

# Gjensidighet og Asymmetri i den Terapeutiske Relasjonen

*En kvalitativ studie om mesterterapeuters  
forståelse av autentisitet og kongruens*

Øystein Hånes Verås



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2012



# **Gjensidighet og Asymmetri i den Terapeutiske Relasjonen**

En kvalitativ studie om mesterterapeuters forståelse av autenticitet og kongruens.

Øystein Hånes Verås

Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt, Universitet i Oslo

Våren 2012

© Øystein Hånes Verås

2012

Gjensidighet og asymmetri i den terapeutiske relasjonen

Øystein Hånes Verås

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Copycat, Forskningsparken, Oslo

IV

## Sammendrag

**Tittel:** Gjensidighet og asymmetri i den terapeutiske relasjonen. En kvalitativ studie om mesterterapeuters forståelse av autenticitet og kongruens.

**Forfatter:** Øystein Hånes Verås

**Hovedveileder:** Michael Helge Rønnestad

**Biveileder:** Hanne Oddli

**Bakgrunn:** Utfallsforskning og fellesfaktorforskning understreker at terapiforskning bør sentreres om virksomme faktorer i psykoterapi. Et hovedfunn er at kvaliteten på den terapeutiske relasjonen er helt sentral for utfall av terapi, samt at terapeuten redegjør for en betydelig andel av variabiliteten. Forskning på spesielt dyktige terapeuter har vist seg å være en hensiktsmessig måte å undersøke terapeuters bidrag til å skape en relasjon som blir terapeutisk. Av betydning for studiens utforming, var også funn som viser at Rogers (1957) sine kjernebetingelser for terapi fortsatt kan være aktuelle. Hensikten med studien var å få tak i mesterterapeuters refleksjoner rundt begrepene autenticitet og kongruens, og videre hvordan de forholder seg til sin egen subjektivitet som terapeut.

**Metode:** I studien er det brukt kvalitativ metode. Ved hjelp av et semistrukturert dybdeintervju, ble syv kolleganominerte mesterterapeuter intervjuet. Datamaterialet er analysert ved bruk av tematisk analyse. Studien er et selvstendig forskningsprosjekt, hvor undertegnede har selv utviklet prosjektet, gjennomført intervjuene og analysen.

**Resultater:** Et gjennomgående tema i mesterterapeutenes beretninger omhandler den terapeutiske relasjonen som både gjensidig og asymmetrisk. Først og fremst forteller de om relasjonen som grunnleggende og avgjørende. Tre hovedkategorier kan videre beskrive mesterterapeutenes beretninger om hvordan de går inn i en relasjon og hvordan de forholder seg til sin egen subjektivitet: "Beretninger om Gjensidighet og Asymmetri", "Beretninger om Autenticitet og Kongruens" og "Beretninger om å dele personlige reaksjoner og erfaringer".

**Diskusjon:** Hvordan mesterterapeutene snakker om den terapeutiske relasjonen, er sammenfallende med fellesfaktorforskningens dokumentasjon av relasjonen som betydningsfull og avgjørende. Autenticitet og kongruens blir drøftet i lys av Rogers tre relasjonelle kjernebetingelser. Beretninger om relasjonen som gjensidig og asymmetrisk blir drøftet i forhold til litteratur innen relasjonell psykoanalyse og intersubjektiv teori. Mesterterapeutenes syn på å dele personlige reaksjoner og erfaringer, blir videre drøftet med utgangspunkt i et gjensidighet- og asymmetridilemma.



## Forord

Først og fremst vil jeg takke terapeutene som ønsket å bidra til denne studien. Å møte disse terapeutene har i seg selv vært inspirerende og lærerikt. De har bidratt med innsiktsfulle refleksjoner og fortellinger om seg selv og sitt kliniske arbeid. Dette er verdifull kunnskap, og det er med ydmykhet jeg erkjenner at samtalene og det senere arbeidet med intervjumaterialet, har hatt en betydelig personlig og faglig verdi for meg. Jeg håper at terapeutene også satte pris på våre møter. Det har vært et mål at dette prosjektet skal kunne bidra med kunnskap, utover rammen som hovedoppgave for undertegnede. Med ærbødighet har jeg en tro på at andre klinikere vil oppleve funnene som relevante og meningsfulle.

Min hovedveileder, Helge Rønnestad, fortjener en stor takk. Måten du har møtt meg på i veiledningsrelasjonen, har hatt stor betydning for min tro på prosjektet. Din interesse og iver under prosessen har vært inspirerende og viktig. Min biveileder, Hanne Oddli, skyldes en stor takk for oppmuntring og støtte i en turbulent periode. Dine reflekterte og grundige innspill under utviklingen av intervjuguiden, har vært av stor betydning.

Videre vil jeg takke Jon Sletvold for inspirerende og givende dialoger både på et personlig og faglig plan. Min interesse for dette temaet skyldes i stor grad din innflytelse på meg. Jeg vil også takke min veileder i internpraksis ved Klinikk for Dynamisk Terapi, Tormod Berg. Din holdning og dine perspektiver er noe jeg fremover håper integreres som mine egne.

Avslutningsvis vil jeg takke Elisabeth Jørgensen Verås, Even Halland, Charlotte Marie Kirkhus, Ingvill Sannes, Kristoffer Norheim og Kenneth Fosse Jørgensen for betydningsfulle innspill og uvurderlig støtte.

Oslo, våren 2012

Øystein Hånes Verås





## Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	<b>V</b>
<b>Forord</b> .....	<b>VII</b>
<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
<b>Teoretisk og empirisk kontekst</b> .....	<b>3</b>
Forskning på fellesfaktorer.....	4
Forskning på den terapeutiske relasjonen .....	5
Forskning på terapeutens bidrag .....	5
Etablerte og lovende faktorer i den terapeutiske relasjonen .....	7
Terapeutisk allianse.....	7
Empati .....	9
Positiv anseelse .....	11
Kongruens .....	12
Forskning på klinisk ekspertise .....	15
<b>Metode</b> .....	<b>18</b>
Utvalget .....	19
Utforming av intervjuguiden .....	20
Prosedyre for datainnsamling.....	20
Prosedyre for dataanalyse.....	21
Fase 1: bli kjent med datamaterielet.....	21
Fase 2: koding av data.....	22
Fase 3: utvikling av kategorier .....	22
Fase 4: gjennomgang av foreløpige kategorier .....	23
Fase 5: definerings og navngiving av kategoriene.....	23
Metodediskusjon .....	24
Utvalget .....	25
Intervjuene.....	26
Resultatene .....	27
<b>Resultater</b> .....	<b>28</b>
Beretninger om relasjonen som grunnleggende og avgjørende .....	29
Beretninger om gjensidighet og asymmetri .....	30

Likeverdighet og ulike roller .....	31
Nærhet og genuinitet .....	32
Identifisering og overidentifisering .....	34
Beretninger om autentisitet og kongruens .....	36
Å være autentisk .....	36
Å være seg selv som terapeut .....	39
Å bruke humor .....	42
Beretninger om å dele personlige reaksjoner og erfaringer .....	43
Å være oppriktig .....	43
Å være privat versus personlig .....	44
Å dele skal være på klientens premisser .....	46
Å dele følelser .....	59
<b>Diskusjon.....</b>	<b>53</b>
Den terapeutiske relasjonen .....	54
Gjensidighet og asymmetri.....	55
"The real relationship" .....	55
Tre modeller av psykoterapeutisk praksis .....	57
Autentisitet og kongruens.....	59
Å være seg selv som terapeut .....	60
Å bruke humor .....	61
Å dele personlige reaksjoner og erfaringer .....	62
Oppriktighet, men på klientens premisser .....	63
Observatør eller deltager .....	64
Delte opplevelser.....	65
<b>Avsluttende refleksjoner og implikasjoner av studien.....</b>	<b>67</b>
Litteraturliste .....	70
Vedlegg .....	79

## Innledning

Psykoterapiforskning viser at kvaliteten på den terapeutiske relasjonen er avgjørende for utfall i psykologisk behandling (Wampold, 2001; Norcross & Wampold, 2011). Denne studien undersøker erfarne terapeuters refleksjoner rundt den terapeutiske relasjonen og mer spesifikt om deres opplevelse av en autentisk dimensjon i slike relasjoner gjennom en kvalitativ tilnærming. Fokuset er på den personlige utformingen av terapeutrollen, hvorvidt, og hvordan, en selv som person preger denne betydningsfulle relasjonen.

Studien er viktig fordi det legges relativt lite vekt på forhold som fremmer den terapeutiske relasjonen i psykologutdannelsen. Utdanningsinstitusjoner tilbyr kurs til kommende terapeuter om forskning og evidensbasert praksis, men i mindre grad om for eksempel intuisjon, personlig utvikling og relasjonelle ferdigheter. En gjennomlesning av studieplan for psykologer ved UiO, UiT og NTNU viser at for eksempel testing, diagnostisering og forskningsmetoder er godt dekket. Mindre fokus er lagt på psykologstudenters egen prosess omkring den personlige integrering av teori, forskning og praksis, selv om vi vet at dette er viktig. Psykoterapeutisk arbeid er krevende, og skaper bekymringer for terapeuter av ulik art. Spesielt unge terapeuter, kan streve med opplevelse av utilstrekkelighet i møtet med det komplekse og utfordrende fagfeltet (Høstmark Nielsen, Vøllestad, Schanche & Birkeland Nielsen, 2009).

Dette prosjektet springer ut fra en idé om samtaler mellom en uerfaren terapeut og en erfaren terapeut, en utveksling av meninger, holdninger og teori fra en generasjon til en annen. En idé om en slik "aristotelisk" læresituasjon begynte å vokse, da jeg for noen år siden fikk anledning til å delta i en liten og unik samtalegruppe om integrasjon av teori og praksis, med Professor Emeritus Jan Smedslund ved Psykologisk Institutt. I sin innledning til boken Eksistensiell Psykoterapi, skriver Irvin Yalom (1980):

*Lærebøker, tidsskriftartikler og forelesninger kan ofte fremstille terapi som noe eksakt og systematisk, med nøye avgrensede stadier, strategiske og fagtekniske inngrep, metodisk utvikling og opphør av overføring, analyse av objektreelasjoner og et veloverveid, rasjonelt program av innsiktsfulle tolkninger. Likevel er det min faste overbevisning at når ingen ser det, tilsetter terapeuten enkelte uoffisielle tilsetninger.*  
(s. 19)

I likhet med Yalom, har jeg en fornemmelse av at det er noe i arbeidet vi ikke snakker så mye om, men som man kan kjenne på i de daglige møtene med sine klienter. Men hva er da disse

”tilsetningene”, dette flyktige, ”uoffisielle” ekstra krydderet? Det er som om vi er ukomfortable med å snakke om begreper som er flertydige, abstrakte og vage. Selv om en kan oppleve eller føle noe veldig sterkt, om vi ikke kan se det, høre det eller ta på det, så er det på en måte ikke reelt nok til å vie det tilstrekkelig oppmerksomhet. Yalom (1980) reiser spørsmål om hvorvidt det overhodet er mulig å definere og undervise i slike kvaliteter som medfølelse, ”nærvær”, omsorg, innlevelse og nær kontakt med pasienten. Måten autentisitet og ektehet defineres er av interesse, sier han, men det er hvordan disse kjernebetingelsene praktiseres som blir det avgjørende (Yalom, 1980). Begrepet empati går tilbake til et gammelt gresk ord som impliserer en aktiv anerkjennelse av en annens følte opplevelse. I terapi er empati tenkt å fremme og understøtte klientens mulighet til å uttrykke seg, og i noen tilnærminger også heling i seg selv. Forskere er komfortable med dette konseptet siden det er en av de betingelsene som er tydelig relatert til positivt utfall, men det konseptualiseres på høyst ulike måter innen ulike tradisjoner (Elliott, Bohart, Watson & Greenberg, 2011). Dessverre blir empati ofte plassert i en relativt smal teoretisk form og blir lært til begynnerterapeuter, som et sett av ferdigheter designet for å kommunisere forståelse til klienten. Det er som om tanken er at når terapeuter først lærer seg aktiv lytting, speiling av følelser og innhold, vil empati uunngåelig bli en følge eller en konsekvens.

Høsten 2005 anvendte hovedoppgavestudent Inger Tone Kleven en kolleganominasjonsmetode for å finne frem til et strategisk utvalg av intervjuobjekter til sin hovedoppgave om ”Hvordan psykologer individualiserer terapeutrollen”. I 2008 benyttet Marthe Frogner Stokstad og Siri Gjerdåker det samme utvalget til sin hovedoppgave om ”De første timene i psykoterapi”. Begge disse prosjektene var under veiledning av professor Helge Rønnestad. Denne studien er på mange måter en videreføring av hovedoppgavene til Inger Tone Kleven, Marthe Frogner Stokstad og Siri Gjerdåker, både på grunn av at vi har benyttet det samme utvalget av informanter, men også fordi det bidrar til å supplere det totale bildet av hvordan erfarne og antatt dyktige terapeuter utøver sitt virke.

Goldfried, Raue og Castonquay (1998) nærmer seg spørsmålet om terapiforskningens karakter ved å stille spørsmålet:

*How do we as psychologists define the "state of the art"? Is it by the treatment manuals included in clinical trials or is it by what master therapists, who have been nominated by those who wrote the manuals, actually do in clinical practice? (s. 809)*

Jeg vil med denne oppgaven forsøke å utforske noen av disse ”uoffisielle tilsetningene” som Yalom (1980) løftet frem. Dette vil jeg gjøre gjennom å analysere og presentere funn fra intervjuer med erfarne terapeuter, som av sine kolleger er nominert som kompetente.

### **Teoretisk og Empirisk Kontekst**

I dette introduksjonskapittelet vil jeg begrunne hvorfor det er viktig å sette fokus på den terapeutiske relasjonen og terapeuten i psykoterapiforskningen. Deretter avsluttes kapittelet med en presisering av problemstillingene, som denne hovedoppgaven har til hensikt å belyse. Utøvere av psykoterapi befinner seg i et stadig mer pluralistisk landskap, og en stadig økende differensiering av terapiformer synes å prege psykoterapifeltet. Psykologstudenter blir gjennom utdanningen presentert for historiske utviklingslinjer bak de ulike terapitradisjonene. På et overordnet plan lar det seg gjøre å skissere hovedlinjer som muliggjør en oversikt og diskusjon av kontroverser. Når det kommer til utøvelsen av yrket og integrering av teori og praksis, blir bildet mer sammensatt. Teorier som tilsynelatende kan forenes i integrativ tenkning, kan i praksis være gjensidig ekskluderende. Som et motstykke til det tilsynelatende uforenlige mangfoldet, synes nyere forskning å konvergere i stor grad omkring virksomme fellesfaktorer i psykoterapi. Dette er med på å understreke at valgene som skal styre egen praksis, kan gjøres av hver enkelt terapeut og det bidrar ikke nødvendigvis til å redusere forvirringen for unge terapeuter. Samtidig gir denne nye retningen implikasjoner man som terapeut ikke kan unngå å forholde seg til. Vi ser en relasjonell vending i psykoterapifeltet på tvers av ulike disipliner. I en artikkel om det mellommenneskelige møtet i psykoterapi, beskriver Binder (2008) at den relasjonelle vendingen i psykoterapi har både en lang og en kort historie. Da psykoterapeutisk praksis på 40- og 50-tallet begynte å ta den formen som vi kjenner i dag, var allerede Sullivan, Winnicott og Rogers i gang med å lage relasjonsmodeller for endring, og de fremstår som i opposisjon til de mer teknisk orienterte måtene å definere psykoterapi på i sin samtid (ibid.). I dag ser vi at representanter for alle terapiretninger i økende grad også vektlegger relasjonens endringskraft, og en slik utvikling skjer også innenfor terapiretninger som tradisjonelt sett har vært mer teknikkfokuserede (ibid.). Vår forståelse av psykoterapi som mellommenneskelig møte synes, i ferd med å omforme våre ideer om hva psykoterapi er og berede grunnen for fremtidens praksis (Binder, 2008).

## Forskning på Fellesfaktorer

Tanken om at fellesfaktorer er assosiert med psykoterapiutfall går langt tilbake. Rosenzweig foreslo allerede i 1936 at vellykkede terapiutfall kunne attribueres til fellesfaktorer på tvers av psykoterapiformene (Weinberger & Rasco, 2007). Om fellesfaktorer er et reelt fenomen, så vil en anta at ulike behandlingsformer vil være like effektive, uavhengig av de respektive forskjeller i praksis. Rosenzweig (1936, i Weinberger & Rasco, 2007) predikerte også dette, og presenterte et sitat fra "Alice in wonderland" for å beskrive denne prediksjonen: "At last the Dodo said, Everybody has won, and all must have prizes". Dette ble senere navngitt som "Dodo-kjennelsen" av Stiles, Shapiro og Elliot (1986). Det refereres nå i fagfeltet til "the Dodo bird effect" som et empirisk argument for at fellesfaktorene i psykoterapi kan forstås som de egentlige virkningsmekanismer i behandlingen (Wampold, 2001). Selv om en slik lignelse blir noe forenkende, ser omfattende forskning de senere årene ut til å støtte opp om en slik "Dodo-kjennelse", og meta-analyser finner i all hovedsak ingen signifikante effektforskjeller mellom forskjellige retninger (Smith, Glass & Miller, 1980; Lipsey & Wilson, 1993; Wampold, Mondin, Moody, Stich, Benson, & Ahn, 1997; Luborsky, Rosenthal, Diguier, Andrusyna, Berman, Levitt, & Krause, 2002; Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2004). Når klienter blir spurt om hva som er virksomt for dem, rapporterer også de faktorer som er assosiert med fellesfaktorer, og da spesielt relasjonen til terapeuten (Weinberger & Rasco, 2007).

I dag er det i stor grad enighet og aksept for at psykoterapi generelt virker, men likevel er det betydelig uenighet om hva som gjør psykoterapi virksom. Spørsmål knyttet til hva de aktive ingrediensene i psykoterapi er, eller hvilke faktorer i terapi som er ansvarlige for å bidra til endring, er fortsatt omstridt. Faktorer som påvirker utfall av terapi kan deles inn i fire områder (Lambert & Barley, 2002): utenomterapeutiske faktorer; forventningseffekter; spesifikke terapiteknikker, og fellesfaktorer. Blant de mange fellesfaktorene som kan tenkes å være virksomme, finner vi bl.a. faktorer som fanger opp egenskaper ved klienten, kvaliteter ved terapeuten, sider ved behandlingsstrukturen og ved den terapeutiske relasjonen (Greencavage & Norcross, 1990). Fellesfaktorer som empati, varme og den terapeutiske relasjonen, har vist seg å korrelere mer med utfall enn spesialiserte behandlingsintervensjoner (Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske & Davis, 2000; Lambert & Ogles, 2004).

Frank og Frank (1991) lister opp fire generelle faktorer som de mener er essensielle i alle former for psykoterapi, for å bidra til forståelsen av terapeutiske elementer i psykoterapi; en emosjonelt ladet relasjon kjennetegnet ved tillitsfullhet, og ved at terapeuten formidler en

forhåpning om at en positiv utvikling er en mulighet; at behandlingen skjer i en helende/terapeutisk kontekst, som gjør at klienten kan få en forventning om at en positiv forandring vil skje; et rasjonale som formidler en forklaring på hvordan forandring kan skje; en terapeutisk prosedyre eller ritual som klienten og terapeuten kan delta aktivt i.

**Forskning på den terapeutiske relasjonen.** Lambert og Barley (2002) oppsummerer hva vi med tyngde kan si om den terapeutiske relasjonen, på grunnlag av hundrevis av studier fra en periode på over 60 år med psykoterapiforskning. Dette oppsummerer de på følgende måte: Psykoterapi virker generelt, og den gjennomsnittelige behandlede klient har det bedre enn 80% av ubehandlede personer; Komparative studier av psykoterapi-teknikker rapporterer konsistent en ekvivalens mellom ulike terapiformer i å frembringe endringer hos klienter; Variabler knyttet til den terapeutiske relasjonen korrelerer konsistent høyere med terapiutfall enn spesialiserte teknikker; Noen terapeuter er bedre enn andre til å bidra til positivt terapiutfall, og klienter karakteriserer slike terapeuter som mer forståelsesfulle og aksepterende, empatiske, varme, og støttende. (min oversettelse, Lambert & Barley, 2002).

Utfordringen for en vitenskapelig fundert psykoterapi er å integrere hva vi vet om den terapeutiske relasjonen, endringsprosesser, og spesifikke teknikker, presiserer Lambert og Barley (2002). De foreslår at de som forsker på integrative og eklektiske tilnærminger, bør legge hovedvekten på den sentrale kurative aktiviteten, den terapeutiske relasjonen, mens man samtidig inkorporer de mindre signifikante aspektene, teknikkene (ibid.). Hvordan skal vi adekvat forstå den terapeutiske relasjonen og betydningen av den? Hvordan inngår man i en relasjon som blir terapeutisk? Den terapeutiske relasjonen er definitivt den fellesfaktoren det er skrevet mest om, og Wolfe og Goldfried (1988) betegnet den terapeutiske relasjonen som den mest essensielle integrative psykoterapeutiske faktoren. Som gjennomgangen over viser, er det mye som tyder på at terapi er en interpersonlig prosess hvor den viktigste kurative komponenten er kvaliteten på den terapeutiske relasjonen, og Lambert og Barley (2002) påpeker at klinikere må huske at dét er fundamentet i våre forsøk på å hjelpe klienter.

**Forskning på terapeutens bidrag.** Lambert & Barley (2002) legger frem betydningen av å undersøke innflytelsen den individuelle terapeuten har på terapiutfall, da det er åpenbart at noen terapeuter er bedre enn andre. Videre forskning er nødvendig for å belyse hvordan mesterterepauter bidrar til den terapeutiske relasjonen og utfallet av terapi (ibid.). På bakgrunn av at terapeuter innen en gitt behandling redegjør for en stor proporsjon av variansen, postulerer Wampold (2001) at essensen av terapi er inkarnert i terapeuten, og at det

dermed er åpenbart at selve personen, terapeuten, er en kritisk faktor relatert til terapiutfall. I sin inngående gjennomgang av terapiforskningen, bekrefter Wampold (2001) betydningen av terapeuters evne til å danne relasjoner i fremstående terapier og formulerer seg på følgende måte:

*The particular treatment that the therapist delivers does not affect outcomes. Moreover, adherence to the treatment protocol does not account for the variability in outcomes. Nevertheless, therapists within treatment account for a large proportion of the variance. Clearly, the person of the therapist is a crucial factor in the success of therapy.* (s. 202)

Dette er med på å understreke at den enkelte terapeut får en fremtredende plass. Enkelstudier har vist at bidraget fra den enkelte terapeut er betydelig (Lambert & Ogles, 2004). De senere årene har det vært publisert flere studier, som gir ytterligere empirisk støtte til at en betydelig del av variasjonen i behandlingsresultatet kan attribueres til terapeutene (Wampold & Brown, 2005; Lutz, Leon, Martinovich, Lyons, & Stiles, 2007; Dinger, Strack, Leichsenring, Wilmers, & Schauenberg, 2008; Wampold, 2010).

Beutler, Machado og Neufelds (1994) taksonomi over terapeutvariabler kan være nyttig å bruke for å nærme seg terapeutens bidrag i terapi. Denne taksonomien deler terapeuters kvaliteter inn mot to dimensjoner; objektive versus subjektive karakteristika og kryss-situasjonelle versus terapispesifikke karakteristika. De objektive karakteristika er sider ved terapeuten som en kan observere, mens de subjektive egenskapene er sider ved terapeuten som en vanskelig kan måle uten terapeutens selvrapporing. Kryss-situasjonelle egenskaper er stabile kvaliteter ved terapeuten som strekker seg utover den profesjonelle rollen, mens terapispesifikke tilstander er systematisk utviklet for å ha en terapeutisk effekt i det kliniske arbeidet (Beutler et al., 1994). Disse fire variablene inneholder faktorer som kan tenkes å utgjøre sider ved terapeuten som former hans eller hennes bidrag til behandlingen. Når det gjelder overnevnte dokumentasjon av fellesfaktorenes betydning i terapi, er de kryss-situasjonelle og subjektive kvalitetene ved terapeuten særlig interessante for å forklare hvorfor noen terapeuter ser ut til å lykkes mer enn andre (Beutler et al., 2004). En må imidlertid også vente at den enkelte terapeuts dyktighet består av en kompleks interaksjon mellom de ulike terapeutvariablene (Wampold, 2001). De foreliggende forskningsresultatene peker nokså entydig i en retning. Vellykkede terapiutfall ser ikke ut til å skyldes spesifikke faktorer ved den enkelte behandling, men faktorer som de ulike terapiformene har til felles.



## **Etablerte og Lovende Faktorer i Den Terapeutiske Relasjonen**

Som et bakteppe for å gå inn i analysen og resultatene i dette prosjektet, vil jeg presentere etablerte og lovende effektive elementer i den terapeutiske relasjonen. Jeg vil i det følgende legge frem definisjoner, drøftinger og empiri om terapeutisk allianse. Med utgangspunkt i Rogers (1957) sine kjernebetingelser for terapi vil jeg deretter drøfte konstruktene empati, positiv anseelse og kongruens/ektehet. Dette er store tema i seg selv, og vil derfor innen denne rammen fremlegges som en introduksjon, eller oversikt over hva som er sentralt ved den terapeutiske relasjonen.

I sitt klassiske verk "The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change", argumenterer Carl Rogers (1957) for at konstruktiv personlighetsendring er basert på seks betingelser: a) psykologisk kontakt mellom klient og terapeut, (b) hvor klienten er i en tilstand av "inkongruens" (f. eks. sårbar og angstfylt) og (c) terapeuten fremtrer som en kongruent, integrert og genuin person. Videre (d) at terapeuten opplever en ubetinget positiv anseelse for klienten, og (e) har en empatisk forståelse av klientens interne referanseramme. Til slutt (f) må terapeuten være i stand til å kommunisere denne empatiske forståelsen og ubetingete positive anseelsen til klienten - og at klienten oppfatter terapeuten som aksepterende og empatisk overfor seg selv (Rogers, 1957). Selv om det i Norge i dag er få som systematisk bruker Rogers sin tilnærming, understreker Hartmann og Dalsgaard Axelsen (2008), at aspekter ved klientsentrert terapi har påvirket mange terapeuters praksis.

**Terapeutisk allianse.** Den terapeutiske relasjonen vektlegges ulikt innen ulike tradisjoner, men er som tidligere vist den mest essensielle fellesfaktoren, og den terapeutiske alliansen anses som helt sentral. Interessen for terapeutisk allianse som fenomen er stor både for forskere og klinikere, og fra 1977 til 2000 har det vært publisert over 2000 artikler om den terapeutiske alliansen (Horvath & Bedi, 2002). Denne enorme interessen skyldes nok det økende fokuset på fellesfaktorer, og en betydningsfull kilde er arbeidet til Carl Rogers. Rogers plasserte den terapeutiske relasjonen i sentrum av helingsprosessen og genererte viktige og varige bidrag til litteraturen som utforsker interpersonlige aspekter i psykoterapi. Forskning som forsøker å forbinde empirisk evidens for allianse med utfall av terapi, foreslår at alliansen har lik innflytelse på tvers av ulike former for behandling (Horvath & Bedi, 2002). På det nåværende tidspunkt har vi ikke en universelt akseptert definisjon av terapeutisk allianse, og selv om det er viktige delte aspekter ved definisjoner fra ulike tradisjoner, er det fortsatt mer eller mindre viktige forskjeller. Freud (1940, i Weinberger & Rasco, 2007) er

antageligvis den første teoretikeren som løfter frem relasjonen som avgjørende og hans formuleringer foreslår at det er en ”analytiker” i klienten som støtter den helende prosessen. Han snakket om det realitetsbaserte samarbeidet mellom terapeut og klient og refererte til dette som en positiv overføring, og som noe helt nødvendig i den terapeutiske prosessen (ibid.). I den psykoanalytiske og dynamiske tradisjonen har den terapeutiske relasjonen hatt en fremskutt plass gjennom hele historien, riktignok med ulike fokus til ulike tider (Weinberger & Rasco, 2007). Psykoanalytikerens Ralph Greenson (1967) var den første til å begrepsfeste sider ved relasjonen som arbeidsallianse. Han gjorde en distinksjon mellom arbeidsallianse og den terapeutiske alliansen. Førstnevnte konstrukt refererte til klientens evne til å tilpasse seg oppgavene i analysen, og sistnevnte refererte til kapasiteten terapeut og klient har til å skape et personlig bånd. Ifølge Greenson (1967) var arbeidsalliansen den rasjonelle kontakten mellom klient og analytiker, og utgjorde grunnlaget for at klienten kunne jobbe målrettet i terapi. Han lanserte også begrepet ”the real relationship”, som den delen av relasjonen som ikke er preget av overføring, noe jeg kommer tilbake til senere i oppgaven.

Versjoner av Bordins definisjon fra slutten av 1970-tallet, er de mest anvendte definisjoner av allianse i dag, uavhengig av teoretisk orientering. Allianse blir overordnet sett på som bestående av tre elementer – et emosjonelt bånd mellom klient og behandler, enighet mellom klient og behandler om terapeutiske oppgaver, samt enighet om behandlingsmål (Bordin, 1979). Gjensidige aspekter mellom klient og terapeut blir vektlagt i denne modellen.. Bordin (1979) mener at et positivt bånd ikke er nok alene, og fremhever viktigheten av tydelige mål og oppgaver som bidrar til en sterkere arbeidsallianse. Klienten må få inntrykk av at terapeuten er investert i å hjelpe og i å oppnå målene. Målsettingene kan variere avhengig av det presenterte målet og den teoretiske orienteringen til terapeuten. Styrken i samarbeidet mellom klienten og terapeuten, tenkes derfor å ha større påvirkning på behandlingsutfallet, enn hva de spesifikke metodene har (Horvath & Bedi, 2002).

I senere tid har en rekke instrumenter blitt utviklet for å måle allianse. Hva vi vet om allianse og dens relasjon til utfall, har vært utforsket fra en rekke tradisjoner som i praksis definerer allianse gjennom det instrumentet de bruker til å måle konseptet. Det eksisterer mer enn 24 ulike allianseskalaer (Horvath & Bedi, 2002), og for denne presentasjonen anses det ikke som relevant å legge frem de ulike variantene. Horvath og Bedi (2002) fremlegger imidlertid en definisjon som forsøker å fange både Bordins teoretiske arbeid og den voksende kliniske konsensusen i feltet:

*The alliance refers to the quality and strength of the collaborative relationship between client and therapist in therapy. This concept is inclusive of: the positive affective bonds between client and therapist, such as mutual trust, liking, respect, and caring. Alliance also encompasses the more cognitive aspects of the therapy relationship; consensus about, and active commitment to, the goals of therapy and to the means by which these goals can be reached. Alliance involves a sense of partnership in therapy between therapist and client, in which each participant is actively committed to their specific and appropriate responsibilities in therapy, and believes that the other is likewise enthusiastically engaged in the process. The alliance is a conscious and purposeful aspect of the relation between therapist and client: It is conscious in the sense that the quality of the alliance is within ready grasp of the participants, and it is purposeful in that it is specific to a context in which there is a therapist or helper who accepts some responsibility for providing psychological assistance to a client or clients. (s. 41)*

Det overordnede budskapet fra Horvath og Bedis (2002) gjennomgang av enorme mengder forskning er tilsynelatende enkelt: kvaliteten på den terapeutiske alliansen er et viktig element i godt fungerende, effektiv terapi. Dette er funn som er replisert i senere tid (Orlinsky, Rønnestad & Wilutzki, 2004; Wampold, 2010). Horvath, Del Re, Flückiger, og Symonds (2011) anslår at den overordnede effektstørrelsen den terapeutiske alliansen har på utfall er på .275. Dette indikerer en moderat, men reliabel assosiasjon mellom allianse og terapeutisk utfall (ibid.). Selv om tallene kan fremstå relativt udramatiske, påpeker Wampold (2010) at alliansen sammen med terapeutvariabler redegjør for mesteparten av den systematiske utfallsvariabiliteten i psykoterapi. Overordnet støtter den empiriske evidensen på allianse en kontekstuell modell, fremfor en medisinsk modell for psykoterapi. Selv om slike konklusjoner ikke på noen måte argumenterer for at det ikke er nyttig å finne empirisk støtte for spesifikke ingredienser, legitimerer slike funn for at terapeuter vektlegger og fokuserer på alliansen som en generisk ingrediens i terapi.

**Empati.** Fenomenet empati har hatt en lang og på mange måter en stormfull historie i hva som fremholdes som sentrale terapeutvariabler. Empati ble foreslått og konseptualisert av Rogers på 40-50 tallet som fundamentet i terapeuters hjelpeevner, men den påståtte universelle effekten ble behandlet med skepsis utover 70- og 80-tallet av psykoterapiforskere (Bohart, Elliott, Greenberg & Watson, 2002). Flere har imidlertid påpekt hvor mangelfull forskningen på empati har vært de siste årene, og i dag er empati igjen et tema av sterk

vitenskapelig interesse i blant annet utvikling- og sosialpsykologi (ibid.). Bohart og Greenberg (1997) har antydnet at det er på tide å rehabilitere interessen for terapeutens empati som en sentral endringsfaktor i psykoterapi. Et problem med å forske på empati er at det ikke har eksisterert noen konsensus på definisjonen (Bohart & Greenberg, 1997; Duan & Hill, 1996). Bohart, Elliott, Greenberg og Watson (2002) følger imidlertid Carl Rogers og definerer empati på følgende måte:

*..the therapist's sensitive ability and willingness to understand the client's thoughts, feelings and struggles from the client's point of view. It is this ability to see completely through the client's eyes, to adapt his frame of reference. It means entering the private perceptual world of the other, being sensitive, moment by moment, to the changing felt meanings which flow in this other person. It means sensing meanings of which he or she is scarcely aware. (s. 90)*

Definert på denne måten kan empati sees på som en høyere-ordens kategori som inneholder en rekke underkategorier, så ifølge Bohart, Elliott, Greenberg og Watson (2002) må empati forstås som et komplekst konstrukt. De differensierer mellom tre hovedmodus av terapeutisk empati: empatisk ”rapport”, kommunikativ inntoning, og person-empati (ibid.). En empatisk ”rapport” kan handle om at terapeuten fremviser en medfølelse holdning overfor klienten og forsøker å demonstrere at han eller hun forstår klientens opplevelse. Den andre modusen, kommunikativ inntoning, består av en aktiv og kontinuerlig anstrengelse etter å være inntonet fra øyeblikk til øyeblikk på klientens kommunikasjon og prosess (Bohart & Greenberg, 1997; Orlinsky, Grawe, & Parks, 1994). Dette vil innebære mer enn å formidle terapeutens forståelse av klientens følelser eller budskap, det handler også om å utdype og bidra til klientens videre utforskning (Greenberg & Elliott, 1997). Denne modusen vektlegges antageligvis sterkest av klient- og prosessorienterte tilnærminger. Til sist har vi person-empati som også har blitt kalt en ”erfarings-nær forståelse av klientens verden” (Bohart & Greenberg, 1997) og ”Bakgrunns-empati” (Lerner, 1972, i Bohart, Elliott, Greenberg & Watson, 2002). Dette synes å være en mer global prosess, og Bohart og medarbeidere (2002) beskriver det som en vedvarende innsats for å forstå klientens erfaringer, både historisk samt her og nå, som påvirker klientens opplevelser. En slik form for empati vektlegges av psykodynamiske terapeuter. Empatisk ”rapport”, kommunikativ empati og person-empati er ikke gjensidig utelukkende, og i forskjellene er det heller snakk om hva man vektlegger mer eller mindre (ibid.).

Oppsummering av meta-analyser omkring forskning på empati, viser at det mest konsistente funnet relatert til utfall, er klienters opplevelse av å føle seg forstått av sine terapeuter (ibid.). Dette antyder at terapeuters responser bør kontinuerlig koordineres etter hvor klienten er og hva klienten er opptatt av (ibid.). Det er identifisert flere former for empatisk respons (Greenberg & Elliott, 1997; Watson, 2002). Dette er responser som formidler enten forståelse, bekreftelse, er utvidende eller hypotesedannende (ibid.). På et overordnet plan handler empati om å både eksplisitt og implisitt forstå klienters opplevelser, fremfor klienters ord. Klienter som fremstår som skjøre, kan oppleve terapeuters empatiske responser som påtrengende, mens andre mer motstandsdyktige klienter, kan oppleve empati som for dirigerende; andre igjen kan oppleve empatisk fokus på følelser som for fremmede (Kennedy-Moore & Watson, 1999). Terapeuter må derfor kontinuerlig vurdere når, hvordan og på hvilket nivå man skal kommunisere empatisk forståelse (Bohart, Elliott, Greenberg & Watson, 2002).

**Positiv anseelse.** Jeg vil nå fokusere på en av Rogers (1957) antatte nødvendige betingelser for effektiv psykoterapi, nemlig positiv anseelse. Carl Rogers (1957) definerte positiv anseelse på følgende måte:

*To the extent that the therapist find himself experiencing a warm acceptance of each aspect of the client's experience as being a part of that client, he is experiencing unconditional positive regard. It means there are no conditions of acceptance. It means a "prizing of the person, and it means a caring for the client as a separate person. (s. 101)*

Rogers mente at å behandle klienter på en konsistent varm og anerkjennende måte, ville tillate klienter å vokse psykologisk, og overnevnte definisjon gir ifølge han implikasjoner for en spesiell terapeutisk holdning og væremåte. Han syntes å være i opposisjon til datidens psykoanalytiske praksis og har eksplisitt formulert kritikk mot det han opplevde som en analytisk ekspertrolle, distansert og med ideal om nøytralitet (Rogers, 1957).

Selv om Rogers sine arbeider kan kritiseres for ikke i tilstrekkelig grad å fokusere på interaksjonen mellom terapeut og klient, har han hatt en stor innflytelse på fagfeltet. Hans artikkel fra 1957 katalyserte på mange måter et historisk skifte i synet på hva som kan være virksomt i terapi (Farber & Lane, 2002). Overordnet ble det løftet frem at den terapeutiske relasjonen i seg selv er en kritisk faktor. Som nevnt innledningsvis har vi sett en relasjonell vending i faget vårt og i årene etter Rogers sine publiseringer begynte både kognitiv-

atferdsorienterte tilnærminger (Beck, 1995) og flere psykoanalytikere (Mitchell & Aron, 1999) å endre sine kliniske perspektiver til å vektlegge mer relasjonelle faktorer. I de senere år har flere studier forsøkt å undersøke Rogers sine antagelser om nødvendige og tilstrekkelige betingelser for terapi (Farber & Lane, 2002). Det har imidlertid vist seg vanskelig å trekke entydige konklusjoner om sammenhengen mellom positiv anseelse og utfall av terapi (ibid.). Det har eksistert en viss konseptuell forvirring omkring begreper som har vært dels overlappende og uavgrensede, noe som igjen har skapt forskningsmessige utfordringer når man forsøker å se sammenhenger mellom fenomenene og terapeutisk utfall (ibid.). Likevel synes så godt som alle terapiformer å enten eksplisitt eller implisitt understøtte verdien av en slik grunnleggende holdning overfor klienter.

Et grunnleggende problem når det gjelder å operasjonalisere konstruktet positiv anseelse, omhandler hvordan differensiere mellom konsepter som varme, respekt, aksept, åpenhet, genuinitet, og empati. Hvordan kan man for eksempel undersøke terapeuters nivå av varme eller positiv anseelse uten å implisitt måle empati også. ”The Barret-Lennard Relationship Inventory” har blitt mye brukt som måleinstrument for slik type forskning, og består av fire domener: nivå av anseelse; empatisk forståelse; ubetinget anseelse; kongruens. Ubetinget anseelse har blitt konseptualisert av Barret-Lennard (1986) med vekt på stabilitet: ”In the sense that it is not experienced as varying with or otherwise dependently linked to particular attributes of the person being regarded” (s. 443). Det har gjennom årene blitt gjort flere ”reviews” av kvantitativ forskning på relasjonen mellom Rogers sine tre kjernebetingelser og utfall. Det er problematisk å legge frem denne forskningen i korte trekk på grunn av metodologisk inkonsistens, små utvalg og til tider motstridende resultater. I en omfattende gjennomgang av forskningen på positiv anseelse, konkluderer imidlertid Farber og Lane (2002) med at terapeuters evne til å utøve positiv anseelse, synes å være signifikant assosiert med terapeutisk utfall – i alle fall om man ser på pasientens perspektiv på terapeutisk utfall. Effektstørrelser er relativt moderate i alle studiene de har gjennomgått, noe som antyder at det er en signifikant, men ikke en uttømmende kilde til å forklare hva som er effektive elementer i psykoterapi (ibid.). Det avgjørende vil være, som med både den terapeutiske allianse og empati, hvorvidt klientene selv opplever en positiv anseelse fra terapeuten. Overordnet sett har positiv anseelse som en av flere terapeutiske faktorer, empirisk støtte (ibid.).

**Kongruens.** Rogers (1957) la frem at alle de tre relasjonelle betingelsene, dvs. kontakt, kongruens og positiv anseelse, må være tilstede for at konstruktiv

personlighetsendring skal finne sted. Han påpekte imidlertid at kongruens spiller en spesiell rolle, og at hverken empati eller anseelse kan være virksomme i den terapeutiske relasjonen, om ikke terapeuten oppleves som genuin (ibid.). Det eksisterer minst to aspekter ved kongruens. Først og fremst karakteriseres kongruens ved terapeutens personlige integrasjon i relasjonen, at terapeuten er "freely and deeply him self, with his actual experience accurately represented by his awareness of himself" (Rogers, 1957). Det andre aspektet har med terapeutens evne til å kommunisere eller vise hans eller hennes person på en passende måte (ibid.). Intensjonen er da ikke en ukritisk åpenhet, ventilerende av egne følelser, eller at man nødvendigvis skal avsløre så mye om seg selv. Kongruens handler derimot om at terapeuten ikke må villedes sine klienter om sine følelser (Klein, Kolden, Michels & Chisholm-Stockard, 2002). Dette gjelder spesielt om terapeutens følelser står i veien for å oppnå en ubetinget positiv anseelse og empatisk forståelse (ibid.). Kongruens er, ifølge Rogers (1957), så sentralt fordi han definerer klienters problemer som en konsekvens av at de er i en tilstand av inkongruens. Han ser da på terapi som en prosess som kan hjelpe klienter til å bli mer kongruente, noe som betyr å bli i bedre stand til å eie og uttrykke sine følelser (ibid.). Klein og medarbeidere (2002) løfter frem at terapeutens kongruens da kan fungere som en modell for klienten, på den måten at klientens anerkjennelse av terapeutens "ektehet" kan gjøre klienten selv i stand til å bli mer åpen og tilgjengelig for sine egne erfaringer. Dette er noe som potensielt sett kan gjøre terapeut-klient relasjonen dypere, og den psykologiske kontakten mer umiddelbar (ibid.).

Forståelsen av "the real relationship" i psykoterapirelasjonen (Gelso & Carter, 1985; Gelso & Hayes, 1998; Gelso, 2011) er på et konseptuelt plan svært likt Rogers sine formuleringer om kongruens og genuinitet, og er konsistent med idéene fremlagt av Greenson (1967). Gelso (2011) argumenterer for anerkjennelse av en ekte dimensjon i relasjonen som en spesifikk komponent i den terapeutiske relasjonen, og som distinkt skiller seg fra overføring og motoverførings aspekter i relasjonen. Genuinitet og opplevd realisme identifiseres som definerende karakteristikk av "the real relationship" (ibid.). Gelso og Hayes (1998) påpeker at genuinitet i deres konseptualisering er nært knyttet til begreper som autentisitet, åpenhet og ærlighet, samt Rogers sitt begrep, kongruens.

Det er åpenbare utfordringer med å forske på komplekse fenomener som kongruens og genuinitet. Den empiriske evidensen for kongruens som en uavhengig betingelse for terapiutfall, synes foreløpig å være blandet, men samtidig lovende. Helt overordnet tyder mye forskning på at det er vanskelig å dokumentere kongruens som både en nødvendig og

tilstrekkelig betingelse for positivt utfall av terapi, men en rekke forskere postulerer imidlertid at det likevel må anses som en grunnleggende og nødvendig betingelse (Klein et al., 2002). Meta-analyser av nyere dato (ibid.) henviser til at det ikke er noen negative resultater, og peker på at meta-analyser med nullfunn kombinert med positive funn kan med stor sannsynlighet tyde på en skjult effekt i resultatene (ibid.). Deretter fremlegger de analyser som kombinerer faktorer på kongruens sammen med de to andre betingelsene, som Rogers opprinnelig postulerte at måtte eksistere sammen for at effektiv terapi skulle finne sted. Da fant de at når kongruens var positivt assosiert med utfall, var det også en positiv assosiasjon med minst én av de andre betingelsene (ibid.). Dette synes å støtte opp under Rogers (1957) påstand om at betingelsene interagerer, men det er foreløpig ikke gjort analyser som forklarer hvordan de interagerer (Klein, Kolden, Michels & Chisholm-Stockard, 2002). Man kan imidlertid undre seg om kvantitative metoder er best egnet for å måle dette konstruktet. I en revidert gjennomgang av forskning på kongruens og genuinitet, fremholder Kolden, Klein, Wang og Austin (2011) mer positive resultater og konkluderer med at kongruens støttes empirisk som en betydningsfull faktor i den terapeutiske relasjonen. De vektlegger samtidig en forsiktighet med å konkludere, siden man finner flere metodiske svakheter ved studiene som har vært gjennomgått, samt en betydelig heterogenitet i effektstørrelsene, noe som kan indikere at det ennå ikke er identifisert tilstrekkelig grad av potensielle moderatorer (ibid.).

På tross av denne usikkerheten, synes det likevel å være tilstrekkelig dokumentert at kongruens bør vies mer plass i forskning, og de kommer med en rekke anbefalinger for terapeutisk praksis:

*Terapeuter bør strebe etter en genuinitet med sine klienter; Terapeuter kan på en oppmerksom og nærværende måte forsøke å utvikle en intrapersonlig kvalitet av kongruens – en relasjonell autentisitet; Terapeuter må modellere kongruens, noe som kan innebære selvavsløringer; Opprettholdelsen av kongruens fordrer at terapeuter er oppmerksomme på når kongruens ikke er til stede, og må derfor gjøre et kontinuerlig indre arbeid; Det er viktig å identifisere og være bevisst sin egen kongruente stil, samt være var på ulike klienters behov, preferanser, og forventninger om kongruens, og tilpasse seg deretter; En kongruent terapeut kommuniserer aksept og gir muligheter for å engasjere klienten i en autentisk relasjon (min oversettelse, Kolden et al., 2011, s. 199-200).*



Avslutningsvis løfter de frem at erfarne terapeuter synes å være mindre bundet av roller og formelle forventninger, og kan dermed gi seg selv tillatelse til å genuint engasjere seg med sine klienter (ibid.). Intensjonen min med denne gjennomgangen har vært å belyse teori og forskning knyttet til antatte nøkkelkomponenter i den terapeutiske relasjonen, for å redegjøre for mine egne problemstillinger. Jeg vil i det følgende legge frem relevant forskning på klinisk ekspertise, for å ytterligere understøtte mine valg av metode og fokus i denne oppgaven.

### **Forskning på Klinisk Ekspertise**

Det har i de senere årene blitt et økt fokus på at utøvelsen av klinisk psykologi bør være forankret i forskningsbasert kunnskap. I denne sammenheng har den amerikanske psykologforeningen (APA) fremsatt en definisjon av hvordan de forstår evidensbasert praksis: *Evidensbasert Praksis i Psykologi er integrasjonen av den best tilgjengelige forskning med klinisk ekspertise, i kontekst av pasientens egenskaper, kultur og preferanser (Levant 2005 i Rønnestad, 2008)*. I APAs formulering av evidensbasert praksis forstås altså klinisk ekspertise som ett av tre fundamentet som legger grunn for klinisk praksis. Definisjonen anerkjenner på denne måten terapeutens bidrag i behandlingen. Hvordan skal vi så integrere forskning og klinisk ekspertise? Om en vil integrere forskning og klinisk ekspertise, trenger man å finne metoder for å systematisere kunnskap om klinisk ekspertise.

Hva er det kliniske psykologer og forskere innen psykologi holder som god kunnskap i fagfeltet? Og hva er det som danner det epistemologiske grunnlaget for utøvelsen av terapeutrollen? I artikkelen "Epistemology and Psychotherapy Data", diskuterer Ronald Miller (1998), hva vi tradisjonelt har ansett som gullstandarden i psykologisk forskning. Han fremlegger en filosofisk drøfting omkring validitets spørsmål knyttet til terapeuters egne beretninger om hva som er verdt å lytte til. Miller (1998) er, som mange andre, kritisk til at randomiserte kontrollerte studier har hatt hegemoni i psykologisk forskning over lang tid. Dette er i endring og helt i tråd med Wampolds (2001) argumentasjon om behov for en kontekstuell modell i forståelsen av faget. Å få tilgang til "skjulte" kliniske fenomener gjennom å forske på terapeuters idiosynkratiske erfaringer, er ikke nødvendigvis mindre valide, men er i utgangspunktet fenomener som er utilgjengelig for konvensjonell kvantitativ forskning (Miller, 1998). Han argumenterer for at slike anekdotiske data kan og bør være legitime i arbeidet med å bygge opp kunnskapsbasen for den kliniske profesjonen (Miller, 1998). Hans analyse peker mot metoder for å bedre samarbeidet mellom forskere og klinikere

i psykologi. Øverst på hans liste over anbefalinger, er nettopp å identifisere høyt kompetente terapeuter og hente ut deres akkumulerte erfaringer som et ”ekspert-kunnskapssystem”. På denne måten kan man også bistå slike ekspertterapeuter med å systematisere og organisere deres erfaringer fra en klinisk hverdag, hvor de sjeldent har tid eller mulighet til å gjøre dette selv (Miller, 1998).

Skovholt, Rønnestad og Jennings (1997) reiser betimelige spørsmål, når de fremlegger at ekspertise ikke er synonymt med presise diagnoser, prediksjon og implementering av terapeutiske teknikker. De spør videre; Hva er det som konstituerer ekspertise i dette flertydige feltet? Er ekspertterapeuter synonymt med ”effektive” terapeuter? Skovholt et al. (1997) viser til at effektiv praksis har vært et vanskelig konstrukt å måle, gitt blant annet at mange klienter kan føle seg dårligere før de føler seg bedre. Ekspertise i terapi kan være uløselig knyttet til terapeuters unike evner til å danne relasjoner foreslår Skovholdt, Rønnestad og Jennings (1997). Dette finner støtte i omfattende empirisk litteratur (Wampold, 2001; Norcross & Wampold, 2011). Momenter fra Jennings, Skovholt og Mullenbach (2004) sin forskning på mesterterapeuter kan gi et bilde av hva ekspertise i terapi kan handle om. Portrettet som er summert, gir en nyansert og detaljert presentasjon av hvordan mesterterapeuter kan være. De konkluderer med at å være en såkalt mesterterapeut, handler om en optimal menneskelig utvikling, og ikke om å være teknisk briljant (Jennings, Goh, Skovholt, Hanson, Banerjee-Stevens, 2003). De beskriver høy motivasjon for mestring (mastery), rikholdighet av profesjonell erfaring og aktiv refleksjon omkring sitt arbeid som nøkkelfaktorer. I tillegg beskriver de at disse mesterterapeutene er ordinære mennesker, og ikke noen ”gudommelig eksistens”.

Som det fremgår ovenfor har det vært undersøkt ulike parametere, med tanke på å hva det er ved mesterterapeuter som gjør dem annerledes enn mindre dyktige kollegaer. I og med at det ennå ikke er enighet om hvilke faktorer som kjennetegner særlig dyktige terapeuter, er det behov for videre forskning på ekspertterapeuter. APA’s vektlegging av klinisk ekspertise i evidensbasert praksis, utgjør et ytterligere argument for å studere dette temaet. Klinisk ekspertise kan studeres fra forskjellige observasjonsperspektiver, fra klientens perspektiv, fra terapeutens eget perspektiv, og fra uavhengige observatørens perspektiv. Terapeutenes selvrapporing er kun ett av flere perspektiver, og begrensningene ved selvrapporing må erkjennes. Feltet har ikke tilstrekkelig kunnskap til å ha utviklet en nyansert forståelse av sammenhengen mellom hva terapeutene sier om seg selv og prosesser og utfall i terapi. Men vi vet litt. Eksempelvis har Nissen-Lie, Monsen og Rønnestad (2010) vist at variasjoner i

terapeuters selvforståelse er signifikant assosiert med klientvurdert allianse. Å spørre mesterterapeuter hvordan de utformer sin rolle, og hva de selv mener er deres bidrag er en tilnærming til å utvikle en mer nyansert forståelse av potensielle virksomme faktorer i psykoterapi. Om, og i hvilken grad den kunnskapen som genereres har betydning for hva som skjer i terapi, og for det terapeutiske resultatet, kan kun besvares ved empirisk forskning.

Sammenhengen mellom erfaring og terapieffekt har hittil vist seg å være mindre enn forventet (Rønnestad, 2006). Men i disse analysene er ikke ekspertterapeuter studert. Betydningen av erfaring kan tenkes å avhenge av terapeutenes evne og villighet til å ta inn og bearbeide sine opplevelser, og slik la erfaringen forme egen persepsjon og kunnskap (Brenner & Wrubel, 1982). Terapeuters evne til å utsette sine erfaringer for en kontinuerlig profesjonell refleksjon, antas derfor som nødvendig i utviklingen av ekspertise (Skovholt & Rønnestad, 1992). Skovholt og Rønnestad (2003) har på bakgrunn av omfattende intervjuer med 100 terapeuter, utviklet en modell som vektlegger prosessperspektivet i den profesjonelle utvikling. I denne modellen beskrives seks faser i terapeuters utvikling. Disse fasene inkluderer terapeuten som hjelper før utdanning, som begynnende student, viderekommende student, novise i det profesjonelle liv, erfaren kliniker og seniorkliniker. I tillegg til de seks utviklingsfasene beskrives 14 temaer som er sentrale i terapeutenes utviklingsprosess. Temaene tar opp ulike aspekter ved terapeutenes utvikling, som f.eks. endringer i oppmerksomhetsfokus og emosjonell fungering (ibid.). Hvordan terapeutene forholder seg til de ulike temaene i sin yrkeskarriere, forstås som elementer som kan fremme eller hemme terapeutenes utvikling (ibid.). Modellen har altså mer fokus på hva som kjennetegner en god utvikling enn hva som kjennetegner ekspertterapeuter. Rønnestad og Skovholt (2003) beskriver hvordan det i løpet av yrkesforløpet foregår en 'profesjonell individuasjon prosess', hvor personlige og profesjonelle selv stadig blir dypere integrert. For å oppnå en positiv eller optimal utvikling, må terapeutene utsette egne erfaringer for en 'kontinuerlig profesjonell refleksjon'. Et annet aspekt som anses som nødvendig for at terapeuten skal være i en god utvikling, er at vedkommende tåler å arbeide med uvisshet og kompleksitet, fremfor å omfavne forenklaede løsninger. Seniorterapeuter vil utvikle en erfaringsbase som innbefatter bl.a. en type taus kunnskap, som legger grunn for den erfarne terapeutenes arbeid. Skovholt (2010) formulerer forholdene mellom forskning, erfaring og personlig liv på følgende måte:

*It is my view that as practitioners, we sit on a three-legged stool when we do our work. The legs are theory and research, practitioner experience, and personal life. All three legs give stability to the stool as we try, as practitioners, to understand and help*

*the most complex of all species. Our work is like a complex practice-based art form that is enhanced by research and theory. (s. 241)*

Gjennomgangen av forskningen på den terapeutiske relasjonen og Rogers sine kjernebetingelser, viser at begreper som ”ektehet”, autentisitet og kongruens fremstår som vage, udifferensierte og svært vanskelig å måle. Greenberg (1994) påpeker at mye arbeid gjenstår for å definere eksakt hva terapeutisk autentisitet er og hvordan det kan være kurativt. Å være autentisk som menneske betyr ikke nødvendigvis det samme som å være autentisk som terapeut. Denne oppgaven har forhåpentligvis potensial til å bidra til en nyansering av konseptuelle og funksjonelle forståelser av fenomener og begreper som autentisitet, kongruens, gjensidighet og samhørighet. Dette skal forsøkes gjennom å lytte til erfarne terapeuters forståelser og beretninger om den terapeutiske relasjonen og hvordan de ser på sine egne bidrag. I den videre jakten etter å forstå den dyktige terapeuts bidrag i det kliniske arbeidet formuleres derfor problemstillingene for denne oppgaven på følgende måte:

1. Hvordan forstår mesterterapeuter den terapeutiske relasjonen, og hvordan inngår mesterterapeuter i en relasjon som blir terapeutisk?
2. Hvordan forholder mesterterapeuter seg til egen subjektivitet?
3. Er begrepene autentisitet og kongruens meningsfulle for mesterterapeuter, og hvordan forholder de seg til det?

## **Metode**

Kvalitative forskningsmetoder muliggjør en helhetlig forståelse av det fenomen som studeres, med fokus på hvordan deltagerne forstår og fortolker sin egen virkelighet (Svartdal, 2004). En kvalitativ tilnærming var et naturlig førstevalg i denne studien, da hensikten var å innhente kunnskap fra erfarne terapeuter om deres unike bidrag og forståelse av den terapeutiske relasjonen. Den kvalitative analysen baserer seg på deltageres svar fra intervju, utviklet og gjennomført av undertegnede. Bruken av intervju som datainnsamlingsmetode, kan gi tilgang til rike beskrivelser som grundig belyser informantenes perspektiv (Howitt, 2010). Datamaterialet er analysert ved bruk av tematisk analyse. Valget ble gjort på bakgrunn av metodens fleksibilitet, samt metodens anvendelighet på et rikt og detaljert datamateriale (Braun & Clarke, 2006). Tilnærmingen gjør det mulig å danne et systematisk bilde av temaer terapeutene fremhever som viktige. Ettersom jeg ønsket å sette terapeutenes egne opplevelser

i fokus, valgte jeg en induktiv datadrevet koding av materialet. En slik tilnærming innebærer koding uten et forutbestemt teoretisk rammeverk. I stedet tilstrebet jeg åpenhet i møtet med hele materialet og kodet tematiske kategorier med bakgrunn i terapeutenes fortellinger.

## Utvalget

I undersøkelsen brukte jeg et utvalg av kolleganominerte mesterterapeuter som Kleven (2006) fremskaffet da hun skrev hovedoppgave under veiledning av professor Michael Helge Rønnestad. Utvalget ble til ved hjelp av snøballmetoden, som er en strategisk utvelgesesmetode for å generere et formålstjenlig utvalg (Patton, 2002a, 2002b; Hoyle, Harris & Judd, 2002). Kolleganominasjon baserer seg på tillit til kollegers dømmekraft. Gjennom nominasjonskriteriene skjerpet Kleven metoden ytterligere og oppnådde det Patton (2002, s. 232) kaller ”extreme case sampling”. En oppsummering av fremgangsmåten som Kleven (2006) benyttet følger her: Nominasjonsprosessen startet ved at fagsjefen i Norsk Psykologforening (NPF) pekte ut to nøkkelinformanter. Disse var lederen i interessegruppen for selvstendige praktiserende psykologer, og leder for NPF Oslo. Disse to ble så spurt om å peke ut seks kliniske psykologer som kunne bidra med de første nominasjonene. De to nominerte skulle oppfylle følgende krav: De skulle være kliniske psykologer som var godt kjent med fagmiljøet på Østlandet. I tillegg skulle halvparten være offentlig ansatte psykologer, og den andre halvparten privatpraktiserende. Når disse nominasjonene var innhentet, ble de nominerte bedt om å nominere videre i tråd med et sett av kriterier (Vedlegg A). Enkelte navn begynte så å dukke opp flere ganger underveis i nominasjonsprosessen. De som oppnådde flest nominasjoner ble inkludert i utvalget.

Jeg sendte først ut en skriftlig forespørsel (Vedlegg B) om deltakelse til de syv terapeutene som fikk flest nominasjoner. Da en terapeut ikke var mulig å få tak i, ble ytterligere en terapeut kontaktet. Samtlige takket ja til å delta og det endelige utvalget besto altså av syv mesterterapeuter. Disse kontaktet jeg fortløpende via e-post eller telefon, for å avtale passende tid og sted for gjennomføring av intervjuet. Utvalget bestod av fire kvinner og tre menn. Den gjennomsnittelige yrkeserfaringen var på 35 år. I sin karriere hadde samtlige terapeuter vært innom det offentlige psykiske helsevern, men generelt hadde de størsteparten av sin erfaring fra privat praksis. Samtlige terapeuter har primært jobbet med individualterapi, men de fleste har også erfaring med både par-, familie- og gruppeterapi. I gjennomsnitt har terapeutene undervist i terapeutisk teori og teknikk i 23 år, og har i snitt vært veiledere for andre terapeuter i 21 år. Samtlige har hatt andre terapeuter som klienter. De har alle gått i

egenterapi over flere år og i flere runder. Utvalget var i hovedsak psykoanalytisk/psykodynamisk orientert, med innslag av humanistiske, kognitive og kropporienterte tilnæringer. For å hente inn overnevnte formelle opplysninger for beskrivelse av utvalget, brukte jeg et kort spørreskjema (Vedlegg C),

### **Utforming av Intervjuguiden**

Jeg la mye arbeid i å utvikle en funksjonell intervjuguide (Vedlegg D). Det var viktig for meg at intervjuguiden ikke skulle bli en tvangstrøye, men heller være et dynamisk arbeidsverktøy som skulle legge til rette for en dialog. Etter å ha laget et førsteutkast, sendte jeg ut en forespørsel til mine medstudenter for å undersøke hvilke tema andre unge terapeuter var opptatt av. Dette gjorde jeg for å validere mine egne tema og for å eventuelt supplere intervjuguiden med noe fra innspillene. Under utviklingen av intervjuguiden utvekslet jeg i flere runder meninger med mine to veiledere, for å sikre best mulig kvalitet, og vi fikk konstruktive diskusjoner knyttet til hvordan formulere seg i intervjusituasjonen og hvilke type spørsmål som gav mest rikholdige responser. Intervjuet ble utformet som et semi-strukturert intervju bestående av åpne spørsmål. Spørsmålene fokuserte på seks ulike tematiske områder: Den terapeutiske relasjonen; Terapeutenes bidrag og deltagelse i relasjonen; Personlige egenskaper som påvirker terapeutrollen; Autentisitet; Hvordan dele personlige reaksjoner; Opplevelse av samhørighet. Jeg identifiserte i forkant også en rekke underpunkter jeg anså som interessante og relevante for å danne meg et mest mulig nyansert bilde av terapeutene. Jeg valgte å prioritere en åpen intervjustruktur slik at nye temaer kunne slippe til. Også temaenes rekkefølge var fleksibel. I avslutningen av utviklingen av intervjuguiden gjennomførte jeg en pilot med en kollega, som bidro med gode innspill på hvilke spørsmål og formuleringer som fungerte godt og hvilke som fungerte mindre godt.

### **Prosedyre for Datainnsamling**

Intervjufasen pågikk i to måneder. Intervjuene hadde varighet fra halvannen til to timer. Intervjuene ble tatt opp på lydfil og transkribert fortløpende. De ble gjennomført på terapeutenes arbeidssted. Innledningsvis gav jeg muntlig informasjon om studiens formål, samt praktiske sider ved gjennomføringen. Jeg gav også terapeutene muligheten til å stille spørsmål. Deretter innhentet jeg underskrift på samtykkeskjema, og før selve forskningsintervjuet innhentet jeg formell informasjon om erfaring og bakgrunn ved hjelp av et spørreskjema (Vedlegg C). Under intervjuet forsøkte jeg å følge opp det som ble fortalt, i

tillegg til å sikre at vi kom innom de sentrale temaene i intervjuguiden. Min egen deltagelse var i stor grad basert på å tilstrebe en åpenhet omkring å følge opp tema som terapeutene var opptatt av kombinert med å følge intervjuguiden. Dette innebar at jeg underveis improviserte og stilte flere spontane oppfølgings spørsmål, for deretter å vende tilbake til intervjuguiden. Intervjuene opplevdes i stor grad å være i dialogform. Avslutningsvis ble det gitt mulighet for kommentarer eller spørsmål fra terapeuten, og jeg stilte et mer uoffisielt spørsmål; ”Hva ville du vært opptatt av om du fikk mulighet til å intervju erfarne terapeuter?”. Dette spørsmålet viste seg å være interessant og ble på mange måter en slags validering av mine egne tema, da samtlige terapeuter uttrykte at mine spørsmål var relevante og at de i stor grad selv ville vært opptatt av temaene vi hadde snakket om i intervjuet. Etter hvert intervju vurderte jeg kvaliteten på det aktuelle intervjuet, meg som intervjuer og innholdet i intervjuguiden. Jeg skrev ned momenter som opplevdes viktige i forhold til tematiske eller dynamiske aspekter ved intervjuet, kvaliteten på intervjuet og opplevelser i den aktuelle intervjusituasjonen.

### **Prosedyre for Dataanalyse**

Samtlige intervjuer ble transkribert og under transkripsjonen ble det lagt vekt på å formidle tydelig alt som ble sagt, inkludert nøling, usammenhengende ord og stavelser, halve setninger, latter og lignende. Dette ble gjort med et ønske om å bevare så mye som mulig, på bakgrunn av viten om at datamaterialet endrer seg, når det omsettes fra lyd til tekst (Kvale, 1997). Dette viste seg imidlertid å være noe overflødig da mye informasjon ikke ble med i analysen. Ved gjennomføring av datainnsamlingen, i transkripsjonsarbeidet og ved gjentatt gjennomlesning av intervjuene, ble jeg godt kjent med materialet. Dette var en viktig forutsetning for å kunne kode og organisere stoffet pålitelig og troverdig. Jeg startet med induktiv analyse i tråd med valgte metoder. Datamaterialet er analysert ved bruk av tematisk analyse, og baserer seg på seks analysesteg som er anbefalt av Braun og Clarke (2006). Jeg vil nå beskrive de seks fasene i analysen.

**Fase 1: bli kjent med datamaterialet.** Første fase i tematisk analyse innebærer å gjøre seg godt kjent med datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). Transkripsjonene ble gjennomlest gjentatte ganger av undertegnede, og jeg opplevde å få en fortrolighet med materialet i sin helhet. Ved gjennomlesning forsøkte jeg å ha en aktiv holdning til data, hvor jeg lette etter mønstre og skrev notater, som anbefalt av Braun & Clarke (2006). På grunn av materialets omfang og detaljrikdom, skrev jeg sammendrag av intervjuene, og forsøkte på den måten å hente ut noe av essensen i hva terapeutene fortalte meg. Deretter ble sammendragene

også lest gjentatte ganger. Hovedveileder var delaktig i denne fasen og vi leste gjennom sammendragene i fellesskap. Under lesningen utvekslet vi assosiasjoner til materialet, identifiserte initiale meningsenheter, og delte rett og slett hva vi ble engasjert i ved gjennomlesning.

**Fase 2: koding av data.** Denne fasen innebærer å produsere koder som identifiserer interessante egenskaper ved data. En kode refererer til et grunnleggende element ved rådata, som kan analyseres på meningsfulle måter i forhold til det fenomen som studeres (Braun & Clarke, 2006). Intervjuene ble redusert til meningsfulle koder, hvor konteksten ble søkt ivaretatt. Hvert transkriberte intervju ble deretter overført til en egen tabell, der utsagnene ble sortert i kolonner tilsvarende de seks temaene jeg hadde i intervjuguiden. I neste ledd ble kodene redusert, ved å abstrahere setningene og utheve ord som representerte meningsinnholdet. Hver kode ble merket med intervjunummer og sidetall, for at jeg skulle kunne identifisere konteksten ved behov. Da jeg benyttet meg av en datadreven analyse valgte jeg i denne fasen å begrepsfeste kodene ut fra deltagerens egne formuleringer. Dette for å sikre at kodene ble nært knyttet til rådata og tilhørende kontekst (Braun & Clarke, 2006).

**Fase 3: utvikling av kategorier.** Alle intervjuene var nå redusert til koder og plassert i kolonner tilsvarende mine forhåndsdefinerte tema. Det ble på dette stadiet foretatt en ny inndeling, ved å samle kodene med tematiske fellestrekk i egne kolonner, på tvers av de 7 intervjuene og på tvers av mine forhåndsdefinerte tema. Eksempelvis ble alle koder som belyste komponenten ”Terapeutens tilstedeværelse” samlet i samme skjema. Dette la grunnlaget for en oversiktlig fremstilling av data, når kodene nå skulle sorteres i mulige kategorier (Braun & Clarke, 2006). Hver komponent ble analysert hver for seg, og kodene ble systematisk gjennomgått i søken etter repeterende mønstre på tvers av deltagerne. Dette arbeidet var svært omfattende grunnet et omfangsrikt material. Jeg ble nødt til å veksle mellom en sortering i digitale tabeller til å fysisk klippe ut koder og segmenter for å henge opp på veggen. Jeg brukte ulike fargekoder i sorteringsarbeidet og koder med beslektet meningsinnhold innad i kategoriene fikk samme farge og ble plassert ved siden av hverandre. Koder som avvek fra de dominante mønstrene ble plassert i en foreløpig ”restkategori”. Enkelte koder ble plassert i flere kategorier samtidig, da de belyste ulike aspekter ved de respektive kategoriene. I analyseprosessen forsøkte jeg å være bevisst på min aktivt konstruerende rolle i interaksjonen med datamaterialet. For å sikre at datamaterialet fikk tale mest mulig for seg selv, fikk jeg innspill fra veileder og flere medstudenter under analyseprosessen. Veileder har hatt en aktiv rolle i analysen og gitt kontinuerlige



tilbakemeldinger på om analysen gikk i en hensiktsmessig retning. Fase 3 var en møysommelig prosess, med kontinuerlige omrokkeringer. Ved slutten av denne fasen hadde jeg et utvalg tentative kategorier og underkategorier, bestående av koder med beslektet meningsinnhold.

**Fase 4: gjennomgang av foreløpige kategorier.** Fase fire innebærer en grundigere gjennomgang av de foreløpige kategoriene (Braun & Clarke, 2006). Basert på prinsippet om intern homogenitet og ekstern heterogenitet (Patton, 1990), forsøkte jeg å utforme kategorier som skulle skille seg tydelig fra andre kategorier, samtidig som kodene innad i hver kategori hadde tydelige likhetstrekk. Enkelte kategorier ble redefinert, mens andre kategorier ble kombinert, separert, delt inn i underkategorier eller fjernet. En stor utfordring i denne fasen av analysen, var at terapeutenes beretninger i stor grad var helhetlige og preget av en indre logikk som skapte en rød tråd som lå bak svarene. Dette gjorde at det i mange tilfeller ikke ble meningsfullt å strebe etter prinsippet om ekstern heterogenitet. I samråd med veileder ble det tatt et valg om at det ikke var hensiktsmessig å danne kategorier som skulle være gjensidig ekskluderende. Avslutningsvis leste jeg gjennom hele datasettet, dvs. hvert transkriberte intervju, for å se om kategoriene reflekterte innholdet i rådata. Ved slutten av fase 4 hadde jeg en god oversikt over hva de ulike kategoriene representerte, hvordan de passet sammen, og den overordnede historien de fortalte om data (Braun & Clarke, 2006).

**Fase 5: definering og navngiving av kategoriene.** I den avsluttende fasen var det et mål å gi kategoriene nye navn som gav et tydelig bilde på deres meningsinnhold og reflekterte den overordnede historien som fremkom fra data. Dette medførte ny omorganiseringen av den tematiske oversikten. Denne fasen foregikk parallelt med skriveprosessen, helt til jeg vurderte at kategoriene hadde tilfredsstillende navn. For å tilføre en systematisk pålitelighets- og troverdighets-sjekk ble kategorier, samt deres innhold og navn drøftet med veileder. Analyseprosessen resulterte i fire hovedtemaer; Beretninger om relasjonen som grunnleggende og avgjørende; Beretninger om gjensidighet og asymmetri; Beretninger om autentisitet og kongruens; Beretninger om å dele personlige reaksjoner og erfaringer. Kategoriene er som sagt ikke ment å være gjensidig ekskluderende. Det er delvis overlappende tema i alle hovedtemaene. I datamaterialet så jeg gjentatte ganger hvordan terapeutene knyttet bånd mellom ulike begreper og områder, og det er en indre sammenheng gjennomgående i beretningene. I beskrivelsen av funnene vil jeg bruke sitater som tenkes å være illustrerende for de ulike temaene. Sitatene er noen ganger redigerte og komprimerte,

men det er vektlagt å bevare meningsinnhold og formuleringer så nært den opprinnelige formen som mulig.

## **Metodediskusjon**

Kriteriene for validitet, reliabilitet og generaliserbarhet kan ikke direkte overføres fra kvantitativ til kvalitativ forskning. Troverdighet og pålitelighet er begreper det synes å være generell enighet om, som mer passende i kvalitativ forskning (Fog, 1994; Malterud, 2003; Morrow, 2005). Troverdighet og pålitelighet omhandler gyldighet og hvorvidt ens resultater avspeiler fenomenene man er interessert i (Kvale, 1997). Spørsmålet om gyldighet knytter seg derfor både til innsamling av data og til analyseprosessen. Helt overordnet viser begrepene til hvilken grad resultatene i studiet er til å stole på, eller hvorvidt undersøkelsen er gjennomført på en "håndverksmessig" god måte. I et intervju er det forskeren selv som er forskningsinstrumentet og hvert intervju er en samtale hvor informant og intervjuer gjensidig påvirker hverandre på en unik måte (Fog, 1994). På grunn av at kvalitative metoder i stor grad hviler på forskerens subjektivitet forsøker man å sikre troverdigheten og påliteligheten gjennom en dokumentert refleksivitet, som innebærer at forskeren har et kritisk blikk på egen rolle, egne bidrag, bruk av metoder, møtet med informanter og tolkning (Malterud 2003).

I tråd med Pattons (1990) anbefalinger, har jeg i metodebeskrivelsen forsøkt å gi en fullstendig redegjørelse for fremgangsmåten og videre beskrive hvordan min delaktighet har vært med på å påvirke analysen. Dette gjøres for å gi leseren selv muligheten til å vurdere resultatene. For å bidra til studiens pålitelighet, forsøker man i så stor grad som mulig å synliggjøre de psykologiske prosessene som har drevet forskeren (Ortlipp, 2008). Forskningens kvalitet øker ved å være oppmerksom på kilder som kan føre til skjevheter i ens forskning, og være i stand til å minimere disse, (Hill, Thompson & Williams, 1997). I denne studien har jeg både i forkant og underveis, forsøkt å reflektere rundt og være bevisst på hvordan jeg i kraft av å være den personen jeg er, kan påvirke studien. Vår kulturelle posisjon, våre forkunnskaper og verdier vil uunngåelig prege resultatene man kommer frem til (Kvale, 1997). En slik mangel på objektivitet som forsker er mye av bakgrunnen for kritiske røster som har blitt fremlagt ovenfor kvalitativ forskning (Ortlipp, 2008).

Jeg ønsker videre å legge frem noen momenter jeg vurderer som potensielle subjektive påvirkningskilder. Over flere år har jeg jobbet som miljøterapeut ved en langtidsavdeling i psykisk helsevern med behandling av psykoselidelser. Mine erfaringer fra denne jobben har preget meg på ulike måter og jeg har fått anledning til å observere terapeuter jeg både anså

som dyktige og mindre dyktige. Hvorvidt jeg opplevde terapeutene som dyktige eller ikke, var antageligvis påvirket av min faglige interesse, som gjennom hele studieforløpet har dreiet seg mer eller mindre om et integrativt, interpersonlig perspektiv med en grunnforankring i dynamisk teori og praksis. Parallelt med hovedoppgaveprosjektet har jeg vært studentterapeut ved Klinikk for Dynamisk Psykoterapi ved Psykologisk Institutt. Det er nærliggende å anta at det teoretiske fagmiljøet jeg har vært en aktiv del av, har hatt innflytelse på både utformingen av intervjuguiden, gjennomføringen av intervjuene og analysen. Mine erfaringer fra de to årene jeg selv har gått i egenerapi og den terapiformen jeg har blitt eksponert for der, har også hatt en betydelig påvirkning på min faglige utvikling. I planleggingen av prosjektet hadde jeg et ideal om å utvikle et tilnærmet ateoretisk språk i intervjuguiden, samt at jeg forsøkte å ta utgangspunkt i fellesfaktorforskningen og kontekstuelle modeller i bruk av teori og empiri. Det er imidlertid ikke til å legge skjul på at mine egne personlige og faglige preferanser har vært med på å fargelegge valg jeg har gjort underveis. Min hovedveileder, som er en erfaren psykoterapiforsker innen kvalitativ forskning, har imidlertid bidratt med konstruktive innspill for å begrense denne innflytelsen i den grad det er mulig. Dette er aspekter jeg har hatt med meg inn i arbeidet med studien, og som sannsynligvis har bidratt til resultatene.

**Utvalget.** I kvalitativ forskning er det ikke noen målsetting at utvalget er randomisert. Begrepet overførbarhet kan benyttes istedenfor generaliserbarhet, for å understreke at resultatet ikke kan generaliseres statistisk til en større populasjon. For den kvalitative forskningen er målsettingen heller å fange opp sentrale elementer ved det fenomenet en undersøker, som antas å ha relevans utover den lokale kontekst det aktuelle studiet utgjør (Malterud, 2002). Begrepet overførbarhet fanger opp muligheten for en analytisk generalisering eller en vurdering om hvorvidt funnene kan fungere som retningslinjer for å forstå en lignende situasjon (Kvale, 1997).

Utvalgsstørrelsen i kvalitativ forskning er gjerne ganske liten, noe som gjør at bidraget fra hver enkelt informant er betydelig (Hill, Thompson & Williams, 1997). Viktige kriterier for utvalget er derfor å finne samarbeidsvillige informanter med god kjennskap til tematikken som evner å artikulere sine erfaringer, og som har erfaringene med temaet nært i tid (Hill, Thompson & Williams, 1997). Disse kriteriene synes å være oppfylt av det endelige utvalget. Informantene som dette studiet baserer seg på, utgjør et strategisk utvalg basert på en systematisk utvalgsmetodikk. Tidligere har kolleganominasjons-teknikker fått psykometrisk støtte (Anastasia & Urbina, 1997 i Skovholt & Jennings 2004) og har blitt anvendt for å

definere mesterterapeuter i tidligere forskning (Møller, 2003; Skovholt & Jennings, 2004). Metoden ble anvendt slik den anbefales av Patton (1990). Det endelige utvalget bestod av syv informanter, som er et lite utvalg i kvalitativ målestokk. Et argument for at et lite utvalg må forventes, kan være at ekspertise er tema for utforskning. Det lave antallet informanter ga muligheten for en grundig analyse av intervjumaterialet. Det kan imidlertid tenkes at et større utvalg ville bidratt til perspektiver og nyanser som ikke ble fanget opp i denne undersøkelsen.

Terapi foregår ofte bak lukkede dører, og det kan innvendes at det er problematisk å benytte kolleganominasjon som utvalgsmetode. Som antydnet tidligere kan dette gjøre det problematisk å avgjøre hvorvidt informantene er mesterterapeuter, i betydning av at de i særlig grad evner å bidra til at klientene får et bedre liv, eller om de kun er mesterterapeuter i kraft av sitt gode rykte. Dette spørsmålet dreier seg om relevans og har avgjørende betydning for studiets gyldighet (Malterud, 2003). I nominasjonskriteriene ble det lagt inn kriterier som ekskluderte terapeutenes meritter som vesentlige for nominasjonen. Kriteriet om at de nominerte skulle være noen en ville anbefale til en god venn, var videre ment å sikre at det nettopp var kompetansen som kliniker som ble vektlagt. Det at ingen fikk vite hvem som nominerte hvem, var videre tenkt å hindre at nominasjonene ble styrt av sosiale normer og kollega-lojalitet. Alle disse hensynene garanterer imidlertid ikke informantenes kliniske dyktighet.

**Intervjuene.** Intervjuspørsmålenes egnethet for å belyse problemstillingen har betydning for funnenes troverdighet (Hill, Thompson & Williams, 1997). Til tross for at det var nedlagt arbeid i utformingen av intervjuguiden, har nok utformingen og anvendelsen av denne representert en svakhet under innsamlingen av data. For eksempel kunne nok antall spørsmål i intervjuguiden med hell vært redusert. Intervjuguiden dekker de temaer som problemstillingen søker å belyse, men er generelt sett for vide. Materialet ble transkribert fortløpende under datainnsamlingen, noe som til dels påvirket fokuset ved senere intervjuer. Enkelte temaer ble gradvis gitt mer plass, bl.a. ved at det ble brukt flere utdypende spørsmål, og ved at jeg prøvde ut hypoteser som jeg hadde fått i tidligere intervjuer. Innen fenomenologi anbefales det gjerne at en endrer intervjuguiden og fokuserer tydeligere på temaer som etter hvert fremstår som viktige (Giorgi, 1985). Fordelen ved å tillate fokusendring er at man kan få rik informasjon om temaer som i forkant av datainnsamlingen ble ansett som mindre viktig (Malterud, 2003). Informantenes beskrivelser av ”gjensidighet og asymmetri” er et eksempel på et tema som gradvis vokste frem som sentralt under datainnsamlingen i min undersøkelse, og som gjorde at det ble gjenstand for mer utforskning i de senere intervjuene enn det i

utgangspunktet var tenkt. Fokusendring underveis i datainnsamlingen kan imidlertid svekke muligheten til å gjøre strukturerte sammenligninger av informantenes utsagn, og dermed også muligheten for å presisere variasjon og representativitet i utvalget (Hill, Thompson & Williams, 1997).

Analysen forbinder rådata og resultater gjennom fortolking og sammenfatning av det organiserte datamaterialet (Malterud, 2002). Analyseprosessen har vært forsøkt klargjort både gjennom å presentere den teoretiske referanserammen, og ved å gjøre veien fra data til resultater forståelig og mulig å følge steg for steg. En kan ikke hindre at den teoretiske forforståelsen påvirker analysearbeidet. Gjennom å anvende en induktiv analyse, har det likevel vært en målsetting å sette parentes rundt den teoretiske forforståelsen, slik at kategoriene i størst mulig grad formes av data.

**Resultatene.** Resultatene fra gjeldende studie viser høy grad av samsvar med funn fra både kvantitative og kvalitative studier på den terapeutiske relasjonen, noe jeg vil komme tilbake til i hoveddiskusjonen. Samt synes det å være høy grad av samsvar med beretningene til terapeutene i utvalget og hva som fremkommer i andre studier av mesterterapeuter. Samsvar med tidligere studier er både en styrke for det nye studiet, og en kvalitetssikring for tidligere studier, ved at resultatene lar seg replisere (Howitt, 2010). Jeg kan likevel ikke utelukke at andre forskere med det samme datamaterialet ville fått andre resultater, da kvalitative studier med lignende design kan produsere forskjellige funn (Howitt, 2010). I Kvalitativ forskning er det ikke den nøyaktige duplikasjonen av kategorier som har betydning for å øke resultatenes troverdighet, men heller replikasjonen av essensielle temaer (Hill, Thompson & Williams, 1997). På bakgrunn av studiens kvalitative natur, vil ikke resultatene kunne generaliseres bredt. Kunnskapen som har fremkommet gjennom deltageres beretninger, kan likevel ha overføringsverdi til andre kontekster og bidra til å utvide vår forståelse av hvordan erfarne terapeuter forstår det terapeutiske arbeidet.

Ved navngiving av kategoriene forsøkte jeg å ligge tett opp mot deltageres beskrivelser. Elliott, Fischer & Rennie (1999) presiserer at datamaterialet i kvalitative studier bør presenteres på måter som korrekt representerer deltageres virkelighet, eller som bidrar til å klargjøre eller utvide deres vurderinger og forståelse av egne erfaringer. Ved analysen av data anså jeg det tidvis som utfordrende å finne konkrete betegnelser som kunne samle deltageres utsagn i enkle kategorier. Dette resulterte i at enkelte kategorier ble nokså vide og fikk dermed noe abstrakte navn. Det viste seg også at kategoriene ble vanskelig å skille fra

hverandre fullt og helt. I beste fall kan dette ha bidratt til en utvidet forståelse av deltageres erfaringer, men det kan også ha medført at enkelte kategorier inkluderer for mye variasjon og blir lite spesifikke.

Jeg har valgt å plassere disse refleksjonene forut for resultatpresentasjonen og diskusjonen. Den videre vurderingen av funnenes troverdighet og relevans overlates dermed til leseren.

## **Resultater**

Hovedfokuset for analysen har vært å fange opp likheter i terapeutenes selvbeskrivelser. I fremstillingen av resultatene har jeg imidlertid også forsøkt å gjengi de ulike aspekter som ble omtalt innenfor hver kategori, samt å vise variasjon der jeg opplevde at det var kontraster eller nyanser i terapeutens beretninger. I resultatpresentasjonen er det ikke benyttet tall for å angi hvor mange informanter som har beskrevet hver kategori. Med tanke på utvalgsstørrelsen anses dette for å være en lite informativ kvantifisering. Betegnelsene; enkelte og noen, benyttes hvor innholdet gjelder for flere enn en, men mindre enn halvparten av terapeutene. Flere, mange, og de fleste, anvendes hvor innholdet gjelder for flere enn halvparten av terapeutene, men ikke for alle. Samtlige, viser naturlig nok til alle terapeutene. Mange av kategoriene i fremstillingen er dels overlappende og har tydelig forbindelseslinjer til hverandre. Dette har medført at noen aspekter ved terapeutenes beskrivelser går igjen under flere kategorier. Det har vært et ønske fra min side at beskrivelsene fra hver enkelte terapeut blir synliggjort i fremstillingen. Dette forhindrer likevel ikke at perspektiver som den enkelte terapeut synes er viktig, kan ha gått tapt. Kvale (1997) anvender metaforen om intervjueren som en reisende som skal forsøke å fortelle en historie ved hjemkomsten. Resultatene som presenteres i dette kapitlet, representerer dermed ikke den eneste historien som kunne blitt fortalt etter møte med dette utvalget av norske mesterterapeuter. På grunn av rammene fastsatt i et hovedoppgaveformat gjenspeiles ikke nødvendigvis rikholdigheten i de nyanserte beretningene i fullstendig grad, noe som heller ikke ville vært hensiktsmessig. I denne sammenheng er det verdt å nevne at forfatteren ønsker å bearbeide materialet ytterligere med tanke på en fremtidig publisering.

I tråd med analysen fremlegges resultatene organisert omkring temaer, og ikke som biografiske beskrivelser. Fremstillingen presenterer resultatene gjennom tre hovedkategorier, og tilhørende underkategorier. Som en introduksjon til de tre hovedkategoriene fremlegges

terapeutenes beretninger og grunnleggende syn på den terapeutiske relasjonen. Disposisjonen er som følger:

- Beretninger om Relasjonen som Grunnleggende og Avgjørende
- Beretninger om Gjensidighet og Asymmetri
  - Likeverdighet og ulike roller
  - Nærhet og genuinitet
  - Identifisering og Overidentifisering
- Beretninger om Autentisitet og Kongruens
  - Å være autentisk
  - Å være seg selv som terapeut
  - Å bruke humor
- Beretninger om å dele personlige reaksjoner og erfaringer med klienten
  - Å være oppriktig
  - Å være privat versus personlig
  - Å dele skal være på klientens premisser
  - Å dele følelser

### **Beretninger om Relasjonen som Grunnleggende og Avgjørende**

Samtlige informanter fremhever relasjonen som svært grunnleggende for kvaliteten på det terapeutiske arbeidet. Den terapeutiske relasjonen konseptualiseres på forskjellige måter. Det dominerende synet blant terapeutene er at relasjonen løftes fram som det viktigste aspekt ved terapi. Dette kommer til uttrykk som at "Relasjonen betyr ALT", "Relasjonen er Alfa og Omega", "Relasjonen betyr det meste", "Det er relasjonen du vil ha tak i", "Relasjonen er viktigere enn teknikker". En av terapeutene formulerer sitt syn på den terapeutiske relasjonen på følgende måte:

*Det er dét det handler om, det er det som er arbeidet. Det er kontakten, det er dét det handler om, det er basis. Jeg synes det er så selvsagt at det er vanskelig å begrunne noe hvorfor, hva skulle det ellers være. Kontakten mellom mennesker er jo livet, den terapeutiske relasjonen er mediet. Det er som vannet en svømmer i.*

At relasjonen oppfattes som grunnleggende for kvaliteten på det terapeutiske arbeidet kommer også til uttrykk ved at oppmerksomheten rettes stadig mot relasjonen mellom terapeut og klient. Dette kommer blant annet frem på denne måten: "Det å jobbe i en relasjon

er på en måte det jeg ser som håndverket mitt, det er noe helt grunnleggende”. En annen terapeut presiserer at hvor mye hun bruker relasjonen eksplisitt, varierer fra klient til klient:

*For noen så er relasjonen hele arbeidet, hele terapien, hvordan vi relaterer oss og hvordan vi våger å stole på. Mens med andre hvor personen er rimelig trygg, så opparbeider vi fort et godt samarbeid slik at vi kan gå i gang med å jobbe med andre problemer. Men jeg er alltid opptatt av relasjonen og jeg bringer den inn. Er det noe du merker nå, oss i mellom, så jeg er opptatt av hvordan det spiller seg ut mellom oss.*

De fleste uttrykker hvor viktig det er at terapeuten kan bidra til en relasjon hvor klienten kan føle seg trygg. En terapeut formulerer seg slik:

*”Det kan ikke foregå noe terapeutisk uten at det foregår i en relasjon. Det er helt avgjørende at terapeuten kan lage en relasjon hvor pasienten blir trygg på deg. Å lage et trygt forhold er det viktigste en psykolog må kunne.*

Hva den terapeutiske relasjonen betyr for mål og deres teori om endring kommer også frem i beretningene om hvor grunnleggende relasjonen er. Dette synet deles av flere terapeuter og kommer blant annet frem slik ”Jeg tenker at psykiske problemer har oppstått i relasjoner, så da blir den relasjonen vi bygger opp helt sentral”. En annen terapeut forteller om det på følgende måte:

*Jeg tenker at de som kommer her har fått en relasjonsskade og at relasjonen da er noe veldig følsomt og vanskelig. Og så har de måttet ta hånd om seg selv på en slik måte at de har bygd det inn. Forenklet sagt så er det gjennom relasjonen de skal få det bedre og kunne se sine ting og komme videre. Bak symptomene ligger altså vanskelige relasjoner som jeg forsøker å være aktivt lyttende etter og jeg tenker at de samme problemstillingene dukker opp i forhold til meg på en eller annen måte.*

## **Beretninger om Gjensidighet og Asymmetri**

Det er av betydning å understreke, som poengtert tidligere, at kategoriene ikke er gjensidig utelukkende, de er delvis overlappende og har en nær sammenheng. De har likevel, etter min mening, tilstrekkelig heterogenitet og jeg mener den totale strukturen som fremlegges vil gi et nyansert og representativt bilde av terapeutenes fortellinger. Beretninger om gjensidighet og asymmetri er på mange måter et underliggende tema i alle hovedkategoriene. Jeg velger imidlertid å gjøre det til et eget hovedtema på grunn av



mengden av fortellinger som direkte og indirekte omhandler dette. I terapeutenes fortellinger er det en kontinuerlig undertone og forståelse av at den terapeutiske relasjonen handler om en gjensidighet, og på samme tid at rollene er forskjellige og dermed innebærer en asymmetri. Temaet gjensidighet og asymmetri presenteres gjennom tre undertemaer: Likeverdighet og ulike roller; Opplevelse av nærhet og genuinitet; Identifisering og overidentifisering.

**Likeverdighet og ulike roller.** Terapeutene beskriver kvaliteten ved relasjonen på forskjellige måter og til tider også på motsetningsfylte måter. Eksempler kan være, a) at relasjonen er «noe som kommer av seg selv» til at relasjonen er et arbeid man må holde på med hele tiden, b) at man forsøker å etablere et forhold hvor man er likeverdige, til en poengtering av at terapi innebærer at relasjonen er asymmetrisk. Denne motsetningsfylte holdningen kommer til uttrykk på ulike måter. En terapeut formulerer det slik:

*Jeg forsøker å etablere et forhold hvor vi er likeverdige, samtidig som jeg ikke har problemer med å markere at det er jeg som er psykologen, men unngår å gi inntrykk av at det er jeg som sitter med ekspertisen, jeg er ingen overordnet. Jeg strukturerer nok situasjonen, men jeg prøver å legge inn veldig lite autoritet.*

Mange av beretningene preges av at relasjonen er et samarbeid. Flere terapeuter uttrykker direkte dette elementet av samarbeid og understreker dermed det gjensidige. En terapeut formulerer seg på denne måten: ”Det er to personer, en topersonspsykologi, det er kontakten og dialogen som bidrar, ikke den ene og den andre, en intersubjektivitet”. Samtidig setter de fleste terapeutene ord på dimensjoner av asymmetri i relasjonen, og som en terapeut uttrykker det: ”Jeg er jo terapeuten, så det er en usymmetrisk relasjon på mange måter, men jeg er en som jobber sammen med den andre med å forsøke å forstå, se på mønstre og endringsmuligheter.” Når vi ser hvordan terapeutene snakker om den terapeutiske relasjonen og hvordan de omtaler den både nyansert og med omtanke, dannes et bilde av hvordan de posisjonerer seg i forhold til klienten og hva de anser som viktig. Deres fortellinger om relasjonen preges av en spesiell holdning og et grunnsyn. Alle terapeutene snakker om at de forsøker å utjevne maktbalansen i relasjonen. Dette kommer til uttrykk som ”det å få en god kontakt” og skape ”en slags gjensidighet omkring hva vi skal drive med, at vi får en følelse av at vi er på lag”, ”det er viktig for meg at vi har en delt forståelse”, ”det skal være en gjensidighet” og ”jeg er en deltager i relasjonen”. En terapeut beskriver det nokså eksplisitt og snakker om det på følgende måte:

*Det å bruke av meg selv opplever jeg handler om å være et medmenneske og bidra til å skape gjensidighet, og det at jeg ikke er eksperten som skal sitte å fortelle hva som er rett og galt, at det er menneskelige ting, at en kan kjenne seg igjen, og for eksempel sånn "her skal du høre denne situasjonen som en av mange måter". Det å forskyve seg fra den der autoritetsfrykten som mange har, er viktig for meg, å utjevne maktbalansen.*

I beretningene om gjensidighet og utjevning av maktbalansen har terapeutene ofte et "men" som et slags vedheng til de fleste utsagn. Et "men" som handler om at vi er like, men at vi likevel har ulike roller. En terapeut formulerer dette presist og godt på følgende måte:

*Det er mulig jeg kan havne i en form for selvmotsigelse fordi der er en gjensidighet i den forstand at jeg naturligvis prøver å lese av den emosjonelle temperaturen og kvaliteten, og det gjør jo pasienten også. Dette handler om at det er en gjensidighet i relasjonen, men der er også en asymmetri. Altså, at pasienten og terapeuten ikke er i en symmetrisk relasjon, vi har forskjellige posisjoner, vi har forskjellige oppdrag. Og jeg tenker at i den asymmetrien ligger det et ansvar på terapeuten.*

Det forrige sitatet understreker gjensidigheten og asymmetrien, og løfter frem at i asymmetrien ligger det et ansvar på terapeuten. En annen terapeut vektlegger asymmetrien i hva man uttrykker, samt at kravet om oppmerksomhet er asymmetrisk, noe som er overensstemmende med ansvaret flere snakker om. Han presiserer videre betydningen av et "både og" perspektiv, at man som terapeut må kunne romme dette gjensidighet/asymmetri dilemmaet:

*Viss terapeuter nekter for at det er noe som heter overføring og motoverføring, og viss de nekter for at det er en asymmetri, så er de mer utsatt for å gjøre rare ting, men det kan de også være om de ikke lytter med en gjensidighetsforståelse også.*

**Nærhet og genuinitet.** Samtlige terapeuter forteller om at de bryr seg veldig om sine klienter, noe som uttrykkes blant annet som "En blir veldig glad i folk i denne jobben", "Jeg får veldig sansen for klienter", "Jeg liker stort sett alle klientene" og "Jeg opplever en begeistring for alle mine klienter, jeg kan bli fylt av respekt for dem". En terapeut snakker om en grunnfølelse han får for klientene på denne måten:

*Jeg opplever jo å bli glad i alle pasientene mine på en måte, altså på en annen måte enn jeg blir i det private, men en slags "glad-i-het" som ikke stiller krav, sånn at jeg*

*ikke bryr meg så mye med folks valg sånn som jeg ville diskutert med ungene mine, en slags god grunnfølelse overfor pasientene har jeg.*

Gjennomgående i terapeutenes beretninger er at terapeutene poengterer at relasjonen ikke skal oppleves som kunstig, men som genuin. En terapeut uttrykte dette som at ”Jeg vil gjerne at relasjonen ikke skal virke kunstig, at den skal ha en kjernegenuinitet”. Denne godheten for klientene som kommer frem gjennom fortellingene synes å være uttrykk for et slags grunnleggende menneskesyn hos de fleste. En terapeut deler en metafor for å illustrere dette:

*Jeg har veldig tro på menneske, jeg har veldig tro på at vi er gode innerst inne. Som Nasse Nøff sier, ”Tigergutt er egentlig ganske grei”, ”Ja, vi alle er det egentlig”, sier Ole Brumm. Jeg er vel litt der. Det var noe av det jeg likte så godt med Reich også, liksom den genuine gode kjerne i hver karakter, som han var opptatt av. Jeg har vel også stor tro på selvhelbredende krefter i mennesker. Jeg kan reagere veldig sterkt på sånn at vi er født onde og syndige og trenger enten samfunnsmessig kontroll eller frelse for å kunne være gode. Sånn veldig generelt så er det det grunnleggende i mitt menneskesyn og det virker nok inn på måten jeg møter folk på, og på min optimisme for hvordan det kan gå. Jeg blir veldig lett glad i folk.*

Gjennom terapeutenes beretninger dannes et bilde av deres grunnsyn på relasjonen og hvordan de forsøker å møte sine klienter, og man får et inntrykk av hvordan det kan oppleves for klienter å møte en terapeut med en slik holdning. En terapeut med en lignende grunnholdning sier noe om hvordan klienter opplever henne: ”Jeg har fått høre fra klienter at de føler de får et litt sånn personlig forhold til meg og at det er godt å komme hit eller føler at de blir tatt imot.” Det å bli berørt av klientenes beretninger og livsvansker synes å være en grunnleggende dimensjon i terapeutenes opplevelse i sitt arbeid. At man involverer seg og at det er snakk om en personlig involvering som gir en opplevelse av samhørighet kommer til uttrykk i flere beretninger. Dette kommer blant annet frem som ”Jeg opplever å bli veldig berørt”, ”Klientene har en innflytelse på meg”, og en terapeut snakker om det på denne måten:

*En kommer veldig langt inn på livet til mange og med noen er man den som vet absolutt mest om dem, altså du får veldig tette betroelser og det gjør noe med meg. En må jo bære manges liv. Jeg ser på dette med langtidsterapi som veldig alvorlig, altså du kommer veldig langt inn på folks liv og blir en viktig person i livet deres, og med noen er det jo snakk om liv og død. En må på en måte tåle å bære deres lidelser og du må tåle å ta det innover deg. Det blir jo en slags tetthet i relasjonen, det tenker jeg det*

*må bli. Og det gir jo en samhørighet når du kommer inn i livet til folk på den måten. Vi kan ikke unngå å bli dypt berørt og jeg har ikke noen problemer med å felle en tåre viss det trengs og vise det at jeg blir dypt berørt av det de forteller. En må jo tillate seg å svinge med, ja det må en altså, en må bli forbannet sammen med de, kjenne på urettferdigheten sammen med de.*

Dette understreker flere terapeuter, og en snakker om at det er nødvendig å la seg bevege som terapeut: ”Når pasienter forteller ting som er smertefulle og vonde, så er det klart man blir berørt og det synes jeg er helt naturlig og det er nødvendig for å kunne opprettholde en relasjon som oppleves som genuin”.

**Identifisering og overidentifisering.** Det fremstår som en vanskelig balansegang dette paradokset om gjensidighet og asymmetri, men mengden av fortellinger knyttet til det peker på disse terapeutenes gjennomgående bevissthet i forhold til det. Dimensjonen identifisering og overidentifisering illustrerer videre denne balanseevnen hos terapeutene. Det å la seg berøre og involvere seg i klientens liv er også knyttet til det å ikke miste posisjonen. Dette understreker flere terapeuter, og en snakker om at ”vi må ikke miste taket og miste posisjonen”. Viktigheten av å la seg berøre synes å være akkompagnert av en slags advarsel i terapeutenes beretninger. De er tydelige og samstemte i betydningen og nødvendigheten av å la seg bevege, men flere sier samtidig noe som denne terapeuten sier: ”Jeg mener det er viktig at terapeuten kan tåle ulike sinnsbevegelser uten å bli revet med på en måte, eller uten å miste seg selv, eller uten å miste det å være terapeut”.

De fleste terapeutene snakker om at det er en risiko for at man kan like sine klienter for godt og de snakker blant annet om ”at en kan ville for mye for dem”, og ”jeg kan ha en tendens til å idealisere enkelte og da overse ting de strever med”. De synes å både erkjenne at dette kan være noe de gjør feil noen ganger, men samtidig at det er helt nødvendig å identifisere seg. En terapeut er spesielt presis i sin beskrivelse og formulerer seg nyansert omkring det på denne måten:

*Jeg tror absolutt man kan like sine pasienter for godt. Freud sa en gang; ikke gjør for lite mot pasienten bare fordi du liker han eller henne for godt. Så viss vi liker på en måte som gjør at vi blir med på pasientens avvergeformer og vil spare pasienten for ubehag, da havner vi i den situasjonen vi er i vårt privatliv. Pasientsettingen inneholder en kvalitet og en avstand som vi ikke har i våre private liv, og som faktisk gjør oss til bedre terapeuter. En del av opplevelsen av pasienten er jo preget av en*

*form for identifisering, vi hører pasientens subjektive fremstilling, vi lever oss inn i den og prøver å forstå den, vi identifiserer oss med pasientens subjektive posisjon. Viss vi ikke identifiserer oss så klarer vi ikke å forstå, viss vi overidentifiserer oss så misforstår vi, sånn at det handler om en spesiell form for identifisering, noen har kalt den prøveidentifisering, men det handler om å identifisere seg uten å fortape seg. En slik form for samhørighetsfølelse er en forutsetning og en stor risiko samtidig. Viss det blir for lite eller for mye, så fremmer det ikke arbeidet.*

Det å ikke like, eller å ikke kjenne på en identifisering snakkes om som et potensielt problem av flere og kommer frem på følgende måter:

*Når jeg kjenner at noe vekkes i meg så kjenner jeg at her er det noe jeg kan bidra med, at jeg har noe å komme med. Noen ganger kan jeg føle at klienter er i en tilstand som jeg ikke skjønner. Jeg hører hva de sier, jeg ser de, men jeg forstår ikke hvorfor de er på denne måten, jeg kommer til kort. Der føler jeg meg forskjellig, og det er nok også på sånn energinivå. De forskjellige klientene vekker veldig forskjellige aktivitetsnivå. En risiko da er at jeg kan bli diffus og mister litt fokus, jeg kan merke at tankene mine flyr av gårde til noe annet, og da er det et tegn på at jeg må bli aktiv, jeg må gjøre noe, ta den situasjonen og snakke om det.*

Som sitatet over viser, bruker terapeutene denne manglende identifiseringen som informasjon og et signal om at de må gjøre noe, gjøre noe med kontakten, samt at de tar ansvar for det gjennom å ”hjelp seg selv” til å forstå bedre. En terapeut sier at ”det er alltid interessant når det er klienter jeg ikke liker, da blir jeg opptatt av hva er det som gjør at jeg ikke liker”. En annen terapeut snakker om det på denne måten:

*Jeg tror at viss du opplever en fremmedhet, eller at noe er helt uforståelig så tror jeg ikke man kommer noe sted om man ikke prøver å få det til på en eller annen måte. Det er åpenbare farer ved å føle seg veldig lik med altså, men at du kan kjenne en kontakt, en forståelse, det må være der tenker jeg, viss ikke blir det jo uforståelig for en.*

En annen terapeut opplever at en like/ikke like dimensjon er noe fremmed for henne og sier det slik:

*Jeg vet ikke om det ordet like passer så godt, men jeg kan bli begeistret og bli fylt av respekt. Jeg vet om at jeg har av og til tenkt om den eller den, at jeg kan skjønne at vedkommende ikke blir likt, at jeg kan skjønne det, men det er noe annet enn å ikke*

*like. En like- ikke like dimensjon er ikke så relevant for meg. Det er ikke der jeg er, jeg er på en annen bølgelengde.*

Selv om en like/ikke like dimensjon ikke er like relevant for alle terapeutene snakker samtlige om det å både identifisere seg og ikke overidentifisere seg med klienten. Hva dette handler om uttrykkes av en terapeut på denne måten:

*Der er nok enkelte pasienter som kan uttrykke og formidle noe som gjør at vi identifiserer oss sterkere, sånn at vi til slutt glemmer at sånn ser det ut fra pasientens ståsted. Det er noe med at vi både går inn i og tar pasientens posisjon og aksepterer den subjektive, altså den horisonten som dette er sett mot, samtidig som må vi huske at der finnes andre beskrivelser av den samme virkeligheten. Noe er sannsynligvis forstørret og noe er sannsynligvis forminset i pasientens fremstilling, den er ikke usann, men den har sin subjektivitet, og det er et poeng å huske det elementet samtidig som vi identifiserer oss med posisjonen.*

### **Beretninger om Autentisitet og Kongruens**

I gjennomgangen av beretninger om gjensidighet og asymmetri fremkommer det indirekte og direkte også beretninger om autentisitet. Dette gjøres til et eget hovedtema grunnet den nyanserte og tilsynelatende flertydige betydningen terapeutene legger i det. Temaet autentisitet konseptualiseres i følgende undertema: Å være autentisk; Å være seg selv som terapeut; Å bruke humor.

**Å være autentisk.** Autentisitet er noe de erfarne terapeutene har mye å si om. Hva det handler om og hva det ikke handler om i den terapeutiske relasjonen kommer frem gjennom nyanserte beskrivelser. Det synes å være gjennomgående at terapeutene vektlegger en autentisk dimensjon som svært betydningsfull og snakkes om blant annet på følgende måter ”Det er en viktig dimensjon at jeg som terapeut føler meg autentisk” og ”Det handler om at jeg er ekte på en måte”. En terapeut snakker om autentisitet på denne måten:

*Autentisitet er et meningsfullt begrep for meg, ja jeg mener det er det det handler om. Det er det som er sant og ekte, det er det det handler om, det er hva som er sant og ekte, til forskjell fra det som er uekte og falskt.*

At autentisitet handler om å være i kontakt med seg selv er noe samtlige terapeuter snakker om. Dette kommer frem i utsagn som: ”Å være autentisk innover”, ”Å være i kontakt med

meg selv, å være oppriktig”, ”Å spørre hva er det som skjer med meg”. En terapeut formulerer det på følgende måte:

*For meg betyr autentisitet i rollen som psykolog at jeg hele tiden må være i kontakt med meg selv. Jeg må hele tiden kjenne etter hva slags reaksjoner jeg får, hva det gjør med meg og hva det aktiverer, at jeg på en måte har fingeren på egen puls, mindfulness i en viss forstand.*

Å være oppmerksomt tilstede synes å være viktig for terapeutene og flere bruker begrepet ”mindfulness” som en væren de tilstreber. Selvaksept og en opplevelse av trygghet synes også å være sentrale dimensjoner og noe som flere terapeuter snakker om. Dette kommer til uttrykk som ”En trygghet på at det er okey å være sånn man er” og ”Å være aksepterende i forhold til min egen personlighet”. En terapeut beskriver flere nyanser i denne dimensjonen på følgende måte:

*Jeg kan også legge litt lokk på autentisiteten på et vis, men det er også autentisk for meg, at nå trenger jeg å skjerme meg litt. Så det betyr altså å akseptere meg selv tror jeg, med mitt. Så det betyr ikke å være sånn gjennomåpen, fordi det er ikke dét det innebærer. Det har noe med livserfaring og år å gjøre, at det handler om trygghet tror jeg, autentisk handler om trygghet vil jeg si. Viss jeg føler meg trygg så kan jeg være her og kjenne at jeg er oppmerksomt tilstede, for å bruke det mindfulnessbegrepet, altså at jeg kjenner meg trygg og komfortabel, så er jeg her med hele meg, både med behovene og det å assosiere, ja autentisk betyr også at jeg har tilgang på assosiasjonene mine.*

Autentisitet synes å være et slags mål for terapeutene, og noen snakker om at det å være autentisk er noe å strekke seg mot. Samtidig presiseres det at man ikke kan anstrenge seg for å være det, at man bare er det og må være det. Dette er noe som kommer frem hos en terapeut på denne måten:

*Det å være autentisk er ikke noe jeg kan bestemme meg for å være, det er noe jeg bare er, så langt jeg kan, så langt jeg evner, men jeg er jo bare meg selv, jeg er jo ikke noen omnipotent person, jeg kan ikke være mer enn det jeg er. Men i den grad jeg evner det, så må jeg jo være autentisk. Det er ikke en hatt jeg kan ta av og på.*

En annen terapeut reagerer nesten med et slags ubehag på ordet autentisitet, men samtidig uttrykkes det som noe grunnleggende som bare er der:

*Autentisitet er meningsfullt å snakke om for meg som terapeut, men det er jo blitt et veldig stort begrep i nyere litteratur, da blir det kanskje ikke så meningsfullt lenger. Altså, uff, så lenge vi er autentiske liksom. Det er blitt et litt sånn honnørord, altså man har ikke noe særlig valg, man er jo ganske autentisk som terapeut.*

Forståelsen av autentisitet som terapeut nyanseres av flere terapeuter og de problematiserer kompleksiteten i begrepet. Mange snakker om at man er autentisk, men ikke hundre prosent. Det synes å ligge en kontinuerlig refleksjon og et indre arbeid som skaper en bevissthet rundt hva man viser og hvordan man er som person. En terapeut forteller om denne kompleksiteten på følgende måter:

*Jeg er ikke autentisk i den forstand at det går rett gjennom meg og ut. Jeg er i meg selv og jeg tenker det å være meg selv også er å være tenksom. Jeg viser jo ikke alt av meg på noe vis. Jeg viser jo ikke alle assosiasjonene mine og følelsene uten videre, så jeg er jo ikke autentisk i den forstand. Jeg vil alltid forsøke å være oppriktig, men jeg er jo tilbakeholden, altså jeg filer på en måte det jeg bruker.*

Noen terapeuter strever tilsynelatende noe med å sette ord på hva autentisitet i den terapeutiske relasjonen betyr, men samtlige snakker om at det er komplekst og samtidig helt grunnleggende. På en eller annen måte forsøker de alle å tilpasse det man viser av seg selv. En terapeut reflekterer over begrepet på følgende måte:

*Det er et komplisert begrep det autentisitetsbegrepet. Vi kan nærme oss det fra forskjellige kanter og fra noen sider ser det ganske enkelt og greit ut, og fra andre sider så blir det svært komplekst. Men i hvert fall er det mer komplekst enn at man hundre prosent naivt, åpent, ærlig og ufiltrert fremtrer som den man er for pasienten, det har ikke pasienten nytte av. Men ikke heller har vel pasienten særlig nytte av en person som spiller terapeut. Det er omtrent så komplekst det er tror jeg.*

Flere terapeuter snakker om hvordan autentisitet også er en viktig opplevelsmodus for klienten, og videre et terapeutisk mål. En terapeut snakker i den sammenhengen om ”Det er dét det terapeutiske arbeidet går ut på, å komme nærmere sin egen identitet, hvem en er som menneske, og dette skjer jo i relasjonen til meg”. Samtlige terapeuter legger frem klientens autentisitet som helt sentral og det snakkes om at: ”Om jeg er tydelig som terapeut, jo lettere er det for den andre å finne seg selv, og det er på en måte å hjelpe klienten med å utvikle sin autentisitet” og ”Om jeg får inntrykk av at nå hører jeg en ferdiglaget historie som blir repetert, så prøver jeg å bryte den stemningen for å komme nærmere en autentisk



fremstilling”. Flere terapeuter snakker eksplisitt om at deres autenticitet kan være en modell for at klientene skal få utvikle sin autenticitet.

**Å være seg selv som terapeut.** Samtlige terapeuter snakker om det å være seg selv som terapeut, og det er noe de forteller om som helt grunnleggende og avgjørende. Dette uttrykker de blant annet som: ”Jeg er meg selv som terapeut”, ”Det er slik jeg er som person”, ”Det er meg selv som er instrumentet” og ”Klienter har ikke nytte av en terapeut som spiller terapeut”. En terapeut uttrykker dette slik:

*Jeg stiller jo opp med meg selv, og er meg selv. Jeg tror ikke det går an å spille terapeut eller spille en annen person, det kan ikke være noe ”utenpå-greie”. Jeg er ingen stor skuespiller, så jeg tenker at det alltid må være en sammenheng mellom det jeg sier og måten jeg sier det på, det må komme innenfra så det blir helhetlig. Noe jeg synes er viktig er om terapeuter er seg selv og det er noe jeg legger vekt på i veiledning med psykologer under utdanning, om det de sier og gjør i terapien, om det er dem selv liksom. Det handler om å finne sin måte å si ting på, sin måte å gjøre ting på. Jeg tenker at vi må virkelig stå inne bak det vi sier, at budskapet passer med budbringeren, at det er autentisk.*

Mengden av fortellinger om det å være seg selv som terapeut kan nesten ikke understrekes tilstrekkelig. Det er en samlet røst fra utvalget som med tyngde forteller om at terapeuter ikke kan spille en rolle eller være en figur. Dette kommer blant annet frem på følgende måter ”Det handler om å være et subjekt i møtet med en annen, å ikke møte en figur, men møte meg”, ”Det er viktig at jeg som terapeut er ekte, at jeg ikke spiller en rolle eller at det blir kunstig på noen vis”. En terapeut snakker om det å være seg selv på følgende måte, og legger til noe om implikasjoner det kan ha for sine klienter:

*Jeg kan altså ikke si at her er jeg og der er psykologrollen, det er helt umulig for meg. Det der er ikke noe du kan tenke med hodet, det der med psykologrollen, du kan ikke tenke det ut, det kommer av seg selv i arbeidet. Jeg synes det er et godt uttrykk det der med å få være seg selv som terapeut, for jeg synes det også er så viktig at pasienten må få være seg selv, at de ikke trenger å forestille seg, at de kan være akkurat sånn som en er. Det prøver jeg å åpne opp for.*

En annen terapeut understreker at det å utvikle seg som terapeut handler om utvikle seg selv:

*Jeg opplever at jeg kan være meg selv som terapeut. Når jeg har undervist så er ikke poenget at noen skal bli like, men at de skal bli mer lik seg selv. Det er ikke om å gjøre*

*å komme frem til hva som er den riktige måten å gjøre det på, men det er hva som er den riktige måten å gjøre det på for deg. Det er det som må til, å utvikle seg som terapeut handler om å utvikle seg selv, det er ikke å påta seg en teori eller påta seg noe som andre gjør. Jeg åpner alltid kursene jeg holder for unge terapeuter med å si at her skal dere bli flinkere til å være dere selv.”*

Videre synes alle terapeutene å være samstemte om at det eksisterer grenser for i hvor stor grad ens egen person skal tre frem i relasjonen. Selv om det dominerende synet er at en skal være seg selv som terapeut, beskrives en holdning hvor de tilpasser seg, og at det å være seg selv kommer til uttrykk på ulike måter. Dette beskrives blant annet på følgende måte:

*Jeg etterstreber å være meg selv i en disiplinert form. Det vil si at jeg er meg selv, og etter hvert som jeg har blitt vant til terapeutstolen gjennom årene så er jeg mer og mer meg selv, men jeg er ikke den samme som når jeg er hjemme ved kjøkkenbordet. Så det er et element av disiplinering som simpelthen er et resultat av treningen og skoleringen, erfaringene.*

Og en annen terapeut fremlegger at det eksisterer ulike måter å være seg selv på, og peker da på at det å være på ulike måter ikke nødvendigvis betyr å være inkongruent :

*Det er et vanskelig tema dette med å være seg selv, for hva er egentlig det? Jeg er jo meg selv som terapeut, men jeg er jo ikke meg selv heller. Det er mange ting jeg ikke ville finne på å gjøre som jeg selv jo gjør, altså selvfølgelig er jeg meg selv, men jeg er meg selv som terapeut, og det er jo også en rolle som skiller seg fra de andre rollene jeg også har, som er andre måter jeg er meg selv på da.*

Spørsmålet om hva som er en autentisk væremåte eller ikke, er et komplekst spørsmål i psykoterapeutisk praksis. Flere terapeuter peker på en tilsynelatende motsetning, og anerkjenner betydningen av å være seg selv og samtidig bevare en posisjon som er annerledes enn i det vanlige liv. En annen terapeut stiller spørsmål ved hva som er autentisk og terapeutisk tilstedeværelse i dette sitatet:

*Teoretisk sett så er det jo på en måte en motsetning dette med å være seg selv og det å være i en rolle. Viss du i ditt daglige liv sitter overfor en ung jente som sitter og gråter, så vil du jo legge en arm rundt og trøste, mens det ville jeg ikke gjøre som terapeut, og da kan du si hva er det som er autentisk og ikke autentisk Men jeg tenker at det handler jo ikke om å være sånn som man pleier å være, altså når jeg er terapeut så er jeg annerledes enn jeg er når jeg ikke er terapeut, men det betyr ikke at jeg er en*

*annen eller at jeg spiller. Jeg tenker at du er ikke noe hjelp viss du skal gå inn i det med hele deg, du må bevare et slags sånn analytisk punkt også, i deg selv.*

Gjennomgående i materialet snakker terapeutene om en økende grad av kongruens som en følge av erfaring. Flere av terapeutene snakker om en kongruens mellom personlighet og faglige valg. To terapeuter skildrer dette på følgende måter ”Jeg tror vi delvis velger teori etter vår karakter” og ”Dette med teori og intuisjon henger mer og mer sammen med erfaring, du finner teorier og forståelser som passer ens temperament, væremåte og ens personlighet”. En terapeut snakker om det på denne måten:

*Det å skille mellom det faglig lærte og det som er meg kan være ganske innfløkt, det er vevd sammen og når en har holdt på lenge blir det kanskje vanskelig å skille. Mange ting jeg har lært har blitt en del av meg. Jeg tror ofte at det er blandet, at det henger sammen hvilke faglige vurderinger man gjør og hva det er som treffer en som person.*

Flere terapeuter har fortellinger som preges av at hvordan de er som person påvirker hvordan de er som terapeut, og presiserer at dette er uunngåelig. Betydningen av erfaring er mangesidig, og i mange av fortellingene kan det se ut som det handler om en økt grad av frihet. En terapeut beskriver hvordan erfaring bidrar til autentisitet og hvordan hun selv opplever det:

*Med erfaring tror jeg at jeg er mer og mer autentisk, og det gir mer og mer energi, og mer kreativitet, jeg blir mer kreativ. Tidlig i karrieren så var det å passe på hvordan jeg skulle være, jeg mener med all den usikkerheten, det la så mye mer bånd på meg. Livserfaringen gjør at jeg blir mer meg, til stede, og da blir det morsommere også.*

Flere terapeuter vektlegger i sine fortellinger hvordan erfaring har gjort de mer rause overfor seg selv, og at det blir mer naturlig å være terapeut som seg selv:

*Å ha raushet overfor mine egne svakheter er jeg jo mye bedre på nå. Jeg kan stå for og tulle med det, og det gjør ikke noe, det er ikke så farlig lenger. Det har jo noe med alder og erfaring å gjøre, som er litt deilig.*

En annen formulerer seg slik:

*I starten av terapeutkarrieren prøver man å være terapeut. Man prøver å gjøre det vi mener terapeuter skal gjøre og sier det vi tror terapeuter skal si, men etter hvert blir det mer og mer en naturlig del av ens egen opplevelse. Og nå har jeg selv en opplevelse sammen med klienter, at jeg er ganske avslappet, og meg selv.”*

**Å bruke humor.** Å bruke humor som terapeut kan i mange tilfeller bli et personlig og idiosynkratisk uttrykk. Hvorvidt terapeuter åpner for bruk av humor kan gi en pekepinn på i hvilken grad man tillater seg å åpne opp for egen subjektivitet og det gjensidige i relasjonen. Terapeutene i utvalget forteller om bruk av humor som noe potensielt befriende, og samtlige terapeuter sier de er åpne for humor i terapirommet. Dette kommer blant annet frem på følgende måter:

*Jeg har ikke noen problemer med å bruke humor, og når pasienter har humor i seg bruker vi det veldig mye, begge veier. Men det er nok noen det aldri blir særlig humoristisk med. Jeg har stor tro på humor i terapi, altså humor er jo gjerne en metafor som omfatter mye som gir tilgang til flere sider og emosjonaliteten i det. Folk som kan le av seg selv, kan jo ta et fugleperspektiv på seg selv, og det er jo veldig bra.*

Det å bruke humor i terapisisituasjonen synes å oppleves som noe utvidende, at det er en dimensjon som tillater mer spontane uttrykk. En terapeut snakker om det på denne måten:

*Om en situasjon gir muligheter for en humoristisk vinkling kan det være nokså befriende. Det innebærer jo å ta en del egne assosiasjoner umiddelbart, og så å legge dem inn i situasjonen, det tenker jeg er en del av kontakten.*

Terapeutene forteller om bruk av humor på ulike måter. Noen føler seg nokså fri, men understreker samtidig at det innebærer en viss risiko:

*Humor, ja det forholder jeg meg til, masse humor, og det kan jeg gjøre midt i de aller mest forferdelige historier, og nettopp der kan vi liksom få dette "moments of meeting". Humor gjør noe med kontakten, det gjør noe med følelsene, at det åpner og gir så mye. Jeg kan bruke meg selv der, sånn selvironisk, der har du meg liksom, men det er veldig viktig at det er selvironi og ikke på den andres vegne.*

Flere terapeuter knytter bruken av humor til det å ikke ta seg selv så høytidelig, og en formulerer seg slik:

*Jeg opplever ofte at å dele erfaringer fra eget liv kan få frem latter og virke frigjørende, så egentlig bruker jeg mye humor. Med alderen føler jeg meg friere til å si mer av slike ting. Ikke le av de, men å forsøke å se det komiske i hva en holder på med.*

En annen terapeut snakker om en mer nøktern bruk av humor, og snakker om det slik:

*Jeg tenker ikke på humor som en slags metode, men det er veldig fint viss det er sånne små øyeblikk av gjensidig forståelse av en litt annen vinkel. Men jeg har ikke tro på*

*det å sitte å vitse om ting eller være veldig kjapp eller morsom. Det er ikke noe vanskelig for meg å le viss pasienten sier noe som er åpenbart morsomt, men jeg går ikke inn for å bringe humor inn i relasjonen, det er ikke noen målsetning for meg.*

Som sitatene over viser, er det flere terapeuter som snakker om at faren ved å bruke humor kan være at klienten føler seg ledd av. En terapeut snakker om humor på denne måten:

*Humor er noe jeg har lett for, og av og til må jeg ta meg i det, jeg får lyst å være med på noe morsomt. Men jeg må passe meg fordi det kan fort slå over for enkelte, det kan fort bli slik at vedkommende føler at han eller hun blir ledd av. Så jeg må minne meg om noen ganger at jeg er på kontoret og ikke på kafe. Men det er noen ganger at en får sagt noe gjennom humor som kanskje er vanskelig å få sagt ellers, men man skal ikke gjøre det til en slags vane eller et innslag, et sånt terapeutisk verktøy, det må en passe seg for. Men det får lov å være artig.*

### **Beretninger om å Dele Personlige Reaksjoner og Erfaringer**

Materialet er totalt sett svært rikholdig i form av beretninger om betydningen av den terapeutiske relasjonen, om gjensidighet og asymmetri og om å være seg selv som terapeut. Jeg har så langt i oppgaven forsøkt å presentere dette på en måte som gir en naturlig sammenheng og oppbygning, men for at strukturen i oppgaven og meningsinnholdet i terapeutenes fortellinger skal danne et mer helhetlig bilde, er det nå på tide å se nærmere på hva terapeutene gjør. Med andre ord, hva de sier og hva de ikke sier. Det siste hovedtemaet handler rett og slett om hvordan terapeuters autentisitet kommer til uttrykk. Dette temaet vil bli presentert gjennom følgende undertema: Å være oppriktig; Å være privat versus personlig; Å dele skal være på klientens premisser; Å dele følelser.

**Å være oppriktig.** Å være oppriktig og ærlig mot seg selv som terapeut, som tidligere presenterte resultater også viser, synes å være grunnleggende og beskrives videre som ”Det første skritt vi må ta” og ”Det er noe jeg hele tiden forsøker å være”. En terapeut sier at ”Ærlighetskravet i terapi er ufravikelig”, og snakker om ærlighet både for klienten og terapeuten, men at det fortoner seg ulikt. Han formulerer seg på følgende måte:

*Det vi forlanger av pasientene er jo ærlighet og viss vi opplever at pasienten er uærlig så opplever vi jo det som et alvorlig angrep mot selve behandlingsprosjektet. Ærlighetskravet i terapi er ufravikelig, men det har litt forskjellig utforming fordi rollene er forskjellige. De pasienter som tar utfordringen til den totale*

*åpenhjertigheten og ærligheten, erfarer ofte at det ligger en enorm kraft i den forbeholdsløse ærligheten og åpenheten. Det ligger en forandrende kraft i den ærligheten tror jeg. Når det gjelder terapeuten så kan vi ikke forstille oss over tid, så jeg tar for gitt at pasientene merker seg om jeg er til stede, om jeg er interessert, om jeg er der for pasienten. Men så kommer vi til det punktet, terapeutens autentisitet er ikke den samme som pasientens, nettopp fordi rollene er forskjellige. Jeg kobler jo spørsmålet om autentisitet til spørsmålet om ærlighet og til spørsmålet om hva vi formidler eksplisitt til pasienten og hva vi holder tilbake av det som skjer i vårt indre.*

Denne forskjelligheten i utformingen av ærlighetskravet skildres på ulike måter av samtlige terapeuter. De synes alle å ha en uttalt bevissthet rundt hva og hvordan man deler personlige reaksjoner og erfaringer. Dette kommer frem gjennom sitat som ”Det er viktig å regulere selvreferering, at jeg har kontroll på det”, ”Jeg prøver å ha en buffer på hva jeg deler og viser, ”Jeg regulerer og sensurerer hva jeg sier om meg selv”. En terapeut formulerer seg om sin egen bevissthet knyttet til dette på følgende måte:

*Et aktuelt spørsmål her vil jo være om det innebærer at terapeuten til enhver tid skal være fullstendig ærlig om sine egne tanker og følelser og fantasier. Jeg mener at vi skal være autentiske, men vi skal nødvendigvis ikke avsløre alt om oss selv for pasienten, for i mange tilfeller vil ikke det tjene pasienten, det vil heller skade pasienten. Hele denne debatten om selvavsløring oppfatter jeg som svært kompleks. Men det grunnleggende, nemlig at vi er interessert, oppmerksomt og fokusert til stede sammen med pasienten, det ser jeg som helt grunnleggende og mye mer basisk i forhold til hvorvidt vi selv er selvekspressive eller ikke.*

**Å være privat versus personlig.** Begrepet selvavsløring er for mange relevant i denne sammenhengen, men det er imidlertid bare noen som selv bruker selvavsløringsbegrepet når vi snakker om det å dele personlige reaksjoner og erfaringer. En terapeut var kritisk til begrepet selvavsløring. På spørsmål om hva hun tenker om det å dele personlige reaksjoner og erfaringer svarer hun på følgende måte:

*Jeg syns det begrepet selvavsløringer er et håpløst ord egentlig, avsløre? Det betyr jo ikke bare snakk om private ting, men hva jeg føler for deg eller når jeg snakker med deg nå, det er litt mer den, å finne en god form på det, det handler om hvilken kontekst det skjer i. Skjer det fordi at vi skal finne ut av, og jeg skal gi deg feedback sånn at du*

*skal bli tydelig for deg, eller har det noe mer med invadering å gjøre. Det er litt sånn kontekstavhengig, så jeg har ingen sånne prinsipper på det.*

Dette sitatet understreker flere poenger og terapeuten snakker om at det ligger et skille mellom det private og det personlige, samt en poengtering av at hva hun velger å dele er avhengig av intensjonen og konteksten. Skillet mellom det private og det personlige kommer frem i store deler av materialet og selv om det fremkommer noe ulik praksis i hva man tillater seg å dele, synes alle terapeutene å være enige om at det finnes et skille mellom det å være personlig og privat. Denne grensen for hvor det private, det man ikke ønsker å snakke om, befinner seg på litt ulike steder for hver enkelt terapeut. Samtidig er det mitt helhetlige inntrykk at samtlige terapeuter i stor grad kan enes om en av terapeutenes mer generelle formulering:

*Jeg tror at jeg i min tenkning skiller ganske sterkt mellom det å være personlig i relasjonen og det å være privat. Jeg tenker at det er en fordel at terapeutens private liv og forhold stort sett er utenfor terapirommet. Så autentisiteten er ikke knyttet til private forhold, autentisiteten handler om mer det personlige, terapeutens personlige tilstedeværelse.*

Gjennomgående i fortellingene kommer det frem en presisering av et kontinuerlig indre sorteringsarbeid for å finne ut hva som er ens eget og hva som er klientens. Terapeutene snakker for eksempel om: ”Å ta hånd som sitt eget privat”, ”Min egen sorg skal ikke bæres av pasienten” og ”Ikke legge over på andre det som måtte være mine tema”. Dette understreker også hva terapeutene snakker om innledningsvis om den terapeutiske relasjonen, at det skal være på klientens premisser. En terapeut snakker om det på denne måten: ”Og sånn må det kanskje være et indre arbeid som sorterer hvilke avsløringer, selvavsløringer som kan tjene det terapeutiske arbeidet, og hvilke som vil skade det terapeutiske arbeidet.”

Når det gjelder terapeutens tilstedeværelse og kontakt innover, er det tydelig at det handler om å være reseptiv og tillate sine egne reaksjoner å komme opp i en selv. Skillet mellom privat og personlig eksemplifiseres av flere og differensieres mellom hva som skjer med dem i terapirelasjonen og hva som handler om deres liv utenfor terapirommet. De fleste snakker om det å være ærlig overfor seg selv i forhold til hva som skjer med dem, samt at de kan sette ord på hva som skjer med dem i terapirelasjonen. En terapeut sier det på følgende måte:

*Mine personlige reaksjoner på ting bruker jeg veldig aktivt i å slippe det til i meg selv, altså fange motoverføringer, og mine personlige egenskaper er jo utvilsomt veldig tett inn der. Men når det gjelder selvavsløringer så er jeg veldig tilbakeholden med å fortelle om mitt eget liv. Min opplevelse i terapisisituasjonen bruker jeg ganske frimodig på en måte, men jeg knytter det ikke an til mitt eget liv.*

En annen terapeut viser også et bevisst forhold til hvor hennes egen grense går, men at den muligens ligger noe nærmere det private enn hva forrige terapeut uttrykker. Hun gjør et skille mellom ting i sitt eget liv som er avgrenset og trygt å snakke om, og det som ikke er det:

*I mange tilfeller tilstreber jeg å være ærlig med klienter, men noe jeg synes er enda viktigere er å forsøke å se hva klienten trenger å høre og tilpasse svarene etter det. Det er jo noen ting i livet mitt jeg ikke ønsker å være ærlig på tilbake til klienter. Det å skulle snakke om bakgrunn og foreldre som er død, det synes jeg er noe helt annet enn å snakke om de som er rundt meg i dag, så det er jo en balansegang, det å ikke utagere. Viss jeg synes jeg er trygg og føler at livet mitt er okey, da kan jeg dele veldig mye, men viss det er ting i mitt liv som ikke er okey, så vil jeg jo ikke dele det, det skal jo ikke handle om meg. Disse grensene på hvor privat man skal være, det er jo noen som er på grensen til å litt sånn latterliggjøre seg selv.*

En annen terapeut presiserer også denne forskjellen på det private og det personlige, men legger til en annen dimensjon som kriterium for hva hun deler, om det er noe som er sterkt emosjonelt for henne så deler hun ikke det. Dette snakker hun om på følgende måte:

*Jeg er ikke meg selv på en sånn privat måte med å fortelle om mitt eget liv. Personlige ting som ikke er sterkt emosjonelt for meg, altså helt alminnelige ting og mer generelle betraktninger om forhold i livet kan jeg dele. Det kommer an på hvilket plan det er på, om jeg kan dele eller ikke.*

**Å dele skal være på klientens premisser.** Noe alle terapeutene synes å understreke er at det å dele sine egne reaksjoner skal ha en hensikt og at det må være til hjelp for pasienten. Dette kommer blant annet frem på følgende måte ”det å dele egne responser skal være reflektert og ha en hensikt, da er det viktig å bli klar over den hensikten”. En annen terapeut forteller om dette grunnleggende synet om at det skal være på klientens premisser på denne måten:

*Når jeg får reaksjoner for pasienten så holder jeg det for meg selv til jeg har funnet ut av det, og funnet ut om det er noe å bringe inn i arbeidet eller ikke. Når jeg skal dele*



*noe så prøver jeg da å si det på en måte så jeg ikke overtar det. Det er viktig å holde fast på det at det er den andres verk, at fremgangen i terapi er jo pasientens verk.*

Det å dele eller vise sine egne reaksjoner er noe samtlige terapeuter forteller om at de gjør, men det snakkes samtidig om at det å dele innebærer en viss risiko. En terapeut sier noe om hva hun generelt sett velger å ikke dele med klienter og løfter samtidig frem en potensiell risiko om man deler for mye:

*Jeg vil aldri dele sånne helt nære erfaringer, og ting som har noe med andre i mitt liv å gjøre for eksempel, altså når det blir for nært. Og så vil jeg ikke dele viss jeg satt og følte altfor mye negative følelser ovenfor den andre, eller viss jeg blir redd eller føler meg hjelpeløs, så sitter jeg ikke å deler det for det er ikke til hjelp for den andre. Jeg regulerer nok det jeg deler. Viss det er ting som jeg tenker er mitt ansvar, det må jeg drive med og regulere meg selv på, det skal ikke være klientens greie, jeg skal ta vare på meg selv, det er jo det som veldig ofte skjer i terapirelasjoner at klienter blir sittende å ta vare på terapeuten. Da blir det gal posisjon.*

En annen terapeut beskriver det å bruke selvavsløringer som en sårbar vei å gå, og legger det frem på denne måten:

*Det å bruke selvavsløringer som terapeut, tenker jeg er en veldig sånn sårbar vei å gå, fordi om man har masse erfaring og vært et instrument i interpersonlige forhold mange ganger, så er man jo nettopp seg selv. I verste fall kan bruk av slike selvavsløringer oppleves som en sånn projeksjon da, altså nå kjenner jeg at jeg blir og da må du være sånn. Jeg tenker i alle fall at det er en farefull vei og at det kan redusere det rommet man har som pasient til å arbeide med sine egne ting viss terapeuten bedriver for mye av selvavsløringer.*

De fleste terapeutene forteller om viktigheten av å formulere seg på en måte som passer klienten, og at man gjør en seleksjon og en tilpasning av det man deler. En terapeut beretter om dette slik:

*Når jeg kjenner noe i mitt indre arbeid som vekkes i meg, som er nyttig informasjon så prøver jeg å dele det når jeg ser at pasienten er klar for å ta det imot, at han eller hun kan tåle det, forutsatt at jeg finner de riktige ordene, jeg syns det er viktig å finne rette ordene, ord som pasienten kan akseptere og gjøre til sine egne.*

En annen terapeut viser til en form for ydmykhet og forteller at ”når jeg deler ting er det viktig for meg å prøve å få en dialog omkring det, jeg er veldig lite bastant”. Flere terapeuter kommer med eksempel på når det er lettere å dele og snakker om allmenngjøring som et godt rasjonale for å dele mer personlige erfaringer og sier det på denne måten ”isteden for å bruke generalisering kan det virke vel så sterkt viss jeg sier, ja det har jeg opplevd selv”. En annen terapeut snakker om det å allmenngjøre på denne måten:

*Når det gjelder å allmenngjøre, særlig det liksom at vi tilhører menneskeheten, der kan jeg være ganske delende, men ikke sånn at vi skal ta fra deg ditt unike. Det er ikke sånn ”jeg har det også sånn” varianten, men der hvor jeg tenker det har en hensikt, og hensikten vil være validering av den andres erfaring og smerte. Fordi jeg får jo mange som sier, jeg har ikke lov å føle sånn, jeg skulle ikke vært født, jeg er helt forferdelig, ekkel, grusom. Mange av mine klienter føler seg så ensomme og isolert i verden, og særlig den ensomheten om at ingen har det som meg, det fins ikke, og da behøver jeg ikke bare bruke meg, men bruke andre også. At dette fins i verden.*

Noen terapeuter synes å svare direkte, når klienter stiller personlige spørsmål, og sier det på følgende måte ” Når noen spør meg direkte om hva jeg syns om ting prøver jeg å være så ærlig som jeg kan” og ” Det hender at folk lurert litt på ting med meg og da pleier jeg å svare ærlig uten å være flåsete”. Andre terapeuter er tydelige på at de ikke svarer på personlige spørsmål fra klienten, men at de vil være opptatt av hva er årsaken til at de spørsmålene melder seg. En terapeut formulerer dette slik:

*Jeg syns sjelden det er hverken nødvendig eller nyttig å dele personlige erfaringer med pasienten. Altså, man gjør det jo på den måten at det fremkommer at det du forteller meg forstår jeg, jeg har hørt noe av dette, dette kjenner jeg til, dette er sånn, kunne det vært sånn? Og altså på den måten deler man jo. Jeg tenker at man i minst mulig grad skal belemres med terapeutens personlige likes og dislikes, dette med rimelig nøytralitet og frihet i relasjonen er viktig.*

Det blir tydelig at de ulike terapeutene har ulike måter å forholde seg til det å dele personlige reaksjoner eller erfaringer. En terapeut som i utgangspunktet synes å være enig i en tilbakeholdenhet, som det forrige sitatet beskriver, forteller samtidig om at han tilpasser det til ulike klienter, og sier at det kan handle om ulike funksjonsnivå. Dette snakker han om på følgende måte:

*Når det gjelder selvavsløringer om private ting er jeg veldig nølende, og om noen spør meg direkte så pleier jeg å si, ”det er ikke det at jeg ikke kan svare, men hva gjør at du er opptatt av det?” Det er da viktig for meg å finne ut hva som ligger i det og jeg forsøker å intervensere i forhold til hva det kan handle om for pasienten, hvilke behov pasienten er ute etter å tilfredsstille. Jeg mener det er viktig å se an pasienten i forhold til hvor mye behovstilfredsstillelse man gir. Når man er over mot de aller dårligste og psykotiske så må du jo gi mye behovstilfredsstillelse.*

En terapeut synes å oppsummere mye av hva mange av terapeutene snakker om, han setter ord på en veksling mellom en disiplinering og en disiplinert spontanitet på følgende måte:

*Det å være i en relasjon innebærer jo å ta en del egne assosiasjoner umiddelbart og så å legge dem inn i situasjonen, det tenker jeg er en del av kontakten. Viss jeg sitter å aner eller plutselig ser en sammenheng eller en forbindelse, så kan jeg så å si presentere den spontant eller umiddelbart. Jeg tror det handler om selve det der samspillet som er kontaktstyrkende, så det er en veksling mellom en disiplinering og samtidig en slags disiplinert spontanitet.*

**Å dele følelser.** Gjennomgangen av resultatene så langt viser at alle terapeutene snakker om det å slippe til egne reaksjoner i seg selv, og at det dreier seg om et indre sorteringsarbeid. Det å vise følelser sammen med klienten er også å dele, en slags selvavsløring. Om terapeuter åpner for å vise følelser i terapirelasjonen, kan si noe om en annen dimensjon av terapeutenes subjektivitet i relasjonen. Dette skillet mellom å være privat og personlig eksemplifiseres og tydeliggjøres ytterligere når terapeutene snakker om å dele følelser med klienten. Samtlige terapeuter snakker om det å bruke sine egne følelser som relevant informasjon, men det kommer imidlertid frem gjennom ulike beretninger. Noen synes å kunne tillate seg å være åpne og spontane i sine emosjonelle uttrykk, mens andre er mer tilbakeholdne. En terapeut snakker om at ”Å dele egne personlige reaksjoner og følelser kan bidra inn i situasjonen på en positiv måte” og en annen sier ”Vi kan tillate oss å bli glad sammen med klienten og vi kan delta i en sorg med klienten”, men det snakkes også om ”Jeg viser jo ikke alle assosiasjonene mine og følelsene uten videre”. På tross av ulike uttrykk synes det å være gjennomgående i fortellingene at det ligger en buffer på hva man viser i form av å bruke egne reaksjoner på en måte som kan være til nytte for klienten. En terapeut snakker om det på denne måten:

*”Jeg forsøker å være veldig bevisst på hvordan jeg bruker egne reaksjoner, det går jo gjennom frontallappen før det kommer ut, legger inn en delay når jeg reagerer på noe. Så bruker jeg mine reaksjoner som en slags hypotese som hva tror du om, eller nå kjenner jeg at dette var mer trist enn du forteller, her kjenner jeg mer følelser i det enn det du viser, hva tror du om det? Det blir på en måte å hele tiden kjenne etter og holde på med et indre arbeid på hvordan en kan bruke det til nytte for pasienten.”*

Hva som kan være til nytte for klienten synes å være en viktig rettesnor for flere, og en terapeut snakker om at det å vise følelser som er mer av negativ art, ikke blir gjenstand for deling i hennes behandlinger:

*Og så vil jeg ikke dele viss jeg satt og følte altfor mye negative følelser ovenfor den andre, eller viss jeg blir redd eller føler meg hjelpeløs så sitter jeg ikke å deler det, for det er ikke til hjelp for den andre.*

Ingen av terapeutene snakker om det å dele noe forbeholdsløst, men noen terapeuter synes å være mer spontane i sitt følelsesmessige uttrykk og en terapeut snakker om det på denne måten: ”Det å være personlig kan bety å grine med den som griner, eller vise at jeg blir berørt, og det å skulle vise følelser faller meg naturlig.” En annen terapeut betoner at det spontane uttrykket slippes mer frem etter hvert i terapiforløp når man har blitt kjent med hverandre:

*Det kan hende at jeg ler spontant eller at det kan komme tårer i øynene mine, som jeg ikke gjør noe for å fremheve og sjelden noe for å skjule. Det å vise spontant og åpent mine reaksjoner er ikke noe jeg gjør i stor grad, men noen ganger kommer det veldig av seg selv så jeg nesten ikke rekker å tenke, men da kommer det også i et forløp da, hvor jeg har tilpasset meg vedkommende og vet en del om vedkommendes reaksjoner.*

I det forrige sitatet snakker terapeuten om spontane reaksjoner som noe som kan skje, ikke noe man tilstreber å gjøre som en strategi eller intervensjon. Det synes å være som et resultat av nære og ekte møter mellom klient og terapeut. En annen terapeut er derimot åpenbart mer tilbakeholden med å dele slike reaksjoner:

*Mine egne følelser som aktiveres i timer må jeg ta ansvaret for selv, og jeg må komme til en slags klarhet eller forståelse av, jeg må bearbeide den, og senere kan det godt være at noe av det kan komme til nytte.*

Skillet mellom privat og personlig eksemplifiseres også når det gjelder å dele følelser, og en terapeut snakker om følelser og reaksjoner som oppstår i relasjonen som akseptabelt å dele. Hun formulerer seg på følgende måte:

*Jeg kan velge å sette ord på når jeg blir veldig berørt eller jeg kan si at, jeg kjenner at jeg blir ganske sint når jeg hører hvordan. Men det vil jo være følelser og reaksjoner som er helt i den relasjonen her og nå da, ikke mine utenom. Som oftest tror jeg pasienter opplever det som ganske tryggende når terapeuter deler slike reaksjoner, altså at man har en kontakt og at man når den andre og at den andre forstår. Og dette er jo ikke noe man planlegger, man er jo spontan når man får tårer i øynene eller litt sånn klump i halsen, men jeg er ikke sånn som sier veldig mye om meg selv. Jeg synes det er greit å la emosjonelle og følelsesmessige skiftninger komme til uttrykk.*

Flere snakker om at det å vise personlige reaksjoner også handler om sitt eget personlige uttrykk og ens egen stil. Når samtlige terapeuter snakker om det å være seg selv som terapeut er det ikke urimelig at det å uttrykke, eller vise følelser også handler om hvordan man er som person. Denne terapeuten forteller om både sine mål og egne begrensninger i forhold til dette på denne måten:

*Jeg etterstreber å involvere meg, men jeg viser det kanskje mindre enn mange andre terapeuter, men min involvering uttrykkes, tenker jeg, i ansiktet og stemme og blick og den slags. Men jeg meddeler den direkte i form av refleksjoner. Jeg kan le sammen med pasienten, men jeg er nok ikke av den veldig ekspressive typen. Det handler om stil tenker jeg, formen min er nok mer tilbakeholden kanskje.*

En annen som også peker på at det handler om hennes personlige uttrykk legger også til at det å uttrykke følelser har forandret seg med årene:

*Men jeg kan for eksempel bli veldig fort rørt og berørt av følelser, og tidligere tenkte jeg at jeg måtte streve litt med det, men nå er jeg det, jeg viser, men jeg tar ansvar for det og sier noe om at nå merker jeg at jeg blir berørt.*

En slik personlig og ekte dimensjonen i terapirelasjonen har mange nyanser, og er preget av tilsynelatende paradokser. Ulike terapeuter forholder seg nokså forskjellig til hva og hvordan man deler personlige reaksjoner og erfaringer, men samtidig beskriver alle terapeutene en nærhet og en kontakt som kan bevege dem dypt. En slik dimensjon gjør noe med både terapeut og klient, og hva dette handler om kan man sikkert bruke mange begreper for å forklare. Et spørsmål som kan være relevant er om det er mulig å snakke om en form for

kjærlighet. Hva er det terapeutene gir til klientene når de engasjerer seg så dypt i deres liv? Når man involverer seg både på et profesjonelt og et personlig plan vil det antageligvis få et ganske unikt uttrykk. Det synes å være meningsfullt for flere av terapeutene å snakke om en form for kjærlighet i en utvidet forstand. Dette kommer frem som ”det er noe sånn kjærlighet i det, ja jeg tror det er kjærlighet som er ordet”, og en terapeut snakker om det på følgende måte:

*Kjærlighet i en utvidet forståelse av ordet er definitivt også en dimensjon. Pasienter vekker mange følelser av forskjellig og motstridende slag hos oss, men det å over tid ta del i et annet menneskes oppriktige betroelser, indre smerte, angst og ulykkelighet, uten at det vekker vår sympati, det tror jeg ikke er mulig. Når jeg merker et fravær av sympati for pasienten så tenker jeg umiddelbart at det er uttrykt aggresjon som ligger og skulper og som det kan være et poeng å prøve å nærme seg. Så kjærlighet i form av sympati og varme tror jeg er en faktor i dette. Jeg tror det er ganske vanlig at pasienter opplever kjærlighet ovenfor sine terapeuter, og at de opplever en form for tilgivenhet eller sympati fra sin terapeut.*

Begrepet kjærlighet kan nok vekke ulike reaksjoner hos ulike terapeuter, og ordet kjærlighet er antageligvis primært forbeholdt intime og private relasjoner for de fleste. Kan vi altså snakke om en form for kjærlighet i terapirelasjonen, en slags betingelsesløs kjærlighet? En annen terapeut snakker om kjærlighet på denne måten:

*Yalom har skrevet om det og jeg tror Freud har sagt noe om det, ”love”, det kommer jo helt an på hvordan man bruker ordet, og hva man tenker på. Jeg tenker jo at veldig fort så kommer man over i noe som gjør det umulig å drive terapi i det hele tatt. Men, jeg tenker jo at en pasient ofte kan føle mye kjærlighet i en god terapirelasjon, også fra terapeuten, altså kjærlighet i form av omsorg og opptatthet og virkelig engasjement og vilje til at pasienten skal vokse. Som terapeut kan du jo lett føle det, ikke sant, ofte, men det er ikke noe tvil om at du kan kjenne at pasienter er veldig glad i deg og knyttet til deg, altså sånn er det. I dette temaet er det en del som er motstridende og det tenker jeg det må få lov til å være, altså det må få være sånn at man i en sånn overføring eller motoverføring både har lov til å hate og elske og ta det opp, og at jeg kan tåle begge deler. Både å bli elsket på et vis og hatet og likt, altså sånn må det være viss man skal kunne arbeide med vanskelige og motsetningsfylte følelser både til seg selv og til viktige andre da. Det er et vanskelig ord å bruke det her*

*med å like, men jeg tror at det kan hete det. Viss man skal bli utskjelt, anklaget og mistrodd, og alt, så er det fint at det kan være noe i bønn der som kan bære.*

## **Diskusjon**

I dette avsluttende kapittelet vil jeg diskutere sentrale funn fra studien i lys av relevant teori og empiri. Resultatene er rikholdige og inkluderer et stort spenn. Av den grunn blir ikke alle aspektene belyst i diskusjonen. Det er gjort et strategisk utvalg i et forsøk på å løfte funnene opp på et mer abstrakt og teoretisk nivå. Gjennom analysen kom jeg frem til at fire hovedkategorier kunne beskrive mine funn. Hovedkategoriene er et forsøk på å ordne og systematisere hvordan mesterterapeutene som gruppe tenker om den terapeutiske relasjonen og sine egne bidrag. Som nevnt tidligere er ikke kategoriene gjensidig ekskluderende, men nært knyttet til hverandre. Samlet er de ment å gi et bilde av hvordan terapeuter forholder seg til antatte kjernekomponenter i den terapeutiske relasjonen. Diskusjonen starter med en oppsummering av hvordan terapeutene snakker om ”Den terapeutiske relasjonen som grunnleggende og avgjørende”, og hvordan det er sammenfallende med forskning. Hovedkategorien ”Gjensidighet og Asymmetri”, synes å fange opp et sentralt dilemma i det terapeutiske arbeidet, og siden det danner en rød tråd i hele materialet, vil det vies mer plass i diskusjonen. Deretter vil jeg fremlegge hvordan terapeutene i utvalget snakker om ”Autentisitet og Kongruens” i lys av Rogers (1957) sine tre relasjonelle kjernebetingelser. Med utgangspunkt i gjensidighet- og asymmetridilemmaet, vil jeg så drøfte den siste hovedkategorien: ”Å dele personlige reaksjoner og erfaringer”.

Som drøftet i metoddelen er refleksivitet en kompetanse og en forskerposisjon, som innebærer at forskeren evner å se, og gjøre rede for betydningen av sin egen rolle i samhandling med deltagerne, materialet, de teoretiske perspektivene, og den forståelsen som forskeren bringer med seg inn i prosjektet. Ved gjennomgang av litteratur i etterkant av analysen, ser det ut til at teoretikere innen relasjonell psykoanalyse, har gjort de tydeligste forsøkene på å romme kompleksiteten i et gjensidighet-asymmetri dilemma i den terapeutiske relasjonen. Det anses derfor som hensiktsmessig å belyse funnene ut fra relasjonell psykoanalyse. Samtidig er det ikke til å legge skjul på, at valget om å benytte slik teori også er uttrykk for mitt eget teoretiske ståsted, og vil følgelig prege diskusjonen. I og med at de fleste terapeutene i utvalget er psykoanalytisk eller dynamisk orienterte, antar jeg at jeg ikke yter informantene for stor grad av urettferdighet. Avslutningsvis vil jeg forsøke å si noe om

studiens implikasjoner for psykologisk praksis i psykisk helsevern og utdanning av psykologer.

### **Den Terapeutiske Relasjonen.**

*We shall not cease from exploration*

*And the end of all our exploring*

*Will be to arrive where we started*

*And know the place for the first time.*

(T.S. Eliot - Little Gidding in four Quartets)

Slik innleder Norcross og Wampold (2011) sin artikkel hvor de presenterer konklusjonene og anbefalingene til "The second Task Force on Evidence-Based Therapy Relationships". De sier, akkurat som i Eliot's dikt, at vi har gjenoppdaget betydningen av den terapeutiske relasjonen, og kjenner den, som for første gang (ibid.). Samtlige terapeuter i utvalget understreker den terapeutiske relasjonen som grunnleggende og avgjørende. Det dominerende synet blant terapeutene er at relasjonen løftes frem som det viktigste aspektet ved terapi. De snakker blant annet om å oppnå en kontakt; være i en relasjon som en deltager; gjøre klienten trygg i relasjonen; bringe relasjonen inn i arbeidet; at det er gjennom relasjonen at klientene kan få det bedre. De synes, i likhet med Binder (2008), å forstå psykoterapi som et mellommenneskelig møte. Samtlige terapeuter i utvalget fremholder at relasjonen er viktigere enn teknikker, noe som er i tråd med forskning som dokumenterer terapirelasjonen som en mer betydningsfull fellesfaktor enn spesialiserte behandlingsintervensjoner (Horvath & Symonds, 1991; Marting, Garske & Davis, 2000; Lambert & Barley, 2002; Lambert & Ogles, 2004). I empirisk forskning på virksomme faktorer kan det imidlertid tilsynelatende skapes en unødvendig dikotomi mellom teknikk og relasjon. Terapeutene i utvalget argumenterer ikke for at teknikk er lite viktig, men at relasjonen er det mest grunnleggende og avgjørende, samt at kvaliteten på relasjonen preger hvor effektive ulike teknikker kan være. Goldfried (1980) har oppsummert dette på følgende måte: "Somewhere between the abstract level of theory and the more concrete level of technique are common principles of change that account for the effectiveness of therapeutic techniques". Dette kan også sees i sammenheng med Skovholdt, Rønnestad og Jennings (1997) påstand om at ekspertise i terapi kan være uløselig knyttet til terapeuters unike evner til å danne relasjoner, noe som understreker at hva



terapeuter sier og gjør i terapitimen, som legger til rette for en terapeutisk allianse, er av stor betydning.

## **Gjensidighet og Asymmetri**

I terapeutenes beretninger kommer det frem en gjennomgående forståelse av den terapeutiske relasjonen som både gjensidig og asymmetrisk. Dette temaet omhandler en grunnleggende tvetydighet i den psykoterapeutiske situasjonen. Terapeuten er tilstede som både profesjonell aktør og som reell person med sin subjektivitet. Det terapeutiske arbeidet skjer i en relasjon, og i den relasjonen er terapeuten både en deltager og en observatør. En slik relasjon er på grunn av rammer og kontekst i utgangspunktet skjev. Terapeutene snakker med overbevisning om betydningen av å forsøke å utjevne maktbalansen, for å forsøke å etablere et forhold hvor terapeut og klient er likeverdige. Informantene sier de ønsker at det skal være et samarbeid, og for at dette skal være mulig, må klienten få en opplevelse av terapeuten som lite autoritær. Samtidig som de forsøker å skape gjensidighet i form av likeverdighet, forteller terapeutene at man har ulike roller, at det er terapeuten som sitter med ansvaret. Dette er et av flere elementer som gjenspeiler en asymmetri. På den ene siden ønsker terapeuten å utjevne skjevheten som skapes av de ytre rammene i relasjonen, mens de på en annen side uttrykker at det må være en slags asymmetri. De ulike rollene skaper en asymmetri blant annet i forhold til hvem som har rett på oppmerksomheten, hvem det skal handle om, og på hvem sine premisser terapien skal foregå. Hva skal til for å få til denne balansen, å romme både en gjensidighet og en asymmetri? Det er vanskelig å si noe generelt om dette, når det virker som terapeutene i utvalget plasserer seg noe ulikt i forhold til hvor gjensidig eller asymmetrisk de mener relasjonen bør være, samt at terapeutene synes å tilpasse det til ulike klienter. Men kanskje er det nettopp de individuelle forskjellene som utgjør en nøkkelkomponent. Når vi forsøker å nærme oss terapeuters unike bidrag og posisjon i den terapeutiske relasjonen, vil man naturlig nok få unike fortellinger. En slik variasjon kan omhandle at de posisjonerer seg ulikt på denne gjensidighet-asymmetri dimensjonen, og dette vil antageligvis både handle om hvordan man er som person og hvilken teoretisk retning man bifaller. Samtlige terapeuter i utvalget anerkjenner en gjensidighet i relasjonen, og videre vil jeg forsøke å drøfte denne dimensjonen.

**”The real relationship”.** Ved å definere og operasjonalisere ”the real relationship” som et sentralt aspekt av det terapeutiske møtet, oppfordrer Gelso (2011) ulike tradisjoner til å raffinere sin tenkning og forskning på de aktive ingrediensene for terapeutisk endring, og

betydningen av den terapeutiske relasjonen spesielt. Gelso innleder sin nyeste bok fra 2011, med å si at siden deres første artikkel (Gelso & Carter, 1985) ble publisert, har en rekke kritiske røster reagert på konseptet og stilt spørsmål ved om det skapes en lite hensiktsmessig dikotomi mellom noe som er ekte og noe som er mindre ekte. Flere har også stilt spørsmål ved hva konstruktet "the real relationship" tilfører feltet utover de terapeutiske betingelsene som Rogers (1957) postulerte som nødvendige og tilstrekkelige for terapeutisk endring. Et spennende og relativt nytt bidrag ved Gelso sine formuleringer som har utviklet seg over en periode på snart tretti år, er at han løfter frem den tosidige naturen ved den terapeutiske relasjonen. Gelso sitt perspektiv (2011) går faktisk lenger enn Rogers i at han legger til at det ikke bare er klienten, men at også terapeuten, bør oppleve seg sett, respektert og verdsatt på en genuin måte. Gelso (2011) løfter frem den dyadiske naturen i relasjonen på en måte som har likhetstrekk med intersubjektivitetsteori (Benjamin, 1994, 2004) og relasjonell psykoanalyse (Mitchell & Aron, 1999). Generelt sagt foreslår Gelso at desto sterkere "the real relationship" er, desto mer effektiv er behandlingen (Gelso & Carter, 1994; Gelso, 2011). Hva dette betyr i praksis, vil jeg forsøke å drøfte senere ved gjennomgang av kategorien "Å dele personlige reaksjoner og erfaringer". Leslie Greenberg (1994) diskuterer imidlertid Gelso sitt bidrag, og mener deres påstander er for udifferensierte. Han stiller spørsmål ved om de markerer en for stor forskjell til bånd-aspektet i Bordins alliansebegrep (ibid.). Flere sider ved arbeidsallianse og "the real relationship" er sterkt assosierte, og det vil være et relevant spørsmål om det eksisterer så stor overlapp mellom konstruktene, at det blir tautologisk. Likevel synes det å være nyanser i både terapeutene i utvalget sine beretninger, drøftinger fra intersubjektivitetsteori og relasjonell psykoanalyse, som ikke hverken Rogers sine kjernebetingelser eller bånd-aspektet i Bordins alliansebegrep, evner å fange kompleksiteten i. Forskning på "the real relationship" er i følge Gelso (2011), ennå ikke tilstrekkelig raffinert og trenger videreutvikling og nyansering.

Terapeutene i utvalget snakker om en personlig involvering og et naturlig engasjement i relasjonen med klientene. De opplever å bli glad i klientene og blir selv dypt berørt. Dette skjer og er mulig fordi terapeutene har en holdning som tillater det. De tillater at en selv som person er en del av relasjonen, noe som er med på å skape en ekte relasjon. I de nære og gode, samt de vanskelige møtene med klienter, synes terapeuten å tre frem som både person og som profesjonell. Flere terapeuter understreker betydningen av å la seg bevege, for å kunne opprettholde en relasjon som oppleves genuin. Det å la seg berøre og involvere i klientens liv er imidlertid også knyttet til å ikke miste posisjonen, og de snakker om nødvendigheten av å

identifisere seg og samtidig ikke overidentifisere seg. En terapeut snakker om det på følgende måte: ”Hvis vi ikke identifiserer oss så klarer vi ikke å forstå, hvis vi overidentifiserer oss så misforstår vi”, og påpeker at det handler om å identifisere seg uten å fortape seg. Han sier videre at en slik form for samhørighetsfølelse er en forutsetning og en stor risiko samtidig. Dette er med på å understreke at relasjonen er preget av både gjensidighet og asymmetri.

**Tre modeller av psykoterapeutisk praksis.** Diskusjonen om terapeutens subjektivitet og gjensidighet i den terapeutiske relasjonen, har en mangfoldig og lang historie. Den kan spores helt tilbake til uenigheter mellom Freud og Ferenczi og videre gjennom Otto Rank; Anna Freud; Greenson; Fairbairn; Winnicott; Frank; Sullivan; Rogers; Loewald; Schafer; Mitchell; Aron (Wachtel, 2008). Hvordan vi forholder oss til dette gjensidighet-asymmetri dilemmaet, har direkte implikasjoner for utøvelsen av terapi. Jeg vil i det følgende presentere tre modeller av psykoterapeutisk praksis som Mitchell (1988) påpeker har dominert innen psykoanalytisk teori: Drift-konflikt modellen; Utviklings-svikt modellen; Relasjon-konflikt modellen. Det er uunngåelig at en slik kortfattet oversikt vil fremstå som en forenklet karikatur, men det kan likevel bidra til å illustrere implikasjoner av ulike terapeutiske posisjoner. Mitchell (1988) påpeker, at i realiteten forstår de fleste innen den dynamiske tradisjonen psykoterapi som en kompleks kombinasjon av alle tre modellene. Basert på Tanseys (1992) gjennomgang, vil jeg forsøke å belyse at hvor man plasserer seg i forhold til disse modellene, har implikasjoner for hvorvidt man definerer relasjonen som primært asymmetrisk eller gjensidig. Innen drift-konflikt modellen er terapeutens rolle basert på å være en slags fortolker av ubevisste, driftsdominerte og infantile ønsker som klientene må få innsikt i, for deretter å kunne oppgi eller avvikle (Tansey, 1992). Fokuset vil ofte være på å jobbe gjennom klientenes motstand med sensitive, bekreftende og godt timet tolkninger av patologiske konflikter. Terapeuten bør da i minst mulig grad fremtre som en reell person for å unngå å forstyrre overføringen, og en slik forståelsesmodell fordrer primært et asymmetrisk syn på rollene i relasjonen (ibid.).

Utviklings-svikt modellen fordrer at terapeuten først og fremst forsøker å være bekreftende på klienters sårbare selvopplevelse, og en gjennomgående empatisk inntoning kan tillate at hemmet emosjonell utvikling kommer tilbake på et mer adaptivt utviklingsspor (Tansey, 1992). Innsikt gjennom fortolkning vil da spille en sekundær rolle i forhold til nye erfaringer som primær endringsfaktor, det handler om terapeutens evne til å romme og holde selvobjektfunksjoner for klienten (ibid.). Målet er å belyse så godt som mulig klientens subjektive erfaring uten å utfordre eller påpeke dets potensielle røtter i intern versus ekstern

realitet (ibid.). På tross av betydelige forskjeller til drift-konflikt modellen, ansees relasjonen likevel som hovedsakelig asymmetrisk, og terapeuter forsøker å unngå at de som person preger relasjonen, for at sannhet og mening skal dannes innenfra, og ikke utenfra klientens ståsted og perspektiv (Tansey, 1992).

Relasjon-konflikt modellen oppfordrer terapeuten til å være ekspert på å danne en gjensidig utforskning med klienten omkring repeterende interaksjonsmønstre som utspiller seg i relasjonen (ibid.). Både innsikt og nye erfaringer anses som endringsfaktorer i et dialektisk samspill, og gjensidighet og asymmetri preger relasjonen på en mer kompleks måte enn i de to andre modellene (ibid.). Man fokuserer ofte på hva som foregår mellom klient og terapeut, og anser ikke terapeuten subjektivitet som en forstyrrelse, men snarere et potensielt redskap for en utdypet forståelse av klientens indre verden (Aron, 1996; Mitchell & Aron, 1999). Forstyrrende blir den først når reaksjonene forblir ubevisste og ubearbeidede (Zachrisson, 2009). Dermed blir det terapeuten indre arbeid som både gjør terapeuten i stand til å forbli i terapeutisk posisjon, og til å bruke sine motoverføringsreaksjoner på et intuitivt og produktivt nivå (ibid.).

Terapeutene i utvalget mitt bidrar med beretninger som kan tyde på at alle disse tre modellene opererer i mer eller mindre grad hos hver enkelt, og underliggende i deres fortellinger synes det å ligge en veksling mellom de tre forståelsesmodellene, som impliserer ulike posisjoner. Jeg vil ikke forsøke å eksplisitt plassere de ulike bidragene i forhold til en slik gjensidighet og asymmetri dimensjon. Jeg ønsker imidlertid å løfte frem hovedfunnet, nemlig at terapeutene snakker om relasjonen som både gjensidig og asymmetrisk. Martha Stark (1999) forsøker i boken "Modes of Therapeutic Action", å skape en integrativ modell som ivaretar disse modellene ved å anse de som ulike terapeutposisjoner man kan veksle mellom. Hun argumenterer for at terapeutposisjonene ikke ekskluderer hverandre, men at de heller er gjensidig utvidende og forsterkende (ibid.). Martha Stark postulerer at om terapi skal være optimal, må terapeuter beherske og være i stand til å arbeide innen alle disse tre posisjonene (ibid.). Hun forsøker å demonstrere en klinisk nytte å tenke om innsikt, erfaring og engasjement i en relasjon som tre primære mekanismer for terapeutisk vekst og endring (ibid.). Dette er spesielt interessant å se opp mot funnene fra Sullivan, Skovholt og Jennings (2004) sin kvalitative studie av mesterterapeuter. Basert på mesterterapeuters beretninger konseptualiserte de to relasjonelle domener, hvor terapeutene benytter ulike terapeutiske posisjoner for å oppnå en optimal balanse mellom støtte og utfordring (ibid.). De presenterer dette på følgende måte:

*Within the safe relationship domain, the therapist is attuned to the client's needs (the responsive stance), is attentive to the client's participation in therapy (the collaborative stance), and is receptive to the client's deepest concerns (the joining stance). Within the challenging relationship domain, the engaging stance has the therapist employ a more directive role, the objective stance has the therapist reframe the client's experience in a larger context, and the self stance has the therapist employ his or her personality to effect client change. (s. 74)*

Sullivan, Skovholt og Jennings (2004) postulerer at mestertapeuter kan være terapeuter som er i stand til å bruke sine terapeutiske evner som en ”begavet kunstner” på en kreativ måte, hvor timing, intensitet, og relasjonelle posisjoner benyttes på en optimal måte.

### **Autentisitet og Kongruens**

Samtlige terapeuter i utvalget opplever begrepet autentisitet som meningsfullt for dem, og sier at det er en viktig dimensjon for dem som terapeut at de er ekte. De fremlegger at det er noe å strekke seg mot, men at de samtidig ikke kan gjøre noe spesielt for å være autentisk, de bare er det. De sier at terapi handler om det som er sant og ekte, til forskjell fra det som uekte og falskt. Autentisitet kobles for terapeutene til det å ha kontakt med seg selv, og de snakker om: ”å være autentisk innover”, gjennom å kontinuerlig kjenne etter og spørre seg selv hva det er som skjer med en selv i relasjonen. Som en slags betingelse for denne autentisiteten innover, vektlegger flere terapeuter et indre arbeid som foregår gjennom å være oppmerksomt tilstede. Måten terapeutene snakker om dette indre arbeidet på, er sammenfallende med hvordan Binder og Vøllestad (2010) definerer oppmerksomt nærvær. Oppmerksomt nærvær kjennetegnes av en vennlig ikke-reaktiv oppmerksomhet på det som skjer i øyeblikket, og at en gjør sitt beste for å anerkjenne og akseptere de tanker, følelser og kroppsforfølelser som oppstår (Binder & Vøllestad, 2010). Rogers (1957) påpeker at en grunnbetingelse for om terapeuter er i stand til å være kongruente, handler nettopp om en slik bevissthet innover. Det er nærliggende å anta at terapeuters kongruens og autentisitet utvikles gjennom deres evne til oppmerksomt nærvær. Rogers (1957) sier følgende:

*In relation to therapy, congruence means that the therapist is what he is, during his encounter with his client. He is without front or façade, openly being the feelings and attitudes which at the moment are flowing in him. It involves the element of self-awareness, meaning that the feelings the therapist is experiencing are available to him, available to his awareness.*

Terapeutene i utvalget snakker om selvaksept og trygghet på at det er ok å være som man er, og at det blir et slags grunnlag for egen evne til autentisitet. De forteller om autentisitet som en viktig opplevelsesmodus for klientene, og videre et terapeutisk mål. Klein, Kolden, Michels og Chisholm-Stockard (2002) gjør en funksjonell og konseptuell kobling mellom en intrapersonlig kvalitet av kongruens med en kapasitet for relasjonell autentisitet. Dette illustreres av en terapeut i utvalget som snakker om ”Det er dét det terapeutiske arbeidet går ut på, å komme nærmere sin egen identitet, hvem en er som menneske, og dette skjer jo i relasjon til meg”. En annen sier det slik: ”Om jeg er tydelig som terapeut, jo lettere er det for den andre å finne seg selv, og det er på en måte å hjelpe klienten med å utvikle sin autentisitet”. Flere av terapeutene i utvalget snakker eksplisitt om at deres autentisitet, kan være en modell for at klientene skal få utvikle sin autentisitet. Dette synes å være i samsvar med Rogers (1957) sitt hovedbudskap, om at terapi må anses som en prosess som kan hjelpe klienter til å bli mer kongruente, siden han så på klienters problemer som en konsekvens av en tilstand av inkongruens.

Samtidig som autentisitet beskrives som en dimensjon av oppriktighet, poengteres det av samtlige terapeuter i utvalget som et komplekst begrep, og ingen forholder seg til det som at man åpen og ufiltrert viser sine refleksjoner, følelser og reaksjoner. De snakker om en regulering og en tilpasning av det de viser overfor klientene. Det kontinuerlige indre arbeidet synes å gjøre de i stand til å file eller regulere hva de bruker i relasjonen. Terapeutenes reflekterte holdning til konstruert autentisitet som komplekst og tvetydig, synes ikke å skape en avstand til det, snarere understreker de hvor viktig autentisitet er og samtidig anerkjenner motstridende elementer. Dette synes å være overensstemmende med hva Skovholt og Rønnestad (1992) snakker om som kjernen ved deres modell for profesjonell utvikling, nemlig at dyktige terapeuter anerkjenner kompleksiteten i arbeidet og at det motvirker reduksjonistiske løsninger. De sier at å besitte en bevissthet omkring den komplekse tvetydigheten i arbeidet, legger grunnlaget for en optimal terapeututvikling (ibid.).

**Å være seg selv som terapeut.** Autentisitet og kongruens handler på mange måter om å være seg selv som terapeut, å være ekte. Terapeutene i utvalget snakker om at terapeuter ikke kan spille en rolle eller være en figur, og flere sier det handler om å være et subjekt i møtet med klientene for at det ikke skal bli kunstig. En terapeut sier: ”det handler om å finne sin måte å si ting på, sin måte å gjøre ting på. Jeg tenker at vi må virkelig stå inne bak det vi sier, at budskapet passer med budbringeren, at det er autentisk”. Kongruens kan omtales på flere nivå, og informantenes beretninger synes i stor grad å være i tråd med Rogers (1957) sin

karakterisering av kongruens som terapeutens personlige integrasjon i relasjonen. Et annet nivå å omtale kongruens på, kommer frem gjennom informantenes beretninger om vanskeligheten de opplever med å skille mellom seg selv og psykologrollen. De snakker om at gjennom erfaring, har det faglig lærte og hva som er en selv, blitt vevd sammen, og at hvordan de er som person i høy grad preger hvordan de er som terapeut. Skovholt og Rønnestad (1995) beskriver at høyt utviklede terapeuter har internalisert en bevissthet om et utviklingsmessig metamål, som er nært beslektet med Rogers (1957) sin konseptualisering av kongruens og genuinitet. Det er en kontinuerlig bestrebelse etter integrasjon av personlighet, verdier, livsfilosofi, teori, og anvendte metoder, for å bli mer seg selv på en kompetent måte (Skovholt & Rønnestad, 1995). Terapeutene i utvalget beskriver en slik utvikling, og sier at tryggheten som kommer med erfaring, gjør at de opplever seg mer og mer som seg selv i terapeutrollen. De forteller om en utvikling fra de var noviser, hvor de forsøkte mer å gjøre det man tenkte var en riktig måte å være på. En terapeut understreker at det å utvikle seg som terapeut handler om å utvikle seg selv. Flere terapeuter nyanserer det å være seg selv som terapeut, og forteller blant annet at det ikke handler om å være seg selv på en privat måte. De sier at det er ulike måter å være seg selv på og peker på en tilsynelatende motsetning, men vektlegger imidlertid at det ikke handler om inkongruens. Det er noe med rollen som terapeut som skiller seg fra andre roller en har i livet, og at man ikke vil være til hjelp for klienter om man er seg selv fullt og helt. Det innebærer at man må bevare et slags analytisk punkt i seg selv, sier en av terapeutene. Beretningene om å være seg selv som terapeut fremstår som tosidig, at man er seg selv, men at man er seg selv på en disiplinert måte. Det neste undertemaet illustrerer andre aspekter ved terapeutenes autenticitet.

**Å bruke humor.** Å bruke humor i terapi kan være en farefull vei å gå, og flere understreker at det ikke skal være en generell metode. Samtidig forteller terapeutene i utvalget at humor kan bidra med noe potensielt frigjørende og utvidende i relasjonen. Det er en dimensjon som kan tillate mer eller mindre spontane uttrykk. I en noe uformell artikkel skriver Harold Greenwald (1975) om bruk av humor i psykoterapi. Gjennom et eksempel fra sin egen praksis, beskriver han en episode hvor han spontant responderte til klientens fortelling på en humoristisk måte (ibid.). Han sier at det var etter dette, at klienten ble i stand til å se på terapeuten som en reell person, og påpeker at det var da det virkelig begynte å skje noe i behandlingen (ibid.). Det er som at det å bruke humor, kan skape en annen form for kontakt mellom terapeut og klient. En informant bruker Stern (2004) sitt begrep om ”moments of meeting”, for å beskrive hva humor kan bidra til. Om man aksepterer en

dimensjon som ”the real relationship”, slik Gelso (2011) definerer det, synes humor å kunne romme både elementer av genuinitet og realisme. I tråd med Greenwalds (1975) anbefalinger snakker imidlertid informantene om en forsiktighet i bruk av humor. De påpeker at det er viktig at humor ikke blir på klientenes bekostning, samtidig som at deres åpenhet for bruk av humor, illustrerer at de gir rom for terapeutens subjektivitet i terapirelasjonen. Greenwald (1975) understreker at humor kan være destruktiv om man ikke streber etter å se verden gjennom klientens øyne. At samtlige terapeuter i utvalget snakker om det å være seg selv, sett opp imot at de også er åpen for humor i terapi, understreker at de tillater genuine og autentiske uttrykk. Dette diskuteres imidlertid videre i neste hovedkategori.

### **Å Dele Personlige Reaksjoner og Erfaringer**

”Self-revelation is not an option; it is an inevitability” påstår Aron (1991), og sier at det eksisterer et betydelig press på terapeuten til å være en gjensidig deltager. På den ene siden, er terapeuten en aktiv deltager av et topersonssystem, og på den andre siden, kan innflytelse fra terapeuten påvirke i hvilken grad klienten føler seg fri i relasjonen. Hvordan skal terapeuter finne en balanse? Burke (1992) fremholder at temaet selvavsløring illustrerer terapeuters streven i gjensidighet og asymmetri dilemmaet mer enn noe annet. I materialet ser vi at det er når vi kommer til spørsmålet om teknikk, hva man sier i terapitimen, at de individuelle forskjellene kommer tydeligst frem. Rogers (1957) sin andre komponent i forståelsen av kongruens berører terapeuters evne til å kommunisere sin forståelse og empati på en passende måte. Han fremholder at det er helt nødvendig at klienter opplever terapeutens responser som genuine (ibid.). Rogers (1957) så genuinitet som det motsatte av å besitte en fasade. Han sier at når man deler noe som terapeut, må det alltid skje i en kontekst av empatisk forståelse og ubetinget positiv anseelse, og det må alltid brukes i klientens beste interesse (ibid.). I Rogers (1957) sine formuleringer ligger det en antagelse om at det må foregå en selvavsløring, men det er imidlertid utydelig hvordan han mener at selvavsløringer skal foregå. Å være genuin impliserer ikke nødvendigvis at terapeuten skal avsløre alt som foregår i en selv som terapeut, påpeker Gelso (2011). Noe som arven fra Rogers ikke i tilstrekkelig grad sier noe om, er hvordan man kan være genuin og samtidig holde igjen noe overfor klienten. Greenberg (2002) har formulert dette som det humanistiske paradoks. Han forsøker å utvide Rogers sine grunnbetingelser ved å påpeke at selvavsløringer må gjøres på en disiplinert måte; terapeuter må først bli oppmerksom på hva de føler, bevisst på sin intensjon om å hjelpe klienten, og deretter sensitiv til timing av selvavsløringer (ibid.). I



tillegg må det være en metakommunikasjon om hva man deler, i tillegg til delingen i seg selv (ibid.). Dette gir mening, og er i stor grad sammenfallende med informantenes beretninger, men løser Greenberg det humanistiske paradokset likevel? I følge Gelso (2011) er løsningen at selvavsløringer bare er et av flere elementer av kongruens og genuinitet, og sier samtidig at det kanskje ikke er et nødvendig element. Han antyder at en terapeut kan være genuin og autentisk selv om man sjelden eller aldri sier noe direkte om seg selv. Som presentasjonen av resultatene har vist, vil terapeutene i utvalget i varierende grad være enig i dette og i relativt stor grad på hvor mye de kan dele med sine klienter. Samtidig synes alle terapeutene å kunne enes om følgende sitat fra en av terapeutene:

*Et aktuelt spørsmål her vil jo være om det innebærer at terapeuten til enhver tid skal være fullstendig ærlig om sine egne tanker og følelser og fantasier. Jeg mener at vi skal være autentiske, men vi skal nødvendigvis ikke avsløre alt om oss selv for pasienten, for i mange tilfeller vil ikke det tjene pasienten, det vil heller skade pasienten. Hele denne debatten om selvavsløring oppfatter jeg som svært kompleks. Men det grunnleggende, nemlig at vi er interessert, oppmerksomt og fokusert til stede sammen med pasienten, det ser jeg som helt grunnleggende og mye mer basisk i forhold til hvorvidt vi selv er selvekspressive eller ikke.*

I tråd med dette har Geller (2005) foreslått at terapeutens tilstedeværelse i seg selv kommuniserer mye informasjon. Han formulerer seg slik:

*By presence I mean far more than impression management. Presence has far more to do with the subtle and organic features of a person than with selling an image of oneself. The deepest sources of presence can be found in the processes that move through our bodies and take place, more or less, below the threshold of conscious awareness. Here I would include the combined effect of physical actions associated with breathing, the micromovements of the facial muscles, the pitch of voice, the stillness of posture, and temperament regulation. These actions tendencies are initiated by "aliveness itself." They are a primary quality of "being in the world." (s. 475)*

**Oppriktighet, men på klientens premisser.** Terapeutene i utvalget snakker om oppriktighet og at å være oppriktig er det første skrittet vi må ta, men at ærlighetskravet i terapi er utformet forskjellig for terapeut og klient fordi rollene er forskjellige. De synes alle å ha en uttalt bevissthet rundt hva og hvordan man deler, og de snakker om å regulere

selvreferering og ha en buffer på hva man sier om seg selv. Dette synes å handle om at å dele skal være på klientens premisser, at man må ha en hensikt med å dele og at hensikten skal være hva som er til hjelp for klienten. Gjennomgående i terapeutenes beretninger handler det mindre om spørsmålet dele eller ikke dele, det synes å handle mer om hvordan, når, og på hvilken måte skal man dele personlige reaksjoner. Selvavsløringer kan ikke bli en påbudt eller generelt anbefalt teknikk, og terapeutenes beretninger viser at det å dele kanskje ikke primært handler om direkte avsløringer av private detaljer ved terapeuten, men beskriver i hovedsak mer eller mindre avsløringer av terapeutens motoverføring. Dette synes å være hendelser som kan oppstå spontant, eller det kan være innfall og assosiasjoner som terapeuten velger å dele med klienten. Omkring dette er det vanskelig å lage generelle regler, og det synes å være noe som må vurderes i hver enkelt terapi og i hver enkelt situasjon.

**Observatør eller deltager.** Dette temaet reiser grunnleggende spørsmål om terapeutens posisjon i relasjonen. Er psykoterapi en form for virksomhet hvor det vil være viktig med en terapeut som observerer og holder sitt eget bidrag på et minimumsnivå, eller skal terapeuten være mer en deltager. Det er ikke terapeuten som er hovedpersonen, sier informantene, og de forteller om viktigheten av å skille mellom det å være privat og personlig. De gjør et skille mellom hva som skjer med dem i relasjonen til klienten, og hva som handler om mer private ting. Selv om enkelte terapeuter også synes å dele mer private ting, er det dominerende synet at man ikke deler noe som er privat, sterkt emosjonelt eller uavgrenset og uavklart for seg selv. De snakker om potensielle farer ved å dele for mye, for eksempel at klienter kan bli sittende å ta hensyn til terapeuten. Mange av terapeutene fremholder at personlige reaksjoner som handler om hva som skjer i relasjonen, kan de dele nokså frimodig, i motsetning til hva som er deres eget, og utenfor terapirommet. Flere vektlegger da det dialogiske, i form av at når de deler noe av hva som skjer i ens indre, så prøver de å legge det frem som hypoteser og er opptatt av å finne ord som klienten kan akseptere og ta til seg. Terapeutene synes imidlertid ikke å være samstemte omkring hva og hvor mye de deler, men flere terapeuter snakker om allmenngjøring som et godt rasjonale for å dele mer personlige reaksjoner. Noen ganger kan klienter utøve et spesielt press på terapeutenes subjektivitet i form av direkte personlige spørsmål. Her identifiseres et prinsipielt skille mellom terapeutene i utvalget, hvor noen sier de kan svare direkte, mens andre er tilbakeholdne og vil være opptatt av årsakene til at slike spørsmål melder seg. Man kan imidlertid undre seg om det ikke lar seg gjøre å kombinere disse to strategiene. Det kan handle om hvor man plasserer seg, eller hvor fleksibel man er i forhold til en gjensidighet-

asymmetri dimensjon i relasjonen. Burke (1992) påpeker at et integrativt perspektiv på spenningen mellom gjensidighet og asymmetri, tillater en dialektisk relasjon mellom disse prinsippene. Man kan da nå en balanse som man tilpasser den enkelte klients behov og situasjon basert på øyeblikkene som oppstår i den kliniske interaksjonen. En slik tilpasning er i samsvar med flere av terapeutenes beretninger.

Moltu og Veseth (2008) drøfter Daniel Sterns forståelse av fastlåst samhandling og endringsskapende samspill, i lys av Jessica Benjamins intersubjektive teori. De stiller spørsmål ved hva det er som skjer når vi står fast, og hva vi kan gjøre for å komme oss videre. Et av hovedpoengene deres er at når relasjonen blir vanskelig eller prosessen stopper opp, så handler det om å reetablere den intersubjektive kontakten (ibid.). De bruker Benjamins begrep om tredjehet (Benjamin, 1994, 2004), for å beskrive det intersubjektive samspillet. Måten å reetablere denne kontakten, eller tredjeheten, synes på mange måter å handle om å bringe inn seg selv i relasjonen, å komme til et ekte og nært møtet mellom klient og terapeut. Dette snakker Stern om som ”moments of meeting (Stern, 2004). Moltu og Veseth (2008) fremlegger Stern sin poengtering av å forsøke å være autentisk i kritiske øyeblikk og at terapeutens deltagelse ikke kan være preget av generelle tekniske intervensjoner. Aron (2006) foreslår at enkelte former for selvavsløringer kan forstås best som forsøk på å skape et slikt tredje referansepunkt, og dermed åpne opp et psykisk rom for selvrefleksjon og mentalisering. Han sier at det kan gi klienter en økt tilgang til terapeutens indre og introduserer en tredjehet som kan fasilitere en gradvis transformering fra komplementære relasjoner til gjensidige relasjoner (ibid.).

**Delte opplevelser.** Det kan være gjennom det subjektive og dypt personlige i terapeutens indre arbeid, at klienten etter hvert kan begynne å åpne opp for at terapeuten kan være noe annet enn en profesjonell, som tåler alt og alltid vet hva som er best. Det betyr ikke at terapeuten viser alt innholdet fra sitt indre arbeid, men at han kan fremtre på en måte som gjør det mulig for klienten å oppfatte ham som både profesjonelt og personlig tilstede. Terapeutene i utvalget snakker om det å identifisere seg uten å fortape seg, la seg engasjere uten å la seg overinvolvere, å ikke miste seg selv og ikke miste det å være terapeut. Samtidig kommer det frem et dypt engasjement som går utover det man kanskje skulle kunne forvente i en formalisert behandlingssituasjon. Samtlige terapeuter snakker om betydningen av en nærhet i relasjonen, og det å få en godhet for klienten. Flere forteller om at en slik dimensjon kan handle om en kjærlighet i en utvidet forstand, en aksepterende og betingelsesløs kjærlighet som omhandler varme, omsorg, sympati og en godhet for klienten. Det kommer

frem en tro på at terapi på mange måter handler om å finne måter å akseptere seg selv som en er. Med en aksept for det virkelige selvet kan behovet for et falskt selv avta, og muligheten for å finne sitt autentiske selv vekkes. Hva er det som gjør at klienter opplever at de er verdt å lytte til, være sammen med og verdt å anstrenge seg sammen med for at de skal strekke seg etter sine personlige mål? Mange i den psykoanalytiske tradisjonen har referert til en ide om den delte opplevelsen på ulike måter. Sullivan (1975) brukte begrepet ”Collaboration” og beskrev det som en gjensidig givende relasjon som promoterer en innbyrdes validering av personlig verdi. Frank (1977) beskriver den terapeutiske dyaden som

”... of limited value unless implemented within a relationship characterized by an affectional bond of mutual trust and respect, and where the analyst is willing to fully experience and to be experienced, on an authentically human”

De fleste terapeutene i utvalget argumenterer for at slike delte opplevelser, er noe av kjernen i behovet for terapi, og en mulig betingelse for at terapi skal resultere i en vekst av evne til autentisk intimitet.

Man kan antageligvis aldri identifisere en enkelt oppskrift på korrekt terapeutisk holdning som vil være overbevisende for alle terapeuter. Til syvende og sist er det opp til hver enkelt terapeut å avgjøre sin personlige trosbekjennelse eller læresetning. De fleste terapeuter synes mer eller mindre å kombinere ulike måter å jobbe på i en integrativ tilnærming. Hver enkelt terapeut tilnærmer seg den terapeutiske prosessen med sin egen ”merkevare”. Gjennom skolering, egenerapi, og erfaring både innad og utenfor terapirommet, gjør terapeuter valg som resulterer i personlige refleksjoner og antagelser omkring avgjørende spørsmål: Hva motiverer mennesker til å være som de er?; Hva forårsaker psykiske vansker?; Hvordan fremme endring i terapi?; Hva er viktigst – innsikt eller nye erfaringer?; Hva skal vi se etter, og lytte etter, som terapeut?; Hvor mye oppmerksomhet skal vies klienters fortid, og hvor mye skal vies til her og nå?; Hvor aktiv skal man være?; Hvor mye av oss selv skal vi vise?; Skal man være en autoritet, eller en deltager?; Hva er ens holdning omkring sannhet, er det noe som skal avdekkes, eller noe som skal samskapes? Terapeuter trenger å stille seg disse spørsmålene og komme frem til det som Racker (1957) kaller ”the therapist’s own personal equation”. Diskusjonen avsluttes med dette gjennom å løfte frem Strupp (1974) sin påstand om at kunsten å drive psykoterapi, består i å vite når og hvordan kommunisere interesse, respekt, forståelse, empati, osv., og noe kanskje enda viktigere, når man ikke skal gjøre det.

## **Avsluttende Refleksjoner og Implikasjoner av Studien**

Denne studien har hatt som mål å fremme kunnskap om hvordan mesterterapeuter vurderer betydningen av den terapeutiske relasjonen. Videre å få tak i deres refleksjoner rundt begrepene autentisitet og kongruens ved å undersøke hvordan de forholder seg til sin egen subjektivitet som terapeut. Resultatene fra studien er i stor grad sammenfallende med tidligere forskning på den terapeutiske relasjonen. Fortolkningen av resultatene har særlig vektlagt betydningen av at relasjonen både er preget av gjensidighet og asymmetri. Som diskusjonen viser, kan denne måten å forstå den terapeutiske relasjonen på, ha implikasjoner for hvordan terapeuter posisjonerer seg i relasjonen. Terapeutenes beretninger om betydningen av autentisitet, understreker at det er viktig å utvikle en bevissthet om hvem en er som terapeut, hvilke teorier som resonnerer med hvem en er, og hvilke begrensninger en selv besitter. Rønnestad og Skovholt (2003) beskriver optimal terapeututvikling som en profesjonell individuasjonsprosess hvor personlige og profesjonelle selv stadig blir dypere integrert. Dette har implikasjoner for de terapeutiske rammene. I USA har det vært en trend at helsemyndighetene i økende grad etterspør manualisert behandling av psykiske lidelser. Manualisering innebærer en standardisering av behandlingsopplegget, der man antar at et fastlagt behandlingsopplegg kan brukes på de fleste pasienter med samme lidelse (Lambert & Ogles, 2004). Også i norsk helsevesen diskuteres dette som en mulighet for å effektivisere psykisk helsevern. En slik løsning kan virke fristende for å dekke behovet for behandling av mennesker med psykiske lidelser under stramme økonomiske rammevilkår.

Resultatene fra studien støtter oppunder forskningens vektlegging av at terapeuter må tåle å jobbe med kompleksitet for å bli dyktige (Fook, Ryan, & Hawkins, 1997; Rønnestad & Skovholt, 2001). Å bestemme behandlingsstrategi på bakgrunn av en diagnostisk kategori med et gitt sett kriterier, fremfor å la behandlingen formes gjennom et unikt møte mellom pasient og terapeut, kan vanskelig sies å representere den type omfavning av kompleksitet som ekspertiselitteraturen anbefaler (Rønnestad & Skovholt, 2001). Ønsket om anvendelse av manualisert behandling kan derfor sies å være uttrykk for en forenklet medisinsk tankegang, der en antar at riktig intervensjon lineært påvirker det medisinske resultat. En medisinsk og manualbasert tilnærming til terapi kan i verste fall innebære forsøk på å viske ut forskjeller mellom terapeutene som leverer intervensjonen (standardisering) og forskjellene mellom klienter innenfor samme diagnostiske kategori. En slik tankegang er ikke i tråd med nyere terapiforskings vektlegging av fellesfaktorene som avgjørende virkningsmekanismer i terapi, og Wampolds (2001) argumentasjon for en kontekstuell modell. Heller ikke er det i tråd med

hvordan mesterterapeutene i utvalget snakker om den terapeutiske relasjonen, og hva som gir positivt resultat. Forskning som omhandler betydningen av relasjonelle faktorer og terapeutens avgjørende betydning for utfall, samt hva det er ved særlig dyktige terapeuter som gjør dem effektive, gir samlet sett grunn til å stille spørsmål ved organiseringen av psykisk helsevern. Kan det tenkes at det på sikt blir lite kostnadseffektivt for norsk helsevesen å insistere på en økende bruk av manualisert behandling?

I møtet med kravene i dagens psykisk helsevern kan vår egen psykologiske faglighet utfordres. Tage Wester (intervju i Tidsskrift for Norsk Psykologforening, april 2012) fra Psykologforeningens Osloavdeling uttrykker en slik bekymring, og sier: ”Når produksjonskravene fremstår som ufravikelige, skapes det en fryktkultur, et sterkt press om å holde produksjonen oppe.”(s. 369). Er implikasjonene av terapiforskningen og rammene i psykisk helsevern på kollisjonskurs? Relasjonens betydning åpenbarer seg og tydeliggjøres gjennom den akkumulerte forskningen, mens det terapeutiske rommet synes å innskrenkes av ytre struktur og føringer. Mot slutten av intervjuene stilte jeg noen uformelle spørsmål til terapeutene omkring hva de selv er opptatt av. En av terapeutene svarte da blant annet dette:

*Jeg hører jo at noen terapeuter prøver seg med å bli veldig instrumentelle. Det tenker jeg i verste fall er en slags motsetning til hva vi har snakket om i dette intervjuet, altså dette bildet med at når det kommer en pasient så lager du en diagnose eller får et bilde av hva det er og så går du inn i redskapsboden og henter et instrument som du så anvender, det er for lite tenkning om relasjonen. Og det å tenke at du selv kan bruke veldig mange instrumenter, og at du liksom kan skifte terapiform når du er samme person, blir problematisk.*

På tross av tidsånden fagdisiplinen preges av, som vektlegger mer tekniske og manualbaserte terapeutiske intervensjoner, er det på bakgrunn av hva disse mesterterapeutene har delt med meg, vanskelig å se for seg fremtidig psykoterapeutisk praksis uten terapeuter som er dypt engasjerte, har omsorg for sine klienter, har en oppmerksom tilstedeværelse preget av varme og aksept, og som søker en personlig og faglig kongruens gjennom å utvikle en kontakt og autentisitet innover. Ut fra slik rammene i psykisk helsevern beskrives, er jeg imidlertid bekymret for om dette lar seg gjøre. Slik det ser ut nå, må denne prosessen skje på tross av rammene i psykisk helsevern, heller enn å bli hjulpet frem av de samme rammebetingelsene.

Rogers sine kjernebetingelser og forskning omkring kongruens, er i høy grad sammenfallende med mesterterapeutenes beretninger. De forteller med tyngde om viktigheten

av selvrefleksjon og selvbevissthet for å være i stand til å være oppmerksomt tilstede i en terapeutisk relasjon. Etter min mening er det for lite fokus på dette i psykologutdanningen. Med støtte i forskning oppgaven har presentert, og den samlede røsten til mesterterapeutene om betydningen av å være seg selv som terapeut, vil jeg løfte frem noen forslag til tiltak som kan fremme terapeututvikling i utdanningsperioden. Studentterapeuter bør i større grad bevisstgjøres og utfordres på sine relasjonelle kapasiteter og utfordringer. Det kan med fordel oppfordres til å gå i egenerapi for å fremme selvforståelse, noe det ikke gjøres. Videre kunne det legges til rette for å delta i egenutviklingsgrupper med erfarne veiledere eller terapeuter. Psykologer under utdanning blir i altfor liten grad utfordret på et personlig plan. Oppgavene til terapeuter er svært komplekse, og involverer persepsjon av klienters verbale og nonverbale uttrykk, selvregulering av sine egne persepsjoner og håndtering av motoverføringer. Samtlige terapeuter i utvalget snakker om betydningen av et kontinuerlig indre arbeid, og flere knytter dette til en form for oppmerksomt nærvær. Nyere forskning viser at evne til oppmerksomt nærvær kan trenes (Grepmaier et al., 2007), og terapeuters kapasitet til oppmerksomt nærvær er positivt korrelert med vurdering av allianse (Ryan, Safran, Doran, & Muran, 2012). Om kongruens kan utvikles på bakgrunn av en bevissthetskvalitet som kjennetegnes av oppmerksomt nærvær, kan dette anses som argumenter for å implementere trening av oppmerksomt nærvær i psykologutdanningen. Som avslutning vil jeg løfte frem Kolden og medarbeidere (2011) sine anbefalinger til terapeuter på bakgrunn av foreliggende forskning på kongruens:

*Terapeuter bør strebe etter en genuinitet med sine klienter; Terapeuter kan på en oppmerksom og nærværende måte forsøke å utvikle en intrapersonlig kvalitet av kongruens – en relasjonell autentisitet; Terapeuter må modellere kongruens, noe som kan innebære selvavsløringer; Opprettholdelsen av kongruens fordrer at terapeuter er oppmerksomme på når kongruens ikke er til stede, og må derfor gjøre et kontinuerlig indre arbeid; Det er viktig å identifisere og være bevisst sin egen kongruente stil, samt være var på ulike klienters behov, preferanser, og forventninger om kongruens, og tilpasse seg deretter; En kongruent terapeut kommuniserer aksept og gir muligheter for å engasjere klienten i en autentisk relasjon. (199-200)*

## Litteraturliste

- Aron, L. (1991). The patient's experience of the analyst's subjectivity. *Psychoanalytic Dialogues, 1*, 29-51.
- Aron, L. (1996). *A meeting of minds*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Aron, L. (2006). Analytic impasse and the third: Clinical implications of intersubjectivity theory. *International Journal of Psychoanalysis, 87*, 349-368.
- Axelsen, E., D., & Hartmann, E. (2008) Psykoterapi i en tid, kultur og tradisjon. In Axelsen, E., D., & Hartmann, E. (Ed.), *Veier til forandring, virksomme faktorer i psykoterapi* (s. 13-21). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Barret-Lennard, G. (1986). The relationship inventory now: Issues and advances in theory, method and use. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Ed.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (s. 439-476). New York: Guilford.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and the beyond*. New York: Guilford.
- Benjamin, J. (1994). Recognition and destruction: an outline of intersubjectivity. In: S. A. Mitchell, & L. Aron (Ed.), *Relational psychoanalysis. The emergence of a tradition*, (s. 181-209). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Benjamin, J. (2004). Beyond doer and done to: An intersubjective view of thirdness. *The psychoanalytic Quarterly, 73*, 5-46.
- Beutler, L. E., Machado, P. P., & Neufeldt, S. A. (1994). Therapist Variables. I: A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4ed.). New York: Wiley.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., et al. (2004). Therapist Variables. I: M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5ed., s. 227-306). New York: Wiley.
- Binder, P., E. (2008). Det mellommenneskelige møtet i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 45*, nummer 8, 930-931.
- Binder, P., E., & Vøllestad, J. (2010). Å være til stede sammen: Oppmerksomt nærvær i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 47*(2), 112-117.
- Bohart, A., C., & Greenberg, L., S. (1997). Empathy and Psychotherapy: An Introductory Overview. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Ed.), *Empathy reconsidered: New*



- directions in psychotherapy* (s. 3-31). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S. & Watson, J. C. (2002). Empathy (s. 89-108). In J. C. Norcross *Psychotherapy relationships that work, Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and practice*, 16 (3), 252-260.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Brenner, P., & Wrubel, J. (1982). Skilled Clinical Knowledge: The Value of Perceptual Awareness, Part 2. *The Journal of Nursing Administration*, 12, 28-33.
- Burke, W., F. (1992). Countertransference disclosure and the asymmetry/mutuality dilemma. *Psychoanalytic Dialogues*, 2(2), 241-271.
- Duan, C., & Hill, C., E. (1996). A critical review of empathy research. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 261-274.
- Dinger, U., Strack, M., Leichsenring, F., Wilmers, F., & Schauenburg, H. (2008). Therapist effects on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 64(3), 344-354.
- Elliott, R., Fischer, C. T. & Rennie, D. L. (1999) Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related field. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 215-229.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work* (s. 132-152). New York: Oxford University Press.
- Farber, B. A., & Lane, J. S. (2002). Positive regard. In J. C. Norcross (Ed.) *Psychotherapy Relationships That Work* (s. 175-194). New York: Oxford University Press.
- Fog, J. (1994). *Med Samtalen som Udgangspunkt: Det kvalitative Forskningsinterview*. København: Akademisk Forlag.
- Fook, J., Ryan, M., & Hawkins, L. (1997). Towards a theory of social work expertise. *British Journal of Social Work*, 27, 399-417.

- Frank, K. (1977). *The human dimension in psychoanalytic experience*. New York: Grune & Stratton.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3<sup>rd</sup> ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Geller, J., D. (2005). Style and its contribution to a patient-specific model of therapeutic technique. *Psychotherapy*, 32, 35-40.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13, 155-243.
- Gelso, C., J., & Carter, J., A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 296-306.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (1998). *The psychotherapy relationship*. New York: Wiley.
- Gelso, C. J. (2011) *The real relationship in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and psychological research : essays*. Pittsburgh, Pa.: Duquesne University Press.
- Goldfried, M., R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, 991-999.
- Goldfried, M. R., Raue, P. J., & Castonquay, L. G. (1998). The therapeutic focus in significant sessions of master therapists: A comparison of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 803-810.
- Greenberg, L., S. (1994) What is "real" in the relationship? Comment on Gelso and Carter (1994). *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 307-309.
- Greenberg, L., S., & Elliot, R. (1997). Varieties of empathic responding. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Ed.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (s. 167-186). Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. (2002). *Emotion-focused therapy: Coachinh clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Greenson, R. R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis* (Vol. 1). Madison, CT: International Universities Press.
- Greenwald, H. (1975). Humor in psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 7(2), 113-116.
- Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where Are the Commonalities Among the Therapeutic Common Factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(5), 372-378.
- Grepmaier, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W., Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: A randomized, double-blind, controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 332-338
- Hill, C. E., Thompson, Barbara J., Nutt Williams, Elizabeth. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *Counseling Psychologist*, 25(4), 517- 572.
- Horvath, A. O. & Symonds, D. B. (1991). Relation Between Working Alliance and Outcome in Psychotherapy: A Meta-Analysis, *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149.
- Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2002). The Alliance (37-69), I: J. C. Norcross (Eds.), *Psychotherapy relationships that work, Therapist contributions and responsiveness to patients*, New York: Oxford University Press, Inc.
- Horvath, A., O., Del Re, A., C., Flückiger, C., & Symmonds, D. (2011) Alliance in Individual Psychotherapy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work* (s. 25-69). New York: Oxford University Press.
- Howitt, D. (2010). *Introduction to qualitative methods in psychology*. Harlow: Prentice Hall.
- Hoyle, R. H., Harris, M. J. & Judd, C. M. (2002). *Research methods in social relations* ( 7 ed.). London: Thompson Learning.
- Høstmark Nielsen, G., Vøllestad, J., Schanke, E., & Nielsen, M. B. (2009). Får jeg det til? En kartlegging av studentterapeuters bekymringer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(3), 240-245.

- Jennings, L., Goh, M., Skovholt, T. M., Hanson, M., & Banerjee-Stevens, D. (2003). Multiple Factors in the Development of the Expert Counselor and Therapist. *Journal of Career Development, 30*(1), 59-71.
- Kennedy-Moore, E., & Watson, J. C. (1999) *Expressing emotion: Myths, realities, and therapeutic strategies*. New York: Guilford.
- Klein, M. H., Kolden, G. G., Michels, J.L., & Chisholm-Stockard, S. (2002). Congruence. In J. C. Norcross (Ed.) *Psychotherapy Relationships That Work* (s. 175-194). New York: Oxford University Press.
- Kolden, G., G., Klein, M., H., Wang, C., C., & Austin, S., B. (2011) Congruence/Genuiness. *Psychotherapy, 48*(1), 65-71.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (s. 17-32). New York: Oxford University Press.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy, I: *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5. ed, 139-193). New York: John Wiley & Sons.
- Lipsey, M. W. & Wilson, D. B. (1993). The Efficacy of Psychological, Educational, and Behavioral Treatment: Confirmation From Meta-Analysis, *American Psychologist, 48*(12), 1181-1209.
- Luborsky, L., Rosenthal R., Diguier L., Andrusyna T.P., Berman J.S., Levitt J.T., et al. (2002). The Dodo Bird Verdict Is Alive and Well – Mostly, *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*(1), 2-12.
- Lutz, W., Leon, S. C., Martinovich, Z., Lyons, J. S., & Stiles, W. B. (2007). Therapist effects in outpatient psychotherapy: A three-level growth curve approach. *Journal of Counseling Psychology, 54*, 32-39.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning: Forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening 25*(122), 2468-2472.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.

- Martin, D. J., Garske J. P., & Davis, K. M. (2000). Relation of the Therapeutic Alliance With Outcome and Other Variables: A Meta-Analytic Review, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.
- Moltu, C., & Veseth, M. (2008). Fra det fastlåste til det forløsende – om å skape rom for endring i terapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(8), 932-938.
- Morrow, S. L. (2005). Quality and Trustworthiness in Qualitative Research in Counseling Psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 250-260.
- Miller, R., B. (1998) The Unspeakable, Unbearable, Horrible Truth. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(2), 242-250.
- Mitchell, S., A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mitchell, S., A., & Aron, L. (1999). *Relational Psychoanalysis. The emergence of a traditions*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Møller, R. (2003). *Den gode hjelper i profil og prosess : om dyktige miljøterapeuters kjennetegn og faglige utvikling*. Oslo: Høgskolen i Oslo, Avdeling for økonomi-, kommunal- og sosialfag.
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T. & Rønnestad, M. H. (2010). Therapist predictors of early patient-rated working alliance: A multilevel approach, *Psychotherapy Research*, 20:6, 627-646.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behaviour change* (5ed. s. 307-391), New York: John Wiley & Sons.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – Noch ein mal. I: A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4ed. s. 270-376), New York: John Wiley & Sons.
- Ortlipp, M. (2008). Keeping and Using Reflective Journals in the Qualitative Research Process. *The Qualitative Report*, 13(4), 695-705.

- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2nd ed.). Newbury Park: Sage.
- Patton, M. Q. (2002a). Two Decades of Developments in Qualitative Inquiry: A Personal, Experiential Perspective, *Qualitative Social Work*, 1(3), 261-283.
- Patton, M. Q., (2002b). *Qualitative Research & evaluation methods* (3ed.). California: Sage publication, inc.
- Racker, H. (1957). The meanings and uses of countertransference. *Psychoanalytical Quarterly*, 26, 303-357.
- Rogers, C., R. (1957) The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Ryan, A., Safran, J. D., Moran, J., M., & Muran, C. (2012). Therapist mindfulness, alliance and treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 1-9.
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2001). Learning Arenas for Professional Development: Retrospective Accounts of Senior Psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(2), 181-187.
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2003). The Journey of the Counselor and Therapist: Research Findings and Perspectives on Professional Development. *Journal of Career Development*, 30(1), 5-44.
- Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(4), 444-454.
- Skovholt, T. M., & Rønnestad, M. H. (1992). *The evolving professional self: stages and themes in therapist and counselor development*. Chichester: Wiley.
- Skovholt, T. M., Rønnestad, M. H., & Jennings, L. (1997). Searching for Expertise in Counseling, Psychotherapy, and Professional Psychology. *Educational Psychology Review*, 9, 361-369.
- Skovholt, T. M., & Jennings, L. (2004). *Master therapists: exploring the expertise in therapy and counseling*. Boston: Allyn and Bacon.
- Skovholt, T., M. (2010). The senior professional phase. In M. Trotter-Mathison, J. M. Koch, S. Sanger & T. M. Skovholt (Ed), *Voices from the field. Defining moments in counselor and therapist development* (239-242). New York: Routledge.

- Smith, M. J., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*, Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Stark, M. (1999). *Modes of therapeutic action: Enhancement of knowledge, provision of experience, and engagement in relationship*. Northvale, New Jersey: Jason Aronson.
- Stern, D., N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: W. W. Norton & Company.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., & Elliott, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 41, 165-180.
- Strupp, H., H. (1974). On the basic ingredients of psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 24, 249-260.
- Sullivan, H., S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Sullivan, M., Skovholt, T., M., & Jennings, L. (2004). Master therapist's construction of the therapy relationship. In T. M. Skovholt & L. Jennings (Ed.), *Master therapists. Exploring expertise in therapy and counselling* (s. 53-76). Boston: Pearson Education.
- Svartdal, F. (2004) *Psykologiens forskningsmetoder – en introduksjon*. (2. utgave). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tansey, M., J. (1992). Psychoanalytic expertise. *Psychoanalytic Dialogues*, 2(3), 305-316.
- Wester, T. (2012). Produsere, effektivisere, registrere, vurdere... *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 365-370.
- Wachtel, P., L. (2008). *Relational theory and the practice of psychotherapy*. New York: The Guildford Press.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997) A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes." *Psychological Bulletin*, 122, 203-215.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate : models, methods, and findings*. Mahwah, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Wampold, B. E., & Brown, G. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 914-923.

- Wampold, B. E. (2010). The research evidence for common factor models: A historically situated perspective. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Eds.), *The heart & soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Watson, J. C. (2002). Re-visioning empathy. In D. Cain & J. Seeman (Ed.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (s. 445-472). Washington, DC: American Psychological Association.
- Weinberger, J., & Rasco, C. (2007) Empirical Supported Common Factors. In Hofman, S., G., Weinberger, J. (Ed), *Art and Science of Psychotherapy* (s. 104-129) New York: Routledge.
- Wolfe, B. E., & Goldfried, M. R. (1988). Research on psychotherapy integration: Recommendations and conclusions from an NIMH workshop. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 448-451.
- Yalom, I., D. (1980). *Existential Psychotherapy*. Oversatt av Mildrid Solli. Oslo: Arneberg. 2011.
- Zachrisson, A. (2009). Countertransference and changes in the conception of the psychoanalytic relationship. *International Forum of Psychoanalysis*, 18(3), 177-188.



## Vedlegg

### Vedlegg A (1 side)

1. Hovedkriteriet for nominasjonene er de forestillinger du har om disse psykologenes arbeid i terapirommet. Disse forestillingene trenger ikke bygge på direkte observasjoner av vedkommende som terapeut.
2. Nominasjonen er dermed uavhengig av om vedkommende har publisert, eller på annen måte har vært en viktig bidragsyter i den faglige debatten
3. De nominerte skal være psykologer som du ved behov ville anbefalt som terapeut for en god venn.
4. De nominerte må være psykologspesialister, eller alternativt psykologer som har praktisert i minst 5 år, og på mer enn en arbeidsplass.
5. De nominerte skal primært arbeide med voksne, enten ved en poliklinikk eller som selvstendig praktiserende.
6. De nominerte må arbeide i en av de følgende kommuner: Skedsmo, Oppegård, Ski, Nittedal, Oslo, Bærum, Asker eller Nesodden.

## Vedlegg B (2 sider)

### **Informasjonsskriv og forespørsel om din deltakelse som informant til min hovedoppgave**

Jeg er student på profesjonsstudiet i psykologi ved Universitet i Oslo og skal skrive hovedoppgave under veiledning av professor Helge Rønnestad og stipendiat Hanne Oddli. Jeg henvender meg nå til deg for å høre om du vil la deg intervju om temaet ”den terapeutiske relasjonen og autentisitet”, hvor det personlige bidraget fra terapeuten vil bli et hovedfokus. Vi vet fra terapeuters erfaring og fra psykoterapiforskningen at den terapeutiske relasjonen er helt grunnleggende og viktig for både prosessen og utfallet av psykologisk behandling. Jeg håper med dette intervjuet å få tilgang til dine refleksjoner rundt den terapeutiske relasjonen og mer spesifikt om en autentisk dimensjon i slike relasjoner. Jeg er opptatt av den personlige utformingen av terapeutrollen og hvorvidt eller hvordan man selv som person preger denne betydningsfulle relasjonen. Mitt mål med dette intervjuet er å få tilgang til din beretning og dine tanker om den terapeutiske relasjonen samt ditt faglige og personlige bidrag til utviklingen av en slik relasjon.

Høsten 2005 brukte hovedoppgavestudent Inger Tone Kleven en kolleganominasjonsmetode for å finne frem til et strategisk utvalg av intervjuobjekter til sin hovedoppgave om ”Hvordan psykologer individualiserer terapeutrollen”. Du var en av dem som da ble nominert gjentatte ganger. I 2008 benyttet Marthe Frogner Stokstad og Siri Gjerdåker det samme utvalget til sin hovedoppgave om ”De første timene i psykoterapi”. Begge disse prosjektene var under veiledning av professor Helge Rønnestad.

Min hovedoppgave er på mange måter en videreføring av hovedoppgavene til Inger Tone Kleven, Marthe Frogner Stokstad og Siri Gjerdåker. Jeg håper nå å kunne inkludere deg som informant i mitt utvalg av erfarne kolleganominerte terapeuter jeg planlegger å intervju for å skrive min hovedoppgave.

Intervjuet vil ha en varighet på mellom 60 og 90 minutter, og jeg håper å gjennomføre dem i løpet av desember 2011 eller januar 2012. Intervjuet vil bli tatt opp på lydfil, transkribert og anonymisert for videre analyse. Taushetsplikt og konfidensialitet sikres ved at det kun er undertegnede og veileder som vil behandle materialet. All informasjon vil oppbevares passordbeskyttet eller innelåst i arkivskap. Etter prosjektets slutt vil alt datamaterialet slettes.

Jeg håper sterkt at nettopp du vil si deg villig til å være informant i dette prosjektet og bidra med dine unike erfaringer og betraktninger. Dette temaet er etter min mening svært viktig og interessant. Det er imidlertid et tema som ikke vies så mye plass i vår utdanning som psykologer, og fremstår for mange unge terapeuter som noe det ikke snakkes så mye om. Det er heller ikke gjort så mye forskning på dette området. Jeg håper og tror at dette prosjektet vil kunne være spesielt lærerikt for uerfarne terapeuter, men at det også har potensial til å igangsette refleksjoner hos mer erfarne terapeuter og i fagmiljøet generelt. Du vil motta et

eksemplar av hovedoppgaven når den er ferdig. Jeg gleder meg stort til å ta fatt på arbeidet, og håper at du vil være med.

Vennlig hilsen

Øystein Hånes Verås

Spørsmål, svar og andre henvendelser kan rettes til en av de følgende:

**Student:**

Øystein Hånes Verås  
Grusveien 30  
1158 Oslo  
Tlf: 47 31 72 72  
Epost: [oystehv@student.sv.uio.no](mailto:oystehv@student.sv.uio.no)

**Faglig ansvarlig:**

Professor Helge Rønnestad  
Psykologisk Institutt  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1092 Blindern  
0317 Oslo  
Tlf: 22 84 52 34  
Epost: [helge.ronnestad@psykologi.uio.no](mailto:helge.ronnestad@psykologi.uio.no)

**Samtykkeerklæring:**

1. Jeg har lest informasjonsskrivet om hovedoppgaveprosjektet, og ønsker å delta som informant i dette intervjuet.

**Ja**

**Nei**

2. Jeg samtykker til at den anonymiserte intervjutranskripsjonen kan oppbevares nedlåst på Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo, under ansvar av Professor Helge Rønnestad. Transkribert intervju vil bli makulert etter analyser og prosjektet er avsluttet

**Ja**

**Nei**

Dato: .....

Underskrift: .....

## Noen spørsmål om terapeutbakgrunn (fylles ut av terapeut)

1. Antall år arbeidet som psykoterapeut (hel eller deltid): \_\_\_\_\_ år

2. Antall år arbeidet som psykoterapeut innen følgende arbeidssituasjoner?

2-1. Døgninstitusjoner..... \_\_\_\_\_ år

2-2. Dag- og polikliniske institusjoner... \_\_\_\_\_ år

2-3. Privatpraksis..... \_\_\_\_\_ år

2-4. Annet [beskriv] \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ år

3. Anslå antall klienter du har behandlet i

forskjellige terapimodaliteter. <25 25-100 >100

3-1. Individualterapi [antall klienter]..... 1 2 3

3-2. Parterapi [antall par]..... 1 2 3

3-3. Familieterapi [antall familier]..... 1 2 3

3-4. Gruppeterapi [antall grupper]..... 1 2 3

3-5. Annet [angi]: \_\_\_\_\_ 1 2 3

4. Antall år du har undervist i terapeutisk teori og teknikk [forelesninger, seminarer og kurs]: \_\_\_\_\_ år

5. Antall år med regelmessige klientveiledning: \_\_\_\_\_ år

6. Spesialistutdanning eller tilsvarende: Ja \_\_\_\_\_ Nei \_\_\_\_\_

7. Har andre terapeuter oppsøkt deg for at du skulle

være deres personlige terapeut Nei \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_ Angi ca. antall: \_\_\_\_\_

8. Hvor mange terapeuter har du veiledet 0-24 25-49 50+

i deres terapeutiske arbeide? 1 2 3

**9. Har du tidligere gått i terapi eller analyse?**

\_\_\_\_ 1. Nei.

\_\_\_\_ 2. Ja.

**10. Om så, angi i hvor mange omganger/runder:** Antall omganger/runder : \_\_\_\_

**11. Totalt sett, antall år i behandling?** Antall år \_\_\_\_

**12. I hvor stor utstrekning er ditt nåværende terapeutiske**

**arbeid påvirket av følgende teoretiske retninger?** [0=slett ikke...5=i meget stor grad]

11-1. Analytisk/psykodynamisk.....	0	1	2	3	4	5
11-2. Atferdsterapeutisk.....	0	1	2	3	4	5
11-3. Kognitiv.....	0	1	2	3	4	5
11-4. Humanistisk.....	0	1	2	3	4	5
11-5. Systemisk.....	0	1	2	3	4	5
11-7. Annet [angi]: _____		1	2	3	4	5

## Vedlegg D (3 sider)

### Intervjuguide

Aller først vil jeg takke for denne muligheten til å intervju deg. Som nevnt i informasjonsskriv vil intervjuet bli tatt opp på lydfil og all informasjon som fremkommer er konfidensiell og vil bli anonymisert. Lagring av data vil skje trygt på psykologisk institutt. I gjennomføringen av dette intervjuet vil jeg først innhente litt formell informasjon fra deg ved hjelp av et spørreskjema. Deretter vil selve intervjuet finne sted.

Er det noe du lurer på i forhold til dette? Hvis ikke starter vi med utfylling av spørreskjemat. Jeg vil innlede litt mer til selve intervjuet når denne utfyllingen er ferdig.

### Formålet med intervjuet

(...) Vi vet fra terapeuters erfaring og fra psykoterapiforskningen at den terapeutiske relasjonen er helt grunnleggende og svært viktig for både prosessen og utfallet av psykologisk behandling. Jeg håper med dette intervjuet å få tilgang til dine refleksjoner rundt den terapeutiske relasjonen og mer spesifikt om en autentisk dimensjon i slike relasjoner. Jeg er opptatt av den personlige utformingen av terapeutrollen og hvorvidt eller hvordan en selv som person preger denne betydningsfulle relasjonen. Dette intervjuet vil danne grunnlaget for min hovedoppgave og samtidig er det spesielt nyttig for meg å få denne unike muligheten til å lære av deg som erfaren kliniker. Mitt mål med dette intervjuet er å få tilgang til din beretning og dine tanker om den terapeutiske relasjonen samt ditt faglige og personlige bidrag til utviklingen av en slik relasjon.

#### 1. Hva betyr den terapeutiske relasjonen for deg?

*Åpen eksplorerende utforskning av svaret (Det du forteller.. hvordan.. har du noen eksempel på.. relasjonen som terapeutisk verktøy..?)*

- a. Hva anser du som de viktigste aspektene for å oppnå en terapeutisk relasjon?
- b. Hvorfor er akkurat dette (det du nettopp fortalte meg) viktig for deg?
- c. Hva gjør du som terapeut for å oppnå dette?

**2. Ulike teorier impliserer ofte ulike terapeutiske roller. Hvordan vil du beskrive ditt bidrag og din deltagelse i terapirelasjonen?**

- a. I hvilken grad vil du si at du tilpasser din væremåte etter klienten eller materialet som kommer frem? I tilfelle hvordan?
- b. Hvorfor er (det du nettopp fortalte meg) viktig for deg?

**3. I Hvilken grad tenker du at dine personlige egenskaper eller 'deg som person' virker inn på hvordan du tenker om terapi og hvordan du er som terapeut?**

- a. Er det ok at jeg spør deg om det er erfaringer fra egen oppvekst som har påvirket din utvikling som terapeut? Eller synes du dette er for nærgående?
- b. Hvordan har din kultur påvirket deg som terapeut?
- c. Kan du si noe om hvorvidt ditt eget menneskesyn påvirker hvordan du er som terapeut?

**4. Er autentisitet et begrep som er meningsfullt å snakke om for deg som terapeut?**

- a. I tilfelle hvordan?
  - i. Om det ikke er meningsfullt - Hva slags umiddelbare reaksjoner eller assosiasjoner fikk du til begrepet?
- b. Hva betyr autentisitet i den terapeutiske relasjonen for deg?
- c. I hvor stor grad opplever du deg som autentisk i din rolle som terapeut?
  - i. Kan du være "deg selv" i den terapeutiske relasjonen?
  - ii. Har du noen eksempel på hvordan dette kommer frem eller hvordan pasientene dine merker det?
- d. Er dette noe som endrer seg etter hvert som den terapeutiske relasjonen utvikler seg?
- e. Opplever du deg selv som forskjellig i det private og som profesjonell?
  - i. Hvordan da?

**5. Hva tenker du om å dele personlige erfaringer eller reaksjoner?**

- a. Kan du tenke på en sak hvor du delte dine egne erfaringer?
  - i. Hvordan opplevde du det?
  - ii. Hvordan opplevde pasienten det tror du?

- b. Hva tenker du om det å vise spontane personlige reaksjoner?
- c. Kan du involvere deg på en åpen og ekspressiv måte?
- d. Kan du tenke litt høyt om hvorfor eller hvorfor ikke bruke ”selvavsløringer”?
- e. Hvordan forholder du deg til spørsmål fra pasienter om hva du føler for dem eller hva du synes om dem?
- f. Hvordan forholder du deg til bruk av humor i terapirommet?
- g. I hvor stor grad opplever du at dine pasienter kjenner deg som person?

**6. Jeg kunne tenke meg at vi snakket litt om opplevelse av samhørighet og/eller emosjonell kontakt med dine pasienter. Er det ok at vi gjør det?**

- a. Kan du si litt om hvordan da?
- b. Hva er det som virker inn på en eventuell variasjon av grad av kontakt eller følelse av samhørighet?
- c. Kan du tenke høyt om det å like eller mislike sine pasienter?
- d. Og hvordan er det? Hvordan forholder du deg til det?
- e. Har du noen eksempler på hvordan en slik positiv eller negativ følelse overfor klienten har påvirket relasjonen og terapien?
- f. Kan man like pasientene sine for godt?

**Avslutning**

Viss du fikk anledning til å intervju andre erfarne terapeuter om den terapeutiske relasjonen, hva ville du spurt dem om?

Har du noen råd til unge terapeuter?

Har du noen spørsmål til meg om intervjuet vi har gjennomført?

Intervjuer oppsummerer det viktigste fra intervjuet