjent-med-din-intuisjon>
- Ulleberg, I., & Jensen, P. (2017). *Systemisk veiledning i profesjonell praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Vedeler, A. H. (2007). *"Sensibel meeting between sens, no sense and nonsense"*. Bedfordshire: University of Bedfordshire.
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods and Findings*. Routledge. Henta 5 7, 2018
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: W.W. Norton and Company .
- Zeig, J. (1987). *The Evolution of psychotherapy*. New York: Routledge.
- Ølgaard, B. (2013). *Kommunikation og økomentale systemer en introduksjon til Gregory Bateson forfatterskab* (3. utg.). København: Akademisk forlag.

Vedlegg

Vedlegg 1 Informasjonsskriv

Informasjonsskjema og Samtykkeskjema — Informert samtykke

Invitasjon til deltakelse til intervju i forbindelse med en masteroppgave i familierapi og systemisk praksis ved VID høyskole i Oslo/Norge.

Jeg er masterstudent i familierapi og systemisk praksis ved VID høyskole i Oslo/Norge. I forbindelse med min masteroppgave ønsker jeg å spørre om du vil delta som informant i mitt masterprosjekt.

Foreløpig temaet for oppgaven "Det er nok nå» - Hvordan kan negative følelser føre til at man når et nok punkt som terapeut?

Jeg skal undersøke hva som skjer med terapeuten når han/hun kommer til et nok punkt i terapien?

I den forbindelse ønsker jeg å intervju 4-6 terapeuter som til daglig jobber miljøterapeutisk med unge/voksne.

Spørsmålene vil være knyttet opp imot terapeuters personlige historier. Det kan tenkes at gjennom intervjuet så vil du komme inn på relasjonen som du har /hadde for pasienten.

Jeg vil understreke at jeg er underlagt taushetsplikten så personidentifiserende opplysninger om personer du jobber med. I løpet av intervjuet kan du derfor ikke oppgi opplysninger til meg som kan identifisere klienter e.l.

Båndopptaker vil bli brukt, samt at jeg vil ta notater underveis mens vi snakker sammen. Tiden på intervjuet vil ta en time, og vi blir enig om tid og sted

Det er frivillig å være med, du har også mulighet for å trekke deg når som helt under forløpet uten at du trenger å begrunne dette. Dersom du trekker deg vil all innsamlet data av deg bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, ingen enkelt personer vil bli kjent i den ferdige besvarelsen.

Dersom du kunne tenke deg å bli med som deltager i min masteroppgave og bli intervjuet, er det fint om du kan skrive under på den vedlagte samtykkeerklæringen. Når det er gjort kan du sende den til meg på mail: trude2017 a outlook.eom. Har du noen spørsmål, ta bare kontakt med meg på tlf. 986 88.

Dato for forventet prosjektslutt vil være 30.05.2018, videre vil datamaterialet innen denne datoen anonymiseres.

Med vennlig hilsen

Trude Rød

Vedlegg 2 Samtykkeerklæring

Samtykke erklæring:

Jeg samtykker med dette deltakelse i intervjuundersøkelse i forbindelse med masterprosjekt familierterapi og systemisk praksis/student Trude Rød , VID høyskole Oslo/Norge.

Masteroppgavens tema: «Det er nok nå» - Hvordan kan negative følelser føre til at man når et nok punkt som terapeut?

Jeg tillater at intervjuet blir tatt opp med båndopptager, samt at det noteres under intervjuet.

Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon, og ønsker å delta i denne undersøkelsen.

Dato:

Navn :

Vedlegg 3 Intervjuguide

- 1 . Når du har tenkt på dette intervjuet, har du sett noen forbindelse mellom ditt arbeidsliv/ditt profesjonelle liv og personlige liv ?

2. Har du mulighet til å fortelle en historie om en gang du kjente et nok punkt for pasienten?

3. Hvilket følelser kjente du på, når du kjente følelsen det er nok nå?

4. kan du nevne noen verdier som er viktig for deg, og som har betydning i forhold til ditt arbeid?

6. Kan du fortelle om en episode fra din kliniske praksis hvor du selv opplevde deg som uprofesjonell?

7. På hvilken måte tenker du at negative følelser påvirker en terapeutisk relasjon?

8. Hvorfor har relasjon betydning i terapi?

9. Hvilke tanker har du om profesjonalitet, personlig og privat i arbeidet med pasienter?

10. Hva tar du med deg fra ditt private liv inn i det profesjonelle, og hvilke tanker har du om hva det kan gjøre i den terapeutiske relasjonen ?

Vedlegg 4 Fremleggsmelding REK



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK nord	Veronica Sørensen	77620758	25.04.2017	2017/853/REK nord
			Deres dato:	Deres referanse:
			23.04.2017	
			Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser	

trude rød
VID høyskole

2017/853 Når nok er nok

Vi viser til innsendt fremleggingsvurderingsskjema datert 23.04.2017. Søknaden ble behandlet fullmakt av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Prosjektleder: Trude Rød

Framleggingsplikt

De prosjektene som skal framlegges for REK er prosjekt som dreier seg om "medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger", jf. helseforskningsloven (h) § 2. "Medisinsk og helsefaglig forskning" er i h 4 a) definert som "virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom". Det er altså formålet med studien som avgjør om et prosjekt skal anses som framleggelsespliktig for REK eller ikke.

I dette prosjektet beskrives det at «Jeg er nysgjerrig på hva som skjer med terapeuten, da man kjenner at man ikke har mer å gi. Hvordan utarter dette seg? Er det da vi begynner å trekke oss fra pasienten? Er det da følelsen av å ikke være god nok kommer? Verdi følelsen får den seg en knekk?»

Videre fremgår det av prosjektplanene under punktet problemformulering at man vil undersøke hvordan negative følelser kan føre til at man når et nok punkt for en terapeut. Det anføres at mulige forskningsspørsmål kan være, «Hvilken intensjon gikk du inn i yrket ditt med? Når i perioden som terapeut kjente du nok punktet? Da du kjente på dette, hvilke tanker og følelser kom?»

Slik dette prosjektet er beskrevet i fremlegg og prosjektskisse, anser REK at formålet for prosjektet ligger utenfor helseforskningslovens rammer.

Prosjektet skal således ikke vurderes etter helseforskningsloven.

Godkjenning fra andre instanser

Det påhviler prosjektleder å undersøke hvilke eventuelle godkjenninger som er nødvendige fra eksempelvis personvernombudet ved den aktuelle institusjon eller Norsk senter for forskningsdata (NSD).

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller innenfor helseforskningsloven. Prosjektet er ikke fremleggingspliktig, jf hfl 2.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal: <http://helseforskningetjkkom.no> eller på e-post til: post@helseforskning.etikkorn.no.

Vedlegg 5 Tilbakemelding på melding av personopplysninger NSD



Per Jensen
VID Diakonhjemmet VID vitenskapelige høgskole
Diakonveien 16,
0370 OSLO

Vår dato: 23.06.2017

Vår ref: 54644 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 05.06.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

54644	Det er nok nå
Behandlingsansvarlig	VID vitenskapelig høgskole, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Per Jensen
Student	Trude Rød

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven S 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjeWmeld_endringer.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.05.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Belinda Gloppen Helle

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.