

Hva om vi ikke finner unntakshistorien

En IPA- studie av muligheter og begrensninger ved kognitive terapeuters praksis, med hensyn til integrering av narrative samtalepraksiser

PER LENNART LORÅS

Veileder: Tore Aune

Masteroppgave i familieterapi og systemisk praksis MGFAM-C-FA3

Diakonhjemmets høyskole – 27. april 2012

Institutt for sosialt arbeid og familieterapi

Antall ord: 21400

Sammendrag

Jeg arbeider i dag som familieterapeut i Barne og ungdomspsykiatrien (Bup) i Levanger. Bup familieenheten er en del av Helse Midt-Norge og underlagt Sykehuset Levanger. Høsten 2009 ble det bestemt at Sykehuset Levanger skal gjennom en omorganisering av virksomheten som et ledd i at alle enheter skal bli ISO (International Standardisation Organisation) sertifisert. På grunn av ISO-sertifiseringens fokus på standarisering og evidensbaserte metoder er det kognitiv terapi som er den av familieenhetens retninger som best ivaretar ISO sertifiseringens krav. Jeg ble derfor interessert i å undersøke hvorvidt familieenhetens narrative terapeutiske ståsted kunne integreres med kognitiv terapi, fremfor å måtte velge den ene tilnærmingen fremfor den andre. Problemstillingen i dette prosjektet ble derfor: *Hvilke muligheter og begrensninger gir kognitive terapeuters praksis med hensyn til integrering av narrative samtalepraksiser?* For å besvare problemstillingen intervjuet jeg fem kognitiv terapeuter. Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) er brukt som analysemetode. Analysen førte til fire hovedfunn med to underpunkter: (1) *Individuelle forhold som utgangspunkt for en lidelsesspesifikk behandling*, (2) *Kognitiv diagnosespesifikk behandling*, (3) *Strategisk bruk av terapeutisk makt*, med undertemaene: (a) *Strategisk applauderende*, og (b) *Terapeuten og klientens erfaringer i stedet for den "viktige andre,"* og funn (4) *Fra historie til nåtid og fremtid*. Av undersøkelsen går det fram at informantenes og kognitiv terapies fokus på å kartlegge menneskets individuelle forhold for å velge en lidelsesspesifikk behandling, synes å være uforenlig med narrativ terapi. Informantene og kognitiv terapies bruk av eksternalisering synes også å være brukt som en strategisk intervensjon, i stedet for en grunnleggende holdning til menneskers problemer, slik det blir beskrevet i narrativ terapi. Informantene synes også å benytte det assymetriske maktforholdet mellom terapeut og klient som en strategisk intervensjon, slik at det synes å være begrenset hvor stor valgmulighet klienten i realiteten gis. Mine informanter beskriver lite fokus på klientens historie, og bruker den i all hovedsak for å kartlegge sykehistorie. Informantene vektla derfor i stedet å lete etter mulige alternative tolkninger av tenkte situasjoner i stedet for å ta utgangspunkt i mulige unntak/unike resultater fra klientens liv. Basert på de fire hovedfunnene synes informantenes og kognitiv terapies teoretiske grunnlag på mange måter å være grunnleggende forskjellig. En integrativ narrativ og kognitiv terapeutisk behandling vil derfor være selvmotsigende på flere punkter og sannsynligvis heller ikke tidseffektiv.

Nøkkelord: *Narrativ terapi, kognitiv terapi, samtalepraksiser, integrativ, eklektisk.*

Takk

Det er mange jeg vil takke for at denne masteroppgaven er blitt til. Jeg vil først takke lederne på forhenværende og nåværende arbeidssted, Einar Dahlum og Ingunn Helmersberg for all deres tilretteleggelse under arbeidet med denne masteroppgaven. Uten dere hadde prosjektet vært vanskelig å gjennomføre. I den anledning vil jeg også takke forskning og utviklingsavdelingen (FOU) ved Levanger sykehus for deres økonomiske støtte.

Jeg vil også takke min veileder på masteroppgaven, Tore Aune for å utfordre de "veletablerte sannhetene" jeg hadde forut for prosjektet. Din faglighet har vært en kilde til inspirasjon gjennom alle de år jeg har kjent deg.

Ottar Ness har vært min faste leser gjennom hele prosjektet og har tålmodig kommentert og utfordret mitt språklige uttrykk og forforståelse fra dag en. Håper jeg også kan bidra ved noen av dine mange prosjekter etter hvert. Jeg er svært takknemlig.

Jeg vil også takke mine kolleger for all deres oppmuntring, støtte og faglige diskusjoner gjennom hele prosessen. I den anledning vil jeg spesielt takke kollega og veileder gjennom mine fire år ved Diakonhjemmet, Elin Egge som også introduserte meg for narrativ terapi.

Min datter Tuva og samboer Anita har vært til uvurderlig støtte gjennom hele prosessen. Takk for all deres tålmodighet og for å hjelpe meg "*ned på jorden*" igjen når mine filosofiske betraktninger både skriftlig og i livet for øvrig blir for abstrakte.

Til slutt vil jeg takke Diakonhjemmets Høgskole og spesielt klasselærer Hans Christian Michaelsen for å ha gjort de fire årene ved familieterapiutdanningen til en eventyrlig reise.

Per Lennart Lorås

Levanger, 14.04.2012

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	07
1.1 Hensikt og presentasjon av problemstilling	08
1.2 Begrepsavklaringer	08
1.3 Avgrensning av oppgaven	08
1.4 Oppgavens oppbygning	09
2 Teori og litteraturgjennomgang	10
2.1. Samtalepraksiser i narrativ terapi	10
2.1.1 Sosialkonstruksjonismen som inspirasjonskilde for utviklingen av narrativ terapi	10
2.1.2 En poststrukturalistisk forankring	11
2.1.3 Fra tynne til tykke historier	11
2.1.4 "Problemet er problemet": Eksternaliserende samtaler	12
2.1.5 Det fraværende, men implisitte	13
2.1.6 Ny- fortellende samtaler	13
2.1.7 Hendelser og handling	14
2.1.8 Makt og kunnskap	14
2.1.9 Selvkontinuitet og kulturens påvirkning	15
2.1.10 Bevitning	15
2.2 Kognitiv terapi	16
2.2.1 Veiledet oppdagelse	17
2.2.2 Sokratiske spørsmål	18
2.2.3 Kasusformulering og hypotesedannelse	18
2.2.4 Kognitiv restrukturering	19
2.2.5 Identifisering av automatiske tanker- ABC modellen	19
2.2.6 Negative automatiske tanker	20
2.2.7 Intermediære antagelser	20
2.2.8 Levereregler	21

2.2.9 Atferdseksperiment	21
2.2.10 Hjemmeoppgaver	21
2.3 Forskning og litteratur om narrativ og kognitiv terapi	22
2.3.1 Forskning på narrativ terapi	23
2.3.2 Forskning på kognitiv terapi	24
2.3.3 Oppsummering	25
3 Metodologi	27
3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted, en fenomenologisk- hermeneutisk forståelsesramme	27
3.2 Valg av forskningsdesign: Kvalitativ tilnærming	28
3.3 Kvalitativt forskningsintervju	29
3.4 Utvalg og rekruttering	30
3.5 Utforming av intervjuguiden	31
3.6 Gjennomføring av intervjuene	32
3.7 Transkribering	33
3.8 Validitet og reliabilitet	34
3.9 Analyse	35
3.10 Å arbeide med egen forforståelse	37
3.11 Forskning på eget felt	37
3.12 Etske hensyn	38
4 Presentasjon av funn	39
4.1 Individuelle forhold som utgangspunkt for en lidelsesspesifikk behandling	39
4.1.1 Oppsummering	43
4.2 Kognitiv-diagnosespesifikk eksternalisering	43
4.2.1 Oppsummering	45
4.3 Strategisk bruk av terapeutisk makt	46

4.3.1 Oppsummering	47
4.3.2 Strategisk applauderende	47
4.3.3 Oppsummering	49
4.3.4 Terapeuten og klientens erfaringer, i stedet for den "viktige andre"	49
4.3.5 Oppsummering	51
4.4 Fra historie til nåtid og fremtid	51
4.4.1 Oppsummering	53
5 Diskusjon, implikasjoner og mulige svakheter ved studien	54
5.1 Individuelle forhold som utgangspunkt for en lidelsesspesifikk behandling	55
5.2 Kognitiv diagnosespesifikk eksternalisering	57
5.3 Strategisk bruk av terapeutisk makt	59
5.3.1 Strategisk applauderende	61
5.3.2 Terapeuten og klientens erfaringer, i stedet for den "viktige andre"	63
5.4 Fra historie til nåtid og fremtid	64
5.5 Implikasjoner for terapeuters praksis	65
5.6 Fremtidige forskningsspørsmål	66
5.7 Metodiske begrensninger ved studien	67
6 Avsluttende kommentarer	69
Litteraturliste	72
Vedlegg	

1 Innledning

Jeg arbeider i dag som familieterapeut i Barne og ungdomspsykiatrien (Bup) i Levanger. Bup familieenheten er en del av Helse Midt-Norge og underlagt Sykehuset Levanger. Den faglige tilnærmingen på Bup familieenheten kan i stor grad sies å bygge på narrativ terapi basert på Michael White (1995, 1997, 2000, 2006, 2007), selv om flere tilnærminger er representert (som for eksempel funksjonell familieterapeutisk intervensjon og familieterapeutisk korttidsintervensjon).

Høsten 2009 ble det bestemt at sykehuset Levanger skal gjennom en omorganisering av virksomheten som et ledd i at alle enheter skal bli ISO-sertifisert (International Standardisation Organisation) innen 2016 (Helse Nord-Trøndelag 2009). ISO-sertifisering går ut på å oppnå kvalitet i alle organisasjonens ledd, sikre etterlevelse av lover og forskrifter, øke pasienttilfredsheten og å sikre kontinuerlig forbedring (Ibid). I den anledning er det et mål at sykehusets ulike virksomheter i størst mulig grad skal ha standardiserte behandlingsforløp relatert til hvilke terapeutiske metoder som skal brukes, også kalt evidensbaserte metoder (Ibid). ISO's krav til disse terapeutiske metodene kan oppsummeres på følgende måte (Ibid):

- dokumentert beskrivelse av planlagt behandlingsforløp
- for en definert diagnosegruppe
- forankret i faglig evidens
- koblet til effektiv ressursutnyttelse
- med målbare resultater
- ...og som er implementert i den praktiske tjenesten

ISO-sertifiseringens fokus på standardisering og på evidensbaserte terapimetoder gjør at av de metodene vi benytter pr. dags dato så er det kognitiv terapi som best oppfyller disse kravene (Hovland 2008; Berge og Repål 2010). ISO-sertifiserings prosessen gjorde at jeg ble nysgjerrig på hvordan familieenhetens narrative terapeutiske ståsted kunne integreres med kognitiv terapi, fremfor å måtte velge den ene tilnærmingen foran den andre. Dette sammenfalt med at jeg skulle gjøre et forskingsprosjekt for min masteroppgave i familieterapi og systemisk praksis. Jeg bestemte meg derfor for å følge denne interessen ved å undersøke nærmere hvordan kognitive terapeuter reflekterer om narrative samtalepraksiser, for å undersøke hvorvidt de kan integreres i kognitiv terapeutisk praksis, som ble fokuset for denne studien.

1.1 Hensikt og presentasjon av problemstilling

Hensikten med denne studien er å undersøke hvorvidt de narrative samtalepraksiser som familieenhetens tilnærming er basert på, kan integreres i kognitiv terapeutisk praksis. Med et slikt utgangspunkt ble den overordnede problemstillingen: *Hvilke muligheter og begrensninger gir kognitive terapeuters praksis med hensyn til integrering av narrative samtalepraksiser?* Forskningsspørsmålet for å belyse problemstillingen var: *Hvordan reflekterer kognitive terapeuter om narrative samtalepraksiser?*

1.2 Begrepsavklaringer

Kognitiv og narrativ terapi synes å ha til dels ulik bruk av ord på samme fenomen. Blant annet brukes ordene *metode* og *intervensjon* i kognitiv terapi for å benevne de ulike teoretiske elementene. Narrativ terapi har i stedet brukt ord som for eksempel *praksiser* på samme fenomen. Da ord som *metode* og *intervensjon* kan synes å manualisere narrativ og kognitiv terapi, har jeg i stedet valgt å kalle de ulike terapeutiske elementene for *samtalepraksiser* i dette masterstudiet. I kognitiv terapi er ordet *pasient* mye brukt. Da ordet *pasient* kan sies å tilhøre den medisinske diskurs og ikke blir brukt innen narrativ terapi, har jeg i denne besvarelsen i stedet valgt å benevne dem som *klienter*.

1.3 Avgrensning av oppgaven

Rammene for et masterstudie gjør at det ikke er mulig å presentere narrativ og kognitiv terapi på en ”rettferdig” måte, da dette i dag er store fagfelt. Jeg har derfor valgt å forholde meg til grunnleggende samtalepraksiser fra respektive retninger som samtidig belyser informantenes refleksjoner og beskrivelser. For mer utfyllende lesing om narrativ og kognitiv terapi anbefaler jeg for eksempel Michael White (2007) og Judith Beck (2009).

Mitt inntrykk er også at det innen narrativ terapi i dag utvikler seg ulike retninger. Min besvarelse og presentasjon av narrativ terapi vil imidlertid i hovedsak ta utgangspunkt i narrativ terapi slik det presenteres av Michael White og David Epston.

1.4 Oppgavens oppbygging

I kapittel to presenterer jeg samtalepraksiser fra både narrativ og kognitiv terapi. Da jeg ikke har funnet litteratur som direkte beskriver en integrering av narrative samtalepraksiser i kognitiv terapi blir derfor narrativ og kognitiv terapies teori presentert hver for seg. Tilgjengelig forskning relevant for denne studien blir også presentert. I kapittel tre presenterer jeg den metodologiske rammen for studien. Deretter presenteres de metodemessige valgene jeg har gjort i forbindelse med innsamling og analyse av data. Validitet, reliabilitet og etiske hensyn vil også bli beskrevet. I kapittel fire vil jeg presentere funnene i denne studien. Kapittel fem er diskusjonsdelen. Her vil funnene bli diskutert i lys av den teoretiske forståelsen som er presentert i teorikapittelet, samt problemstilling og forskningsspørsmålet. Jeg vil også vise til implikasjoner for videre forskning og gjøre rede for metodiske begrensninger ved studien. Kapittel seks er den avsluttende delen av oppgaven. Her vil jeg oppsummere diskusjonen og kort gjøre rede for mine vurderinger.

2 Teori og litteraturgjennomgang

I dette kapitlet vil jeg presentere narrativ og kognitiv terapi slik de blir beskrevet av de mest toneangivende forfattere innenfor hver sin retning. Jeg vil også gjøre rede for noen av inspirasjonskildene som har ført til narrativ og kognitiv terapi slik vi kjenner dem i dag. I disse beskrivelsene har jeg vært valgt å gjøre en generalisering av tilnærmingene for at omfanget ikke skal bli for stort. Derfor vil kun de mest grunnleggende samtalepraksisene bli presentert. Jeg vil også presentere et utvalg av tilgjengelig forskning på narrativ og kognitiv terapi.

2.1 Samtalepraksiser i narrativ terapi

Inspirert av Bateson (1972) og systemisk tilnærming utviklet Michael White og David Epston (1990) narrativ terapi tidlig i 1980-årene. White og Epston (Ibid) bruker narrativ som en metafor som sier at vi mennesker opplever og erfarer våre liv gjennom de historiene vi forteller om oss selv, og de historiene andre forteller om oss.

En sentral ide i narrativ terapi er at menneskers liv og erfaringer er “rikere og fyldigere” enn de historiene som fortelles/blir fortalt om menneskene, deres handlinger og deres identitet (White 2007). Samtidig er historier om mennesker og deres problemer i en psykiatrisk kontekst oftest formulert som patologiske aspekter ved personen eller som en psykiatrisk diagnose (Ibid). Dette blir ofte til en dominerende fortelling om mennesket som utelukker de sidene ved livet som ikke lar seg definere innen diagnosesystemet (Ibid). For å hjelpe mennesker til å produsere “foretrukne” historier om sine liv, utviklet derfor White og Epston ulike samtalepraksiser som jeg nå skal presentere.

2.1.1 Sosialkonstruksjonismen som inspirasjonskilde for utviklingen av narrativ terapi

Sosialkonstruksjonismen blir nevnt som en inspirasjonskilde for utviklingen av narrativ terapi i en mengde litteratur (Freedman og Combs 1996; Lundby 1998; Gergen og Gergen 2005;). Freedman og Combs (1996) beskriver ”slektskapet” mellom sosialkonstruksjonismen og narrativ terapi å handle om deres sammenfallende syn på meningsskapelse og vitenskapssyn.

Sosialkonstruksjonismen og narrativ terapi hevder at ideen om virkeligheten blir sosialt konstruert og at det ikke eksisterer noen objektive fakta som kan forventes å bringe oss nærmere en presis objektiv forståelse av virkeligheten (Gergen og Gergen 2005; White 2007). En søker derfor i stedet å forstå hvordan de dominerende historiene i kulturen har påvirket oss, samtidig som en fremelsker kunnskapen om at hver enkelts personlige historiefortelling er forskjellig fra andres (White 2007).

2.1.2 En poststrukturalistisk forankring

Narrativ terapi sies i dag å ha en poststrukturalistisk forankring (Speedy 2008; Madigan 2011). Poststrukturalismen retter oppmerksomheten mot diskurser og de diskontinuiteter som styrer våre normer (Speedy 2008). Poststrukturalismen appellerer derfor sterkt til de som ikke er en del av den dominerende diskurs (Ibid). I den anledning er også Foucault sentral. Foucault blir beskrevet å være poststrukturalist, og var opptatt av hvordan diskursene konstruerer meningskategorier og regulerer ”medlemmenes” meninger og handlingsmuligheter (Foucault 1972; Ness 2011).

Jane Speedy (2008) beskriver poststrukturalismen videre med følgende ideer: Identitet oppstår i et offentlig og sosialt rom, hvor identitet forhandles i sosiale institusjoner og blant grupper av folk. Identitet formes av historiske og kulturelle krefter. Meningen som folk tillegger sine livserfaringer er derfor formende for livet deres og meningsskaping utvikles primært som narrative strukturer. På samme måte er det med egenerfaringer og relasjonserfaringer som forbindes med denne meningen. Erfaringene i livet utfolder seg derfor som hendelser i sekvenser over tid i tråd med spesielle tema eller intriger (Ibid).

2.1.3 Fra tynne til tykke historier

Et sentralt punkt i narrativ terapi er at menneskers liv og erfaringer er fyldigere og mer nyansert enn de ”tynne” historiene man velger å fortelle (White 2007). Det betyr at når livshistorien inneholder en smertefull mening eller bare ser ut til å gi ubehagelige valg, kan den forandres ved å ved å fokusere på andre hendelser som det ikke er fortalt om tidligere, eller ved å lete etter ny mening i den historie som alt er fortalt.

På den måten kan man konstruere tykkere og mer foretrukne historier som ikke støtter individets negative dominerende identitetskonklusjon (den tynne historien) (White 1995; Holmgren 2010). Identitetskonklusjon forstås her som menneskets konklusjon om egen identitet (Holmgren 2010).

Bruner (1986, 1990) hevder at det som har en tendens til å ”falle ut” av våre historier handler om det trivielle. Det vil si at historiene om alle de dagene man gikk på jobb, hentet sine barn i barnehagen, lagde middag og andre alminnelige hendelser som ikke blir fortalt, eller tillagt mening. Menneskets historie er derfor et resultat av spesielle eller unike hendelser (Bruner 1986, 1990). I en behandlingskontekst er imidlertid ofte historiene om mennesket og dets problemer formulert som patologiske aspekter ved personen eller som diagnoser (Ibid). Denne forståelsen har en tendens til å bli den dominerende fortellingen i menneskers liv og utelukker dermed alle de sidene ved livet som ikke omhandler problemet (Ibid). White (1995) ønsket derfor å sette menneskers egne spesifikke og lokale kunnskaper og egne erfaringer i sentrum for alt samarbeid. På denne måten ønsker man å beskrive mennesker som for eksempel er diagnostisert med en psykisk lidelse på en måte som ikke patologiserer eller marginaliserer dem (White 2007).

2.1.4 ”Problemet er problemet”: Eksternaliserende samtaler

En av de viktigste elementene ved narrativ terapies samtalepraksiser er ”tesen” om at det ikke er personen som er problemet, heller ikke at problemet ligger i forholdet mellom folk, men at problemet så å si lever sitt eget liv (White 2007). I narrativ terapi vil en derfor invitere til en erfaringsnær beskrivelse og definisjon av problemet, hvor problemet ses som noe utenfor pasienten selv, og ikke som en del av den personen han er (Ibid). Det er problemet i seg selv som er problemet (White 2007). Freedman og Combs (1996) beskriver derfor eksternalisering som en holdning til mennesker og deres problemer, i stedet for en lidelsesspesifikk intervensjon eller metode.

White (2007) hevder at å skille problemet fra mennesket også øker muligheten for å stoppe eller redusere innflytelsen problemet har i vedkommendes liv. I tillegg blir det mulig å identifisere og undersøke alle de gangene problemets påvirkning var redusert eller ikke var tilstede (Ibid).

2.1.5 Det fraværende, men implisitte

En av de viktigste begrepene i narrativ terapi de senere år har vært ”det fraværende men implisitte”, som er inspirert av dekonstruksjonsfilosofen Jacques Derrida (Holmgren 2008). Dette handler om hvordan de ”underordnede” fortellingene hos mennesker med en negativ identitetskonklusjon lever i en ”skyggetilværelse”. Det er derfor den negative dominerende historien som blir fortalt og blir presentert som om den representerer mennesket (Ibid). Narrativ terapi forsøker derfor å trekke frem de “underordnede” historiene som representerer mennesket på en foretrukket måte (Ibid). I praksis vil det for eksempel bety at en person som beskriver en dominerende beskrivelse av sin identitet knyttet til å ikke mestre, kan kun ha en slik oppfattelse om han også har opplevd det motsatte. I dette eksemplet å mestre. De positive opplevelsene (mestringsopplevelsene) har imidlertid ofte levd i en ”skyggetilværelse”. Likevel må de på ett eller annet tidspunkt ha vært tilstedeværende i vedkommendes liv, ellers ville ikke personen kunne respondert på de negative opplevelsene (Ibid).

2.1.6 Ny- fortellende samtaler.

Ny- fortellende samtaler oppmuntrer menneskene til å fortelle historier fra sine liv, men ikke bare om problemet og hvorfor ting har blitt så vanskelig (White 2007). Ved å samtale med klienten på denne måten rettes fokuset mot de hittil neglisjerte, men potensielt betydningsfulle erfaringene som ikke passer inn i den problemmettede historien, det White (2007) har kalt unntak eller unike resultater. Imidlertid er det viktig at det er klienten selv som kvalifiserer dette til å være et unikt resultat (Ibid). Ut fra disse unntakene vil terapeut og pasienten ”samskape” en parallell historie til problemhistorien.

Terapeuten hjelper derfor klienten til å utvikle alternative historielinjer ved å introdusere spørsmål som oppmuntrer mennesker til å ta i bruk mer av sin livserfaring, til å åpne sitt sinn, til å bruke sin fantasi og sine meningsskapende ressurser (White 1995). Målet er derfor å bidra til å skape en historie der foretrukket væremåte, handlinger, tanker, følelser, identitet og verdier er i fokus (White 2007).

Etter hvert som samtalene fortsetter blir de alternative historielinjene fyldigere og grundigere rotfestet i historien deres. Dette i den hensikt å gi et fundament for nye initiativ til å takle problemer og dilemmaer i sine liv, samtidig som det kan fungere som en inngangsport til en alternativ historie om folks liv (White og Epston 1990).

2.1.7 Hendelser og handling

Bruner (1986) beskriver en fortelling å bestå av et ”dobbelte landskap”. Et handlingslandskap og et bevissthetslandskap, og hevder at enhver fortelling vil inneholde aspekter fra begge disse landskapene (Ibid). Handlingens landskap er alle de hendelser eller begivenheter som inngår i en persons liv (Holmgren 2010). Bevissthetens landskap består av hele det ”mentale” livet. Det vil si alle de meningene, forhåpningene, fortolkningene og følelsene som er knyttet til de hendelser som er knyttet til handlingens landskap (Ibid).

Den aller største delen av terapeutisk arbeid innenfor narrativ terapi handler derfor om å sette sammen og å trekke inn elementer fra både handlingen og bevissthetens landskap, men også de innholdsrike selvfortellinger (et tredje ”landskap”) som har levd i ”skyggen” av de negative fortellingene (Holmgren 2010). Gjennom å sette sammen og trekke inn elementer fra de tre ”landskapene” er målet å tilskrive menneskets handlinger ny mening, gjennom for eksempel å spørre om: ”hva sier det om deg som menneske, at på tross av at de krenkelsene du har opplevd, så har du likevel klart å gi barna dine en trygg og god oppvekst” (Holmgren 2010). Narrativ terapi er derfor en metode som bidrar til å tilskrive menneskene flere av de kunnskapene og ferdighetene livene deres inneholder (Holmgren 2010). Narrativ terapi ser derfor mennesket som intensjonelt, og at menneskets handlinger til enhver tid kan tilskrives intensjon (Ibid).

2.1.8 Makt og kunnskap

Foucault (1972) la i sitt arbeid stor vekt på at ingen makt eller kunnskap kan være total. Makt kan bare forekomme dersom det finnes motmakt og det kan bare være motmakt om det også finnes frihet. Om ikke annet, så i holdning (Ibid). Jmfr. Foucault (1972) er en derfor i narrativ terapi opptatt av å ikke formidle ”riktige normer” eller applaus inn i de terapeutiske refleksjonene. Da det kan forstås ut i fra et maktperspektiv som bygger på normaliserende bedømmelser (White 2007).

White (2007) hevder derfor at den som bedømmer noe en annen har gjort som flott, imponerende, fantastisk etc. 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. Den åpner også for å skape et maktfylt forventningspress på den som mottar ”refleksjonen” (ibid).

2.1.9 Selvkontinuitet og kulturens påvirkning

Bruner (2004) har beskrevet hvordan man som barn blir født med en form for primitiv evne til selvkontinuitet innenfra. Resten av utviklingen av et ”selv” skjer gjennom interaksjon med andre og i samspill med omgivelsene. Bruner (2004) sier videre at vi skaper våre egne historier for å imøtekomme de situasjonene vi ønsker å fortsette å leve i. *”Vi gir vår identitet næring gjennom forbindelsene vi har, men insisterer likevel på at vi også er noe mer- vi er noe i oss selv (Bruner 2004:115).*

Ettersom vi blir født inn i en kulturs bestemte dominerende virkelighetsforståelse er det ikke opp til det enkelte individ å ”legge” kulturens påvirkning fra seg (White 2006). Vi velger derfor ikke fritt hvordan vi fortolker hendelsene i handlingens landskap (Holmgren 2010). På den måten kan man si at livet i høy grad er forutbestemt (Ibid). Derfor er det i narrativ terapi alltid klientens levde liv og ikke den ”velmenende” terapeuten som kan redegjøre om hvorvidt klientens negative identitetskonklusjon gjør rede for alle sidene ved menneskets historie (Holmgren 2010). Terapeuten vil derfor heller ikke ta utgangspunkt i tenkte scenarioer, verken i fortid eller fremtid, da en på den måten kan miste kontakten med klientens levde liv (Ibid).

2.1.10 Bevitning

White (2007) hevdet at dersom en ny fortelling om en mer foretrukket identitet skal bli resultatet av et terapeutisk samarbeid, må en slik foretrukket identitetsbeskrivelse anerkjennes, bevitnes og bekreftes av viktige andre. Basert på et slikt resonnement følger det logisk at det er sentralt poeng for White (2007) å ”befolke” det terapeutiske rommet. Å ”befolke” betyr her å bringe ”viktige andre” inn i terapi rommet som tilhørere, i den hensikt å bidra med anerkjennelse, bevitnelse og bekreftelse (Lundby 2009).

White (2007) var imidlertid opptatt av at bevitningsprosessen ikke skulle bygge på applaus og ros, men at refleksjonene skulle oppleves som anerkjennende og hedrende. White (2007) strukturerte derfor bevitningsprosessen gjennom tre trinn. Trinn en (1) innebærer at hovedpersonen (klienten) blir bedt om å fortelle noe fra sin historie som vedkommende er spesielt opptatt av (Lundby 2009). Ofte gjøres dette gjennom intervju. I trinn to (2) blir tilhørergruppen invitert til å komme med refleksjoner over det de har hørt og som har gjort spesielt inntrykk på dem. I trinn tre (3) blir hovedpersonen bedt om å reflektere over refleksjonene, ofte gjennom et nytt intervju (Ibid).

2.2 Kognitiv terapi

Kognitiv terapi ble utviklet i forhold til mennesker med depresjon og angst av Aaron Beck på 1960-70 tallet og har fra starten av hatt et konstruktivistisk grunnlag (Oddli og Kjøs 1998; Beck 2009). Konstruktivismen interesser seg for hvordan menneskets oppfattelse av seg selv og sine omgivelser dannes aktivt gjennom aktivt konstruerende prosesser (Oddli og Kjøs 1998). Innen konstruktivismen står Humberto Maturana sentralt (Goldenberg og Goldenberg 2004). Han hevder at den konstruerende prosessen foregår gjennom at hvert menneskes persepsjonen filtreres gjennom nervesystemet (Ibid). På grunn av individets egenart vil derfor alle menneskers meningsskapelse være forskjellig, selv om de opplever samme situasjon. Denne forankringen var merkbart forskjellig fra de behavioristiske¹ retningene som hadde vært rådende frem til den kognitive revolusjon på midten av 60 årene (Oddli og Kjøs 1998).

I dag har kognitiv terapi blitt utviklet til å benyttes på de fleste diagnose grupper og med et utvidet fokus på selvbegrepet, affektregulering og mer grunnleggende mønstre som styrer vår opplevelse og atferd (Nordby 1998). I tillegg benyttes kognitiv terapi i dag som et viktig supplement i behandlingen av en rekke somatiske sykdommer, for eksempel ved kreftsykdommer, hjertelidelser og diabetes (Berge og Repål 2010).

Kognitiv terapi blir beskrevet som en evidensbasert, høyt spesialisert terapiform hvor det er utviklet forskjellige fremgangsmåter til flere ulike psykiske lidelser, som for eksempel sosial angstlidelse, personlighetsforstyrrelser og depresjon (Mørch og Rosenberg 2005).

¹ Behaviorismen er en psykologisk tilnærming som hevder at tanker, følelser, motiv, vurderinger osv. er utilgjengelig for vitenskapelig forskning, og at derfor kun atferd kan være utgangspunkt for slik forskning (Egidius 2002).

Den europeiske organisasjonen for kognitiv terapi heter European Association for Behavioral and Cognitive Therapies (EABCT) og krever at behandlingsmetodene skal være basert på evidensbasert forskning (Berge og Repål 2010).

Kognitiv terapi er et ”paraplybegrep” som dekker en lang rekke ulike terapeutiske metoder som for eksempel dialektisk atferdsterapi, skjemat terapi og metakognitiv terapi (Berge og Repål 2010). Denne gjennomgangen av kognitiv terapi vil derfor i all hovedsak bygge på grunnleggende samtalepraksiser i kognitiv terapi, slik det blir fremstilt av Judith Beck (2009) i hennes innføringsbok om kognitiv terapi.

2.2.1 Veiledet oppdagelse

Selv om Aaron T. Beck kanskje er den mest innflytelsesrike bidragsyteren til kognitiv terapi, har selv denne pioneren har mange forgjengere, for eksempel den hellenske filosofen Epiktet, som var en sentral stoiker (Berge og Repål 2010). Stoikerne er kjent for sin filosofiske retning som oppfordret mennesker til å tenke med sin egen fornuft. De hadde som hovedmål at menneskene gjennom å fokusere på sine egne tanker og oppfatninger skulle få kontroll over sine egne følelser. En av Epiktet sine grunntanker var: ”det er ikke hendelsene i seg selv som virker inn på oss, men tankene våre om disse hendelsene” (Ibid). I kognitiv terapi er derfor målet at terapeuten fremstår som en ledsager eller guide, en slags instruktør i stoisk form, som hjelper klienten til å ta stilling til betydningen av ulike måter å tenke på (Ibid).

Kognitiv terapi søker ikke å lære klienten å ”tenke positivt”, da det kan oppleves som en urealistisk måte å tenke på (Beck 2009). En slik opplevelse av urealistisk positiv tenkning kan også svekke muligheten til å mestre sine livs problemer. I aktivt samarbeid med klienten søker terapeuten i stedet å avdekke vedkommendes særegne holdninger og tenkemåter (Ibid). Terapeuten argumenterer derfor ikke mot tankene men spør i stedet klienten om premissene de legger til grunn for sine vurderinger (Ibid).

Målet er på bakgrunn av dette å gi klienten et erfaringsgrunnlag for å vurdere tankene og deres innvirkning på sitt liv og eventuelt hjelpe vedkommende til å se om situasjonen/e kan forstås på andre måter (Berge og Repål 2010).

2.2.2 Sokratiske spørsmål

I kognitiv terapi står bruk av sokratiske spørsmål sentralt (Beck 2009). Sokratiske spørsmål handler om å stille spørsmål som har til hensikt å åpne for refleksjon og innebærer ikke at terapeuten skal overbevise klienten om at han eller hun tenker feil. Terapeuten stiller derimot spørsmål som åpner for å vurdere følgene av konkrete tanker, handlinger og hendelser (Berge og Repål 2010). Gode sokratiske spørsmål kan da være: Hvilken støtte har du for dette? Hvor sikker er du på dette? Kan dette problemet sees på noen annen måte? Hva betyr det for deg om det skulle forholde seg slik du tenker (Beck 2009). Gjennom sokratiske spørsmål og en solid behandlingsallianse er derfor målet å styrke klientens tro på og evne til å løse disse problemene (Berge og Repål 2010).

2.2.3 Kasusformulering og hypotesedannelse

I kognitiv terapi ser en særlig nytte av systematisering av informasjon og utforming av hypoteser gjennom bruk av kasusformuleringer, allerede fra første time (Hovland 2008). Målet med kasusformuleringen er både å få tak i klientens sårbarhet for å utvikle psykiske vansker, samt å danne grunnlaget for å kunne tilby en lidelsesspesifikk behandling (Nordahl 2004). Kasusformuleringen skal derfor gi en kortfattet oversikt over de viktigste opplysningene vedrørende en klient, som deres subjektive opplevelse av problemet, eventuelle diagnoser, familiære forhold/bakgrunn, uhensiktmessige tanker og følelser forbundet med det beskrevne problemet (Skjerve 2011). Kasusformuleringen blir derfor en ramme for å se klientens problemer i en meningsfull sammenheng (Berge og Repål 2010).

Beskrivelsene satt inn i en kasusformuleringen gir grunnlag for å danne hypoteser om de betingelser som kan skape endringer, slik at vanskene kan reduseres eller opphøre (Hovland 2008). Kasusformuleringen er derfor en forutsetning for å forstå hvilket innhold eller prosesser som bør gjøres til gjenstand for valg av lidelsesspesifikk metode og restruktureringsforsøk (Hovland 2008; Skjerve 2011).

2.2.4 Kognitiv restrukturering

Hensikten med kognitiv restrukturering er å bevisstgjøre mennesket vedrørende sine tanker, følelser og atferd, slik at de selv kan identifisere og utfordre de uhensiktmessige tankene (Skjerve 2011). En vellykket behandling innebærer derfor at klienten har fått med seg en økt forståelse av hva som har bidratt til å opprettholde problemene og hvilke virkemidler som kan brukes til å forebygge nye problemer (Berge og Repål 2008). En er derfor i kognitiv terapi opptatt av å gi klientene innsyn i kognitive teorier, forskningsbasert kunnskap og dens virkemidler for å stimulere vedkommende til å anvende den nyervervede kunnskapen på seg selv (Ibid). Når vi oppdager hvordan tanker, følelser og handlinger henger sammen kan vår oppfatning forandre seg og de psykiske problemene avta (Berge og Repål 2010). Kognitiv terapi er derfor rettet mot å undersøke mulige alternativer til disse negative indre samtalene (Beck 2009).

2.2.5. Identifisering av automatiske tanker- ABC modellen

Hovedbudskapet i kognitiv terapi er basert på at våre automatiske tanker avhenger av hvordan vi føler oss, handler og har tillagt våre tidligere erfaringer mening (Berge og Repål 2010). ABC modellen i kognitiv terapi tar derfor utgangspunkt i den aktiverende hendelsen (A-Activating event), tanker omkring hendelsen (B-Belief) og følelser og handlinger knyttet til tolkningen av hendelsen (C-Consequence). Hensikten med en slik modell er å visualisere for klienten at det ikke er situasjonen i seg selv som bestemmer hva mennesker føler, men heller hvordan de konstruerer en situasjon (Ibid).

I kognitiv behandling prøver en derfor å få tak i de tankene og opplevelsene som styrer våre følelser og handlinger (Beck 2009). Tankene er ofte forbundet med den situasjonen en er i akkurat der og da, samtidig som de er både spontane og vanskelige å huske (Ibid). De er derfor vanskeligere tilgjengelig når en ikke er i den bestemte situasjonen. Tankene er også ofte av så kort varighet at en ikke engang er klar over at tankene farer gjennom hodet (Ibid). Vanligvis husker vi bare det vi føler og ikke hva vi tenkte like før følelsene kom (Berge og Repål 2010). Slike tanker kalles i kognitiv terapi for automatiske tanker. Det vil si selvdrevne tanker som er blitt til en vane og som man ikke reflekterer over. Tankene godtas derfor som sanne og gyldige (Ibid).

Samme situasjon kan derfor utløse ulike tanker hos forskjellige mennesker (Beck 2009). I kognitiv terapi er en derfor opptatt av å se nærmere på de tankene vi har som oppleves å være hemmende og uhensiktsmessige for klienten. Det som i kognitiv terapi kalles negative automatiske tanker (Ibid).

2.2.6 Negative automatiske tanker

I kognitiv terapi er man opptatt av å identifisere en klients negative automatiske tanker (Berge og Repål 2010). Dette er tanker som er knyttet til bestemte situasjoner og som oppstår uvilkårlig og som er knyttet til menneskets grunnleggende tanker om sin identitet (leveregler) (Mørch og Rosenberg 2005). De negative automatiske tankene er avgjørende for hvordan vi føler og handler i gitte situasjoner, og vil ofte innebære at klienten overvurderer muligheten for eller alvorligheten av en fryktet hendelse (Berge og Repål 2010). Eksempel på dette kan være mennesker med angstproblematikk som i årevis har fryktet at de skal besvime i spesielle situasjoner, uten at det medfører riktighet.

Terapeutens oppgave vil derfor være å hjelpe klienten til å identifisere og realitetsteste negative automatiske tanker, samtidig som klienten også skal lære å gjøre dette selv (Beck 2009). Dette gjøres gjennom å hjelpe klienten med å oversette tanker til ord, slik at det blir lettere å reflektere rundt betydningen av dem (Berge og Repål 2010). Sammen med terapeuten kan klienten utforske og formulere en ny og mer realistisk tanke, eventuelt justere den gamle. Når en ny antagelse er definert må en teste ut gyldigheten av denne gjennom praktiske øvelser som ikke støtter klientens negative automatiske tanker (Raknes 2007). Etter at behandlingen har avdekket klientens automatiske tanker er det derfor tid for å avdekke hva det er som leder til disse tankene (intermediære antagelser og leveregler) (Beck 2009).

2.2.7. Intermediære antagelser

Menneskers intermediære antagelser er tanker vi har om oss selv som ofte kan formuleres som hvis-så- setninger (Berge og Repål 2010). For eksempel: *hvis* jeg begynner på det studiet jeg har aller mest lyst til, *så* vil mitt svake intellekt bli avslørt. *Hvis* mitt svake intellekt blir avslørt, *så* vil jeg bli avvist av mine venner. Dette er antagelser som er med å opprettholder våre grunnleggende leveregler (Ibid).

2.2.8. Leveregler

Allerede fra barndommen av utvikler vi bestemte antagelser om oss selv, om denne verden og om menneskene som omgir oss, såkalte leveregler (Beck 2009). Levereglene er så fundamentale og ”ligger så dypt” at man ofte ikke tenker gjennom dem. Levereglene oppfattes av vedkommende som absolutte sannheter, og som et uttrykk for hvordan tingene faktisk er. Ofte blir negative leveregler aktivert i perioder hvor man er psykisk presset (Ibid). Når en leveregel blir aktivert vil vedkommende tolke de situasjoner og utfordringer som måtte oppstå i lys av denne oppfattelsen, selv om disse tolkningene er åpenbart uriktige, sett med en ”utenfra betrakter” sitt perspektiv. På denne måten opprettholder vedkommende sin antagelse, selv om den er uriktig og uhensiktmessig (Ibid).

2.2.9. Atferdseksperiment

Atferdseksperimentet er en planlagt eksperimentell aktivitet som er basert på eksperimentering eller observasjon, som blir gjort av klienten under eller mellom terapitidene i kognitiv terapi (Raknes 2007). Atferdseksperimentene utformes gjennom et aktivt samarbeid med terapeuten i den hensikt å avkrefte uhensiktmessige og dysfunksjonelle tanker på alle nivå (Mørch og Rosenberg 2005).

Et relevant atferdseksperiment for en klient med sosial fobi kan for eksempel finne sted på et kjøpesenter. Her kan den planlagte aktiviteten være at klienten skal gå gjennom senteret, samtidig som han skal legge merke til hvor mange som ser på han på en måte han oppfatter ubehagelig. Eksperimentet kan også bli filmet. Utgangspunktet for samtalen etterpå kan da være å se videoen sammen med klienten. På den måten kan man undersøke hvorvidt de uhensiktmessige tankene klienten hadde forut for eksperimentet, stemte med de observasjoner han gjorde underveis i eksperimentet eller med det de så i filmen.

2.2.10 Hjemmeoppgaver

Judith Beck (2009) beskriver hjemmeoppgaver å være en sentral del av kognitiv terapi. Gjennom hjemmeoppgaver får klienten mulighet til å samle inn flere data (observere og registrere sine tanker, følelser og atferd). Klienten kan videre innøve og gjøre bruk av kognitive og atferdsterapeutiske verktøy vedkommende er blitt introdusert for i terapien.

Klienten kan dermed eksperimentere med nye atferdsmønstre som på denne måten kan være med å gjøre vedkommende bevisst på hvor mye han/hun selv kan gjøre for å få det bedre (Ibid). Hjemmeoppgavene skal forsøke å belyse klientens problemer gjennom å skaffe nye erfaringer og ny erkjennelse. Utgangspunktet for neste terapitime vil være utføringen, eller den manglende utføring av hjemmeoppgavene. En kan derfor si at i kognitiv terapi foregår en stor del av behandlingen mellom timene, ute i den ”virkelige verden” (Ibid).

2.3 Forskning og litteratur om narrativ og kognitiv terapi

Jeg gikk tidlig i prosessen i gang med å undersøke hva som var gjort av forskning som var relevant for denne studiets problemstilling: *Hvilke muligheter og begrensninger gir kognitive terapeuters praksis med hensyn til integrering av narrative samtalepraksiser?*

Jeg startet letingen i familierapifeltet og fortsatte innen psykologifeltet, før jeg deretter søkte innen psykoterapiforskningen. Jeg har ikke klart å finne noe tidligere forskning som direkte berører studiets problemstilling.

Imidlertid har Golfried (1995) et interessant bidrag i diskusjonen om hvorvidt ulike terapeutiske retninger kan integreres med hverandre.

Golfried (1995) hevder at de ulike retningenes teoretiske og filosofiske forståelsesramme må vurderes for å bestemme hvorvidt de kan integreres. Han hevder videre at få terapeutiske retninger tilfredsstillende et slikt ”krav” om konsensus, og at det som et minimum må være konsensus mellom de ulike retningenes beskrivelse av teknikker og kliniske prosedyrer (Ibid).

På bakgrunn av Golfrieds resonnement konkluderer Ruth Irene Wilner (2002) med at narrativ og kognitiv terapier forståelsesrammer er for forskjellige til at en slik integrering vil være hensiktsmessig. Hun anbefaler derfor at terapeutene i fremtiden bør være mer fokusert på klientenes ulike behov i stedet for det hun beskriver å være en ”maktkamp” mellom de ulike terapeutiske retningene (Ibid). Wilners (2002) konklusjon om narrativ og kognitiv terapier forståelsesrammer er basert på en gjennomgang av tilgjengelig litteratur (Ibid). Jeg er imidlertid interessert i å undersøke kognitive terapeuters praksis, for å undersøke hvorvidt narrative samtalepraksiser kan integreres. Denne studien belyser derfor et lite undersøkt tema innen psykoterapiforskningen.

Det er også en stor mengde forskning som konkluderer med at terapeutens bidrag til den terapeutiske relasjonen er viktigere enn den terapeutiske metoden i seg selv (Lambert 1992; Wampold 2001; Beutler, Malik, Alimohamed, Harwood, Talebi, Noble og Wong 2004; Norcross 2011). Denne forskningens konklusjoner og anbefalinger handler om å heller se mot et integrerende og synergisk perspektiv av ulike terapeutiske tilnærminger (Beutler et al. 2004).

Det er likevel til dels mye forskning på både narrativ terapi og kognitiv terapi hver for seg. Jeg har valgt å presentere deler av denne forskningen da den kan si noe om kunnskapsgrunnlaget for hver av retningene, som er relevant for denne studien.

Jeg vil først presentere forskning på narrativ terapi.

2.3.1 Forskning på Narrativ terapi

Min gjennomgang av forskningen innen narrativ terapi viser at det er gjort lite kvantitativ forskning, og mer kvalitativ forskning og deskriptive "case" rapporter for å evaluere effekten av narrativ terapi (Seymour og Epston 1989; Besa 1994; Clark og Grant 1994; Kogan og Gale 1997; O'Connor Meakes, Pickering og Schuman 1997; Kropf og Tandy 1998; Merscham 2000; Rothchild, Brownlee og Gallant 2000; Nylund 2002; Muntigl 2004; Keeling og Nielson 2005; Herbert, J.D., Gaudino, B.A., Rheingold, A.A., Moitra, E., Meyers, V.H., Dalrymple & Huntly og Ovens 2006; Keeling og Bermudez 2006; Leahy og Harrigan 2006; Weber, Davis og McPhie 2006; Vroman 2008; Gardner og Poole 2009). Med unntak av Vroman (2008) kan alle disse studiene sies å være kvalitative eller deskriptive "case" studier.

Vroman (2008) undersøkte resultatet av narrativ terapi for 47 voksne med depressiv lidelse. Resultatene viste at narrativ terapi var effektivt i å redusere depressive symptomer hos pasienter med moderat til alvorlig depressive lidelser. Resultater tre måneder etter gjennomført behandling viste at 53% oppnådde klinisk signifikant forbedring (Ibid). Det har imidlertid ikke vært mulig å finne ut hvorvidt Vroman (2008) benyttet kontrollgruppe.

Besa (1994) baserte sin forskning på en single case metode hvor målet var å vurdere effekten narrativ terapi hadde på å redusere foreldre-barn konflikter. Ved bruk av en kontrollgruppe ble seks familier behandlet ved hjelp av ulike narrative intervensjoner (som for eksempel identifisering av unike unntak og eksternalisering).

Sammenlignet med kontrollgruppen som ikke mottok behandling, viste fem av seks familier forbedringer fra 88 til 98 % reduksjon i konflikt (Besa 1994).

En gjennomgang av de deskriptive studiene (for eksempel Clare og Grant 1994; Kropf og Tandy 1998; Merscham 2000; Rotchild Brownlee og Gallant 2000; Nylund 2002; Herbert & Gaudino et al. 2006) gjennomført av Busch (2011) viste at narrativ terapi i stor grad (med unntak av Clark og Grant 1994) endret klientenes opplevelse av seg selv fra å være forklart ut fra en medisinsk forståelse, til å i stedet gi klientene en forståelse av seg og problemet som to forskjellige ”fenomener” (Busch 2011)

2.3.2. Forskning på kognitiv terapi

Kognitiv terapi er en godt dokumentert terapeutisk tilnærming, der det fins en betydelig mengde internasjonal forskning basert på randomiserte kontrollerte studier (RCT) som støtter at kognitiv terapi virker og er effektiv i arbeid med styrking av egne ressurser, problemlette og symptomreduksjon (Beck og Butler 2001). Det er derfor mye forskning på kognitiv terapi som ivaretar European Association for Behavioral and Cognitive Therapies (EABCT) krav til vitenskapelig forskning (Ibid). I denne forskningsgjennomgangen er også en lang rekke av kognitiv terapies ulike forskningsbaserte behandlingsmodeller presentert. Imidlertid er ingen av studiene kvalitative. Jeg har heller ikke klart å finne noen kvalitative studier som tar for seg kognitive terapeuters praksis.

Butler og Beck (2001) har gjort et metastudie av 14 ulike forskningsresultater av kognitiv terapies effekt for ulike lidelser (Grossman, P.B., Hughes, J.N. 1992; Van Oppen, P., Vermeulen, A.W.A., Van Dyck, R., Nauta, M.C.E., og Vorst, H.C.M. 1994; Dunn, R.L., Schwebel, A.I. 1995; Gould, R.A., Otto, M.W., og Pollack, M.H. 1995; Nagayama Hall, G.C. 1995; Gould, R.A., Otto, M.W., Pollack, M.H. 1997; Reinecke, M.A., Ryan, N.E., Gould, R.A., Buckminister, S., Pollack, M.H., Otto, M.W og Yap, L. 1997; Van Balkom, A.J.L.M., Abramowitz J.S. 1997; Beck, R., Fernandez, E. 1998; Dubois, D.L. 1998; Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M og I. Blackburn 1998; Morley, S., Eccleston, C., Williams, A. 1999; Oei, T.P.S., Llamas, M., og Deville, G.J. 1999; Whittal, M.L., Agras, W.S., Gould, R.A. 1999). Funnene viser betydelig bedring hos de fleste pasienter kontra kontrollgruppene som enten fikk placebo, ingen behandling eller sto på ventelister.

Metastudiet viser også at kognitiv terapi har særdeles god virkning på behandling av depresjon hos voksne (Beck og Butler 2001). Studiet av Gloagen et al. (1998) viste at bare 29,5 prosent av pasientene hadde tilbakefall ett år etter mottatt kognitiv depresjonsbehandling, mens hele 60 prosent av pasientene som hadde blitt behandlet med antidepressive hadde tilbakefall.

Nyere forskning viser gjennom ni kontrollerte behandlingsstudier også svært gode resultater av kognitiv terapi i behandling av barn og unge med sosial angstlidelse som primærdiagnose (Hayward, Varady, Albano, Thienemann, Henderson, & Schatzberg 2000; Spence, Donovan & Brechman-Toussaint 2000; Baer & Garland 2005; Masia-Warner, Klein, Dent, Fisher, Alvir, Albano & Guardino 2005; Beidel, Turner & Brennan 2006; Herbert, Gaudiano, Rheingold, Moitra, Meyers, Dalrymple & Brandsma 2006; Garcia-Lopez, Olivares, Beidel, Albano, Turner & Rosa 2006; Beidel, Turner, Sallee, Ammerman, Crosby & Pathak 2007; Masia-Warner, Fisher, Shrout, Rathor & Klein 2007).

Åtte av disse studiene er basert på en kognitiv-atferdsterapeutisk gruppeformattilnærming og har vist signifikant behandlingseffekt sammenlignet med både ventelistekontroll (Hayward et al 2000; Spence, Donovan, & Brechman-Toussaint 2000; Baer & Garland 2005; Masia Warner et al. 2005 og ulike aktive kontrollbetingelser (Beidel et al. 2006; 2007; Garcia-Lopes et al 2006; og Masia-Warner et al. 2007). Signifikant behandlingseffekt er rapportert etter seks måneder (Masia-Warner et al. 2007), etter ni måneder (Masia-Warner et al. 2005), etter ett år (Spence et al. 2000) og etter fem år fra avsluttet behandling (Beidel et al. 2006; Garcia-Lopez et al. 2006).

2.3.3 Oppsummering

Min gjennomgang av forskningen innen narrativ terapi viser at det er hovedsakelig kvalitativ forskning og deskriptive “case” rapporter som er brukt for å evaluere effekten av narrativ terapi. Det er også interessant at jeg ikke har funnet noen RCT-studier som vurderer effekten av narrativ terapi.

Det er derimot mye kvantitativ forskning å finne innen det kognitive fagfeltet. EABCT synes også ha stor påvirkning på forskningsparadigmet da de krever vitenskapelig dokumentasjon for de metoder som skal benyttes i kognitiv terapi (Berge og Repål 2010).

EABCT beskriver videre at evidensbasert forskning skal være utgangspunktet for utviklingen av evidensbasert praksis (Ibid).

Golfried og Wilners (1995; 2002) bidrag i diskusjonen om hvorvidt narrative intervensjoner kan integreres i kognitive terapeuters praksis er også den eneste litteraturen jeg har klart å finne som direkte berører studiets problemstilling. Imidlertid er Wilners (2002) konklusjon basert på en gjennomgang av tilgjengelig litteratur og ikke terapeuters praksis som er utgangspunkt for denne undersøkelsen.

3 Metodologi

Jeg vil i dette kapitlet redegjøre for metodemessige valg i forbindelse med denne studien. Jeg vil også redegjøre for de vitenskapsteoretiske perspektiver ettersom de vil være styrende for hvordan jeg har lagt opp denne undersøkelsen og mitt valg av fremgangsmåte (Thagaard 2009). Deretter vil jeg mer detaljert beskrive metodene jeg har brukt for innsamling og analyse av data. Avslutningsvis vil validitet, reliabilitet og etiske hensyn bli beskrevet.

3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted, en fenomenologisk-hermeneutisk forståelsesramme

Kvale (2007) sier at hva man ønsker å undersøke bør bestemme hvilke analysemetoder man velger å bruke. Mitt valg falt på fenomenologi og hermeneutikk. Fenomenologien ble grunnlagt av Edward Husserl rundt år 1900 (Kvale og Brinkmann 2009). Husserls (Ibid:45) berømte utsag: *"back to the things themselves"*, illustrerer det jeg er ute etter i min forskning. Fenomenologi er enkelt sagt erfaringskunnskap (Kvale og Brinkmann 2009). Fokuset vil derfor være intervjuobjektene opplevelse av den verden de lever i, samspillet mellom mennesker og det offentlige rom hvor opplevelsene foregår (Langdridge 2007).

Hermeneutikk betyr direkte oversatt å uttrykke, fortolke og å forklare, samt å oversette fra ett språk til ett annet (Lægneid og Skorgen 2006). Hermeneutikken fremhever betydningen av å nettopp fortolke folks handlinger gjennom å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det umiddelbart innlysende (Thagaard 2009). Hårtveit og Jensen (2004) hevder i den anledning at mening skapes gjennom fortolkninger. Det vil si at man ikke kan skille et fenomen fra fortolkningen av fenomenet.

Thagaard (2009) beskriver den hermeneutiske sirkel å være det viktigste begrepet i hermeneutikken. Den hermeneutiske sirkel har et grunnleggende prinsipp om at mening bare kan forstås i lys av den kontekst vi studerer og er en del av. Vi forstår dermed delene i lys av helheten og vi forstår helheten i lys av delene (Ibid). Hårtveit og Jensen (2004) hevder derfor at den hermeneutiske sirkel har mye til felles med en systemisk forståelse som er opptatt av at vi gjensidig påvirker hverandre i relasjon.

Gadamer (Smith, Flowers og Larkin 2009:35) beskriver sammensetningen av hermeneutikk og fenomenologi som fortolkningsramme på følgende måte:

”there is a phenomenon ready to shine forth, but detective work is required by the researcher to facilitate the coming forth, and then to make sense of it once it has happened”.

3.2 Valg av forskningsdesign: Kvalitativ tilnærming

Kvalitativ tilnærming beskrives å være velegnet når en skal studere sosiale fenomener (Thagaard 2009). Studiets problemstilling og vitenskapsteoretisk ståsted gjør derfor at en kvalitativ tilnærming synes å være mest hensiktsmessig. Jeg har valgt Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) som analysemetode. IPA er både fenomenologisk, hermeneutisk og sosial konstruksjonistisk (Nunn 2009). Med dette er den opptatt av personlig erfaring, men inkluderer også tolkning og kontekst (Ibid). Den er derfor i tråd med min egen epistemologiske posisjon som jeg vil beskrive et sted mellom sosial konstruksjonisme og konstruktivismen. Dette er metoder som tradisjonelt har stått i motsetning til kvantitativ forskning. Kvantitativ forskning bygger på en positivistisk epistemologi som innebærer at vi kan studere virkeligheten som et objekt, hvor vi står utenfor og observerer et fenomen (Ibid).

IPA ble utviklet av Jonathan Smith på begynnelsen av 1990 tallet og vektlegger det hermeneutiske fenomenologiske fenomenet mer enn Giorgio Armands deskriptive fenomenologi som ble utviklet på 70 tallet (Langdridge 2007). IPA tenker på mennesket som skapende vesen som gjennom sine refleksjoner prøver å finne meningen bak sine handlinger (Ibid). IPA erkjenner også at tilgangen til intervjuobjektene erfaringer alltid er avhengig av hvor mye de vil fortelle oss, og at forskeren derfor må tolke empirien for å forstå deres erfaringer (Ibid). Dette er et konstruktivistisk synspunkt som hevder at det eksisterer en ”ytre” verden, men at vi bare kan få tilgang til den gjennom våre subjektive ”briller” (Dallos og Vetere 2005).

Linda Finley (2011:23) beskriver selve kjernen i dette:

”it seen as inevitable that researchers bring their subjective selves into the researcher along with preconceptions which both blinker and enable insight. Researchers are an inevitable part of what being researched.

IPA studier søker dermed å gi en så detaljert beskrivelse som mulig av det enkelte fenomen og hva opplevelsen av det aktuelle fenomenet gjør med vedkommende som opplever det (Smith et al. 2009). IPA sies derfor å være ideografisk (Ibid).

IPA har tre følgende hovedkarakteristika:

- Ideografisk i den forstand at man i detalj ønsker beskrivelser knyttet til erfaringer og opplevelser i forhold til et avgrenset tema (Ibid).
- Videre menes det at hvert intervju analyseres hver for seg før kan gjør noen forsøk på å lage foreløpige hypoteser om hierarkier av mening og å engasjere seg i tolkningsprosessen (Langdridge 2007).
- Metoden er fenomenologisk, da den er opptatt av å undersøke hvordan mennesker skaper mening av sine erfaringer (Smith et al. 2009).
- Hermeneutisk i den forstand at forskeren må tolke hvordan informantene forsøker å skape mening av sine erfaringer (Ibid).

3.3 Kvalitativt forskningsintervju

I et kvalitativt forskningsintervju kan en si at kunnskap produseres sosialt, det vil si mellom intervjuer og intervjuobjekt (Smith et al. 2009). På den måten vil jeg si at utgangspunktet for studiet har en sosialkonstruksjonistisk forankring da meningsskapelsen kan sees som konstruert gjennom språket (Gergen og Gergen 2005).

Jeg var opptatt hvilke muligheter og begrensninger kognitiv terapeuters praksis gir med hensyn til integrering av narrative samtalepraksiser. Det kvalitative forskningsintervjuet er i den anledning velegnet, da det gir store muligheter for å få tilgang til og beskrive intervjuobjektets "livsverden" (Kvale og Brinkmann 2009). Med "livsverden" menes her verden slik vi møter den i dagliglivet, og slik den fremtrer i den umiddelbare og middelbare opplevelse uavhengig av og forut for alle forklaringer (Ibid)

3.4 Utvalg og rekruttering

Jeg valgte fire menn og en kvinne som mine intervjuobjekt, i alderen 45 til 65 år. Kjønn er ikke et eksplisitt tema i min undersøkelse, men jeg vurderte det likevel å være hensiktsmessig at begge kjønn var representert. Kjønn som faktor vil imidlertid ikke være tema i analyse eller drøfting.

Intervjuobjektene ble valgt i den hensikt å skaffe et strategisk² og homogent utvalg. Dette er et kjennetegn ved kvalitative studier (Thagaard 2009). I en IPA analyse er det et mål at intervju objektene skal ha deltagere som deler de samme erfaringer i den hensikt å få detaljerte beskrivelser og perspektiver på nevnte tema (Langdridge 2007).

Basert på en slik forståelse var alle mine utvalgte intervju objekter:

- psykologer
- hadde formell videreutdanning i kognitiv terapi
- jobbet på hel eller deltid med undervisning i kognitiv terapi
- lang klinisk erfaring fra arbeid med barn og/eller voksne
- flere av intervjuobjektene har forfattet artikler som er publisert i vitenskaplige tidsskrifter og bøker

I kvalitative undersøkelser er det vanlig å vurdere størrelsen i forhold til et metningspunkt. Tove Thagaard (2009) beskriver et metningspunkt å være når flere informanter ikke kan forventes å gi ytterligere forståelse av de fenomener som skal studeres. I sin bok: ”Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research drøfter Smith et al. (2009) hvordan forskere som har valgt IPA nå ofte benytter seg av veldig små utvalgsstørrelser, samt singel case-studier. De understreker at dette er fordi IPA’s primære oppgave er å gi en detaljert redegjørelse for den individuelle opplevelse. Som sådan anbefaler de at mellom tre og seks intervjuobjekter er rimelig for et student prosjekt med IPA (Ibid).

² Et strategisk utvalg vil si at informantene er valgt ut ifra egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen og undersøkelsens teoretiske perspektiver (Thagaard 2009).

3.5 Utforming av intervjuguiden

Kvale (2007) sier at kvaliteten på de produserte data i et kvalitativt forskningsintervju avhenger av kvaliteten på intervjuerens ferdigheter og forhåndskunnskap om det valgte tema. Jeg satt meg derfor grundig inn i narrativ terapi i forberedelsesperioden. Jeg valgte i all hovedsak litteratur som var skrevet av Michael White og David Epston (White og Epston 1990; White 1995, 1997, 2000, 2006, 2007), som regnes som grunnleggerne av narrativ terapi (White og Epston 1990).

I tillegg har jeg lest litteratur fra toneangivende personer innen narrativ terapi som Freedman og Combs (1996), Geir Lundby (1998; 2009), Allan og Anette Holmgren (2008; 2010). Flere av de fremtredende skikkelsene innen det narrative miljøet ble deretter kontaktet pr. mail, da jeg ønsket en ”second opinion” om hvorvidt jeg hadde klart å ”fange essensen” av narrativ terapi i mine intervju spørsmål. Stort sett var tilbakemeldingene i samsvar med hverandre, med unntak av i hvor stor grad sosialkonstruksjonismen har vært en viktig inspirasjonskilde for utviklingen av narrativ terapi. Jeg valgte å beskrive narrativ terapi som en poststrukturalistisk tilnærming, da det er beskrevet gjentatte ganger i litteraturen (Speedy 2008; Madigan 2011). Jeg har imidlertid beskrevet sosialkonstruksjonismen som en viktig inspirasjonskilde (Freedman og Combs 1996).

Jeg utarbeidet så spørsmålene og gjennomførte ett prøve intervju. Intervjuobjekt var da en kvinnelig psykolog som beskriver sin praksis å ha en narrativ forankring. Hun har også videreutdanning innen narrativ terapi med Michael White. Jeg vil derfor anse mine spørsmål å være valide i den hensikt å innholde kjerne begreper/samtalepraksiser fra narrativ terapi.

Intervjuguiden besto til slutt av 10 hovedspørsmål (Vedlegg nr 3), som alle hadde underspørsmål. Jeg valgte å formulere ulike premisser og samtalepraksiser fra narrativ terapi som jeg i intervju situasjonen leste opp for intervju objektene. Intervjuobjektene fikk deretter spørsmål om hvordan de forholdt seg til premissene/intervensjonene. Deretter fulgte ulike oppfølgingsspørsmål. En av årsakene til denne måten å formulere spørsmålene på var at intervjuobjektene på denne måten ikke trengte noen forhåndskunnskap om narrativ terapi. Jeg ønsket også å unngå dikotomier³ som kan oppstå når fagpersoner fra ulike fagfelt snakker om de samme fenomener (Johnsen, Sundet og Thorsteinsson 2000).

³ Dikotomi kan forstås som de misforståelser og uforenligheter som kan oppstå dersom ulike fagfelt ikke er kjent med hverandres kontinuerlige fagutvikling (Tilden 2002).

IPA studier gjennomføres vanligvis ved bruk av semistrukturerte intervju (Langridge 2007). Kvale (1997) beskriver et semistrukturert intervju å være delvis strukturert gjennom bruk av en intervjuguide hvor temaene forskeren skal spørre om i hovedsak er fastlagt på forhånd, men hvor rekkefølgen av temaene bestemmes underveis. Mine intervju ivaretar premissene for å være et semistrukturert forskningsintervju da det er intervjuobjektene kognitive opplevelse av emnene som er det interessante. Intervju objektene fikk også snakke fritt, selv om de også var innom tema som skulle berøres senere i intervjuet. Intervjumanualen ble fulgt ved at alle hovedspørsmålene ble stilt.

3.6 Gjennomføringen av intervjuene

Intervjuene ble foretatt i løpet av en periode på fem måneder. Intervjuene varte fra i overkant av 41 til 52 minutter. Forut for gjennomføringen hadde jeg sendt hver av deltagerne ett informasjonsskriv som beskriver prosjektet (Vedlegg nr 1) og samtykkeskjema (Vedlegg nr 2).

Fire av intervjuene ble gjennomført på intervju objektene eget arbeidssted mens ett ble gjennomført på mitt kontor. Dette var bevisste valg da jeg vurderte mine intervjuobjekter å være det Kvale og Brinkmann (2009) kaller elitepersoner. Med det mener de mennesker med makt og innflytelse innen faget. En av hovedutfordringene er da ofte å få adgang til dem (Ibid). Jeg var derfor svært fleksibel med tanke på intervjusted, slik at det ikke skulle være til hinder.

Mine intervjuobjekter var strategisk utvalgt med tanke på at dette er mennesker som vurderes å være store kapasiteter på området og likedan deltagere i utviklingen av kognitiv terapi gjennom undervisning, forskning og som forfattere av flere artikler og kapitler i fagbøker. En utfordring med å intervju elitepersoner er derfor hvorvidt det de svarer er i tråd med hvordan de faktisk arbeider klinisk, og ikke kun teoretisk. En annen risiko forbundet med mitt utvalg kunne være at de alle tilhører et forholdsvis lite geografisk område i Norge. Alle har også nær kjennskap til min veileder, som jeg også vurderer å være en eliteperson innen fagfeltet. Imidlertid er elitepersoner ofte vant til å bli spurt om sine meninger og tanker i følge Kvale og Brinkmann (2009). De sier videre at en intervjuer med god kjennskap til tema kan oppleves å være en interessant samtalepartner og være i stand til å oppnå en viss grad av symmetri i intervju relasjonen (Ibid).

Jeg tror min gode kjennskap til temaet gjorde at vi oppnådde en trygg atmosfære som gjorde dem frie i sine uttalelser. Det var også rom for sidesprang i intervjuet uten at intervjuer gikk inn å korrigerer det.

Jeg opplevde det å være krevende å utfordrende å være i stand til å følge opp interessant informasjon med oppfølgingsspørsmål, samtidig som jeg skulle være i stand til å vende tilbake til intervjuguiden. Innen fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming står også lyttingen sentralt (Kvale 2007). Det medførte at jeg som intervjuer også skulle lytte på en tolkende måte til det mangfoldet av muligheter for tolkning som utspant seg (Ibid). For meg var det avgjørende at jeg lyttet og ikke lukket tema for raskt. Stillheten som oppsto etter at intervjuobjektet hadde svart, førte også til ny kunnskap da intervjuobjektene etter flere sekunders stillhet gjentatte ganger uten videre instruksjoner tok ordet og reflekterte videre. Underveis og etter hvert intervju noterte jeg ned tanker og refleksjoner, samtidig som jeg forsøkte å beskrive kroppslige uttrykk som oppsto under intervjuet.

3.7 Transkribering

Jeg brukte en digital opptager av merket Olympus under intervjuene. Kvaliteten på opptager viste seg å ikke være den beste, noe som gjorde transkriberingsprosessen tidkrevende. Jeg valgte å referere så tett til det uttalte fra intervjuobjektene som mulig. Jeg transkriberte derfor også hvert ett mm, hmm og lignende. Dette er også i samsvar med fenomenologien hvor målet er å fange den mening informantene tillegger sine erfaringer (Langridge 2007). Etersom jeg kun brukte lydopptager går store deler av den nonverbale kommunikasjonen tapt. Imidlertid hadde jeg refleksjonsnotatene som ble skrevet etter hvert intervju som også beskrev kroppslige uttrykk, om enn ikke med samme detaljrikdom som ett video opptak ville gitt. Et utdrag av transkripsjonen fra første intervju er med som vedlegg (Vedlegg 5). All identifiserende informasjon er imidlertid fjernet og markert med (...).

Kvale (2007) advarer mot overdreven oppmerksomhet på transkripsjonen under analysearbeidet, da det kan redusere teksten til en samling av ord eller enkeltvis meninger. Jeg valgte derfor å lytte gjennom alle intervju flere ganger før jeg transkriberte. Underveis i lyttingen og under transkriberingene noterte jeg fortløpende mine refleksjoner og de ideer som opptok meg. Målet med dette var å skape en dialog mellom meg og materialet. Jeg vurderer dette også å være en del av analysearbeidet.

3.8 Validitet og reliabilitet

Min forståelse av en fenomenologisk/hermeneutisk forståelsesramme ser på forskningens troverdighet i lys av intervjuobjektene subjektive opplevelse og erfaringsverden, og hvordan jeg gjennom systematisk og metodisk forskningsarbeid evner å formidle det. Sett ut i fra en slik forståelse kan en si at det er en uklar grense for hva som kan sies å være kriterier for validitet⁴ og reliabilitet⁵ i slike forskningsarbeid.

Thagaard (2009) sier imidlertid at i forskning som baserer seg på et konstruktivistisk ståsted hvor de kvalitative data utvikles mellom forsker og informant er spørsmålet om repliserbarhet ikke relevant. Prinsippet om at en forsker oppfattes som uavhengig i forhold til informanten/e er ikke holdbar i de studier hvor mennesker forholder seg til hverandre (Ibid). En faktor som imidlertid styrker reliabiliteten er at flere forskere deltar i prosjektet (Ibid). I det henseende har det vært svært nyttig å ha en erfaren forsker som veileder. Jeg har i tillegg benyttet meg av en fast leser (med forskningsfaglig kompetanse) som har gitt nyttige innspill.

Kvale og Brinkmann (2009) hevder at forskningens validitet handler om mangfoldet i forskningsprosessen og alle sider i forhold til metodebeskrivelser og analyse. Jeg har derfor valgt å beskrive detaljert hvert skritt i forhold til metode og analysedelen. Det kunne også vært interessant å drøfte funnene fra forskningen med intervjuobjektene. Tidsrammen for oppgaven gjør imidlertid dette ikke mulig. Alle mine informanter har likevel pr. mail fått kopi av transkripsjonen og mulighet til å kommentere sine uttalelser (vedlegg 4). Imidlertid valgte ingen å benytte seg av den muligheten.

Med en fenomenologisk/hermeneutisk forståelsesramme tenker man at enhver betraktning av et fenomen skjer ut i fra en synsvinkel hvor man er farget av situasjonen man til en hver tid befinner seg i av kulturell bakgrunn, ens kunnskap, forventning og fordommer (Lægreid og Skorgen 2006). På denne måten kan en si at mine funn er formet av hvordan jeg skaper mening og at blant det jeg viser til av funn i forskningen, skjuler det seg også noe annet.

⁴ Validitet handler om gyldigheten av de tolkninger forskeren kommer frem til (Thagaard 1999).

⁵ Begrepet reliabilitet referer i utgangspunktet til spørsmålet om en annen forsker som anvende de samme metodene, vil komme frem til samme resultat/repliserbarhet (Thagaard 1999).

3.9 Analyse

Det er seks steg i IPA analysen slik den blir beskrevet av Dallos og Vetere (2005):

- 1) Lesing og re- lesing, med mål om å ”fange” det overordnede meningsinnholdet
- 2) Innledende analyse
- 3) Noter slutninger, reaksjoner til teksten, spesielt i forhold til eksisterende teori
- 4) Se etter sammenhenger mellom de fremtredende ”nøkkelutsagnene”
- 5) Kategorisering av ”nøkkelutsagn” og identifisering av hovedfunn
- 6) Sorter eventuelle undertema under hver hovedkategori og navngi funnene ut fra ”høyre marg” notatene

Jeg valgte Dallos og Veteres (2005) beskrivelser av analyseprosessen. Dette fordi Smith's (et al. 2009) analyseprosess la så store føringer for hva jeg skulle se etter at det opplevdes begrensende med tanke på å tydeliggjøre mine egne fortolkninger.

Steg 1: Lesing og re- Lesing

Som første steg av analysen leste og hørte jeg gjennom intervjuene i kronologisk rekkefølge. Jeg valgte å ta opp på lydbånd mine refleksjoner og hypoteser som dukket opp underveis i lesingen/lyttingen. Dette i den hensikt å kunne lese teksten uten at refleksjonene underveis skulle styre den ”frie” lesingen som innledende er ønskelig (Dallos og Vetere 2005).

Steg 2. Innledende analyse

Min erfaring var at teorier og reaksjoner til teksten fortløpende dukket opp samtidig som jeg jobbet med venstre side av transkripsjonene. Jeg valgte derfor å utføre steg to og tre av analyseprosessen parallelt, istedenfor som to adskilte prosesser, slik det blir beskrevet (Dallos og Vetere 2005; Smith et al. 2009).

Jeg lagde et oppsett på arket med tre kolonner. På venstre side (i margen) av transkripsjonene skrev jeg ”*nøkkelord/oppsummeringer i teksten slik det fremstår for informanten*”. Her var målet å trekke frem meningsstrukturer i teksten og identifisere funn (Ibid).

Steg 3. Noter slutninger, reaksjoner til teksten, spesielt i forhold til eksisterende teori

På høyre side av transkripsjonene ble mine egne refleksjoner og referanser til eksisterende teori skrevet på bakgrunn av de identifiserte ”nøkkelutsagnene” på venstre side av transkripsjonen (Dallos og Vetere 2005). Høyre side ble også til dels preget av en forsiktig tolkning og abstrahering av materialet.

Steg 4. Kronologisk nummerering av ”nøkkelutsagnene”

Jeg nummererte alle ”nøkkelutsagnene” kronologisk etter som de viste seg i teksten. Sidetallet ble også notert ved siden av for å gjøre det lettere på et senere tidspunkt finne tilbake til utsagnene i teksten. I tråd med IPA’s ideografiske forpliktelse ble hvert intervju analysert på denne måten (steg 1-4), før jeg gikk i gang med steg 5 (Smith et al. 2009).

Steg 5: Kategorisering av ”nøkkelutsagn” og identifisering av hovedfunn

Etter at steg 1-4 var gjennomført med alle intervjuene satt jeg igjen med 106 ”nøkkelutsagn”. De ble deretter klippet ut og lagt utover et bord, slik at jeg kunne flytte dem rundt for å lettere kunne se etter eventuelle sammenhenger (Dallos og Vetere 2005).

I dette arbeidet var også mine notater fra høyre marg viktige, da de presenterte refleksjoner som knyttet dem til eksisterende teori (Ibid). Jeg identifiserte i denne prosessen fire hovedfunn og to underpunkter.

Steg 6. Navngiving av hovedfunnene

Med utgangspunkt i mine fire hovedfunn brukte jeg ”høyre marg” notatene for å kunne navngi dem ved hjelp av deres kobling til eksisterende teori (Dallos og Vetere 2005). Jeg endte derfor med følgende kategorier og underpunkter:

- **Individuelle forhold som utgangspunkt for en lidelsesspesifikk behandling**
- **Kognitiv diagnosespesifikk eksternalisering**
- **Strategisk bruk av terapeutisk makt**
 - a) Strategisk applauderende
 - b) Terapeuten og klientens erfaringer, i stedet for den ”viktige andre”
- **Fra historie til nåtid og fremtid**

3.10 Å arbeide med egen forforståelse

Selv om jeg anser meg for å være faglig ”ikke troende”, kan det synes som om min forforståelse er synlig, allerede ved formuleringen av problemstilling. Problemstillingen impliserer at kognitiv terapi er premissleverandøren for oppgaven og derfor kan forstås å være den dominerende diskurs⁶ i problemstillingen. Imidlertid er kognitiv terapi eksplisitt uttrykt å være premissleverandøren i denne oppgaven (del 1.0 og 1.1), da kognitiv terapi er den metoden som best ivaretar ISO sertifiseringsprosessens krav til terapeutiske metoder (Helse Nord-Trøndelag 2009).

Som nyutdannet familieterapeut og med videreutdanning i kognitiv terapi får jeg ofte en opplevelse av å være på leting etter å min terapeutiske identitet. Dette gjør at jeg ofte blir bevisst hvordan de ulike terapeutiske retningene ”konkurrerer” om å være min dominerende faglige diskurs. Med en hermeneutisk forståelse er jeg klar over at jeg uansett ikke kommer utenom min egen forforståelse. Det var derfor spennende å oppleve hvordan intervjuobjektene flere ganger svarte på måter som var både overraskende og tankevekkende, og som ikke samsvarte med mine forventninger. På tross av at jeg hadde gjort et strategisk utvalg av intervjuobjekter svarte de også til dels svært forskjellig på de samme spørsmålene. Dette gjorde meg bevisst på å beholde den genuine nysgjerrigheten selv etter å ha gjennomført flere intervju.

3.11 Forskning på eget felt

Jeg er utdannet klinisk sosionom og familieterapeut, og har gjennom de siste seks år arbeidet med barn og unge i institusjonssammenheng og som familieterapeut i Barne og ungdomspsykiatrien (Bup). Jeg har i alle disse seks årene jobbet i en kontekst preget av flerfaglighet. Jeg har god kjennskap til både narrativ terapi og kognitiv terapi gjennom både klinisk praksis, utdanning og veiledning.

Jeg opplevde at min kjennskap til fagfeltet/ene var en stor fordel i den hensikt å forstå og tolke informantene mine. Det gjorde det også enklere å stille gode oppfølgingsspørsmål. Likevel er min forforståelse alltid til stede.

⁶ Diskurs kommer fra det latinske ordet *discursus* (å løpe fram og tilbake) og betyr tale, samtale eller drøftelse (Jensen og Ulleberg 2011). I denne sammenheng vil ordet brukes som en forklaring på ulike gruppers måte å forstå og omtale virkeligheten på (Ibid).

Fenomenologien anerkjenner imidlertid intervjuers subjektive opplevelse, og forskerens refleksjoner over egne erfaringer kan dermed danne utgangspunkt for forskningen (Thagaard 2009).

Hermeneutikken er i det henseende opptatt av å ta innover seg en todelt oppgave, hvor den på den ene siden gjelder å ta innover seg tekstens historiske og kulturelle fremmedhet og være lydhør for den fremmede talens annerledeshet. På den andre siden gjelder det å være seg bevisst at vi alltid går til tekster med ulike forventninger, fordommer og forutinntatthet (Læg Reid og Skorgen 2006). Det er imidlertid en stor utfordring når jeg føler at intervjuobjektene overbevisning gjør at jeg tilslutter meg deres forståelse. Som forsker er det et mål å kunne veksle mellom posisjonene ”nærhet og avstand” til feltet og materialet som foreligger (Repstad 1998).

Imidlertid ser jeg ikke dette som et stort problem da jeg ikke anser meg som ”terapeutisk troende”. Med det mener jeg i den forstand at jeg har et fleksibelt forhold til hva som er ”riktig” metode. Intervjuguiden er også i slikt henseende nyttig da den hjelper meg til å holde ”avstand” om ”nærheten” til intervjuobjektene meninger blir påtagelig.

3.12 Etiske hensyn

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

Som tidligere nevnt er alle mine informanter fra et forholdsvis lite geografisk område. Det fører til noen etiske utfordringer i forhold til deres anonymitet. Mine informanter kan også i stor grad sies å tilhøre samme nettverk, da de er valgt etter strategiske kriterier. Hvorvidt dette også muliggjør at mine informanter, eller andre interesserte kan identifisere hverandre/dem er et betimelig spørsmål.

Imidlertid er alle mine informanter i stor grad vant til å presentere sine faglige erfaringer i forskning og undervisningsøyemed. Jeg har derfor tillit til at deres personlige integritet er ivaretatt, selv om de skulle kunne bli identifisert. Materialet er likevel 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 1).

4 Presentasjon av funn

I dette kapitlet vil jeg presentere funnene som jeg identifiserte ved hjelp av IPA. Presentasjonen av funnene og underpunktene vil danne grunnlaget for dette kapitlet, hvor hvert funn og underpunkt 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 (...). De steder hvor materiale har blitt lagt til er det presentert innenfor hakeparenteser []. Stiplede linjer på begynnelsen eller slutten av et ekstrakt indikerer at personen snakket før eller etter ekstraktet. All identifiserende informasjon har blitt fjernet eller endret. Ordet *han* brukes som et kjønnsnøytralt pronomen gjennom hele fremstillingen.

Problemstillingen som guidet meg i min IPA var: *Hvilke muligheter og begrensninger gir kognitive terapeuters praksis med hensyn til integrering av narrative samtalepraksiser?* Jeg vil understreke at de presenterte funnene og underpunktene kun er et begrenset utvalg knyttet til min undersøkelse. De dekker heller ikke alle aspekter av informantenes opplevelser og erfaringer vedrørende overnevnte tema. Det er en subjektiv tolkning gjort av forsker, og andre forskere ville kanskje fokusert på andre aspekter ved intervjuene. Selv om overnevnte funn var felles for de fem informantene, var det også områder av divergens og forskjeller, hvorav noen av disse også er kommentert.

4.1 Individuelle forhold som utgangspunkt for en lidelsesspesifikk behandling

Et gjentakende tema hos alle mine informanter er deres fokus på klientenes individuelle forhold som arv og genetikk, for å kunne tilby en lidelsesspesifikk behandling. I kognitiv terapi beskrives kasusformuleringen å være sentral i en slik kartlegging (Beck 2009). Basert på rådatamaterialet synes det å være en utbredt forståelse blant mine informanter at slike faktorer må være kartlagt for å tilby adekvat behandling. Som en av informantene sier: *"hvis vi kjøre samme terapien på alt tru itj æ vi kjæm fram."* (Informant nr 3, 29.05.11, linje nr 328)

En annen informant forklarer det slik:

"det e faktisk noen individualfaktorer som er viktig å ha med seg i forhold til å forstå muligheter og begrensninger for individet i samspill med omgivelsene sine." (Informant nr 5, 26.08.11, linje nr 52)

Basert på informantens beskrivelse kan det implisitt ligge en kritikk mot at narrativ terapi ikke ivaretar fokuset på individets begrensninger i form av dets genetikk.

En informant bekrefter dette:

”sånn basal utviklingspsykologisk kunnskap, det har det ikke vært så veldig mye interesse for [innen narrativ terapies fagfelt].” (Informant nr 5, 26.08.11, linje nr 425)

Informantenes fokus på individuelle faktorer bekreftes også av en annen informant:

”i kognitiv terapi så tenke æ at dem, at dem sei at menneske e født med en del, temperamentsmessige disposisjoner, (...) som e med å påvirker måten vi bli møtt på av omverden.” (Informant nr 2, 29.03.11, linje nr 22 og 24)

En annen informant beskriver interaksjonen mellom genetikk, arv og miljø:

”(...) æ trekke kanskje meir inn arv, i biten av det, tross alt så e hjernen, på en måte bygd ut te en viss grad, nervesystem og alt ved barns fødsel, og det e ikke bare det som skjer i rundt som skape meininga te barnet, men barn og unge skape meininga gjennom også det systemet dem har med sæ inn, så det e en fit da, mellom arv og gena og det systemet som e rundt dem.” Informant nr 4, 15.06.11, linje nr 15)

Selv om overnevnte utsagn bekrefter et stort fokus på individets muligheter og begrensninger så vurderer informanten også klientens oppvekstmiljø å være av avgjørende betydning. En annen informant bekrefter dette og nevner i den anledning historie metaforen:

”(...) æ trur jo litt på individet å æ da, æ trur faktisk at det skapes meining i hver enkeltts hode, åsså, men det bli jo ingen meining utan at man e i samhandling med andre, slik at andre bita i det her, å at historian, den forandres jo tenke æ, hver gang folk prate om ting forandres historien, fer det e itj nå, det e itj nå som e stabilt å rigid i en historie (...)” (Informant nr 3, 29.05.11, linje nr 56)

En annen av informantene opplever imidlertid ikke historiemetaforen å være en god måte å beskrive meningsskapelse på:

”(...) æ vil nok my heller kall det erfaringsgrunnlag, enn historia, de erfaringan barn og unge har med sæ som danne konstruksjona [skaper mening av verden], og de konstruksjonan e danna mellom genetikk og miljø (...).” (Informant nr 4, 15.06.11, linje nr 17)

Kognitiv terapi fokus på forskningsbasert kunnskap og negative automatiske tanker blir også benevnt av en informant i forbindelse med hvordan individuelle faktorer og påvirker meningsskapelsen:

”det e jo godt dokumentert tenke æ i kognitiv terapi, særlig knytta te, egentlig alle typa lidelsa, men, særlig ved angstlidelsa så sjer man jo en selektiv oppmerksomhet for trussel, saint, ting, det man e redd for, en person med sosial angst, har en selektiv oppmerksomhet knytta i rundt, te det her med sosial fare og sjer tegn på det.” (Informant nr 2, 29.03.11, linje nr 62)

Dette utsagnet forstår jeg som et uttrykk for at kunnskapen om klientens individuelle forhold forventes å representere en form for sannhet om individet. I overnevnte eksempel forstår jeg angstlidelse å være en slik sannhet, med de dertil tilhørende symptomer (som for eksempel selektiv oppmerksomhet). Intervjuobjektene ble i den anledning spurt ut i fra narrativ terapi forståelse av at det ikke eksisterer noen objektiv sannhet (White 1995).

En informant forteller:

”sånn som æ har oppfatta kognitiv terapi så sei dem at det finnes en objektiv sannhet, men at den e vanskelig å ha tilgang på fordi æ har mine skjema og mine erfaringa e alltid med å legg ramma for fortolkning. Sånn at det æ oppfatte at den tingen e, eller den situasjonen e, e ikke det som faktisk foregår der ute, men en kombinasjon av det som skjer og det som æ har opplevd tidliar har skjedd i lignandes situasjona.” (Informant nr 2, 29.03.11, linje nr 118)

En annen informant presiserer: *”det kan jo itj seies å vær en objektiv sannhet, men det e en slags konsensuell sannhet.” (Informant nr 1, 24.03.11, linje nr 227)* Konsensuell forstår jeg i denne sammenhengen å bety ”samskapende” jmf. ordet konsensus som betyr enighet, samstemmighet (Kunnskapsforlaget 2008).

Informanten forteller videre:

”så æ tenke at det finnes en del ting som har en slags mellom funksjon, asså, som e sannheta ferdi vi e borti enig om at det e sånn.” (Informant nr 1, 24.03.11, linje nr 211)

I den anledning sier en annen informant: *"(...) så sannhet e på en måte det vi sammen sjer". (...). (Informant nr 2, 29.03.11, linje nr 128)*. Dette utsagnet opplever jeg å være noe i motsetning til flere av de andre informantenes uttalelser som beskriver kognitiv terapi å være både lidelsesspesifikk og *ledende* i de tilfeller hvor klienten gjør andre "veivalg". På bakgrunn av dette synes det å være et ønske om en samarbeidende terapi, mens terapeuten i realiteten kan definere terapiens retning.

En annen informant referer i den anledning til en bekjents uttalelser om narrativ terapi:

"fikk en assosiasjon til en eller annen som var litt oppgitt over narrativ terapi; hvis du har et barn med autisme sier han, så må du faktisk forholde deg til det, og ikke bare tilrettelegge for den gode samtalen, for at dette barnet skal ha det bedre. Sånn at det er noen begrensninger hos enkelte individer som en bare må forholde seg til. Det er noe som ikke bare er konstruert på en måte." (Informant nr 5, 26.08.11, linje nr 110)

Jeg opplever overnevnte utsagn å beskrive en "gråson". På den ene siden ser informantene menneskets atferd som et resultat av uhensiktmessige tankemønstre, men anerkjenner samtidig individets begrensninger basert på individuelle forhold.

En informant beskriver i den anledning målet med kognitiv terapi slik:

"jobben i kognitiv terapi går jo på nettopp det å, asså i hvert fall i tradisjonell kognitiv terapi går nettopp på det, utforder den, den sammensatte virkelighetsforståelsen for å kall det det da, å få klienten te å sjå at det ikke nødvendigvis e sånn, at det finnes ei side som man ikke oppfatte." (Informant nr 2, 29.03.11, linje nr 120)

I denne konteksten forstår jeg ordet *sannhet* og *virkelighetsforståelse* å ha samme betydning. I overnevnte utsagn beskriver informanten at klientens forestilling om hva som er en sannhet ikke nødvendigvis er en objektiv sannhet, og at når klientens virkelighetsforståelse skaper vansker for vedkommende er det terapeutens oppgave å utfordre dens virkelighetsforståelse/sannhetsbegrep.

Flere informanter bekrefter en slik tankegang:

"andre folk kan opplev situasjonen på en annen måte, å da vesst flesteparten oppfatte den der situasjonen på en annen måte, så kan det skap ett problem for dæ." (Informant nr 4, 15.06.11, linje nr 333)

"[men] det e itj min rolle å prøv å få vedkommende te å aksepter en annen konsensuell sannhet". [Men] det kan vær hensiktmessig å hjelpe vedkommende å sjå at den kollisjonen der, kan medfør (...) problema for vedkommende [når klienten tolker verden/"sannheten" annerledes enn flertallet]." (Informant nr 1, 24.03.11, linje nr 251 og 253)

Basert på overnevnte utsagn er det nærliggende å tenke at terapeuten ikke vurderer det å være sin oppgave å definere hva som vil være riktig handlingsmønster for klienten, men i stedet hjelpe klienten til å velge mellom flere ulike handlinger. En annen informant bekrefter dette: *"æ e mer og mer sikker på at det (...) hjelpe itj folk om æ e eksperten, (...) eksperten sitt på ainner sida."* (Informant nr 3, 29.05.11, linje nr 186)

4.1.1 Oppsummering:

Alle mine informanter gir uttrykk for at kartlegging (kasusformuleringen) av individets genetiske disposisjoner og sårbarhet er av avgjørende betydning for behandlingen. Det er derfor nærliggende å forstå at resultatet av kasusformuleringen (eventuelt diagnoser) representerer en form for "sannhet"/virkelighetsforståelse som dermed legger føringer for behandlingen som tilbys. Flere av informantene beskriver også at hensikten med kognitiv terapi er å utfordre klientens virkelighetsforståelse. I den anledning synes det noe uklart hvordan kognitive terapeuter forholder seg til klientens vansker når vedkommendes virkelighetsforståelse er "riktig", men vanskene likevel er til stede.

4.2 Kognitiv diagnosespesifikk eksternalisering

Eksternalisering blir nevnt gjentatte ganger i rådatamaterialet. Litteratur om kognitiv terapi beskriver også eksternalisering som metode for å skape avstand til problemet og en god samarbeidsallianse (Mørch og Rosenberg 2005; Berge og Repål 2008; Beck 2009). Imidlertid gir de kognitive terapeutene (informantene) tildels ulike beskrivelser av hvordan de benytter det i terapi.

En informant uttrykker det slik:

”på en måte så tru æ at det gir dem mer kontroll, gjennom at du eksternalisere, at du greie å plasser vanskan utenom dæm sjøl, å at herre her e gjennom dæmmers handlinga, så greie dem å få kontroll å sjer at æ bli kanskje sjett my meir av andre persona gjennom det æ gjør, enn ka æ tenke i hodet mitt. Å det tru æ e nåkka av det grunnleggende innafor kognitiv, itj saint, å, å still spørsmål ved tankan din. Å at læll om vi tenke sånn, så trøng itj det å vær sånn, å at følk ikke dømme oss ut i fra tankan vårres, dem ane itj ka tankan vårres e, men dem dømme oss ut i fra ka vi gjør og ka vi sei.” (Informant nr 1, 15.06.11, linje nr 125, 127 og 129)

Overnevnte utsagn beskriver et mål om å lage et ”skille” mellom individet og dets tanker. En annen informant beskriver imidlertid at målet med eksternalisering er å skille mellom individets tenkning og vedkommendes atferd:

”så det e en form for eksternalisering da, å forstå, få dem te å forstå, det e din måte å kanskje reager på, atferden din, det e ikke tenkninga de, men det e det du gjør.” (Informant nr 4, 15.06.11, linje nr 105)

Basert på kognitiv terapies fokus på at individets tanker er utløser for individets valg av atferd synes dette utsagnet å være noe i motsetning til grunnpremissene i kognitiv terapi (Berge og Repål 2010). En annen informant beskriver i den anledning: *”vesst du greie på en måte å eksternaliser det, beskriv det ned i atferd, så det bli meir konkret, da e det lettare å gjør nå.” (Informant nr 4, 15.06.11, linje nr 113)*

Flere av informantene gjør også et skille mellom hvilke klienter som vil nyttiggjøre seg eksternalisering. En informant sier: *”en person som e deprimert, vil opplev de symptomane som en har under en depresjon som nåkka fremmed for sæ sjøl.” (Informant nr 1, 24.03.11, linje nr 114)*

En annen informant forteller:

”det er viktig å bruke en sånn tenkning i forhold til foreldre med ad/hd barn for eksempel, slik at de ikke ser, ikke tilskriver barns handlinger, sluberegning, ondskap eller sånne ting. Asså at det e noe som e med å begrense barnet, asså det er ikke villet, og det er uforskyldt på en måte. Sånn at det blir viktig å ikke se barnet som en sum av uarte atferd.” (Informant nr 5, 26.08.11, linje nr 78)

Basert på overnevntes utsagn synes det i forhold til depresjon ikke å være nødvendig å eksternalisere problemet, da klienten allerede ser problemet som noe utenfor seg selv. Informant 5 sitt utsagn bekreftes også av en informant 1 som sier:

”æ tenke det e stor forskjell mellom forskjellige typa lidelsa, kor lett det e å skap distanse imellom, (...) ka vi ska kall det, symptoma og personen.” (Informant nr 1, 24.03.11, linje nr 112)

En annen informant uttrykker også et skille mellom hvorvidt metoden benyttes på barn eller voksne:

”ikke en dominerende del av arbeidet med voksne. Da går det mer på å prøv å lær opp, den voksne te koffer bli det, asså ka e det som gjør at oppmerksomheten din styres mot akkurat det [negative automatiske tanker], uten å tingliggjør.” (Informant nr 2, 29.03.11, linje nr 98)

Basert på dette utsagnet synes det å være et skille hvor klientenes kognitive utvikling er av avgjørende betydning for om eksternalisering skal benyttes.

4.2.1 Oppsummering:

Det er et tydelig uttalt mål blant informantene å legge til rette for å skape ett skille mellom individ og problem. Dette synes å være i den hensikt å skape distanse mellom individets tanke som implisitt her beskrives å være ”i” klienten” og atferden som noe ”utenfor”. Basert på de ulike beskrivelsene til informantene synes det imidlertid å være et noe uklart skille om det er klientens *atferd* eller *tanke* som skal eksternaliseres.

Basert på informantenes utsagn og kognitiv terapies teoretiske grunnlag synes det å være en forutsetning med en grundig kasusformulering forut for terapien for å vurdere hvorvidt eksternalisering vil være hensiktsmessig/kontraindisert. Eksternalisering synes i den sammenheng å være en metode som informantene bruker strategisk i den hensikt å ”komme i posisjon” for å arbeide med problemet, i stedet for en genuin forståelse av problemer som ”påført” mennesket.

4.3 Strategisk bruk av terapeutisk makt

Alle mine informanter beskriver et reflektert forhold til maktbegrepet i terapi. Imidlertid beskrives det ikke å være et mål å begrense den makten som ligger naturlig i en behandlingskontekst. Informantene beskriver i stedet ulike måter å forholde seg til den på som kan brukes strategisk i terapi. Noen av informantene uttrykte det slik:

”æ tru itj det finnes nånn terapeutiske grep eller teknikka man kan gjør for å ta bort den opplevelsen [av terapeutens makt] for dem som kjem, te samtala å går i behandling [å] æ sjer itj det som nå mål å prøv å ta bort det aspektet.” (Informant nr 1, 24.03.11, linje nr 272)

”det e måten vi formidle, bruke makta på som bli så avgjørende (...) æ tenke at når æ kjæm inn som kognitiv terapeut så e æ kanskje mer ekspert, mer tydelig på at det herre her har æ en ide om kossn vi kan jobb med.” (Informant nr 3, 29.05.11, linje nr 224)

En informant forklarer dette med:

”at en i pasientens øyne e en maktfigur, og kan fremstå som, aksepterende, empatisk, innstilt på å forstå og har respekt for den en prate med, kan ha stor terapeutisk nytte for pasienten.” (Informant nr 1, 24.03.11, linje nr 284)

Informanten beskriver deretter hvordan det ulike maktforholdet kan brukes strategisk:

”at en pasient oppleve at en kan, vær åpen, [å] kan sei imot en person han oppleve som en autoritetsfigur, tru æ kan, vær veldig nyttig.” (Informant nr 1, 24.03.11, linje nr 284)

Overnevnte utsagn er imidlertid noe i motsetning til utsagnet fra en annen informant som beskrev klienten å være ”eksperten”. En annen informant sier vedrørende maktperspektivet:

”æ kan velge å vær mer eller mindre styrende i forhold te, vess æ kjenne at herre personen her klare faktisk ganske godt å finn ut herre ganske godt sjøl.” (Informant 3, 29.05.11, linje nr 547)

” [men] d e ekspertisen vårres å vit, vesst vi berre sei at nei, det ska pasientan finn ut sjøl så tenke æ at det kan dem sikkert gjør i løpet av nånn tima, men æ tru at det tar uforholdsmessig lang tid.” (Informant nr 3, 29.05.11, linje nr 508)

Overnevnte utsagn forstår jeg som at det er terapeuten som definerer hva som er ”riktig retning” for klienten. Jeg tolker dette utsagnet også å være en bekreftelse av mine intervjuobjekters forhold til strategisk bruk av maktperspektivet og terapeuten som en tydelig ekspert. Dette bekreftes også av den ene intervjuobjektet som sier:

”(...) kognitiv terapi inntar en mer dirigerende og strukturerende funksjon enn man har i narrativ terapi, man e mer målretta, mer problemretta, man leter etter bestemte ting (...).” (Informant nr 2, 29.03.11, linje nr 174)

4.3.1 Oppsummering:

Informantens beskrivelser av det jeg oppfatter å være strategisk bruk av makt, forstår jeg som et uttrykk for at informantene oppfatter den kognitive terapeut å være ”eksperten” i behandlingskonteksten. Om ikke en oppfattelsen av terapeuten som ”ekspert” deles av klienten vil det heller ikke være noen autoritetsperson å ”utfordre”. Jeg opplever det imidlertid å være noe uklart basert på informantenes utsagn i hvor stor grad de vurderer klienten å være ”med ekspert”.

4.3.2 Strategisk applauderende

Michael White beskriver inngående sitt forhold til bruk av applaus, ros og normaliserende bedømmelser i terapi (2007). Mine informanters beskrivelser i forhold til dette tema gjør at jeg velger å se det i sammenheng med maktperspektivet.

En informant beskriver det slik:

”(...) æ tenke kognitiv terapi absolutt ikke e nå normaliserende eller bedømmende, men vi prøve å normaliser, å fortel det vi veit i fra forskning, at det e så og så mang som slit med for eksempel angst.” (Informant nr 4, 15.06.11, linje nr 217)

En annen informant beskriver det slik:

”æ tenke kognitiv terapi e opptatt, nettopp av å gi ros, av å gi, på en måte belønne det vi tenke e, e riktig eller god, eller viktig atferd å tanka. Belønne det man anser som positiv atferd, for på en måte å gjenskap den atferd (...). Så æ tenke det kan vær en intervensjon at terapeuten rose og gir positive tilbakemeldinger til klienten.” (Informant nr 2, 29.03.11, linje nr 146 og 149)

Jeg forstår ordet ”vi” i denne sammenheng å bety terapeuten. Implisitt sier vedkommende dermed at det er terapeuten som avgjør hvorvidt atferden er riktig. En annen informant bekrefter dette men utdyper det ytterligere:

”æ vil nok ikke rose på at du e flink på ka du gjor, men heller på kor flott at du gjor de erfaringan kor flott at du prøve (...), [æ] vil nok my heller utforsk de ulike erfaringan (...) å sagt at, hva ville vært positivt, hva ville vært negativt, hva ville en anna person tolka, e d nånn som kunna sagt at herre var bra, så æ e my meir utforskende.” (Informant nr 4, 15.06.11, linje nr 185, 191 og 193)

Flere av informantene bekreftet et slikt skille mellom å rose på erfaring fremfor resultat. En informant ser det også i sammenheng med klientens symptomer/ lidelse:

”det med å gi applaus å ros å sånt nå, det ser æ av og te som veldig nøttig, ikke bestandig, men av og te, men det er avhengig av pasientens problematikk. Så (...) strategisk bruk av ros, kan vær terapeutisk tru æ.” (Informant nr 1, 24.03.11, linje nr 296, 298 og 302)

Overnevnte uttalelser bekrefter også mine tidligere betraktninger om at de kognitive terapeutene baserer mye av sin terapeutiske innfallsvinkel på kasusformuleringen. Behandlingen vil derfor etterstrebe å være diagnosespesifikk. Dette kan også illustreres gjennom en av mine informanternes utsagn:

”i kognitiv restruktureringsarbeid er man kanskje mer forsiktig med å vær sånn evaluerende eller bedømmende. Nettopp fordi at vi ønsker å la klienten sjøl få finn ut ka som e rett for dem.” (Informant nr 2, 29.03.11, linje nr 154)

Imidlertid opplever jeg også dette utsagnet å ikke være i konsensus med tidligere uttalelser som beskriver det å være klientens oppgave å ”velge vei”. Jeg forstår dette slik at terapeuten vurderer ut i fra klientens ”veivalg” hvorvidt valget er hensiktsmessig. Terapeuten kan deretter lede klienten på ”riktig vei” gjennom veiledet oppdagelse (Berge og Repål 2010). Dette bekreftes også gjennom flere utsagn:

”en har en tanke om kor en vil, men ikke på ka du tenke eller ka du føle eller nå sånn, det e det du som må bring inn i rommet, men æ har nå tanka om kordan de her opplevelsan heng sammen og dermed om kordan man kan utforder det for at du ska sjå at det kan vær annerledes.” (Informant nr 2, 29.03.11, linje nr 178)

”kognitiv terapi inntar en (...) mer dirigerende og strukturerende funksjon enn man har i narrativ terapi, man e mer målretta, mer problemretta, man leter etter bestemte ting.” (Informant nr 2, 29.03.11, linje nr 174)

4.3.3 Oppsummering:

Alle informantene gir et reflektert inntrykk av hvordan de forholder seg til terapeutisk applaus og ros. De gir også tydelig uttrykk for betydningen av å rose på atferd/erfaring og ikke resultat. Samtidig beskriver informantene at applaus og ros kan være et strategisk virkemiddel for å forsterke ønsket atferd.

4.3.4 Terapeuten og klientens erfaringer, i stedet for den ”viktige andre”

Mine informanter beskriver i all hovedsak at det er viktigere at klientens gjør nye erfaringer selv, enn at en ny foretrukket fortelling blir bevitnet av ”viktige andre”. Bevitning er et sentralt begrep innen narrativ terapi og White (2007) sier at dersom en ny foretrukket fortelling skal anerkjennes av klienten, må den bevitnes og bekreftes av viktige andre. Mine informanter beskriver imidlertid terapeuten som en av de viktigste i en slik prosess. Jeg velger derfor å se også dette temaet i sammenheng med maktperspektivet. En informant beskriver sin forståelse av narrativ terapibevitning på denne måten:

”det har nok sekkert en effekt (...), men ikke så veldig stor effekt, æ tenke mykji mykji sterkar effekt, ikke hva andre uttale hva dem sei, men om klienten, pasienten, bruke høste nye erfaringa.” (Informant nr 4, 15.06.11, linje nr 353)

Informanten vektlegger individets individuelle prosesser å være den arenaen hvor det er størst muligheter for å skape endring. Jeg opplever også terapeuten i denne sammenhengen å vurdere seg selv, sammen med klienten som en sterkere endringsagent enn ’viktige andre’.

En annen informant bekrefter dette og benevner samtidig en lidelsesspesifikk tilnærming til tema:

”fer (...) [noen] pasienta så, tenke æ at det kan vær mindre nøttig å få tilbakemelding (fra) verden omkring, om ka dem syns (...), ferdi at de negative tankan dem har om sæ sjøl spring så my ut av demmers egen tenkning at det har itj så my å sei ka andre syns.” (Informant nr 1, 24.03.11, linje nr 478 og 480)

Flere av informantene beskriver det å være mye viktigere å legge til rette for at klienten selv gjør seg nye erfaringer og dermed positive opplevelser gjennom eksponering:

”(...) i kognitiv terapi e man mer opptatt av å få pasienten til å opplev det sjøl gjennom eksperimenta å handlinga, å eksponering for situasjona der man får korrigerende erfaringa , sånn at i stedet for at du trekke en person inn i rommet... så går du ut i verden å lage nånn situasjona der pasienten ska utforder den antagelsen sin å sjå om det man trur vil skje som en konsekvens av tanken... ikke skjer. Sånn at det e mer korrigerende erfaringa gjennom atferdseksperimentet som e måten man ønske å forsterk eller understrek en endring i leveregel.” (Informant nr 2, 29.03.11, linje nr 244)

”vi innføre jo såkalte andre som ska gjør et atferdseksperiment på dæ... men det treng itj nødvendigvis vær viktige andre. Uavhengig av om dem e viktig eller ikke kan du vær med gjennom din atferd å bestem hvordan andre folk skal oppfør sæ te dæ”. Så de erfaringan tru æ e de ailler viktigste, ikke så nøye om dem e de viktige andre eller ikke.” (Informant nr 4, 15.06.11, linje nr 365 og 367)

En informant beskriver i den anledning atferdseksperimentet å være en form for bevitning: *”det e jo en slag bevitning, men det skjer itj i rommet da (...).” (Informant nr 3, 29.05.11, linje nr 410)* Flere av mine informanter nevner atferdseksperimentet å være en god måte å arbeide med å endre klientens leveregler. I den anledning blir atferdseksperimentet blant annet utført som ”hjemmelekse” mellom timene.

Samtidig som informantene beskriver nytten av at klienten ”høster” nye erfaringer ute i verden, beskrives også terapeuten som en viktig deltager i en eventuell bevitningsprosess. Den ene informanten beskriver i den anledning hvordan man gjennom sin spørsmålsstilling kan legge til rette for bevitning fra terapeuten: *”æ kan jo legg te rette for at pasienten te slutt spør mæ, om æ like pasienten.” (Informant nr 1, 24.03.11, linje nr 460)*

Dette utsagnet forstår jeg som et uttrykk for at informanten opplever seg i kraft av sin terapeutrolle å være en person som kan ha bidra til å gi positive betydningsfulle tilbakemeldinger til klienten i en eventuell bevitningsprosess.

Dette blir ytterligere bekreftet gjennom en annen av informantenes utsagn:

”(...) dette her med ytre bekreftelser i form av, terapeutiske medier som diplomer, sånne ting bruker jeg mye da.” (Informant nr 5, 26.08.11, linje nr 302)

Jeg forstår dette også som et uttrykk for at terapeuten gjennom sin rolle som ”ekspert” kan belønne ønsket atferd, og dermed implisitt også unngå å gi applaus, ros i de tilfeller hvor klienten gjør andre ”veivalg” enn de terapeuten mener er hensiktsmessig, basert på klientens vansker.

4.3.5 Oppsummering:

Informantene beskriver en form for bevitning å skje gjennom atferdseksperimentet. Informantene beskriver det som et mål at klienten ”høster” nye erfaringer og derfor ”går ut i verden” og tester ut sine hypoteser. Klientens oppfattelse av omverdenens tilbakemeldinger vil dermed være utgangspunkt for en kognitiv restruktureringsprosess.

4.4 Fra historie til nåtid og fremtid

Alle mine informanter beskriver å ha lite fokus på klientens historie. Noen av informantene beskriver i stedet klientens historie å være noe som begrenser terapeuten handlingsrom. Alle informantene beskriver i stedet et fokus på her-og-nå-situasjonen og mulighetene som ligger i klientens fremtid.

En informant uttrykker det slik:

”(...) æ tenke at herre e nåkka av kjerneelementet i kognitiv terapi, ikke det at vi leite etter alternative historia i demmers egne liv, men vi leite etter alternative tolkninga, anna måta å forstå situasjonen på, å det treng itj å vær demmers egne erfaringa, men det kan å vær andre erfaringa, som andre har gjort. Kan andre folk ha forstått den her situasjonen på en annan måte enn det du gjør, sånn at dem ikke bare bli nedfelt i ei historie.” (informant nr 4, 15.06.11, linje nr 235)

Informanten beskriver videre hva som kan være en av farene ved å bruke klientens historie:

”vi kan jo gå i den fella at vi ikke finn den historia da, å du kan finn ei historie, men så har man nitti andre historia som e med å bekreft sin historie, å nånn gang e dem så innfiltra i sitt, at dem itj klare å sjå det.” (Informant nr 4, 15.06.11, linje nr 247, 249, 251 og 253)

Informanten utdyper:

”La oss si barnevernsbarn da, som har opplevd nesten bare negative, dem har itj nå andre historia å kom med dem. Så vess vi bygge vår terapeutiske tilnærming på at dem har hatt ainna, å vi prøve å leit fram dem, men så e det itj nånn der, eller dem e utilgjengelig. Derfor prøve vi å få dem i en sånn tankemodus, at vesst det hadd vært sånn, sei itj at det har vært sånn, men vesst det hadd vært sånn, at du hadd di erfaringan, korless kunne verden ha vært da.” (Informant nr 4, 15.06.11, linje nr 263, 265 og 267)

Informanten gjør også et skille avhengig av alder hvordan man vil arbeide terapeutisk:

”barn, unge høste sine erfaringa mykji mykji meir gjennom at dem prøve ut ting, for derav å gjør refleksjona, etterpå, enn bare, tenke om ting, å snakke om, snakke rundt det. Det e mykji mykji viktigar, særlig te barn og unge at vi greie å skap gode erfaringa, nye erfaringa, fram i tid, enn om at en snakke om alt det gamle historian.” (Informant nr 4, 15.06.11, linje nr 375 og 377)

Informanten beskriver deretter hva han opplever gir større muligheter:

”ut i fra terapeutens ståsted så skape det kanskje større muligheta da, fra å finn unntakan te å finn alternativ, [æ] vil [derfor] ha mer fokus på mulighetan framover enn å jobb med historien.” (Informant nr 4, 15.06.11, linje nr 276)

Mine informanter beskriver klientens historie i hovedsak å være interessant i sammenheng med kasusformuleringen. En uttrykker det slik:

”(...) det bli mer en sånn, kartlegging av sykehistorie egentlig enn av personhistorien ikring det, historien brukes som utgangspunkt for å finne utløser, ikke en alternativ [eller]foretrukket historie.” (Informant nr 1, 24.03.11, linje nr 364)

En annen bekrefter dette og synliggjør samtidig fokus på nåtid og fremtid:

”[vi] hente inn opplysninga fra fortida for å forstå hvorfor tanken er der, for å gi pasienten en forståelse av sammenhengene, men det e her og nå perspektivet og framover som e fokus.” (Informant nr 2, 29.03.11, linje nr 231 og 234)

Dette perspektivet støttes av alle informantene og det er tydelig konsensus om hvor de legger ”trykket”. Jeg forstår dette også som et uttrykk for at man kun i begrenset grad bruker klientens egne erfaringer/ livshistorie som referanseramme.

Begrepet diagnosespesifikk/ lidelsesspesifikk behandling er også her sentralt hos flere av informantene:

”[vi] bruke historia te pasienta tedels i kognitiv terapi åsså, litt avhengig av ka slags type plaga vedkommende har. Hos pasienta som har enkle symptomlidelsa vil historia vær minder viktig”. ”Hovedfokus vil vær på her og nå situasjonen.” (Informant nr 1, 24.03.11, linje nr 348 og 350)

Disse utsagnene forstår jeg som at informantene er bevisst hvilken retning (veivalg) de tar i terapien, og begrunner valgene ut fra tanken om større endringspotensiale. Jeg forstår det samtidig som dette valget tas av terapeuten, på vegne av klienten.

4.4.1 Oppsummering:

Informantene gi uttrykk for et tydelig konsensus om at ”trykket” legges på ”her og nå” situasjonen og klientens muligheter til å endre fremtiden, gjennom en terapeutisk behandling som synliggjør et spredt spekter av ulike alternative fortolkninger og handlingsmåter. Det blir også hevdet at en slik tilnærming gir klienten større valgmuligheter, enn om fokuset er klientens levde liv og eventuelle unntaks historier.

5 Diskusjon, implikasjoner og mulige svakheter ved studien

Målet med denne studien var å få en forståelse av kognitive terapeuters refleksjoner vedrørende narrativ praksis. Bakgrunnen for dette var at Sykehuset Levanger er i gang med en omorganisering av virksomheten som et ledd i å bli ISO sertifisert (International Organisation of Standardisation) (Helse Nord-Trøndelag 2009). I den anledning er det et mål at sykehusets ulike virksomheter i størst mulig grad skal ha standardiserte behandlingsforløp. Kognitiv terapi tilfredsstillende i stor grad ISO kravene. Jeg var derfor interessert i å undersøke hvorvidt samtalepraksiser fra den narrative tilnærmingen kunne integreres i en kognitiv tilnærming. Dette ble utført gjennom å analysere fem semi-strukturerte intervjuer ved å bruke en interpretative fenomenologisk analyse (IPA). Den overordnede problemstillingen var: *Hvilke muligheter og begrensninger gir kognitive terapeuters praksis med hensyn til integrering av narrative samtalepraksiser?* Forskningsspørsmålet var: *Hvordan forholder kognitive terapeuter seg til narrative samtalepraksiser?*

I diskusjonsdelen vil jeg ta utgangspunkt i de fire hovedfunnene og underpunktene fra forrige kapittel. Underpunktene er representert under funn nr. 3 om makt. Funnene er sentrale med tanke på å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålet, og er som følger:

- 1) Det første funnet handler om individuelle forhold som utgangspunkt for en lidelsesspesifikk behandling
- 2) Det andre funnet handler om kognitiv og narrativ terapibruk av eksternalisering.
- 3) Det tredje funnet omhandler terapeutisk makt, med underpunktene: a) strategisk applauderende og b) terapeuten og klientens erfaringer i stedet for den ”viktige andre”
- 4) Det fjerde temaet tar for seg muligheter og begrensninger ved å bruke klientens historie som utgangspunkt for endring.

Funnene drøftes i lys av den teoretiske forståelsen som er presentert i teorikapittelet, samt problemstilling og forskningsspørsmålet. Etter diskusjonen følger implikasjoner for fremtidig forskning og mulige svakheter ved studien.

5.1 Individuelle forhold som utgangspunkt for en lidelsesspesifikk behandling

Samtidig som mine informanter var opptatt av å ”samskape” problemforståelsen sammen med klienten, beskriver de en forståelse av individet som ”skapt” med ulike begrensninger og muligheter som ”*den gode terapisaftale*” i seg selv ikke ivaretar godt nok. Dette kan forstås som et implisitt uttrykk for at informantene i denne studien er kritisk til narrativ terapimanglende fokus på individuelle forhold, som for eksempel arv, genetikk, symptomer og eventuelle diagnoser. En av informantene bekrefter også dette gjennom sin beskrivelse av en manglende interesse for utviklingspsykologisk kunnskap innen det narrative fagfeltet. I den anledning synes kognitiv terapi forankring innen konstruktivismen og fokuset på menneskets biologi å være tydelig (Goldenberg og Goldenberg 2004). Kognitiv terapi fokus for å tilby lidelsesspesifikk behandling synes derfor i stor grad å være basert på informasjon om individuelle forhold som arv, genetikk, symptomer og diagnoser.

I kognitiv terapi innhentes denne type informasjon gjennom en kasusformulering (Beck 2009). Kasusformulering handler om å systematisere informasjonen om klienten, og tjener som en ramme for å se klientens problemer i en meningsfull sammenheng (Berge og Repål 2010). Videre skal den gi en kortfattet oversikt over de viktigste opplysningene vedrørende en klient, som for eksempel diagnose, familiære forhold/bakgrunn, uhensiktmessige tanker og følelser forbundet med det beskrevne problemet (Skjerve 2011). Kasusformuleringens hensikt er derfor å tilby klienten en lidelsesspesifikk behandling (Hovland 2008).

Kognitiv terapi synes derfor å hevde at det på bakgrunn av forskningsbasert kunnskap eksisterer noen ”veivalg” terapeuter ”vet” er mer terapeutiske enn andre. Hovland understreker også viktigheten av å utarbeide en forståelse av symptomer og eventuell diagnose i lys av en bestemt tilnærming (Ibid). For eksempel vil en i kognitiv terapi kunne tilby behandling ut i fra et rikt mangfold av metoder relatert til ulike tilstander hos klienten. Som for eksempel angstlidelser (Berge og Hoffart 2008), depresjon (Berge 2008), rusmiddelproblemer, ukontrollert sinn, psykose, mani, tvangslidelse, spiseforstyrrelse, ustabilitet og selvskading, søvnproblemer, kroppslige smerter og plager som skyldes traumer, mishandling og overgrep, for eksempel negativt selvilde og mangel på selvtillit (Berge og Repål 2010). Ordet ”vet” står imidlertid i motsetning til den ene informanten som uttrykte en forståelse av at det kun er klienten som ”vet” hvordan problemet fremstår og arter seg for vedkommende.

Kognitiv terapies bruk av kasusformulering synes derfor å ta for gitt at mennesker med en viss type symptomer eller diagnoser skal ha en spesifikk type behandling. Kasusformuleringen forstås å representere en form for *sannhet* om klienten og hvilken type behandling som derfor vil være mest hensiktsmessig å tilby.

En informant beskrev i den anledning at det i kognitiv terapi hevdes å finnes en objektiv sannhet, men at den er vanskelig tilgjengelig på bakgrunn av menneskets skjema og at klientens erfaringer alltid er med å legge rammer for fortolkning. Skjema forstås her som bestemte måter vår kunnskap er blitt satt sammen på, siden spedbarnsalder (Berge og Repål 2010). Den objektive sannheten vurderes derfor som uinteressant. Kasusformuleringen synes derfor å være det nærmeste man kan komme *sannheten* i det ”terapeutiske rommet. Dette står også i motsetning til en informants beskrivelse av at det eksisterer ingen sannhet om hvem mennesket er.

Michael White (1995) støtter overnevnte informants syn og beskriver at innen narrativ praksis forstår en alle menneskers livserfaringer som unike, og at ingen “er” sin tilstand eller diagnose. Det eksisterer derfor ingen objektiv sannhet om hvem mennesket er, basert på diagnoser og lignende (Ibid). En vil derfor i narrativ terapi ikke velge en spesifikk behandling på bakgrunn av den type informasjon. Whites beskrivelse av sannhet synes derfor å være inspirert av sosialkonstruksjonismen. Sosialkonstruksjonismen hevder at hvordan en forstår virkeligheten, ikke er en eksakt kopi av det som er der ute (Gergen 2001). Sosialkonstruksjonismen er derfor kritisk til den *sannhet* mennesker tar for gitt (Gergen 1994; Anderson og Gerhart 2007). I narrativ terapi vil en derfor ikke innhente klientopplysninger på bakgrunn av forhåndsbestemte kategorier, som for eksempel sosial og genetisk arv. Kognitiv terapi synes derfor å være vanskelig å forene med sosialkonstruksjonistisk tenkning.

Selv om vektleggingen av klientens individuelle forhold synes forskjellig mellom kognitiv og narrativ terapi, beskriver også Bruner en form for selvkontinuitet innenfra (2004). Selvkontinuitet forstås her som hvordan mennesket på tross av samspill med andre mennesker og omverden, likevel har en oppfatning av seg selv som noe eget (Stern 2000). I narrativ terapi er det derfor klientens egne spesifikke lokale kunnskaper og egne erfaringer som står i sentrum for alt terapeutisk arbeid (Bruner 2004). Michael White (2007) beskriver også at narrativ terapi er bygget på forståelsen av at menneskets identitet er et resultat av det ”levde liv”, i stedet for ett ”kjerneselv” som forventes å representere ”sannheten” om hvem mennesket er.

Om klientens vansker kan kategoriseres innenfor ICD-10 eller DSM-V, synes derfor å være uinteressant innen narrativ terapi, da dette ikke forstås å representere noen form for ”sannhet” om individet. Allan Holmgren (2008) sier i den anledning at en diagnostisk definering av mennesket er ett uttrykk for regelrett maktutøvelse.

Jeg forstår derfor også informantenes bruk av kasusformuleringen som utgangspunkt for valg av lidelsespesifikk behandling i all hovedsak å være vanskelig å forene med narrativ terapi. Imidlertid synes informantene i større grad å ha et ønske om å ”samskape” problem og virkelighetsforståelsen sammen med klienten, enn hva kasusformuleringen legger føringer for. Informantenes beskrivelser synes derfor likevel å være i samsvar med narrativ terapies intensjoner. Det kan dermed virke som mine informanternes ønske om en ”samskapende” problemforståelse blir ”justert” av den kognitive terapies diskurs. Den kognitive diskurs synes også i langt større grad å vektlegge kunnskap som er validert gjennom vitenskapelig forskning og evidensbaserte teknikker (Berge og Repål 2010). Jeg forstår derfor den kognitive diskurs som en motsats til den ene informantens beskrivelse av klienten som eksperten. Foucault (1972) og Gergen og Gergen (2005) har også beskrevet hvordan en diskurs og dens disiplinære regimer gir medlemmene ett gitt sett av regler å anvende og handle innenfor.

Imidlertid synes det å være samsvar mellom hvordan kognitiv og narrative terapi ser på mennesket tanker eller historie som en form for ”bevegelig” sannhet (White 1995; Berge og Repål 2008; Beck 2009). En sannhet som det kan stilles spørsmål ved og som i beste fall er en sannhet blant mange. Det kan derfor forstås som at både kognitiv og narrativ terapi hevder å ha ”sannheten” om hva som er riktig tilnærming for å skape endring. Det vil si gjennom en kognitiv lidelsespesifikk behandling med fokus på klientens tanker og følelser (Berge og Repål 2010), og gjennom å hevde at veien til endring skjer gjennom å skape en foretrukket historie (White 2007).

5.2 Kognitiv diagnosespesifikk eksternalisering

Mine informanter beskriver eksternalisering å være mye brukt. Informantene beskriver likevel en differensiering ut i fra klientens alder, lidelse, symptomer og diagnoser vedrørende hvorvidt det vurderes som en hensiktsmessig praksis (som beskrevet i narrativ terapi; White 2007). Jeg opplever likevel informantene å gi til dels ulike beskrivelser av hvordan de benytter det i terapi.

En av informantene beskriver det som ett mål å eksternalisere klientens tanke fra personens identitet. Klientens tanke synes derfor å være lokalisert i individet. Dette blir også bekreftet av Humberto Maturana som hevder at tankeprosessene filtreres gjennom nervesystemet i kroppen (Goldenberg og Goldenberg 2004).

En annen informant beskriver derimot målet å være å eksternalisere klientens atferd fra ens identitet. Informantenes ulike beskrivelser kan forstås som at de beskriver to ulike retninger innen kognitiv terapi. Informantens beskrivelse om å skille klientens tanke fra individet, er i samsvar med tradisjonell kognitiv terapi (KT). Den andre informantens beskrivelse vedrørende å skille mellom klientens identitet og atferd, synes derimot å være en beskrivelse av forståelsen i kognitiv atferdsterapi (KAT). I kognitiv atferdsterapi er nettopp fokuset på klientens atferd langt mer fremtredende enn i ”tradisjonell” kognitiv terapi (Ellis 2004).

Med utgangspunkt i ”tradisjonell” kognitiv terapi (som er studiets utgangspunkt) synes informantenes tilnærming til eksternalisering ikke å være samsvar med narrativ terapies forståelse av problemet som noe utenfor mennesket (White og Epston 1990; White 2007). Jeg forstår derfor informantenes beskrivelse av eksternalisering å befinne seg i en ”gråson” i forhold til narrativ terapies beskrivelser av eksternalisering. På den ene siden beskriver informantene det som et mål å skille klientens tanke fra individet for å skape motivasjon for å arbeide mot problemet. På den andre siden så vurderes problemet å være lokalisert i mennesket, jmf. Maturana (Goldenberg og Goldenberg 2004). Samtidig vektlegger både informantene og teorien behovet for en grundig kartlegging av sykehistorie, diagnoser og symptomer, for å kunne tilby en lidelsesspesifikk behandling (Hovland 2008). Det synes derfor å være vanskelig å forstå hvordan en da samtidig kan ha en grunntanke om problemet som noe utenfor individet.

Hovland (2008) beskriver også skillet mellom problemforståelsen og behandlingen i kognitiv terapi ytterligere. Han deler det kognitive behandlingsforløpet inn i tre deler, hvor fase en (1) handler om diagnostisering, fase to (2) er den lidelsesspesifikke behandlingen og fase tre (3) er avslutningen i form av tilbakefallsforebygging (Ibid). Informantenes beskrivelser og teorien synes derfor å være i tråd med modernismens psykologi og psykiatri fag hvor en tenker at avvikende atferd er et uttrykk for en eller annen lidelse (patologi er problemet) (White 2007). Eksternalisering er likevel beskrevet i en artikkel om kognitiv terapi (Dahl 2011).

I narrativ terapi er en imidlertid mer opptatt av klientens relasjon til problemet snarere enn hvilke mangler han har eller hva som feiler han (patologi) (White 2007). I narrativ terapi vil en derfor legge til rette for en erfaringsnær beskrivelse og definisjon av problemet, som noe som sees utenfor pasienten selv (Ibid). En slik beskrivelse synes derfor å stå i et motsetningsfylt forhold til mine informanter og kognitiv terapi. Imidlertid synes både informantene og kognitiv terapies hensikter å samsvare godt med Whites intensjoner.

Freedman og Combs (1996) beskriver eksternalisering som en holdning til mennesker og problemene de sliter med, mer enn en generell intervensjon eller metode. I praksis forstår jeg dette som ett uttrykk for at den narrative terapeuten har en grunnholdning om mennesket som foranderlig og at et eventuelt problem er blitt påført individet og ikke gjenspeiler ”sannheten” om individets identitet. Jeg forstår derfor informantenes og kognitiv terapies bruk av eksternalisering som en strategisk intervensjon, mer enn en grunnleggende holdning til menneskers vansker. Samtidig kan også Michael Whites bruk av eksternalisering forstås som en strategisk intervensjon, all den tid han ikke benytter det på alle (Lundby 1998). Imidlertid er unntakene kun beskrevet å gjelde i de tilfeller hvor det vil være uetisk og ansvarsfraskrivende å eksternalisere på grunn av for eksempel vold og overgrepssproblematikk (Ibid).

5.3 Strategisk bruk av terapeutisk makt

Informantene er opptatte av maktrelasjonen mellom terapeuter og klienter, og beskriver hvordan det assymetriske⁷ maktforholdet kan benyttes strategisk. En informant forklarer at dersom klienten opplever terapeuten som aksepterende og respektfull, kan det legges til rette for at klienten kan tørre å si imot eller være uenig med terapeuten. På en slik måte kan det ujevne maktperspektivet benyttes som en strategisk intervensjon, hvor klienten får en tydeligere opplevelse av egen identitet. Ettersom informantene beskriver å legge til rette for at klienten skal kunne ta til ”motmæle”, opplever jeg dette også å være en anerkjennelse av klientens ”egen” makt.

⁷ Assymetrisk forhold mellom profesjonsutøver og klient forstås her som et ujevnt forhold hvor den ene behøver hjelp av ulike grunner, mens profesjonutøveren i kraft av sin profesjon er ansatt for å hjelpe (Jensen og Ulleberg 2011).

Samtidig som det uttrykker ett assymetrisk forhold mellom klient og terapeut. Dette ser jeg også i sammenheng med Foucaults beskrivelser av makt og motmakt (Holmgren 2010). Informantenes strategiske bruk av det assymetriske maktforholdet forstår jeg derfor som ett implisitt uttrykk av Foucaults beskrivelse av at der det er makt må det også finnes frihet (Ibid). Imidlertid er deres uttrykk forskjellig. I narrativ terapi vil man derfor i stedet rette oppmerksomheten mot de situasjonene hvor de negative fortellingenes innflytelse ikke er gjeldende (Holmgren 2010).

En informant uttrykte i den forbindelse at alt etter hvorvidt en opplever klienten selv i stand til å finne veien ut av vanskene, kan man som terapeut velge å være mer eller mindre styrende. Jeg forstår dette også som et uttrykk for at terapeuten vurderes å være eksperten og den som skal definere hvorvidt klienten gjør hensiktmessige valg. En annen informant sier i den anledning at som terapeut så er det tilhørende vår *ekspertrolle å vite* og det vurderes ikke hensiktmessig å la pasienten finne "veien ut" av problemene selv, da det kan ta uhenktsmessig lang tid. Dette forstår jeg også i motsetning til det som er kjent som "ikke vitende posisjon"⁸. White nevner ikke "ikke vitende posisjon" i sitt forfatterskap. Imidlertid mener jeg han møtte klienter på en måte som hadde utgangspunkt i samme holdning.

Innen kognitiv terapits teori er informantenes beskrivelser av å være styrende, beskrevet som "veiledet oppdagelse" (Berge og Repål 2010). Her beskrives terapeutens rolle ideelt sett å fremstå som en ledsager, hvor målet er å få pasienten til å ta stilling til ulike måter å tenke på (Ibid). Jeg opplever også beskrivelsen av veiledet oppdagelse å befinne seg i en "gråson". På den ene siden beskrives det som et mål å skaffe klienten ett større erfaringsgrunnlag for å vurdere sine tanker og eventuelt hjelp til å bygge opp alternative fortolkninger (Ibid). Samtidig som informanten beskriver det som terapeutens oppgave å definere hvorvidt klienten har valgt "riktig vei ut" av problemene. Det synes derfor som om informantene bruker ledende spørsmål og en strategisk bruk av sin terapeutiske makt til å gi klienten valg, som i realiteten allerede synes å være tatt. Det er derfor for meg noe usikkert hvor stor valgfrihet klienten egentlig gis. I den anledning oppleves kognitiv terapi å være noe selvmotsigende til sin beskrevne intensjon.

⁸ Ikke vitende posisjon forstås her som en holdning profesjonsutøvere kan møte brukere med. Gjennom å strebe etter å legge bort egne forutinntatte holdninger eller ideer om hvordan problemet skal forstås eller løses, kan en likeverdig dialog med brukerne fremmes (Jensen og Ulleberg 2011).

Jeg synes en informant oppsummerer dette godt:

”(...) kognitiv terapi inntar en mer dirigerende og strukturerende funksjon enn man har i narrativ terapi, man e mer målretta, mer problemretta, man leter etter bestemte ting (...)”. (Informant nr 2, 29.03.11, linje nr 174).

Informantens refleksjoner vedrørende makt ser derfor ut til å være i motsetning til narrativ terapies intensjoner, hvor det er ett uttalt mål at det er klienten selv som skal validere eventuelle unike resultat/unntak (White 2007). Imidlertid kan det synes som den kognitive terapies diskurs har preget informantenes beskrivelser, da mine informanter flere ganger har vektlagt nettopp ”samskaping” med klienten. Foucault (1972) har også beskrevet hvordan diskursene er knyttet til utøvelsen av makt. Det finnes derfor ingen maktutøvelse dersom det ikke eksisterer en sannhetsdiskurs (Ibid).

5.3.1 Strategisk applauderende

Alle mine informanter beskriver applaus og ros som mye brukt i kognitiv terapi. En av mine informanter understreker at selv om han ikke opplever kognitiv terapi å være *normaliserende* eller *bedømmende* så oppleves den å være *normaliserende* i den hensikt å gi klienten forskningsbasert kunnskap om lidelsen. Informantens refleksjoner er også i samsvar med beskrivelser av kognitiv terapi som lidelsesspesifikk og EABCT fokus på at behandlingen skal bygge på evidensbasert forskningsbasert kunnskap (Hovland 2008; Berge og Repål 2010).

Foucault var opptatt av hvordan man gjennom å gi ros, applaus til en klient gjør dette ut i fra en maktposisjon som bygger på en normaliserende bedømmelse (White 2007). Foucault så også normaliserende bedømmelser som den primære mekanismen for sosial kontroll (Ibid). Han var videre opptatt av at det gjennom denne maktutøvelsen også ligger en mulighet for å ta feil, samt at det kan skape et maktfylt forventningspress på den som mottar refleksjonen (Ibid). Narrativ terapi har derfor vært opptatt av å ikke formidle ”riktige normer” inn i de terapeutiske refleksjonene (Ibid). Det synes derfor å være stor forskjell mellom informantenes og narrativ terapies refleksjoner rundt maktrollen. Alle informantene fremhever imidlertid at fokuset vil være å rose og applaudere klientens nyervervede erfaringer, i stedet for å rose på resultat.

Dette eksemplifiseres gjennom informant nr 4 sin beskrivelse:

”æ vil nok ikke rose på at du e flink på ka du gjør, men heller på kor flott at du gjør de erfaringan kor flott at du prøve (...)”.
(Informant nr 4, 15.06.11, linje nr 185)

Selv om narrativ terapi ikke på noe tidspunkt beskriver bruk av ros er det likevel noe samsvar i hvordan man velger å gi noe ekstra oppmerksomhet, basert på en antagelse om at hva som skaper endring. I narrativ terapi vil en derfor ”etterforske” nærmere de unike resultat/unntak som ikke stemmer med klientens negative identitetskonklusjon (White 2007). I slike tilfeller vil en ofte stille spørsmål på bevissthetsplan som søker å styrke mennesker egen foretrukne identitet (Holmgren 2010). Et slikt spørsmål kan for eksempel være: ”hva sier det om deg og din identitet at du gjorde nettopp det valget i den nevnte situasjonen?” Imidlertid er det kun klienten som kan ”anerkjenne” hvorvidt dette er et unikt resultat/unntak (White 2007). Et slikt spørsmål kan også defineres som sokratiske da det kan relateres til klientens leveregel.

En annen informant beskriver det også som en nyttig intervensjon at terapeuten kan rose og gi positive tilbakemeldinger til klienten for å øke muligheten for å gjenskape den ønskede atferden. Jeg forstår informantens beskrivelser som en bekreftelse på at terapeuten vurderes å være i en posisjon som hvor en kan bedømme hvorvidt klientens valg er hensiktsmessige eller ikke. Terapeuten kan deretter velge å rose eller ikke for å forsterke atferden. Jeg ser dette også i sammenheng med makt, hvor terapeuten gjennom ros som forsterkning, risikerer å begrense klientens ”handlingsfrihet” og reelle valgmuligheter.

Samtidig beskrives det i kognitiv terapi at det er essensielt at det ikke er terapeuten som definerer hva klienten burde tenke (Berge og Repål 2010). Selv om informantene beskriver målet å være et ønske om å øke sjansen for gjentagelse av ønsket atferd synes informantenes tilnærming vedrørende ros og forsterkning å gå utover det som beskrives å være intensjonen i en ”veiledet oppdagelse” (Ibid). Slik jeg forstår informantenes bruk av forsterkning synes det å være i samsvar med kognitiv atferdsterapi (Ellis 2004). Jeg forstår derfor informantene å ha en strategisk innstilling til bruk av ros og bedømmelser. Informantenes refleksjoner rundt terapeutisk makt ser jeg derfor i all hovedsak å være i uoverensstemmelse med narrativ terapi intensjoner.

Jeg har likevel gjentatte ganger referert til kognitiv terapi som lidelsesspesifikk. Så også vedrørende dette. Når det gjelder kognitiv behandling av kronisk depresjon er det beskrevet i litteraturen et mer tydelig fokus på positive bedømmelser, selv om applaus eller ros, heller ikke her er nevnt (Berge 2008).

5.3.2 Terapeuten og klientens erfaringer, i stedet for den ”viktige andre”

En av de narrative samtalepraksisene jeg presenterte for mine informanter handlet om bevitning av ”viktige andre.” Alle mine informanter beskriver det imidlertid som ”fremmed” for deres praksis å bringe ”viktige andre” inn i rommet. En av mine informanter beskriver også skepsis til en slik bevitningsprosess. Informanten beskriver at selv om det nok har en effekt, hevder han at bevitning av andre mennesker vurderes som mindre virkningsfullt. Han beskriver det å være langt viktigere om klienten selv høster nye erfaringer, som motbeviser vedkommendes negative identitetskonklusjon/leveregel. Michael White (2007) beskrev det imidlertid som essensielt å trekke inn ”viktige andre”, i den hensikt å kunne bekrefte og verdsette klientens foretrukne fortellinger.

Informantens uttalelse er i tråd med kognitiv terapies fokus på atferdseksperiment for å høste nye erfaringer (Raknes 2007). Dette fokuset støttes også av de andre informantene. Selv om informantene på denne måten kan forstås å ha en oppfatning av klientens egne erfaringer som det viktigste, forstår jeg det også som et uttrykk for at en vurderer terapeuten og den kognitive ”verktøykassen” å være av større betydning enn klientens ”viktige andre”.

En av informantene beskriver likevel atferdseksperimentet som en form for bevitningsprosess. Informanten forklarer det med at selv om ikke bevitningen skjer i rommet, så går klienten ut i verden og utfordrer seg selv i situasjoner som på forhånd er planlagt. Tilbakemeldingene fra omgivelsene vil da være betydningsfulle for det kognitive restruktureringsarbeidet. Imidlertid skilles det ikke mellom hvorvidt det er ”viktige andre”, eller tilfeldige mennesker en møter under eksperimentet.

En annen av informantene beskriver også en form for bevitning gjennom at terapeuten bevitner eller bekrefter klientens endringsforsøk gjennom ytre bekreftelser i form av terapeutiske medier som for eksempel diplomer. Jeg forstår også dette som et uttrykk for at terapeuten gjennom sin rolle som ”ekspert” er i posisjon til å bedømme hva som er ønsket atferd.

Imidlertid synes informantenes syn å samsvare med narrativ terapi vedrørende at en ikke oppfatter endring å skje upåvirkelig av den virkelige verden utenfor terapirommet (White 2007). Jeg forstår det derfor å være betydelige forskjeller vedrørende informantenes vektlegging av terapeutens rolle, sammenlignet med narrativ terapies fokus på de ”viktige andre”.

5.4 Fra historie til nåtid og fremtid

Alle mine informanter beskriver lite fokus på klientens historie. Det er også i samsvar med Wilhelmsen (2007) som beskriver det i kognitiv terapi å være viktigere å vite hvem han er, og hvor man har tenkt seg, enn å i detalj vite hvorfor man ble som man ble.

I narrativ terapi er imidlertid de historiene vi forteller om våre liv av stor betydning (White 2007). Fokus rettes da mot de hittil neglisjerte, men potensielt betydningsfulle erfaringene som ikke passer inn i den problemmettede historien (Ibid). En informant beskriver i den anledning at om vi legger stor vekt på klientens historie så er det fare for at vi går i den *fella* at vi ikke finner unike resultat/unntakshistorier i klientens liv, eller at de vi finner er så få at de ikke oppleves å være av betydning for klienten.

Informanten beskriver i den anledning at noen klienter være så *innfiltra* i sitt eget at dem ikke klarer å se de unike unntakene. Jeg forstår dette som en beskrivelse av den påvirkning klientens negative leveregel har på individet. Informanten uttrykker dette med å gi et eksempel:

”La oss si barnevernsbarn da, som har opplevd nesten bare negative, dem har itj nå andre historia å kom med dem. Så vess vi bygge vår terapeutiske tilnærming på at dem har hatt ainna, å vi prøve å leit fram dem, men så e det itj nånn der, eller dem e utilgjengelig. Derfor prøve vi å få dem i en sånn tankemodus, at vesst det hadd vært sånn, sei itj at det har vært sånn, men vesst det hadd vært sånn, at du hadd di erfaringan, korless kunne verden ha vært da.” (Informant nr 4, 15.06.11, linje nr 263, 265 og 267)

Denne tankegangen bekrefte også av de andre informantene. En informant beskriver at en slik tilnærming også kan gi terapeuten større ”handlingsrom”, da en ikke bare er opptatt av unntakene fra klientens liv, men også alternative tolkninger av de ulike situasjonene.

Denne forståelsen er slik jeg forstår det ikke i konsensus med narrativ terapies begreper: Fraværende men implisitt (Holmgren 2008). Basert på de teoretiske beskrivelsene av det fraværende men implisitte synes narrativ terapi å representere en holdning om at selv de vanskeligste livshistorier implisitt er nødt til å inneholde historier som ikke bekrefter den negative dominerende historien. Holmgren (2010) har også beskrevet hvordan en i narrativ terapi ikke tar utgangspunkt i tenkte scenarioer/alternative tolkninger verken i fortid eller nåtid, da det bidrar til at terapeuten mister kontakten med klientens levde liv.

Michael White (2006) bruker også beskrivelsen tynne identitetsfortellinger (fortellingene som bekrefter vedkommendes negative identitetskonklusjon) i de tilfellene hvor en eller flere traumatiske opplevelser hos klienten, gjør at unntakene synes få og lyspunktene i klientens liv er lite tilgjengelig eller fraværende. White (2007) har da beskrevet det som essensielt å få tak i de få unntakene, samtidig som en arbeider for å ”skrive inn” klientens intensjoner fra ulike situasjoner i sitt levde liv, gjennom blant annet å stille bevissthetsspørsmål, i den hensikt å bygge opp en mer foretrukket historie. Det er altså ikke bare klientens erfaringer eller unike unntak som er av interesse, men også dens intensjoner (Ibid).

Mine informanter beskriver likevel et visst fokus på historien, men da i en annen hensikt enn i narrativ terapi. De beskriver at historien i all hovedsak er interessant for å kartlegge sykehistorie og for å finne utløser til problemene, i stedet for en foretrukket historie. Dette forstår jeg også å være i samsvar med kognitiv terapies teoretiske grunnlag (Hovland 2008). Det synes også å være i tråd med konstruktivismens forståelse, av at problemene ligger i øynene til den problemidentifiserte (Goldenberg og Goldenberg 2004). En kognitiv terapeut vil derfor legge til rette for å endre det u hensiktsmessige synet klienten har av problemet (ibid).

Selv om overnevnte beskrivelser viser et noe motsetningsfullt forhold mellom kognitiv og narrativ terapies fokus på historien, synes Whites bruk av ordet identitetskonklusjon å være sammenfallende med kognitiv terapies bruk av ordet leveregel. Det brukes både i narrativ og kognitiv terapi for å beskrive klientens dominerende konklusjoner om seg og sitt liv (White 2006; Beck 2009).

5.5 Implikasjoner for terapeuters praksis

Med utgangspunkt i min studie vil jeg i det følgende vise til to implikasjoner for terapeutisk praksis.

Den første er at mine informanter finner at narrative samtalepraksiser ikke er sammenfallende med deres kognitive praksis, og derfor synes vanskelig å integrere. Undersøkelsen kan derfor gi et bidrag til en forståelse av kognitive terapeuters ulike vektlegging av klientens individuelle patologi, strategiske tilnærming til eksternalisering og det assymetriske maktforholdet samt lite fokus på klientens historie, jmf. narrativ terapi. Informantenes intensjoner synes imidlertid å være sammenfallende med mange av narrativ terapies samtalepraksiser.

Den andre implikasjonen for terapeutisk praksis, er studiens bidrag til at terapeuter i større grad kan reflektere omkring hvordan ulike terapeutiske tilnærminger kan komplementere hverandre i stedet for å være opptatt av kun én tilnærming. Dette kan bidra til en mer reflektiv praksis (Kuenzli 2006; Ness 2011). På den måten kan vi bevege oss fra å fokusere på hvilken metode som er best, til å se på de ulike metodenes muligheter og begrensninger, og hva som vil være til hjelp for den enkelte klient.

5.6 Fremtidige forskningsspørsmål

Under det avsluttende arbeidet med dette studiet er det fire forslag til videre forskning jeg vil fremheve. Det første forslaget handler om hvordan praksisbasert og forskningsbasert evidens kan utfylle hverandre. Denne undersøkelsen bidrar til det praksisbaserte evidensparadigmet da jeg har undersøkt hvordan kognitive terapeuter i sin egen praksis forholder seg til narrative samtalepraksiser (Marthinsen 2004). Praksisbasert evidens paradigmet handler om at praksis skal være basert på forskning, klinisk erfaring, brukernes preferanser og perspektiv (Skauli 2009). Imidlertid er det enkelte som ønsker en streng avgrensning av hva slags forskning som skal regnes som gyldig og vil tilsidesette kunnskap som ikke baserer seg på randomiserte studier med kontrollgruppe (Marthinsen 2004). Det hadde derfor vært interessant for fremtidig forskning å se på hvordan evidensbaserte og praksisbaserte forsknings paradigmer kan sees som komplementære.

Likedan hvordan/hvorvidt begge paradigmene dialektisk bidrar til et mer robust kunnskapsgrunnlag for terapeuter og forskere. I den anledning kunne det også vært interessant å undersøkt terapeuters bruk av praksisbasert evidens, gjennom evidensbaserte metoder.

Et annet spørsmål til videre forskning er derfor å se på hvordan terapeuter lærer seg og bruker evidensbaserte metoder, ved å undersøke terapeutenes praksis. Da terapeuter lærer ulikt, har ulik erfaring (og liv), vil det også være interessant å se hvordan den enkelte terapeut går fra å lære til å bruke ulike tilnæringer. Dette kan bidra til å se på hvordan både terapeut og klientfaktorer blir tydeliggjort i praksis.

Det siste forslaget til videre forskning med utgangspunkt i denne studien handler om å undersøke diskursen om at terapeuter jobber eklektisk. Det synes også å være lite forskning på eklektisk bruk av psykoterapeutiske metoder. Wampold's (2001) forskning viser at det er marginale forskjeller mellom de enkelte metodene. Imidlertid sier ikke hans forskning noe om virkning ved en ukritisk eller eklektisk bruk av metodene. Eklektisk kan forstås som en filosofisk anskuelse hvor en ut fra ulike systemer velger de delene som synes tiltalende (Kunnskapsforlaget 2008). Eklektisme synes derfor også å være et område for fremtidig forskning. Min erfaring er også at mange terapeuter beskriver sin tilnærming som eklektisk. Imidlertid er det sjeldent terapeutene beskriver en tydelig bevissthet vedrørende de metodiske valgene og hva de baserer disse valgene på. Det kunne derfor vært interessant å undersøke hvordan terapeuter beskriver sine valg vedrørende når de bruker hvilken terapeutisk tilnærming, og for hvilke klienter.

5.7 Metodiske begrensninger ved studien

I denne delen vil jeg kort oppsummere metodiske begrensninger ved studien, knyttet til metodiske valg og min rolle som forsker i denne prosessen.

Den første begrensningen er at alle mine fem informanter kom fra et begrenset geografisk område og fra samme fagmiljø. Det er derfor mulig at mine informanters kjennskap til hverandre kan ha påvirket deres svar, på grunn av muligheten for å kunne identifiseres. Dette er imidlertid gjort rede for i del 3.12.

Den andre begrensningen handler om at kognitiv terapi er et stort fagfelt med mange ulike behandlingsmetoder og manualer. Informantene mine kan derfor ha svart ut ifra ulike kognitive behandlingsmodeller, som til dels kan ha ulikt fokus og tilnærming. Dette kan skape ulike beskrivelser av samme fenomen. Dette synes å ha skjedd i punkt 4.2 og 5.2, som handler om eksternalisering. To informanter snakket da angivelig ut fra to ulike kognitive metoder.

Den ene forholdt seg til tradisjonell kognitiv terapi (KT; Berge og Repål 2010), mens den andre forholdt seg til kognitiv atferdsterapi (KAT; Ellis 2004).

Metaforer er en viktig del av narrativ samtalepraksis (Lundby 1998; White 2007; Holmgren 2010). Imidlertid har jeg valgt å ikke presentere det i denne fremstillingen, da bruken av metaforer er tydelig beskrevet og en viktig del av moderne kognitive tilnærminger som Dialektisk Adferdsterapi (DBT) og Acceptance and Commitment Therapy (ACT) (Kåver og Nilsson 2002; Harris 2009). I denne oppgaven har jeg imidlertid tatt utgangspunkt i de samtalepraksisene som er felles for de ulike kognitive tilnærmingene. Da DBT og ACT's fokus på metaforer ikke synes å være en del av kognitiv terapi for øvrig, ble det ikke vektlagt i min besvarelse.

En fjerde mulig begrensning ved studien er at jeg kan ha tatt for gitt min forforståelse. Dermed kan forforståelsen i for stor grad ha farget mine tolkninger. Imidlertid er dette forsøkt unngått gjennom å gjøre hvert ledd av analyseprosessen ”gjennomsiktig”. Jeg har derfor beskrevet hvert ledd av analyseprosessen (se del 3.6). Imidlertid er mine tolkninger kun ment å antyde noen (blant flere) måter å forstå det foreliggende materialet på.

En femte begrensning ved studien er at noen av informantene jobber kun med voksne mens andre i hovedsak arbeider med barn. Informantene kan derfor ha ulik forståelse av samme kognitive samtalepraksiser, da deres ulike målgrupper krever visse aldersbetingede tilpasninger.

6 Avsluttende kommentarer

Hensikten med denne studien var å undersøke de muligheter og begrensninger kognitive terapeuters praksis gir med hensyn til integrering av narrative samtalepraksiser. Den overordnede problemstillingen var: *Hvilke muligheter og begrensninger gir kognitive terapeuters praksis med hensyn til integrering av narrative samtalepraksiser?* Jeg vil i denne avsluttende delen oppsummere min diskusjon og gjøre rede for mine vurderinger.

IPA-analyseprosessen endte med fire hovedfunn, som var:

- *Individuelle forhold som utgangspunkt for en lidelsesspesifikk behandling* – som handlet om hvordan informantene vektlegger kartlegging av klientens arv, genetikk, symptomer og eventuelle diagnoser for å kunne tilby en lidelsesspesifikk behandling.
- *Kognitiv og narrativ terapibruk av eksternalisering* – som handlet om hvordan informantene beskriver en diagnosespesifikk, strategisk bruk av eksternalisering.
- *Terapeutisk makt*, med underpunktene: (a) strategisk applauderende og (b) terapeuten og klientens erfaringer i stedet for den ”viktige andre” – dette handlet om informantenes forhold til maktperspektivet og hvordan de forholder seg til det asymmetriske maktperspektivet i terapi.
- *Muligheter og begrensninger ved å bruke klientens historie som utgangspunkt for endring* – som handlet om hvordan og i hvilken hensikt informantene benyttet seg av klientens historie i terapi.

Oppsummerende kan det synes som at kognitiv terapibruk vektlegging av kunnskap om individuelle forhold vil være uforenlig med narrativ terapibeskrivelser av menneskene som unike og at ingen ”er” sin tilstand eller diagnose (White 1995; Hovland 2008). Informantene bekrefter også en forståelse av individet som skapt med ulike begrensninger og muligheter som den ”gode terapisamtale” i seg selv ikke ivaretar godt nok. Informantene, som var kognitive terapeuter, synes likevel å ha et ønske om å ”samskape” problemforståelsen med klienten. Informantenes intensjoner synes derfor å være i samsvar med narrativ terapibeskrivelser. Kognitiv terapibruk fokus på å tilby lidelsesspesifikk behandling vektlegger imidlertid i større grad informasjon om klientens arv, genetikk, symptomer og diagnoser, fremfor klientens egne beskrivelser (Hovland 2008). Den kognitive diskurs synes derfor å legge store føringer for informantenes ”handlingsrom” vedrørende problemforståelse og valg av tilnærming.

Kognitiv teoris litteratur har også nevnt eksternalisering som metode (Dahl 2011). Alle mine informanter beskriver eksternalisering som en mye brukt intervensjon. Imidlertid beskriver de en differensiering ut i fra informasjon om klientens alder, symptomer og diagnoser vedrørende hvorvidt eksternalisering vurderes hensiktsmessig. Informantenes og kognitiv terapies bruk av eksternalisering synes derfor å befinne seg i en ”gråsoner” hvor en på den ene siden beskriver det som et mål å skille tanke fra individet mens en på den andre siden vurderer problemet å være lokalisert i mennesket jmf. konstruktivismen og kasusformuleringen (Goldenberg og Goldenberg 2004; Hovland 2008). Jeg forstår derfor informantenes og kognitiv terapies bruk av eksternalisering å være en strategisk intervensjon, i stedet for en grunnleggende holdning om at problemer er blitt påført mennesket. Jeg forstår derfor informantene, kognitiv og narrativ terapies teori å ha en grunnleggende forskjellig tilnærming til eksternalisering som samtalepraksis.

Informantene beskriver også hvordan det asymmetriske maktforholdet kan benyttes som en strategisk intervensjon. Gjennom blant annet å legge til rette for at klienten kan ”si imot” terapeuten som autoritetsperson. Informantenes forståelse av det asymmetriske maktforholdet synes derfor å være i samsvar med Foucaults beskrivelser av makt og motmakt (Holmgren 2010). Imidlertid forstår jeg deres bruk av veiledet oppdagelse, applaus/ros og bruk av ”viktige andre” som et uttrykk for terapeuten som en tydelig ekspert. Dette bekreftes blant annet av en informants uttalelse om at terapeuten velger i hvor stor grad man vil være ”styrende” avhengig av hvorvidt klienten klarer å finne ”riktig vei” selv. Klientens ”valgmuligheter” synes derfor i realiteten å være tatt av terapeuten. Jeg forstår derfor informantenes og kognitiv terapies strategiske bruk av det asymmetriske maktforholdet å være uforenlig med narrativ terapies uttalte mål om at det er klienten selv som ”validerer veien” (White 2007).

I narrativ terapi er historien av stor betydning for å fokusere på betydningsfulle erfaringer som ikke passer inn i den problemmettede historien (Ibid). Mine informanter beskriver i stedet lite fokus på klientens historie, og beskriver at den i all hovedsak benyttes for å kartlegge sykehistorie, samt for å finne utløser til klientens problemer. Klientens historie brukes derfor ikke til å lete etter unntaks historier i den hensikt å skape en ”foretrukket” historie. En informant beskriver i stedet klientens historie som begrensende for terapeuten ”handlingsrom”.

Mine informanter vektla derfor i stedet å lete etter mulige alternative tolkninger av tenkte situasjoner i stedet for å ta utgangspunkt i mulige unntak/unike resultater fra klientens liv. Jeg tolker dette som at informantenes og narrativ terapies teori har ulike forventninger til hvorvidt det er positive unntak å finne i klientens historie. Det er også et uttalt mål i narrativ terapi å ikke ta utgangspunkt i tenkte scenarier/alternative tolkninger, men å forholde seg til klientens reelle historie (Holmgren 2010).

Basert på de fire hovedfunnene synes mine informanter og kognitiv terapies teori på mange måter å være grunnleggende forskjellig. En integrativ narrativ og kognitiv terapeutisk behandling vil derfor være selvmotsigende på flere punkter, og sannsynligvis heller ikke tidseffektiv. Min forskning synes derfor å støtte seg til Wilners (2002) konklusjon om at narrative intervensjoner ikke er hensiktsmessige å integrere i kognitiv terapi.

Jeg håper derfor at denne studien kan gi et bidrag til en refleksiv praksis, hvor terapeuter og utdanningsinstitusjoner fokuserer på hvilke terapeutiske retninger som passer til hvilken klient, i stedet for å fremstå som konkurrerende diskursive praksiser.

Litteraturliste

- Abramowitz, J.S. (1997). *Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review*. I: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Nr 65, s. 44-52.
- Anderson, H. Og Gerhart, D.R. (2007). *Collaborative therapy: Relationship and conversation that make a difference*. New York: Routledge.
- Baer, S. og Garland, E.J. (2005). *Pilot study of community-based cognitive behavioral group therapy for adolescents with social phobia*. I: *Child Psychiatry*. (Nr 44), s. 258-264.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. London, UK: Paladin.
- Beck, J.S og Butler, A.C. (2001). *Cognitive therapy outcomes: a review of meta analyses*. I: *Tidsskrift for norsk psykologforening*. (Nr 38), s. 698- 06.
- Beck, J. (2009). *Kognitiv terapi- teori, udøvelse og refleksion*. København: Akademisk Forlag.
- Beck, R. og Fernandez, E. (1998). *Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: A meta-analysis*. I: *Cognitive therapy and Research*. (Nr 22), s. 63-74.
- Beidel, D.C., Turner, S.M og Brennan, J.Y (2006). *Social effectiveness therapy for children: Five years later*. I: *Behavior Therapy*. (Nr 37), s. 416–425.
- Beidel, C.D., Turner, S.M., Sallee, F.R., Ammerman, R.T., Crosby, L.A og Pathak, S. (2007). *SET-C Versus Fluoxetine in the Treatment of Childhood Social Phobia*. I: *Child Adolescent Psychiatry*. (Nr 12), s. 1622-1632.
- Berge, T (2008). *Kronisk depresjon*. I: *Håndbok i kognitiv terapi*. Berge, T og Repål, A. (red). Gyldendal Akademisk (Norsk forlag AS).
- Berge, T. og Repål A. (red) (2008). *Håndbok i kognitiv terapi*. Gyldendal Akademisk (Norsk forlag AS).
- Berge, T. Og Repål, A. (2010). *Den indre samtalen. Lær deg kognitiv terapi*. Gyldendal Akademisk (Norsk forlag AS).
- Besa, D. (1994). *Evaluating narrative therapy using single-system research designs*. I: *Research on Social Work practice*. (Nr 4), s. 309-325.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., og Wong, E (2004). *Therapist variables*. I: *Handbook of psychotherapy and behavior change*. M. J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's Fifth edition, s. 139-193). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Borge, F.M og Hoffart, A. (2008). *Sosial angstlidelse*. I: *Håndbok i kognitiv terapi*. Berge, T og Repål, A. (red). Gyldendal Akademisk (Norsk forlag AS).
- Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bruner, J. (2004). *At fortælle historier i juraen, i litteraturen om livet*. København: Alinea.

- Busch, R.S. (2011). *Contextualising a Problematic Relationship between Narrative Therapy and Evidence-Based Psychotherapy Evaluation in Psychology*. PhD thesis, Massey University, Palmerston North, New Zealand.
- Butler, A.C. og Beck, J. (2001). *Cognitive Therapy Outcomes: A Review of Meta- Analyses*. I: *Tidsskrift for norsk psykologforening*. (Nr 38), s. 698-706.
- Clark, D og Grant, H. (1994) *Sexual-abuse therapy and recovery group (STAR): A New Zealand program using narrative therapy for woman survivors of childhood sexual abuse who are intellectually disabled*. I: *Development Disabilities Bulletin*. (Nr 22), s. 80-92.
- Dahl, K. (2011). *Kognitiv atferdsterapi ved tvangslidelser hos barn og unge*. I: *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. (Nr 1), s. 46-51.
- Dallos R og Vetere, A. (2005). *Researching Psychotherapy and Counselling*. England: Open University Press.
- Dunn, R.L., Schwebel, A.I. (1995). *Meta-analytic review of marital therapy outcome research*. I: *Journal of Family Psychology*. (Nr 9), s. 58-68.
- Egidius, H. (2002). *Psykologisk leksikon*. Tano Aschehoug AS. Oslo.
- Ellis, A. (2004). *Rational Emotive Behavior Therapy: It Works for Me - It Can Work for You*. New York: Prometheus Book.
- Finley, L. (2011). *Phenomenology for Therapists. Researching the Lived World*. United Kingdom: Wiley- Blackwell.
- Foucault, M. (1972). *The archaeology of knowledge & the discourse on language*. New York: Pantheon.
- Freedman J og Combs, G. (1996). *Narrative Therapy. The social construction of preferred realities*. New York: Norton.
- Gardner, P.J og Poole, J.M. (2009). *One story at a time: Narrative Therapy, older adults and addictions*. I: *Journal of Applied Gerontology*. (Nr 28), s. 600-620.
- Garcia-Lopez, L.J., Olivares, J., Beidel, D., Albano, A.M., Turner, S. og Rosa, A.I (2006). *Efficacy of three treatments protocols for adolescents with social anxiety disorder: A 5-year follow-up assessment*. I: *Journal of Anxiety Disorders*. (Nr 20), s. 175–191.
- Gergen, K.J. (1994). *Realities and relationships: soundings in social construction*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gergen, K.J (2001). *Social construction in context*. London, UK: Sage.
- Gergen, K.J og Gergen, M. (2005). *Social konstruktion ind i samtalen*. Dansk psykologisk forlag.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M og Blackburn.I. (1998). I: *A meta analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients*. I: *Journal of Affective Disorders*. (Nr 49), s. 59-72.

Goldenberg I, og Goldenberg, H. (2004). *Constructivism vs Sosial Constructionism. I: Family Therapy. An Overview.* (Nr 6). Pacific Grove. CA, USA.

Golfried, T. (1995). *From cognitive-behavior therapy to psychotherapy integration.* New York: Springer publishing.

Gould, R.A., Otto, M.W og Pollack, M.H (1995). *A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder.* I: *Clinical Psychology Review.* (Nr 15), s. 819-844.

Gould, R.A., Buckminister, S., Pollack, M.H., Otto, M.W og Yap, L. (1997). *Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis.* I: *Clinical Psychology- Science and Practice.* (Nr 4), s. 291-306.

Gould, R.A., Otto, M.W., Pollack, M.H (1997). *Cognitive behavioral and pharmacological treatment og generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis.* I: *Behavior Therapy.* (Nr 28), s. 285-305.

Grossman, P.B og Hughes, J.N (1992). *Self-control interventions with internalizing disorders: A review and analysis.* I: *School Psychology Review.* (Nr 21), s. 229-245.

Harris, R. (2009). *ACT Made Simple, An Easy- to Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy.* Oakland: New Harbinger Publications.

Hayward, C., Varady, S., Albano, A.M. Thienemann, M., Henderson, L. og Schatzberg, A (2000). *Cognitive-Behavioral group therapy for social phobia in female adolescents: Results of a pilot study.* I: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* (Nr 39), s. 721–726.

Helse Nord-Trøndelag (2009). *Strategi 2016. HNT- målområde. Kvalitet, fagutvikling og forskning.*

Herbert, J.D., Gaudiano, B.A., Rheingold, A.A., Moitra, E., Meyers, V.H., Dalrymple, Huntly, J og Owens L. (2006). *"I know they are manipulating me..." Unmasking indirect aggression in an adolescent girls' friendship group: A case study.* I: *International Education journal.* (Nr 7), s. 514-523.

Holmgren, A. (2008). *Det fraværende, men implicitte.* I: *Psykolog nyt.* (Nr 9), s. 16-21.

Holmgren, A. (2010). *Terapi fortellinger. Narrativ terapi i praksis.* Tapir Akademisk forlag, Trondheim.

Hovland, O.J. (2008). *Bruk av tester og kartleggings skjemaer i kognitiv terapi for voksne. S 79- 110.* I: *Håndbok for kognitiv terapi.* Repål, Arne og Torkil Berge. Gyldendal Akademisk (Norsk forlag AS).

Hårtveit, H og Jensen, P. (2004). *Familien- pluss en. Innføring i familierapi.* Oslo: Universitetsforlaget AS.

Jensen, P og Ulleberg, J. (2011). *Mellom ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Johnsen, A., Sundet, R og Torsteinsson, V.W (2000). *Samspill og selvpålevelse- nye veier i relasjonsorienterte terapier.* Oslo: Tano Aschehoug.

- Keeling, M.L og Nielson, L.R (2005). *Indian women's experience of a narrative intervention using art and writing*. I: *Contemporary Family Therapy*. (Nr 27), s. 435-452.
- Keeling, M.L og Bermudez, M. (2006). *Externalising problems through art and writing: Experience of process and helpfulness*. I: *Journal of Marital and Family Therapy*. (Nr 32), s. 405-419.
- Kogan, S.M og Gale, J.E. (1997). *Decentering therapy: textual analysis of a narrative therapy sessions*. I: *Family process*. (Nr 36), s. 101-126.
- Kuenzlie, F. (2006). *Inviting reflexivity into the therapeutic room: How therapists think in action*. New York: University Press of America.
- Kunnskapsforlaget (2008). *Fremmedordbok og synonymer. Blå ordbok*. Oslo: Gyldendal ASA.
- Kropf, N.P og Tandy, C. (1998). *Narrative therapy with older clients: The use of a "meaning making" approach*. I: *Clinical Gerontologist*. (Nr 18), s. 3-16.
- Kvale, S. (2007). *Doing Interviews*. London: Sage Publications Ltd.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk (Norsk forlag AS).
- Kåver, A. Og Nilsonne, Å. (2005). *Dialektisk atferdsterapi, ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk (Norsk forlag AS).
- Lambert, M.J. (1992). *Implications of outcome research for psychotherapy integration*. I: *Handbook of psychotherapy integration*. Norcross, J.C og Goldfried, M.R. (eds.). s. 94-129. New York: Basic Books.
- Langdridge, D. (2007). *Phenomenological Psychology. Theory, Research and Method*. England: Pearson Education Limited.
- Leahy, T og Harrigan, R. (2006). *Using narrative therapy: Therapy in sport psychology practice: Application to a psychoeducational body image program*. I: *The Sport Psychologist*. (Nr 20), s. 480-494.
- Lundby, G. (1998). *Historier og terapi. Om narrativer, konstruksjonisme og nyskriving av historier*. Tano Aschehoug AS.
- Lundby, G. (2009). *Terapi som samarbeid. Om narrativ praksis*. Oslo: Pax Forlag AS.
- Læg Reid, S. og Skorgen, T. (2006). *Hermeneutikk- en innføring*. Oslo: Spartacus Forlag AS.
- Madigan, S. (2011). *Narrative Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Marthinsen, E. (2004). *Evidensbasert" praksis og ideologi*. I: *Nordisk sosialt arbeid*. (Nr 4), s. 290- 302. Universitetsforlaget.
- Masia-Warner, C., Klein, R., Dent, H. C., Fisher, P. H., Alvir, J., Albano, A. M. og Guardino, M. (2005). *School-Based Intervention for Adolescents with Social Anxiety Disorders: Results of a Controlled Study*. I: *Journal of Abnormal Psychology*. (Nr 33), s. 707-722.

- Masia-Warner, C., Fisher, P.H., Shrout, P.E., Rathor, S. og Klein, R.G. (2007). *Treating adolescents with social anxiety disorder in school: An attention control trial*. I: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. (Nr 48), s. 676–686.
- Merscham, C (2000). *Restorying trauma with narrative therapy: Using the phantom family*. I: *Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and families*. (Nr 8), s. 282-286.
- Morley, S., Eccleston, C og Williams, A. (1999). *Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache*. I: *Pain*. (Nr 80), s. 1-13.
- Muntigl, P. (2004). *Ontogenesis in narrative therapy: A linguistic-semiotic examination of client change*. I: *Family Process*. (Nr 43), s. 109-131.
- Mørch, M.M. og Rosenberg, N.K. (2005). *Kognitiv terapi. Modeller og metoder*. Hans Reitzels Forlag. København.
- Nagayama- Hall, G.C. (1995). *Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies*. I: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. (Nr 63), s. 802-809.
- Ness, O. (2011). *Learning new ideas and practices together. A co-operative inquiry into learning to use Johnella Bird's relational language-making approach in couples therapy*. Ph.D Thesis. Tilburg University: Tilburg University Press.
- Nordahl, H. (2004). *Alvorlige stemningslidelser: kognitiv terapi ved tilbakefall og resistente unipolare depresjoner*. I: *Tidsskrift for Kognitiv terapi*. (Nr 5), s. 6-12.
- Nordby, T. (1998). *Følelser og tanke, individ og system. Affekt og kognisjon i individuelle og relasjonelle prosesser i par og familieterapi*. I: *Fokus på familien*. (Nr 4), s. 213-223.
- Nunn, A.L. (2009). *Eating disorder and the experience of self: an Interpretative Phenomenological Analysis*. Ph.D Thesis. University of Hertfordshire.
- Norcross, J.C. (Ed.) (2011). *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Nylund, D. (2002). *Poetic means to anti-anorexic ends*. I: *Journal of systemic Therapies*. (Nr 21), s. 18-34.
- O'Connor, T.S., Meakes, E., Pickering, M.R og Schuman, M. (1997). *On the right track: Client experience of narrative therapy*. I: *Contemporary Family Therapy*. (Nr 19), s. 479-495.
- Oddli, H.W. og Kjøs, P. (1998). *Psykologien og vitenskapen: moderne og postmoderne forståelse av terapi*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Oei, T.P.S., Llamas, M og Deville, G.J. (1999). *The efficacy and cognitive processes of cognitive behaviour therapy in the treatment of panic disorder with agoraphobia*. I: *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. (Nr 27), s. 63-88.
- Raknes, S. (2007). *Hopp over der gierdet er hogst! Atferdseksperiment som metode i behandling av sosial fobi*. I: *Psykologtidsskriftet*. (Nr 3), s. 139-147.

- Reinecke, M.A., Ryan, N.E. og Dubois, D.L. (1998). *Cognitive behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: A review and meta-analysis*. I: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. (Nr 37), s. 26-34.
- Repstad, P. (1998). *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. 3 utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rothschild, P., Brownlee, K og Gallant, P. (2000). *Narrative interventions for working with persons with AIDS: A case study*. I: *Journal of Family Psychotherapy*. (Nr 11), s. 1-13.
- Seymour, F.W og Epston, D. (1989). *An approach to childhood stealing with evaluation of 45 cases*. I: *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*. (Nr 10).
- Skauli, G.Ø. (2009). *Evidensbasert praksis i familievern*. En litteraturgjennomgang av forskning på parterapi. Utgitt av Barne-, ungdoms og familiedirektoratet (Bufdir).
- Skjerve, J. (2011). *Kasusformuleringer i kognitiv atferdsterapi med barn og unge- et nyttig og praktisk hjelpemiddel?* I: *Tidsskrift for norsk psykologforening*. Temanummer: (Nr 1), s. 16-20.
- Smith, J.A., Flowers, P og Larkin M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*. London: Sage.
- Speedy, J. (2008). *Narrative inquiry and psychotherapy*. New York: Palgrave Macmillan.
- Spence, S.H., Donovan, C. og Brechman-Toussaint, M. (2000). *The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioural intervention, with and without parental involvement*. I: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. (Nr 41), s. 713-726.
- Stern, D. (2000). *Spædbarnets interpersonelle verden*. København: Hans Reitzel.
- Thaagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Thingnæs, G. (2007). URL: http://www.kognitiv.no/presentasjon_av_kt/cms/33 (lest 23.03.12).
- Tilden, T. (2002). *Kognitiv parterapi*. I: *Fokus på familien*. (Vol 30), s. 46-60.
- Van Balkom, A.J.L.M., Van Oppen, P., Vermeulen, A.W.A., Van Dyck, R., Nauta, M.C.E og Vorst, H.C.M. (1994). *A meta-analysis on the treatment of obsessive-compulsive disorder: A comparison of antidepressants, behavior, and cognitive therapy*. I: *Clinical Psychology Review*. (Nr 14), s. 359-381.
- Vromans, L. (2008). *Process and outcome of narrative therapy for major depressive disorder in adults: Narrative reflexivity, working alliance and improved symptom and inter-personal outcomes*. PhD thesis, Queensland University of Technology.
- Wampold, B. (2001). *The great psychotherapy debate: models, methods and findings*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Weber, M., Davis, K og Mcphie, L. (2006). *Narrative therapy, eating disorders and groups: Enhancing outcomes in rural*. NSW.

- White, M. (1995). *Re- Authoring Lives: Interviews and Essays*. Dulwich Centre Publications, Adelaide, South Australia.
- White, M. (1997). *Narratives of therapists Lives*. Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications.
- White, M. (2000) *Reflections on Narrative Practice*. South Australia: Dulwich Centre Publications.
- White, M. (2006). *Narrativ praksis*. København: Hans Reitzels Forlag.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: W.W. Norton and Company
- White, M. og Epston, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: W.W. Norton and Company.
- Whittal, M.L., Agras, W.S og Gould, R.A. (1999). *Bulimia nervosa: A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments*. I: *Behavior Therapy*. (Nr 30), s. 117-135.
- Wilhelmsen, I. (2007). *Kongen anbefaler. Holdninger for folket*. Hertervig forlag.
- Wilner, R.I (2002). *Cognitive and narrative therapy*. I: *Cognitive Psychotherapy Toward a new millennium. Scientific foundations and Clinical Practice*. Scrimali, Tullio and Lina Grimaldi (red). Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Vedlegg 1.

Forespørsel og samtykke til intervju i forbindelse med masteroppgave i familierapi og systemisk praksis

Prosjekt: *Hvilke muligheter og begrensninger gir kognitive terapeuters praksis med hensyn til integrering av narrative samtalepraksiser?*

Ansvarlig: Per Lennart Lorås.

Veileder: Tore Aune

Stuedsted: Diakonhjemmet Høgskole I Oslo.

Studieretning: Mastergradstudie i familierapi og systemisk praksis.

Jeg er i gang med en masteroppgave hvor jeg ønsker å undersøke hvorvidt kognitive terapeuters praksis muliggjør en integrering av narrative samtalepraksiser? I denne kvalitative forskningen har jeg valgt å bruke intervju/ samtale som metode. Jeg ønsker å intervju 5-6 kognitive terapeuter, hvorav jeg ønsker at minst to av dem har erfaring fra familierapeutisk arbeid/narrativ terapi.

Det vil bli gjort lydbåndopptak av intervjuet. Dette vil bli lagret på pc for deretter å bli transkribert, for dermed å lette analysearbeidet. Det lagrede materialet vil ikke inneholde navn på personer eller steder. Når oppgaven er ferdigskrevet vil alle opptak, utskrifter av opptak, og det som er lagret på pc bli slettet. Alle innsamlede opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og det vil ikke være mulig å identifisere enkeltpersoner/ steder i den ferdige oppgaven.

Jeg håper du finner dette interessant og kontakter meg pr tlf, mail eller ved å returnere vedlagte samtykkeskjema dersom du ønsker å delta. Intervjuene er tenkt gjennomført første halvdel av 2011. Jeg håper at du kontakter meg dersom noe er uklart eller ved andre spørsmål om prosjektet. Intervjuet vil vare fra en halv til 1 time. Dersom du på et senere tidspunkt finner ut at du likevel ikke ønsker å delta, kan du når som helst trekke deg fra studiet uten videre redegjørelse. Om ønskelig kan du få kopi av transkripsjonene fra intervjuet. Oppgaven er planlagt ferdigstilt i april 2012.

Per Lennart Lorås, Sørkleiva 1, 7600 Levanger. Tlf 98422113.

Email: PerLennart.Loras@hnt.no

Mvh Per Lennart Lorås

Vedlegg 2.

Samtykkeerklæring

Ja, jeg har lest overnevnte informasjon og samtykker i å bli intervjuet i forbindelse med masteroppgave i familierapi og systemisk praksis v/ Per Lennart Lorås. Prosjektet har arbeidstittel: *Hvilke muligheter og begrensninger gir kognitive terapeuters praksis med hensyn til integrering av narrative samtalepraksiser?*

Navn:

Adresse:

Telefon:

Sted/ dato/ informant

.....

Sted/ dato/ signatur student

.....

Vedlegg 3.

Intervju med kognitive terapeuter: Hvilke muligheter og begrensninger gir kognitive terapeuters praksis med hensyn til integrering av narrative samtalepraksiser?

1. Hvilken utdanning har du og hvor arbeider/ arbeidserfaring har du som er relevant med tanke på master oppgavens problemstilling?

2. Vi skaper mening i verden ved å historiegjøre eller konstruere historier. Meningen skapes ikke i hver enkelts hode, men gjennom sosial samhandling, kultur og forhandlinger (Lundby 1998)

- a) Er denne tenkningen i tråd med hvordan du som kognitiv terapeut ser for deg at mennesket skaper mening?
- b) Hvordan ville du eventuelt forklart dette i et kognitivt perspektiv?
- c) Hvis ikke, hvordan forklarer du som kognitiv terapeut at mennesket skaper vår mening?

3. Vi tillegger ny informasjon mening ut ifra vår dominerende historie/ identitetskonklusjon (White 2007).

F.eks: en person som tenker at han er udugelig og til liten nytte, vil tolke all ny informasjon ut i fra sin negative dominerende identitetskonklusjon.

- a) Hvordan stemmer dette med dine tanker rundt menneskets identitetsutvikling?
- b) Er dette forenlig med din faglige forankring?

4. ”Problemet er problemet”. Det er ikke personen i seg selv som er problemet, problemet lever sitt eget liv (White 2007). Hensikten med en slik tankegang er å beskrive mennesker på en måte som ikke marginaliserer dem, men i stedet hjelper dem til å forenes seg mot problemet/ skape nødvendig distanse mellom deres identitet og problemet (Ibid).

- a) Er denne måten å se et problem på forenlig med din praksis som kognitive terapeut?
- b) Hvis nei, hva er forskjellig?

5. Det finnes ingen grunnleggende/ essensiell sannheter om folk. Siden mening skapes gjennom språket kan vi ikke ha noen objektiv kunnskap om virkeligheten. Vi kan bare tolke erfaringene (Lundby 1998).

- a) Hva tenker du som kognitiv terapeut om disse utsagnene om sannhet?
- b) Er dette i tråd med din forståelse?
- c) Er dette uforenlig med din faglige forankring?

Det er mange muligheter for hvordan en hvilken som helst erfaring kan tolkes, men ingen tolkning er ”egentlig sann”.

6. I narrativ terapi er en opptatt av å ikke formidle riktige normer eller "applaus/ros" inn i rommet. Da det vil bygge på en normaliserende bedømmelse (White 2007).

a) Er dette forenlig med dine tanker rundt maktperspektivet i terapirommet?

b) Hvis nei, hvordan forstår du dette?

7. Leter etter unntak og alternative historier. For på den måten å bidra til at folk får muligheter til å knytte ny kontakt med sin egen historie slik at en fler- fasetert fortelling om deres liv og identitet kan fremtre (White 1995).

F. eks gjennom å: avdekke verdier, egenskaper og hvilke indre styrker det bor i vedkommende.

a) Er dette en intervensjon som er forenlig med din måte å utøve terapi på?

8. Narrative spørsmål: Spørsmålene har som hensikt å knytte sammen hendelser, tanker, følelser og refleksjoner på nye måter. Historiegjøre deres erfaringer (Holmgren 2010).

F. eks: Veksler mellom spørsmål på handling og identitetsplan. Tid, motiver, ressurser, egenskaper, håp, drømmer, tro og verdier.

a) Er denne typen spørsmål i tråd med hva du som kognitiv terapeut ønsker å få frem?

9. Dersom en ny fortelling om en mer foretrukket identitet skal kunne ta sted må en slik foretrukket identitetsbeskrivelse anerkjennes og bevitnes av viktige andre (White 2007).

F. eks: Gjennom strukturerte spørsmål fra terapeut til "outsider witness" iden hensikt å skape en flere fasetert historie, som ikke har en normaliserende holdning.

a) Er dette i tråd med din praksis/ tenkning?

b) Hvis ikke, hvordan?

10. Hva kan kognitiv terapi tilføre familieterapifeltet?

a) Eventuelt, hvorfor ikke?

Vedlegg 4.

Kopi av intervjuets transkripsjoner

02.01.12

Vedlagt er transkripsjonen fra intervjuet. Jeg sender dette som en mulighet for deg som informant til å kommentere uttalelser/utsagn. Dersom jeg skal ha mulighet til å ta dine kommentarer med meg i det avsluttende arbeidet med oppgaven må en eventuell tilbakemelding være meg i hende innen 14 dager.

Mvh Per Lennart Lorås

Tlf 98422113

Perlennart.loras@hnt.no

Vedlegg 5.

Transkripsjon, Intervju nr 1.

24.03.2011

IO: Intervjuobjekt

I: Intervjuer

Stillhet er markert med punktum (ett punktum er lik ett sekund stillhet).

Intervjuet er 44, 41 min langt

Identifiserbar informasjon er i dette vedlegget fjernet og merket med (...)

1. I: Da si æ først takk for at du kun still opp til et intervju som e vedrørende min masteroppgave
2. IO: mm
3. I: som handle om kognitiv, bruk av kognitiv terapi utelukker bruk av anna familierapeutiske retninger.. da har æ tatt spesielt utgangspunkt i narrativ terapi... Hvis du starte å si litt om den utdannelsa du har.. og relevant arbeidserfaring, eller ka du jobbe med i dag?.
4. IO: Ja, ska vi sjå, vi kan jo ta det litt sånn kronologisk da, æ e utdanna psykolog i fra universitetet i (...) i (...), ehh så jobba æ me (...)..
5. I: ja
6. IO: ehh, ja, så byint æ å jobb på (...)I: mm
7. IO: å jobba i fra (...)
8. I: ja
9. IO: ehh, halvt år det første, ett år det andre og så jobba æ i, en sånn (...) tru æ (latter)
10. I: ja (latter)
11. IO: huske itj heilt
12. I: syns du har god oversikt
13. IO: ja, kremter, mmm, og deretter jobba æ, de to siste åran jobba æ me en (...)
14. I: ja
15. IO: mm..
16. I: Mm, og no jobbe du?
17. IO: Ja, i (...)så (...)
18. IO: så siste (...) åran drøyt, har æ jobba med det
19. I: mm
20. IO: her på (...)
21. I: mm, ja
22. IO: dreve med, no da, stort sett bære med (...) i (...) terapi..
23. I: mm
24. IO: ja, av og te, nåkkå par samtala og sånt nå, men hovedtyngden e (...) samtala, (...) terapi..
25. I: ja.... Har du nånn utdanning innen det kognitive?..
26. IO: Ihj, ja, æ, ehmm, da starta opp med kognitiv terapi så va det itj nå formalisert grunnutdanning i kognitiv terapi
27. I: mm
28. IO: i Norge.. sånn at e, men æ hadd en veileder te (...) I: mm
29. IO: det vart æ i, (...) tru æ.. ehh, (...)hadd jobba med kognitiv terapi

30. I: mm
31. IO: så den æ hadd veiledning av, 160 tima, (...) hadd jobba my med kognitiv terapi
32. I: mm
33. IO: mm, så, eh, æ valgt jo (...) æ va interessert i å lær mæ kognitiv terapi å
34. I: ja
35. IO: ja.. , eh, i løpet av tida fra, eh, (...), tru æ, og gjennom det tiåret der så gikk æ jo på det som va av kurs i kognitiv teori og terapi i Norge, og læst en god del litteratur... sånn at, eh, da forening for kognitiv terapi villa lag en egen veileder utdanning i kognitiv terapi
36. I: mm
37. IO: på metten av (...) tallet, så vart æ invitert te å ta den
38. I: ja
39. IO: så gjennomført en to årig veilederutdanning i kognitiv terapi, der da
40. I: mm
41. IO: etter det så har æ jo fortsatt å... tatt kurs i kognitiv terapi, lest litteratur, vær på kongressa å.. å sånn
42. I: ja
43. IO: mm
44. I: mm. Da hvis en tenke at det, det e din, hovedforankring da.. i ditt private arbeid?
45. IO: Mm
46. I: så vil æ intervju dæ ut i fra hvordan det da stemme med, det som, eh, de premissan som æ vil presanter fra narrativ terapi.. og da vil æ les opp forskjellige premissa fra narrativ terapi med spesielt fokus på Michael White sin versjon av det, eh
47. IO: Mm
48. I: så får du si koss du forheill dæ te dem, eller ikke
49. IO: Ja
50. I: ... Vi skape mening i verden ved å historiegjøre eller konstruere historier.. en tenke at mening skapes ikke i hver enkelts hode, men gjennom samhandling, kultur og forhandlinger.....
51. IO: eh ja... eh...
52. I: det med meningsskaping
53. IO: mm, ja asså det.. det samsvare jo ganske godt med et av hovedpremissan i kognitiv terapi, nemlig det at.. eh... det e ikke nødvendigvis bare korless verden e som påvirke kossn folk har det men kossn dem oppfatte den virkeligheten dem befinn sæ i
54. I: mm
55. IO: og... det at den virkeligheten som folk forheill sæ te, eh, for en stor grad kan sies å være konstruert....
56. I: mm
57. IO: ikke nødvendigvis en objektiv representasjon av virkeligheten men en konstruert oppfatning av den
58. I: dæmmers konstruerte oppfatning?
59. IO: dæmmers konstruerte oppfatning.. eh... den skjer jo ikke i et, eh, vakuum, den konstrueringa skjer ikke i et vakuum, eller, koffer det konstrueres sånn som det gjør skjer jo ikke i et vakuum..
60. I: mm
61. IO: eh, det skjer innanfor en sammenheng, her og no
62. I: ja

63. IO: ehh, sånn som det vises te her, med sosial samhandling, kultur og så videre, asså med menneskan som e omkring, livssituasjon.. ehh.. men åsså i lys av vedkommendes sin historie da..
64. I: mm
65. IO: sånn at, gjennom sin livshistorie så.. så kan, så tenke en at det dannes kognitive tankestrukturer, som påvirke kossn vedkommende oppfatte situasjoner her og no...
66. I: ja
67. IO: mm...
68. I: mm.....
69. IO: de, kognitive tankestrukturan, kor no dem kjæm i fra, kan da bli et interessant spørsmål, e det nå som e, utelukkende skapt gjennom miljøpåvirkninga eller e det åsså nånn ting som vedkommende har med sæ i utgangspunktet.. ehh, og innen kognitiv teori så tenke en ofte at det e en interaksjon der imellom, altså at man har kanskje medfødte disposisjoner for forskjellig type tenkning... og at det kan dempes eller forsterkes gjennom livserfaringer...
70. I: ja, nettopp
71. IO: mm....
72. I: mm
73. IO: så på en måte så... så.. så vil den meininga som en person skape sæ delvis vær et resultat av ytre omstendigheter enten no eller historisk sett... men også til dels ut ifra medfødte tendensa og tilbøylicheta
74. I: ja
75. IO: mm.. mm....
76. I: Vi tillegge ny informasjon mening ut i fra vår dominerende historie eller identitetskonklusjon... men det æ tenke på da, e, e en person som har en tanke om at en e udugelig og til liten nytte, vil da ha det som sin ident, identitetskonklusjon og tolke da all ny informasjon ut i fra den allerede negative tanken en har om sæ sjøl...
77. IO: mm... ehh... det e jo itj sånn, veldig komplisert å omskriv herre her i forhold te kognitiv forståelse, egentlig, eller bruk anna terminologi for å, for å uttrykk det æ syns les ut av det.. ehh, å eksemplet, ehh....e jo nærliggende sånn.. det at.. vår historie å måten vi tenke om omverden og oss sjøl.. påvirke kossn vi oppfatte nye situasjona og det, det, kan også utled i fra kognitiv teori..
78. I: ja
79. IO: mm...kremting... huff da...