

# **Folks tanker om og forventninger til det å gå i psykologisk behandling**

En kvalitativ studie  
med utgangspunkt i fokusgruppeintervju

Brit Helen Bjørheim Lye

Hovedoppgave  
Psykologisk institutt, høst 2008

UNIVERSITETET I OSLO  
20.10.08

## **SAMMENDRAG**

Bakgrunn. Psykoterapiforskning har lenge interessert seg for psykoterapiens virkemåte og effekt. Det er nå en oppfatning i forskningsmiljøet at ulike tilnærminger har liten spesifikk innvirkning på resultat og at den terapeutiske relasjonen mellom klient og terapeut spiller større rolle i forhold til behandlingsresultat. Flere studier har funnet at klienters forventninger til terapi kan ha innvirkning på resultatet av terapien. Dersom det er slik, kan det være interessant å se nærmere på hva slike forventninger innebærer.

Metode. 25 informanter med en gjennomsnittsalder på 45 år deltok i studien.

Informantene ble fordelt i fire forskjellige grupper med bakgrunn i variablene kjønn og utdanningsnivå. Dette ble gjort for å undersøke muligheten for eksisterende ulikheter i holdninger til psykoterapi avhengig av de to overnevnte variablene. Fokusgruppeintervju ble brukt for å hente inn informasjon og dataanalysen har tatt utgangspunkt i grounded theory sine prinsipper for dataanalyse.

Resultater. Jeg fant mye sammenfallende på tvers av de forskjellige fokusgruppene og det kom ikke frem tydelige forskjeller mellom fokusgruppene. Det var likevel tendenser av nyanseforskjeller både innad i gruppene og mellom grupper. Deltakernes ambivalens i forhold til å oppsøke psykologisk hjelp var fremtredende. Det kom også frem at det er mye usikkerhet knyttet til hva psykologens oppgaver er og hva som skiller psykologer fra andre typer behandlere.

## INNHALDSFORTEGNELSE

<b>INNLEDNING OG TEORETISK BAKGRUNN</b> .....	5
Psykoteraiforskning om virksomme faktorer i terapi.....	5
Klienters forventninger til terapi.....	7
Begrepsavklaring.....	10
Problemstilling.....	11
<b>METODE</b> .....	11
Valg av metode.....	11
Grounded theory.....	13
Fokusgruppeintervju.....	14
Informanter.....	16
Gjennomføring.....	16
Datamateriale.....	17
Prosessbeskrivelse.....	18
Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet.....	19
Begrensninger ved metoden.....	21
<b>RESULTATER</b> .....	24
Kategori 1: Hvem trenger hjelp?.....	24
Kategori 2: Hvem benytter seg av psykolog?.....	25
Kategori 3: Hvordan er veien frem til å få time hos en psykolog?.....	29
Kategori 4: Hvem er psykologen?.....	30
Kategori 5: Hva er terapi?.....	32
Forskjeller mellom/innad i gruppene.....	36
Oppsummering.....	40

<b>DISKUSJON</b> .....	41
Generelle holdninger i fokusgruppene.....	41
Ambivalens i forhold til å søke behandling.....	43
Motivasjonens betydning.....	45
Mentalt slitsomt å gå i terapi.....	46
Beskyttelse og distanse.....	47
Skillet mellom psykologer og andre typer terapeuter.....	48
Forskjeller på psykologisk behandling.....	49
Oppsummering.....	50
<b>KONKLUSJON</b> .....	51
<b>REFERANSER</b> .....	52

## INNLEDNING OG TEORETISK BAKGRUNN

Forskning har kommet frem til forskjellige typer underliggende elementer som kan være med på å skape positive effekter i psykoterapi. En sentral faktor her er klienters forventninger til terapien. Begrepet klientforventning brukes for å referere til klienters forventninger i forhold til roller, varighet av terapi og resultat av terapi (Joyce & Piper, 1999; Deane, 1992; Tinsley, Workman & Kass, 1980). Terapeutisk allianse og terapeutens evne til å vise empati, forståelse og aksept i relasjonen med klienten er også viktige variabler som ofte trekkes frem i forskningssammenheng. Denne hovedoppgaven retter oppmerksomhet mot utvalgte fokusgruppedeltakeres tanker, holdninger og forventninger i forhold til det å gå i psykologisk behandling. Oppgaven vil videre forsøke å se disse tankene, holdningene og forventningene i sammenheng med psykoterapiforskningens funn om hva som kjennetegner betydningsfull terapi. Det vil være interessant å sammenligne deltakernes tanker med psykoterapiforskningens funn for å få et inntrykk av hvor god overensstemmelse det er mellom disse. Vil stor diskrepans kunne påvirke terapi i negativ retning fordi klienter ikke føler seg møtt i forhold til sine forventninger? Og på hvilken måte kan denne typen informasjon være nyttig for terapeutene? Dette er spørsmål som vil bli drøftet senere. Jeg vil nå rette fokus mot den teoretiske bakgrunnen for oppgaven. Først vil jeg se nærmere på hva psykoterapiforskningen fremhever som viktige elementer i et vellykket terapiforløp. Deretter vil jeg presentere forskjellige studier som har sett på hvilke forventninger man har funnet hos mennesker som skal starte i terapi.

### **Psykoterapiforskning om virksomme faktorer i terapi**

I de senere årene har vi sett en stadig økning av forskning som omhandler psykoterapi og psykoterapiens effekt og virkemåte og forskningstall sier at psykoterapi hjelper (Bergin & Garfield; 1994, Seligman; 1995). Truax & Mitchel (1971) kom frem til tre kjerneelementer ved den terapeutiske relasjonen. Terapeuten måtte oppleves som autentisk og ekte i forhold til klienten. Videre var det viktig med en trygg atmosfære preget av aksept. Det tredje elementet omhandlet at terapeuten viste empati og forståelse for klienten. I tråd med dette sier Howe (1993) at empatisk forståelse krever at klienten

blir forstått på hans eller hennes egne premisser. Når klienten opplever at denne type forståelse ikke er tilstede, kan resultatet være en følelse av isolasjon. Selv om forskning viser at resultat av terapi avhenger mest direkte av hva klienten bringer med seg inn i terapien sammen med hva han eller hun opplever i terapien, er det mye som tyder på at hva en klient opplever i terapi i stor grad avhenger av terapeutens karakteristikk og kvalitet (Orlinsky, Grawe & Parks; 1994, Orlinsky, Rønnestad & Willutzki; 2004).

Lambert (1992) trekker frem fire faktorer fra psykoterapiforskningen som han mener er av stor betydning i den terapeutiske situasjonen. Disse faktorene er ekstraterapeutisk forandring, det terapeutiske forholdet, terapeutisk teknikk og forventning/placebo effekter. Ekstraterapeutisk forandring kan, i følge Lambert bidra med 40 % av variansen i det terapeutiske resultatet. Her inngår de personlige og sosiale ressurser som klienten selv bringer med seg inn i terapisisituasjonen. Det terapeutiske forholdet, som innebærer klientens opplevelse av terapeuten, kan bidra med 30 % av variansen. Terapeutiske teknikker, det vil si valg av terapiretning, og klientens forventning bidrar begge med 15 % av variansen. Viktig i denne sammenheng, er at Lamberts funn dreier seg om hans inntrykk etter å ha studert dette feltet over lang tid, det er ikke empiriske funn.

”Terapeutisk allianse” er blitt et sentralt begrep i psykoterapiforskningen. Alexander & Luborsky (1986, s. 40) definerer den terapeutiske alliansen som ”klientens opplevelse av behandlingen eller relasjonen med terapeuten som hjelpsom eller potensielt hjelpsom”. Denne definisjonen innebærer at klienten har et behov for å se terapeuten som en person som er i stand til å yte hjelp. Terapeutens personlige kvaliteter og atmosfæren og erfaringene i møtet mellom terapeut og klient blir viktige faktorer. Flere studier har sett nærmere på forholdet mellom terapeutisk allianse og resultat av terapi. Det er funnet moderat, men konstant assosiasjon mellom allianse og resultat av terapi (Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske & Davis, 2000). Til tross for variasjon på kryss av individuelle studier, viser de fleste studiene en robust link mellom allianse og resultat uavhengig av intervensjonsmetode (Roth & Fonagy, 2005). Ackerman & Hilsenroth (2001, 2003) fant at positiv allianse innebar at terapeuten viste empati, varme og forståelse samtidig som at klienten oppfattet terapeuten som troverdig, erfaren og sikker.

På den andre siden var negativ allianse preget av at terapeuter opplevdes som rigide, usikre, kritiske og uengasjerte. Overstrukturert terapi og det at klienten opplevde terapeuten som enten for åpen eller for lite åpen var forbundet med dårligere allianse. Støttende terapi, oppmerksomhet rettet mot klientens egne erfaringer, refleksjon, utforskning, fasilitering av affekt og nøyaktig tolkning kunne være med på å skape positive effekter. Klientfaktorer som var med på å påvirke alliansen på en positiv måte, var motivasjon, psykologisk status, kvalitet på objektrelasjon og kvalitet på sosiale og familiære relasjoner. Status i psykoterapiforskningen i dag er at det er mye som peker i retning av at hvilken type teknikk som brukes i en terapi spiller mindre rolle enn måten teknikken blir utført på. Det er klientens opplevelse av terapien som er viktig.

Flere studier har kommet frem til underliggende felles elementer som kan gi positive effekter i psykoterapi, men tekniske forskjeller i forhold til hver enkelt type terapi er overfladiske og viser ingen tydelig innvirkning på klienters erfaring av terapien. Forskningsfunn tyder på at klienters opplevelse av psykoterapi i mye større grad er knyttet til terapeutens personlige kvaliteter og ikke teknikken terapeuten viser til (Robinson, Berman & Neimeyer, 1990). Lambert & Bergin (1994) fant at ulike tilnærminger stort sett har lik effekt overfor de fleste klienter og Wampold (2001) konkluderte med at hvem terapeuten er spiller større rolle enn hvilken metode som blir brukt. Forskning har altså ikke greid å påvise at en terapiform er mer effektiv enn en annen. Dette har ført til at flere argumenterer for en mer eklektisk bruk av intervensjoner og integrasjon av forskjellige terapiretninger.

### **Klienters forventninger til terapi**

Det finnes mye forskning som har vært rettet mot effekt og virkemåte i psykoterapi. Men et like interessant tema for terapeuter er klienters forventninger til psykoterapi. I løpet av de siste tiårene er det blitt satt mer fokus på forskning som ser nærmere på viktigheten av forventninger og placeboeffekter i forbindelse med klient forandring (Lambert, 1992). Frank, Gliedman, Imber, Stone & Nash, (1959) har lagt frem resultater som viser at de forventningene som klienten bringer med seg inn i terapien har stor påvirkning på terapi resultatet. Nyere studier, (for eksempel Garfield, 1994) har også foreslått et positivt

forhold mellom forventninger og forbedring i terapi, spesielt tidlig i terapiforløpet. Jeg vil videre presentere noen av studiene som har sett nærmere på dette forholdet.

The Psychotherapy Session Project, utført ved Katharine Wright Mental Health Clinic i Chicago, undersøkte klienters forventninger og følelser i terapisituasjonen (Orlinsky & Howard, 1975). Utvalget i undersøkelsen var 60 klienter, nevrotiske unge kvinner i individuell psykoterapi i alderen 20-40 år. Resultatene viste at klientene hadde forventninger om å få hjelp til å bedre selvforståelsen. I tillegg ønsket de å fokusere på problemløsning og på å diskutere vanskelige ting. Det var også forventninger om et personlig samarbeid med terapeuten. De hyppigste følelsesreaksjoner hos klientene i løpet av terapien var bekymring, anspenthet, frustrasjon, men også interesse og følelsen av å være akseptert. Denne undersøkelsen så også på terapeutenes mål, som ifølge terapeutenes registrering var å få en dypere innsikt i pasienten, kapasitet til genuin følelse og opprettholdelse av et effektivt samarbeidsforhold til pasienten. Analysen av forskningsresultatene viste med andre ord et nært sammenfall i pasientens og terapeutenes ønsker og målformuleringer.

Tinsley, Workman & Kass (1980) har gjennomført en faktoranalyse som omhandler klientforventning til terapi. Ved hjelp av "The expectations About Counselling Questionnaire" kom de frem til fire hovedfaktorer i klientforventninger. Den første faktoren dreide seg i hovedsak om klientenes forventninger til seg selv og ble derfor kalt "Personlig forpliktelse" (Personal commitment). Skalaer innenfor denne faktoren omhandlet klientenes forventninger om å være ansvarsfulle, åpne, motiverte, det å ha en attraktiv terapeut, det at terapien skulle være preget av umiddelbarhet i tillegg til å gi et godt resultat. Analysene viste at kvinner skåret signifikant høyere enn menn på alle disse dimensjonene. Den andre faktoren omhandlet forventninger om at terapeuten skulle være ekte, troverdig, aksepterende og tolerant, samtidig som at han eller hun også ville være konfronterende og konkret. På bakgrunn av dette ble denne faktoren kalt "Fasiliterende forhold" (Facilitative conditions). Analysene viste at kvinnene hadde større forventninger om å møte slike holdninger i terapien enn mennene. Den tredje faktoren, kalt "Terapeutisk ekspertise" (Counselor expertise), hadde en mer spesifikk orientering og



handlet om klienters forventninger om at terapeuten ville være direkte, empatisk og ekspert på det aktuelle området. Analysene viste at menn forventet høyere ekspertise enn det kvinner gjorde. Den siste faktoren, kalt "Nærings faktoren" (Nurturance factor), omhandlet klientforventninger om at terapeuten ville være aksepterende, selvmeddelende, nærende og tiltalende. Når det gjelder denne faktoren, ble det ikke funnet signifikante forskjeller mellom kvinner og menn.

I 1983 undersøkte Hardin & Yanico forventning til terapi på bakgrunn av terapeuters kjønn, type problem og klienters kjønn. Studenter ved et introduksjonskurs i psykologi ble bedt om å forestille seg en første samtale med terapeut og data ble samlet inn ved hjelp av en kortversjon av det standardiserte spørreskjemaet "Expectations About Counseling Questionnaire". Resultater viste signifikante forskjeller mellom kvinner og menn på 13 av 19 skalaer. Kvinner hadde høyere forventninger til klientens egne holdninger i forhold til atferd, motivasjon, åpenhet og ansvar. De hadde også høyere forventninger til terapeutens holdninger, atferd, aksept, konfrontasjon og integritet. Kvinner forventet mer tiltalende og troverdige terapeuter samtidig som de forventet mer umiddelbarhet i terapiprosessen og hadde mer positiv forventning i forhold til resultater. På den andre siden, forventet menn en mer direkte og selvmeddelende terapeut. Menn og kvinner var ikke forskjellige når det gjaldt deres forventninger i forhold til terapeutens empati, ekspertise og konkrethet.

Craig & Hennessy (1989) mener at det ligger en kompleks struktur bak klienters forventninger til terapi. Mye av forskningen på klienters forventninger til terapi har fokusert på forskjeller med bakgrunn i demografiske variabler (for eksempel kjønn), kontekst (for eksempel klient versus ikke-klient) og prosessvariabler (for eksempel terapivarighet). Ifølge disse forskerne kan ikke slike variabler forklare variasjonen på tvers av personer. De mener å finne at dimensjoner eller mønstre av forventninger kan være direkte relatert til variasjon i klientpopulasjonens personlighetsstruktur. Dette er i tråd med conceptual system theory, (CST), som presenterer et teoretisk rammeverk for å se nøyere på i hvilken grad stabile, preeksisterende personlighetsdimensjoner kan forklare variansen i forventninger til terapi. I følge CST tar mennesker i bruk forskjellige

typer perseptuelle skjema når de prosesserer og responderer på stimuli. Disse konseptuelle systemene er predisposisjoner som mennesker bruker for å konstruere og tolke persepsjoner. Videre har en funnet fire stadier av konseptuel funksjonering som representerer forskjellige underliggende personlighetsstrukturer. Ved hjelp av Expectations About Counseling – Brief form (EAC – B) questionnaire viste Craig & Hennessys funn tendenser mot at det kan finnes sammenhenger mellom spesifikke personlighetsstrukturer og type forventninger til terapi. På grunn av blant annet liten utvalgsstørrelse er det nødvendig med flere studier for å kunne si noe mer sikkert i forhold til denne antakelsen.

I 1992 undersøkte Deane klienters forventning til terapi. Han tok utgangspunkt i klienter fra New Zealand (NZ) som fikk kognitiv atferdsterapi og sammenlignet resultatene med et utvalg fra USA. Data ble samlet inn ved hjelp av "the Psychotherapy Questionnaire". Resultatene viste at NZ-utvalget forventet at terapeuten skulle komme med mange forslag på hvordan problemene deres kunne løses. Disse klientene forventet også å være mer passive i den psykoterapeutiske prosessen, de forventet at terapeuten skulle "fikse" dem istedenfor å være en aktiv deltaker i relasjonen mellom dem. Det ble ikke forventet at de skulle måtte diskutere følelser dersom de syntes at terapien var oppskakende og de forventet heller ikke å måtte diskutere ubehagelige tema for å gjøre fremgang i terapien. De fleste av NZ-utvalget forventet heller ikke å måtte overholde terapiavtaler dersom de ikke følte for det den aktuelle dagen. Til tross for forskjellene mellom NZ-utvalget og utvalget fra USA, sier undersøkelsen at det er flere likheter enn forskjeller mellom de to utvalgene når en ser på forventningene til psykoterapi.

### **Begrepsavklaring**

Jeg vil i oppgaven min bruke begrepene psykolog/terapeut/behandler om hverandre. Alle disse representerer da hjelperen i relasjonen mellom terapeut og klient. Jeg vil videre bruke både deltakere og informanter når jeg refererer til personene som har deltatt i fokusgruppeintervjuene.

## **Problemstilling**

Oppgaven min omhandler menneskers tanker om og forventninger til psykoterapi. Som nevnt tidligere finnes det mange studier som ser på psykoterapiens effekt og virkemåter mens det er færre studier som tar for seg forventninger i forhold til hva som møter klienten i en eventuell terapisituasjon. Dette er et viktig tema sett ut fra et terapeutperspektiv og jeg ønsket å se nærmere på følgende områder:

- Hva er folks holdninger til psykoterapi?
- Hva er folks forestillinger om psykoterapi?
- Hva er folks generelle tanker om psykoterapi?
- Hvilke implikasjoner kan dette ha for oss som terapeuter?

## **METODE**

### **Valg av metode**

Formålet med undersøkelsen min var å få vite mer om folks holdninger til og forestillinger om psykologisk behandling. På bakgrunn av dette, bygger mitt valg av metode på grunnforskningens tanke om at originale undersøkelser skal gi ny viten og forståelse, men at disse undersøkelsene ikke primært er rettet mot praktiske mål. (Kruuse, 2001, s 16). Grunnforskning ønsker å utvikle begreper som videre kan brukes til konstruksjon av modeller for det emnet undersøkelsen handler om. På denne måten skiller grunnforskning seg fra den anvendte forskningen som har fokus på mer praktiske mål. I følge Creswell (1998) er kvalitativ forskning en prosess som bygger på forståelse basert på spesifikke metodologiske tradisjoner som utforsker sosiale eller menneskelige problemer. Forskeren må i denne sammenheng bygge et komplekst bilde med fokus på helhetstenkning. Med tanke på det temaet jeg ønsket å se nærmere på i min undersøkelse var det viktig å velge en metode som vektla de mange dimensjonene av dette temaet som en kan møte på. Dette var også grunnen for at jeg valgte en kvalitativ tilnærming som metode for min undersøkelse. Det har vært mange og ulike syn omkring spesifikke prosedyrer når det gjelder både datainnsamling, analyse og rapportering innenfor

kvalitativ forskning. (Creswell, 1994). Denne tilnærmingen står i kontrast med hvordan forskere forholder seg til kvantitative design. Kvalitativ forskning innebærer all type forskning som produserer funn som ikke kommer fra statistiske prosedyrer eller andre former for kvantifisering. Rennie, Watson & Monteiro (2002) definerer kvalitativ forskning som ”den type forskning som refererer til alle tilnærminger til bruk i helse- og sosial vitenskap som tar for seg meningen av verbal tekst i verbal istedenfor numeriske termer.” Gale (1992) definerer kvalitativ metode som forskning som omfatter fortolkende utforskning i forhold til ”meaning making”, det å skape mening. Det at metoden beskrives som fortolkende innebærer at målet ikke er å komme frem til universelle lovmessigheter, men at fokuset er på hvordan subjektene og forskeren selv skaper mening gjennom sin egen subjektive utforskningsprosess. Begrepet ”kvalitativ forskning” kan være forvirrende fordi det ofte tillegges ulike meninger av dem som bruker det. Selve analysen kan sies å være en ikke-matematisk analytisk prosedyre der funnene representerer data som er samlet inn på forskjellige måter, eksempelvis gjennom observasjon eller videoopptak (Strauss & Corbin, 1990). Det finnes mange grunner for å velge en kvalitativ tilnærming til et tema. Noen fenomener kan være vanskelig å fremskaffe detaljer om ved hjelp av kvantitative metoder og slike sammenhenger vil det være bedre å velge en kvalitativ tilnærming. Tradisjonelt sett har ofte kvalitativ og kvantitativ metode blitt satt opp mot hverandre, men i den senere tid er det blitt mer vanlig å se på dem som metoder som kan komplettere hverandre.

Ifølge Evans (2000) er det en myte at forskjellen mellom kvantitativ og kvalitativ forskning har store konsekvenser for forskningens vitenskapelighet. Hun mener at forholdet mellom empiri og teori alltid vil være utfordrende når tolkningen av data avhenger av individuelt bestemt mening, noe som kan sies å gjelde nesten all psykologisk forskning. Evans mener at den psykologiske forskningen har for stort fokus på å hente inn nye tabeller istedenfor å se nærmere på teoretiske sammenhenger mellom observasjoner. Hun savner refleksjon over forholdet mellom data og teori. Utviklingen av psykologisk vitenskap er krevende arbeid og Evans antyder at det kan være lurt å se på forskjellige forskningsområder i sammenheng med hverandre, for eksempel klinisk forskning og annen psykologisk forskning. Noen fenomener er vanskeligere å undersøke

enn andre og ofte er det slik at de mest problematiske områdene er de som har størst potensiell betydning for teoriutviklingen, som for eksempel klinisk forskning.

### **Grounded theory**

Det innsamlede datamaterialet mitt bestod av observasjon, videoopptak og notater, noe jeg mente ville passe bra for grounded theory sine prinsipper om dataanalyse. Grounded theory som metode, ble utviklet av sosiologene Barney Glaser og Anselm Strauss. (Strauss & Corbin, 1990). Denne metoden bygger på teori som induktivt kommer fra studiet av fenomenet den representerer. Dette betyr i praksis at teori blir oppdaget, utviklet og verifisert ved hjelp av systematisk datainnsamling og analyse av data om det aktuelle fenomenet. Videre kan en si at datainnsamling, analyse og teori står i et gjensidig og avhengig forhold til hverandre. Utgangspunktet er ikke at en gjennom en undersøkelse skal finne støtte for en allerede eksisterende teori. I stedet starter en opp med temaet en ønsker å studere og lar det som er relevant informasjon få tre frem gjennom datamaterialet. Ved hjelp av grounded theory ønsker man å komme frem til relevante kategorier slik at en kan se nærmere på forholdet mellom dem. Videre kan man sette kategoriene sammen på nye måter istedenfor å fokusere på å teste ut forholdet mellom forskjellige variabler. Ifølge denne tilnærmingen, kan det å starte opp med allerede etablerte variabler forstyrre oppdagelsen av ny informasjon.

Hovedtanken i grounded theory er forskerens forsøk på å komme frem til en teori ved å bruke flere nivåer av datainnsamling, samt å sammenligne de forskjellige kategoriene av informasjon som etter hvert trer frem gjennom den innsamlede informasjonen (Strauss og Corbin, 1990). Grounded theory innebærer videre et parallelt arbeid med datainnsamling og analyse (Glaser og Strauss, 1967; Glaser, 1978). Det er viktig at konstruksjonen av analytiske koder og kategorier ledes ut fra den innsamlede data, ikke fra allerede eksisterende hypoteser. Det stadiet av analysen som innebærer navngiving og kategorisering av fenomener i datamaterialet, blir innenfor grounded theory kalt "åpen koding" (Strauss & Corbin, 1990, s.61). Selve kodingen av datamaterialet representerer operasjoner der data blir brutt ned, konseptualisert og satt sammen igjen i nye deler. Glaser (2001) sier at denne konseptualiseringen er selve kjerneprosessen i grounded

theory. Sammenligning av metoder skal foregå gjennom hele analysen slik at teoriutviklingen blir mer og mer avansert jo lengre inn i dataanalysen en kommer. Det er også viktig å huske på at formålet med denne tilnærmingen er teorikonstruksjon, ikke populasjonsrepresentativitet. Grounded theory har etter hvert fått aksept fra kvantitative forskere på grunn av sin fleksibilitet og legitimitet og i følge Charmaz (2006), kan metoder som bygger på disse prinsippene komplimentere andre tilnærminger til kvalitativ analyse istedenfor å stå i motsetning til dem. Ved å bruke grounded theory vil en øke fleksibilitet samtidig som metoden også sørger for mer fokus på den innsamlede data. Denne tilnærmingens hovedfokus er å finne de overordnede mønstrene i datamaterialet, det vil si de gjentatte forholdene mellom egenskaper og dimensjoner ved de forskjellige kategoriene. Identifisering av disse mønstrene sammen med gruppering av datamaterialet, er det som gir teorien tyngde. Først når dette er på plass kan en si: ”under disse forholdene skjer dette, men under disse forholdene skjer dette...”(Strauss & Corbin, 1990, s 116). Det som gjør at dataanalyse i grounded theory skiller seg fra andre analysemetoder er blant annet at målet med metoden er bredere enn at forskeren kun skal trekke ut noen få temaer. Et hovedfokus innen denne tilnærmingen kan sies å være et forsøk på å bygge teori istedenfor å teste ut en allerede eksisterende teori. (Strauss & Corbin, 1990).

### **Fokusgruppeintervju**

Innenfor sosiologi ble det mer vanlig å bruke fokusgrupper på starten av 1980-tallet. Det er sosiologen David Morgan som har bidratt mest til at denne metoden er blitt mer kjent. Halkiers ideer om bruken av fokusgruppeintervjuer bygger på Morgans beskrivelser. Halkier (2003) definerer fokusgruppeintervju som en forskningsmetode der data produseres via gruppeinteraksjon omkring et emne som er bestemt av forskeren. Videre beskrives fokusgruppen som en form for intervju der en gruppe mennesker er samlet for å utforske og diskutere et bestemt tema. Denne måten å forske på er blitt mer og mer vanlig i studier som innebærer undersøkelser der mennesker og deres meninger, tanker og ideer om virkeligheten står i fokus. Det er viktig å merke seg at en fokusgruppe ikke er synonymt med gruppeintervju. Wibeck (2000) sier for eksempel på s 23 at en fokusgruppe godt kan være en form for gruppeintervju, men at alle gruppeintervju ikke

kan sies å være fokusgrupper. Det som videre kjennetegner fokusgrupper som metode, er kombinasjonen mellom gruppeinteraksjon og et forskerbestemt emnefokus. Fokusgruppedeltakerne utveksler erfaringer og meninger med utgangspunkt i de spørsmål forskeren kommer med.

Som ved alle andre metoder, er det både positive og negative sider med fokusgruppeintervjuet. Valget av metode avhenger også av temaet en ønsker å studere. Selv om alle metoder har fordeler og ulemper er det likevel mulig å sette opp noen generelle styrker og svakheter ved denne metoden. Bruk av fokusgrupper er hensiktsmessig for å hente inn data som omhandler sosiale gruppers fortolkninger, interaksjonsform og normer, mens de er mindre bra når det er snakk om å få kunnskap om det enkelte individs livsverden (Bloor, Frankland, Thoms & Robson, 2001). En forklaring på dette er, naturlig nok, at hver enkelt deltaker i en fokusgruppe får sagt mye mindre enn han eller hun ville fått sagt i et individuelt intervju. En annen forklaring kan være at uvanlige meninger kanskje blir underrapportert i gruppediskusjoner. Sosial kontroll og gruppekonformitet kan gjøre at de meningene som kommer frem er mindre nyanserte og flerfoldige. Men det er verdt å merke seg at det heller ikke er noen selvfølge at alle nyanser av meninger kommer frem i individuelle intervju. En styrke ved fokusgrupper, er at det er den sosiale interaksjonen mellom deltakerne som er kilden til data (Morgan, 1997). Deltakernes konstante sammenligninger av erfaringer og forståelser, kan vise kompleksiteten i meningsdannelser som ofte kan være vanskelige for forskeren å få frem i individuelle intervju. På den andre siden, må forskeren være på vakt for de gruppeeffektene som her kan oppstå, både tendenser til konformitet og polarisering. En annen styrkeside ved fokusgrupper omhandler fokusgruppenes evne til å produsere konsentrert data om et spesifikt fenomen eller tema uten å være spesielt påtrengende overfor den enkelte deltaker. Hver gruppedeltaker kan hele tiden regulere om man vil si noe og når (Morgan, 1993). Dersom vi sammenligner fokusgrupper med direkte feltobservasjon, er fokusgrupper mye mindre tidkrevende. Forskeren kan derimot gå glipp av mye interessant informasjon når han eller hun ikke er tilstede i deltakernes naturlige kontekst.

Det å ha fokus på klientens syn innen for helsetjenesten har blitt vektlagt i større grad i løpet av de siste tiårene (Lehoux, Poland & Daudelin, 2006). Viktigheten av å få informasjon om pasientens perspektiver har økt i takten med en større aksept og bruk av kvalitative metoder. Fokusgrupper blir ofte brukt når en ønsker å se nærmere på brukeres erfaringer fra helsetjenesten.

### **Informanter**

Datamaterialet fra denne undersøkelsen kommer fra 25 informanter som alle deltok i fokusgrupper. Av disse var 12 kvinner og 13 menn. Gjennomsnittsalder var 45 år og alder på deltakerne varierte mellom 35 - 54 år. Informantene ble rekruttert via Opinions kartotek av personer som har sagt seg villig til å delta i fokusgrupper som tar for seg ulike samfunnsmessige fenomener. Dette kartoteket er bygget opp over tid av Opinion med henblikk på å gjenspeile et representativt utvalg av befolkningen. Informantene ble i dette tilfellet fordelt i fire forskjellige sosiale grupper med utgangspunkt i variablene kjønn og utdanningsnivå: menn lav utdanning, (Ml), kvinner lav utdanning, (Kl), menn høy utdanning, (Mh), og kvinner høy utdanning, (Kh). Dette ble gjort for å undersøke muligheten for eksisterende ulike holdningsmønstre til psykologisk behandling avhengig av de to overnevnte variabler. Deltakerne mottar et lite honorar for å delta i fokusgrupper med varighet på rundt 2 timer.

### **Gjennomføring**

Som tidligere nevnt, ble informantene inndelt i fire forskjellige grupper på bakgrunn av kjønn og utdanningslengde. Deretter ble det gjennomført fire fokusgruppeintervju. Den første gruppa bestod av 6 kvinner med lav utdanning, (gjennomsnittsalder 48 år), den andre gruppa av 5 menn med lav utdanning (gjennomsnittsalder på 43 år), den tredje gruppa av 6 kvinner med høy utdanning, (gjennomsnittsalder på 42 år) og den fjerde gruppa av 8 menn med høy utdanning (gjennomsnittsalder på 45 år). Intervjuguiden var resultatet av et samarbeid mellom professorene Helge Rønnestad og Odd Arne Tjersland (Psykologisk Institutt) og medarbeider ved Opinion, der hovedfokuset var å se nærmere på folks tanker og forventninger i forhold til psykoterapi. Eksempler på spørsmål som ble brukt:



*”Når jeg sier ”å gå til samtaleterapi hos psykolog”, hva tenker dere på da?”*

*”Beskriv den typiske klienten?”*

*”Hva slags problemer går man med til en psykolog?”*

*”Hva gjør en psykolog?”*

*”Tror dere at det hjelper å gå til psykolog?”*

*”Hvis du hadde en god venn som hadde det vanskelig, ville du anbefalt vennen å gå til psykolog?”*

Fokusgruppene ble holdt i et møterom i Opinions lokaler i Oslo. Deltakerne ble servert pizza og brus. Intervjuleder startet med å presentere seg selv og ga deretter en kort informasjon om det aktuelle temaet. Så ble gruppedeltakerne stilt ett og ett spørsmål i et format der intervjuleder formulerte spørsmålet, trakk seg tilbake og lot gruppedeltakerne overta. Intervjuleder grep tidvis inn ved å gjenta deler av spørsmålet eller fremheve noe som noen hadde sagt i tillegg til at hun også ved noen anledninger etterlyste flere kommentarer om tema hun ønsket mer informasjon om.

### **Datamateriale**

Mitt innsamlede datamateriale bestod av direkte observasjon, videoopptak, notater fra Opinion og egne systematiske notater fra fire fokusgruppeintervju. Jeg var ikke tilstede da den første fokusgruppa ble gjennomført, så data fra dette intervjuet bygger på videoopptak og notater fra Opinion. Når det gjelder de tre resterende fokusgruppene, var jeg selv tilstede og fikk observere fokusgruppene fra naborommet gjennom speil samtidig som jeg også hadde tilgang til videoopptak i etterkant. I mine egne notater er digresjoner utenfor det aktuelle samtaletemaet tatt bort, (for eksempel at en av deltakerne forteller detaljer i en historie om en nabo som gikk til psykolog en gang, mens meningsformidlingen ved historien blir registrert), men ellers er alt som ble sagt skrevet ned i form av sitater. På bakgrunn av dette, består råmaterialet mitt av fire filer med sitater fra gruppediskusjonene i de forskjellige gruppene.

## Prosessbeskrivelse

Jeg har jobbet med datamaterialet på forskjellige måter og dette arbeidet har vært en prosess bestående av flere stadier. Etter at fokusgruppeintervjuene var gjennomført, var det viktig for meg å få en oversikt over det innsamlede datamaterialet. Jeg brukte mye tid på å se gjennom videoopptak og notater fra fokusgruppene. En fullstendig transkribering fra intervjuene er ikke gjort, men bearbeiding av data bygger på videoopptakene og mine egne systematiske notater i form av direkte sitater. I første omgang var hovedfokuset mitt å få registrert alle temaer som dukket opp i de forskjellige fokusgruppene. Hva var informantene opptatt av og hvilke tema fremstod som mer sentrale enn andre?

Videre forsøkte jeg å komme frem til felles hovedkategorier og overordnede paraplybegreper fra alle fokusgruppene. Jeg gikk nøye gjennom videoopptak og notater og så på alle sitater og setninger fra deltakerne. Var det mulig å finne felles temaer og fenomener innenfor hver gruppe, og i hvilken utstrekning syntes de å gå igjen på tvers av gruppene? Uten denne første basisanalysen, ville det vært vanskelig å fullføre den resterende analysen og den følgende diskusjonen. Dette var en utfordrende, men spennende fase der jeg ofte følte at datamaterialet var uoversiktlig og kaotisk. Likevel vokste det etter hvert frem flere tendenser i forhold til den overordnede problemstillingen min. Ved hjelp av åpen koding kunne jeg dele datamaterialet mitt opp i mindre, mer oversiktelige deler som i neste omgang ble nøye vurdert og sammenlignet med hverandre. Ifølge Halkier (2003) er dette en viktig prosess som er med på å bidra til at egne og andres antakelser blir prøvd ut, noe som videre kan føre til nye oppdagelser. Etter at kodingen var gjennomført, var det neste steget i analysen å forsøke å finne passende merkelapper til de oppdagede fenomenene. Prosessen med å gruppere lignende konsepter til samme fenomen, blir i grounded theory kalt kategorisering. Navnet på en kategori er et navn som virker logisk i forhold til den data den representerer (Strauss & Corbin, 1990). Hva var fremtredende i datamaterialet? Hva representerte informasjonen? I denne delen av analysen måtte jeg hele tiden sammenligne den informasjonen jeg satt med og vurdere om fenomenet skulle sorteres under de kategoriene jeg allerede hadde satt opp, eller om det skulle lages nye kategorier.

Jeg valgte å jobbe videre med følgende fem hovedkategorier: 1) Hvem trenger hjelp?, 2) Hvem benytter seg av psykolog?, 3) Hvordan er veien frem til å få time hos en psykolog?, 4) Hvordan er psykologen?, og 5) Hva er terapi?

Gjennom hele perioden jeg jobbet med dataanalyse var jeg opptatt av å registrere hva jeg gjorde og hvorfor jeg gjorde det. Denne registreringen var nyttig for meg på flere måter. Når en står prosessen med å analysere data og mange valg tas i løpet av en relativt kort tidsperiode, var det godt å kunne gå tilbake senere for å se nøyere på hvorfor en valgte slik en valgte. Charmaz (1995) skriver om viktigheten av å kontinuerlig gjøre skriftlige refleksjoner som kan belyse underliggende prosesser og handlinger som kan knyttes til de forskjellige kodene. Det å kontinuerlig registrer mine egne refleksjoner omkring de valg jeg foretok meg gjennom hele prosessen var viktig både for min egen del og i forhold til å kunne redegjøre for andre hva jeg har gjort i undersøkelsen.

### **Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet**

Det å kunne verifisere og bekrefte kunnskap er et sentralt tema innenfor samfunnsvitenskapen og begrepene reliabilitet, validitet og generaliserbarhet er viktige faktorer her. Reliabilitet kan sies å ha med forskningsfunnenes konsistens å gjøre, men ifølge Kvale (1997) kan en for sterk fokusering på reliabilitet motvirke kreativ tenkning og variasjon. Reliabiliteten i en undersøkelse, det vil si påliteligheten i gjennomførelsen og bearbeidingen av empirisk data, fungerer fortsatt som en del av forutsetningen for validitet og gyldighet. Før var det vanlig å si at reliabilitet handlet om at en annen forsker skulle kunne utføre undersøkelsen på ny og få de samme resultatene. Dette er ikke lenger et mål når det er snakk om kvalitative studier, der forskeren bruker seg selv som subjekt for å produsere og bearbeide data på en eksplisitt og gjennomskuelig måte, slik at andre kan vurdere om undersøkelsen holder mål. På bakgrunn av dette, er det en forutsetning at forskeren vurderer sammenhenger i datamaterialet helt fra starten av. Det å kontinuerlig argumentere analytisk for de valg en foretar seg, kan bidra til en systematisk, kritisk og reflektert måte å forske på (Halkier, 2003). Denne undersøkelsens reliabilitet kan ses i forhold til i hvilken grad resultatene viser en korrekt gjengivelse av det informantene har fortalt. Har jeg forstått informantene på samme måte som en annen forsker ville forstått

dem? Med utgangspunkt i dette spørsmålet har jeg på beste måte forsøkt å grundig forklare hvordan jeg har gått frem, både ved innsamling av data og ved analyse av datamaterialet. Dette er gjort for å gi leseren et innblikk i den prosessen jeg selv har stått i til enhver tid slik at han eller hun selv skal kunne gjøre seg opp en mening om undersøkelsens gyldighet.

En undersøkelses validitet avhenger av om undersøkelsen måler det den i utgangspunktet er tenkt å måle. Kan undersøkelsen sies å belyse de spørsmål forskeren har hatt til hensikt å belyse? Validitet handler også om at de anvendte begrepene og kategoriene henger sammen med undersøkelsens hovedfokus. I tillegg er det viktig at fortolkninger og analyser står i forhold til det empiriske feltet (Halkier, 2003). I undersøkelser som tar i bruk fokusgrupper, handler validitet om å lage et systematisk arbeide samt å gjøre arbeidet forståelig og gjennomskuelig for andre i tillegg til at forskeren kontinuerlig må argumentere analytisk for det som er gjort. En forutsetning er her at forskeren må sørge for sammenheng mellom de forskjellige delene av det samlede analytiske designet i undersøkelsen. Spørsmålet om hva og hvorfor forskeren undersøker det han eller hun gjør er sentralt når vi prater om validitet. Et sentralt spørsmål i forhold til denne undersøkelsens validitet er om jeg har forstått informantene korrekt? Vil informantene kjenne seg igjen i beskrivelsene av deres oppfatning av psykologisk behandling? Disse spørsmålene omhandler undersøkelsens indre validitet. I tillegg kommer spørsmålet om det som kommer frem i fokusgruppeintervjuene kan sies å representere sentrale oppfatninger i den generelle befolkningen? Jeg ønsket i undersøkelsen min å få mer kunnskap omkring folks tanker, holdninger og forventninger i forhold til psykoterapi. Målet mitt var ikke nødvendigvis å skape ny teori omkring temaet, men jeg hadde et ønske om å få en bredere forståelse for folks generelle oppfatning av psykoterapi. Videre var jeg nysgjerrig på hvilke implikasjoner en slik undersøkelse kunne ha å si for oss som terapeuter. Ville resultatene av undersøkelsen fremskaffe informasjon som kunne være nyttig for terapeuter å ha med seg i sitt møte med fremtidige klienter?

Et sentralt spørsmål som ofte dukker opp når det er snakk om studier som bygger på intervjuet som metode, er spørsmålet om generaliserbarhet. Som Kvale (1997) sier, så

generaliserer vi mer eller mindre spontant i dagliglivet. Vi møter nye hendelser med egne forventninger om hva som kommer til å skje og disse forventningene er som oftest forbundet med personlige erfaringer fra lignende situasjoner. I slike sammenhenger foregår generaliseringen nærmest på et ubevisst nivå, det er noe som skjer av seg selv. Videre sier Kvale at vitenskapelig kunnskap hevder å være generaliserbar. En positivistisk forståelse har preget deler av samfunnsforskningen sterkt og har vært rettet mot å finne frem til universelle og generaliserbare lover om menneskelig atferd. Denne tilnærmingen har stått i sterk kontrast med en humanistisk tilnærming som har vektlagt at alle situasjoner er unike, noe som videre innebærer at det vil være vanskelig å komme frem til universelle lover. Når det gjelder psykologien som fag, er det behaviorismen som har vektlagt universelle atferdslover, mens humanismen har bygget på tanken om individets særegenhet. Postmodernisme innebærer at søken etter universell kunnskap og tro på det individuelle og unike er byttet ut med fokuset på kunnskapens mangfold og kontekstualisering. I mitt tilfelle ønsket jeg å se nærmere på hva folk tenker om psykologisk behandling. På den ene siden, kan man si at dette er generaliserbar kunnskap, men på den andre siden, kan man si at informantene er kontekstbestemte. Med dette mener jeg at alle informantene er preget av den kunnskap og erfaring de har ervervet seg gjennom den kulturen og det samfunn de har vokst opp i. På grunn av at jeg i min undersøkelse har hatt hovedfokus på hva folk tenker og tror om psykologisk behandling, ikke hva psykologisk behandling er, passer denne undersøkelsesformen godt sammen med postmoderne betraktninger. Jeg har gjennom min undersøkelse forsøkt å gi leseren en bredere forståelse av hva folk tenker om og forventer av psykologisk behandling. I hvilken grad mine resultater kan generaliseres til andre kontekster er opp til andre å vurdere.

### **Begrensninger ved metoden**

Kvale (1997) vektlegger tre spørsmål som omhandler undersøkelsens validitet. Det første spørsmålet dreier seg om i hvilken grad utvalget i undersøkelsen kan sies å være representativt i forhold til det en ønsker å studere. I denne undersøkelsen er det snakk om informanter som tilfeldig er rekruttert via Opinions kartotek. Selv om informantene er tilfeldig plukket ut fra kartoteket, er det likevel mennesker som har sagt seg villige til å

delta i fokusgruppeintervju om forskjellige temaer. Det kan bety at det er bestemte interesser som ligger bak det at de melder seg, for eksempel interesse for samfunnsspørsmål, og at de derfor ikke nødvendigvis er representative for den gruppen de skal representere. Videre skulle undersøkelsen ideelt sett hatt et større antall informanter. Det at det er ujevn fordeling av antall informanter i de forskjellige gruppene er også en ulempe i forhold til spørsmålet om representativitet.

Kvales andre spørsmål omhandler situasjonens mulige innvirkning på resultatene. Som nevnt tidligere finnes både positive og negative sider ved å bruke fokusgruppeintervju som metode. En styrke ved fokusgruppeintervju er å få samle informasjon gjennom den nære interaksjonen som kan oppstå mellom informantene i løpet av intervjuet. På den andre siden, må forskeren være oppmerksom på eventuelle gruppeeffekter som kan oppstå, for eksempel det at enkelte i gruppa er mer styrende og dominerende enn andre. Samtlige fokusgrupper var ledet av samme intervjuleder som gjennomførte intervjuet på samme måte i alle fokusgrupper. Likevel er det ikke mulig å sikre seg mot at noen personer kan skille seg ut og bli mer dominerende enn andre. Dette ble forsøkt styrt ved at intervjuleder var aktiv i å invitere alle ut på banen for å få frem alle deltakernes synspunkter. Det er likevel vanskelig å kunne forsikre seg om at samtlige deltakere i ettertid av intervjuet føler at deres synspunkter om et tema er blitt ivaretatt.

Det tredje spørsmålet Kvale stiller i forhold til undersøkelsens validitet tar for seg i hvilken grad den informasjonen vi sitter igjen med kan sies å være troverdig. Hovedantakelsen må være at det deltakerne fortalte i fokusgruppeintervjuet var representativt for deres egne tanker og følelser omkring temaene som ble diskutert. Når det gjelder denne undersøkelsen, var ikke det målet å komme frem til det sanne bildet av den enkelte deltakers tanker og forventninger om psykoterapi. Målet var heller å få en bredere forståelse av temaet. Et slikt fokus kan på den ene siden ha vært med på å gjøre diskusjonene i gruppene mer avslappet slik at deltakerne ikke var redde for å komme med sine synspunkter. På den andre siden kan et så bredt tema ha forårsaket at deltakerne har anstrengt seg mindre for å få frem sine tanker om temaet. Når det gjelder intervju som

metode er det slik at forskeren aldri har full kontroll over at det deltakerne velger å formidle faktisk er det de virkelig mener.

I min analyse av datamaterialet har jeg forsøkt på best mulig måte å gjengi informantene korrekt. Likevel er det en utvelgelse av informasjon som er gjort av meg som forsker. Jeg har forsøkt å imøtekomme dette gjennom å illustrere kategoriene med sitater fra deltakerne. På tross av dette, vil en selvsagt kunne rette innvendinger mot min utvelgelse av informasjon. I forhold til undersøkelsens ytre validitet, spørsmålet om det som kommer frem i fokusgruppene kan sies å representere sentrale oppfatninger i en større befolkning, er dette et spørsmål jeg ikke kan si noe sikkert om ut fra rammene for denne undersøkelsen. Men jeg behandler det som har kommet frem som om det er holdninger som har en viss utbredelse i befolkningen.

## RESULTATER

Jeg vil her gå nærmere inn på det som kom frem gjennom arbeidet med datamaterialet. Som tidligere nevnt er dette organisert under fem hovedkategorier som omhandler informantenes tanker, holdninger og forventninger i forhold til det å gå i psykoterapi. På grunn av at det er få særegne faktorer som skiller seg ut i forhold til gruppeforskjeller, finner jeg det mest hensiktsmessig å presentere datamaterialet som en felles fortelling på tvers av gruppene. Tendenser til forskjeller mellom gruppene og innad i gruppene vil bli presentert i andre del av kapittelet.

### **Kategori 1: Hvem trenger hjelp?**

Når deltakerne blir bedt om å beskrive hvilke typer mennesker som kan trenge psykologisk hjelp, skilles det i samtlige grupper mellom mennesker med mer vanlig eller dagligdags problematikk og mennesker med psykisk sykdom. De dagligdagse problemene knyttes til faktorer i omgivelsene, for eksempel samlivsproblemer, dødsfall eller andre livskriser. Psykisk sykdom knyttes til indre egenskaper ved individet. Mennesker i denne gruppa blir beskrevet som å være i psykisk ubalanse. Det å ha psykiske problemer blir brukt om personer som har problemer de ikke greier å løse selv, spesielt dersom problemene har eksistert over lengre tid. Noen karakteristiske utsagn som kan illustrere disse tendensene:

*"Å ha problemer betyr å være inni en tøff periode, ha det vanskelig for tiden, være deppa, ha en down-periode". (Kh).*

*"Å være nedfor, deppa, i psykisk ubalanse, ikke ha det godt med seg selv, være i en alvorlig livskrise eller i en vanskelig situasjon". (Mh).*

*"Å være litt psyko, slite litt". (Ml).*



## **Kategori 2: Hvem benytter seg av psykolog?**

Deltakerne legger frem forskjellige typer forklaringer når de skal si noe om hvilke mennesker det er som benytter seg av psykolog. Flere av deltakerne hevder at det nesten er blitt litt trendy og moderne å gå til psykolog. Denne antakelsen forklares i stor grad ut fra at amerikanske filmer og tv-program har vært med på å ufarliggjøre det å gå til psykolog. Den amerikanske kulturen kan gi inntrykk av at nesten alle har sin egen psykolog som brukes jevnlig. I Norge er det å gå til psykolog ennå et litt tabubelagt emne sammenlignet med USA og det er mange som ønsker å skjule at de går i terapi. Likevel er det mer vanlig nå enn det var før. Flere av deltakerne mener at samfunnets krav er blitt tøffere opp gjennom årene og dette kan kanskje være noe av grunnen for at det er flere som har denne typen problemer nå. Det at vi stadig får nye inntrykk fra andre kulturer og samfunn kan være med på å skape mer aksept for nye ting, for eksempel det å gå til psykolog. Tidligere ble en sett på som ”gal” dersom en gikk til psykolog, men i den senere tid, er det blitt mer åpenhet omkring dette temaet.

*”Hvis du ser på amerikanske filmer, ser det ut som om folk går en gang i uka til psykolog. Kanskje de ikke har så store problemer, men at de heller bruker psykologen som en støttespiller i hverdagen”. (Kl).*

*”Amerikansk film er det første som slår meg... Og Dr Phil. Det er blitt en slags trend”. (Ml).*

*”Dersom en først begynner å prate om det, så har alle gått i familieterapi. Tidligere var det flaut, men nå er det nesten blitt mote, nesten flaut å ikke gå...”. (Kh).*

Flere av intervjudeltakerne har erfaring fra å bruke terapi som selvutvikling i jobbsammenheng. Inntrykket er at det er blitt mer og mer populært å bruke terapi på denne måten, men deltakerne beskriver denne typen terapi som et ofte overflødig tiltak fra bedriftens side. I slike sammenhenger blir terapi brukt på personer som egentlig ikke trenger det og andre mennesker som virkelig trenger hjelp får ikke den hjelpen de trenger.

*”Det å bruke terapi i selvtutvikling i bedrifter er et luksusproblem og en jålesak. Da har en ikke et problem”. (Ml).*

*”Selvtutvikling er mer luksus og da trenger man egentlig ikke å ha problemer i det hele tatt”. (Kh).*

Deltakerne synes at det er vanskelig å komme frem til en spesifikk type mennesker som går til psykolog, det kan være hvem som helst. Likevel fremhever samtlige grupper faktorer som utdanning og ressurser. Det er en antakelse at det i psykologens pasientgruppe finnes en høyere andel rikere og mer velstående mennesker, mennesker som i utgangspunktet har litt mer tid og penger enn gjennomsnittet av befolkningen. Intervjudeltakerne mener at det er dyrt å få psykologhjelp, og det økonomiske spørsmålet kan være en av grunnene for at det er en høyere andel mer ressurssterke mennesker som tar seg tid og råd til å oppsøke psykolog. Det er også en felles oppfatning blant deltakerne at det å benytte seg av psykolog er mer vanlig blant folk med høyere utdanning. En tenker at folk med høyere utdanning er flinkere enn andre til å søke hjelp selv, kanskje fordi det er mer akseptert og vanlig i denne gruppa av befolkningen å søke denne typen hjelp.

*”Det kan være hvem som helst. Folk med utdanning er kanskje flinkere til å søke hjelp enn andre. Verbale folk, terapi handler jo om å sette ord på ting. Ressurssterke mennesker siden det koster penger, noen drar mer nytte av tilbudet enn andre”. (Mh).*

*”Det å gå til psykolog handler om å ha ressurser og tid. Koster både tid, vilje og penger”. (Kh).*

*”Det er nok mer opplyste folk som går dit, de som vet at de kan søke hjelp”. (Ml).*

Individets egen motivasjon for å ordne opp i eget liv er en annen type forklaring på hvem det er som benytter seg av psykolog. Flere av deltakerne vektlegger mennesker som tørr å ta tak i egne problemer og som har akseptert at de har problemer, men som trenger hjelp med å løse dem. Det er kanskje i situasjoner der folk føler at de over lengre tid har stått fast i de samme problemene at de velger å oppsøke psykolog. Det å søke hjelp blir da ofte den siste utveien for mange etter at de føler at de har prøvd alt og når situasjonen føles håpløs. I slike tilfeller har det ofte gått lang tid og flere av deltakerne tror at personer da oppsøker psykolog etter oppfordring fra familie, nære venner eller fastlege. Det å tørre å søke hjelp blir av intervjudeltakerne sett på som en konstruktiv måte å ta ansvar for eget liv på, en handling som fortjener respekt.

*”De som går til psykolog har kanskje litt mer guts til å sparke seg selv bak, se at en har et problem”.* (M1).

*”Den som tørr å overgi seg, får hjelp”.* (Mh).

*”Det er smart å innrømme at man har et problem, da har man kommet et stykke på vei...”.* (K1).

Mennesker som oppsøker psykolog er ofte mennesker som har behov for både distanse og beskyttelse. Dette kan være mennesker som har opplevd ting som det er vanskelig å prate med andre om, opplevelser som kan være så vonde at en ikke greier å bearbeide dem selv. Det er en felles oppfatning i samtlige grupper at de fleste som oppsøker psykolog her i Norge ikke ønsker at andre skal vite om det. Det er lettere å si at en skal til lege enn å si at en skal til psykolog. På bakgrunn av denne informasjonen kan en kanskje tenke seg at de som oppsøker psykolog har et ønske om beskyttelse i form av at andre ikke skal vite at de benytter seg av den typen hjelp. Det at psykologen har taushetsplikt blir sett på som en positiv faktor, spesielt med tanke på at mange som går i terapi ikke ønsker at andre skal vite det. Til tross for dette er det et fremdeles syn i samtlige grupper at det er en stor terskel å krysse dersom en går til det skritt å oppsøke psykologhjelp.

*”En kan godt si at en skal til legen, men ikke at en skal til psykolog”. (Ml).*

*”Der er skremmende hvor mange mennesker som faktisk har det vondt. Og mange skjuler det...”. (Kh).*

*”Generelt skal det mye til før folk faktisk går til psykolog, stor terskel”. (Ml).*

I samtlige grupper fremheves det at det er en stor fordel å ha venner og familie som en kan diskutere problemer med og i mange sammenhenger kan det være greit å prate med en venn i første omgang. Men dersom problemene blir for store og det er ting en ikke greier å bearbeide selv, er deltakerne av den oppfatning at det kan det være lurt å oppsøke mer profesjonell hjelp. Det er svært positivt å ha venner, familie og kollegaer å støtte seg til, men det finnes også problemer som en ikke ønsker å belaste bekjente med. Av og til kan det være lettere å åpne seg for en utenforstående fordi det finnes ting som kan være lettere å si til en person som ikke kjenner deg så godt. I slike situasjoner kan det føles både trygt og godt å få prate med en utenforstående person som ikke kjenner en på samme måte som venner og familie gjør.

*”Dersom en har et problem, så hjelper det å prate med noen, ikke nødvendigvis en psykolog. Det kan være familiemedlemmer eller en kompis. Men av og til kan det være godt å prate med noen som ikke kjenner en så godt. Da kan en ta opp ting som en ikke vil at andre, som kjenner en, skal vite.” (Ml).*

*”Det at psykologen er en utenforstående spiller inn, der en kan ”tømme søpla si”. Det vil en ikke gjøre hos familie eller venner.” (Kh).*

*”Og det er lettere å tørre å blottlegge seg for en som ikke er din nære venn, du er litt brydd over enkelte ting og det er lettere å legge det fram for en som ikke kjenner deg.” (Kl).*

### **Kategori 3: Hvordan er veien frem til å få time hos en psykolog?**

Det er litt diskusjon og uklarhet mellom intervjudeltakerne omkring spørsmålet om hvordan en kommer i kontakt med en psykolog, men flere av dem mener at en må ha henvisning fra en lege. Utover dette synes det å eksistere uklare forestillinger om hvordan man lettest mulig kommer i kontakt med en psykolog. Deltakerne har inntrykk av at det er for dårlig kapasitet i hjelpesystemet til å ta seg av denne typen problemer og at det vanligvis er lange ventelister på å få time hos psykolog. I tillegg er det kostbart å gå når en først slipper til. Dersom en har nok penger er det nok lettere å gå utenom de lange ventelistene slik at en kan skaffe hjelp raskere. I samtlige grupper er det et fremtredende inntrykk at en enten må ha tilgang til mye penger eller at en må vente veldig lenge for å få psykologhjelp.

*”Det virker som om det er vanskelig å få time hos psykolog når du leser i avisene. Da er det ofte snakk om de som virkelig trenger det, de andre kan bare betale...”*  
(Kl).

*”Det er synd at det er så lang ventetid og at så mange må inn på disse dyre løsningene.”* (Kl).

Deltakere i den ene gruppa tenker at det å oppsøke psykolog forhåpentligvis kan være starten på en positiv prosess. Selv om man blir henvist til psykolog via fastlege, er det en fremtredende oppfattelse at det er mer eller mindre tilfeldig hvilken psykolog man ender opp hos dersom en trenger hjelp. Klienten får ikke velge psykolog selv, men må ta til takke med den han eller hun får tidelt. Noen av deltakerne poengterer at forskjellige psykologer jobber ut fra forskjellige tilnæringsmåter og som klient får en ikke noe informasjon om dette på forhånd. Noen ganger kan en kanskje få anbefalinger fra venner eller andre bekjente, mens andre ganger er det kanskje fastlege som kommer med forslag. Dersom en selv finner ut at en ønsker kontakt med psykolog, må en kanskje bare sende ut brev til forskjellige psykologer og da er det i alle fall helt tilfeldig hvem en får time hos. Deltakerne i den ene gruppa mener at det aller beste ville være å få anbefalt en psykolog

fra noen som selv har vært fornøyd med den aktuelle psykologen. Hvis en ikke kan få anbefalinger fra venner, vil være best å gå via fastlegen.

*”Jeg tror veldig mange får en form for veiledning gjennom fastlegen eller har en nær venn som anbefaler noe. Og hva fastlegen anbefaler avhenger jo av hvor godt han kjenner pasienten, det kan jo hende at man trenger mer psykiatrisk hjelp.”*  
(Kl).

*”Man må ta det en får, har ikke noe valg. Slik er hverdagen. Får ikke den en helst ville hatt.”* (Ml).

*”Det hele er litt diffust og uklart. Forskjellige psykologer jobber veldig forskjellig og det blir veldig subjektivt. Psykologene har gått ulike skoleretninger og en vet ikke selv hva en går til.”* (Mh).

#### **Kategori 4: Hvem er psykologen?**

Intervjudeltakerne blir bedt om å forklare hvordan de ville beskrevet hva en psykolog er til et yngre barn. Det gjennomgående svaret er at deltakerne ville sammenlignet psykologen med en lege. Det finnes mange forskjellige typer leger og psykologen kan beskrives som en ”snakke-lege”, en person en kan prate med om vanskelige ting. Deltakerne synes det er viktig å forsøke å forklare barnet hva en psykolog er på enklest mulig måte uten å bruke mange vanskelige ord og komplekse forklaringer.

*”En lege kan hjelpe dersom en har et sår i fingeren, mens en psykolog kan hjelpe dersom en har det vondt inni seg”.* (Ml).

*”Si det mest mulig som det er, at man går til en person man kan snakke med for å få hjelp. Behøver ikke utdype det mer.”* (Kl).

Psykologen blir videre beskrevet som en profesjonell samtalepartner som lytter og forsøker å hjelpe andre mennesker med å bearbeide vonde opplevelser. Psykologen lytter

til det klienten har å si, samtidig som det er forventet at han eller hun stiller ”de rette” spørsmålene. Det er gjennomgående i gruppene at psykologen bør være glad i andre mennesker og han eller hun bør ha et indre håp og tro på at terapi kan hjelpe klienten til et bedre liv. Informantene vektlegger også at psykologen har mye kunnskap, erfaring og innsikt omkring andre menneskers problemer.

*”Psykologer bør ha et stort ønske om å hjelpe mennesker, på en ekte måte kunne sette seg inn i personens problemer og prøve å gjøre hverdagen bedre gjennom samtaler.” (Kl).*

Samtlige grupper diskuterer skillet mellom psykologer og psykiatere, men det er noe uklarhet om hva som egentlig skiller de to profesjonene. Deltakere i en gruppe mener at de to yrkesgruppene går litt over i hverandre, men at begge grupper har som oppgave ”å kurere hodene til folk”. En annen mening er at det er lengden på utdannelsen som skiller psykologer fra psykiatere. Det er en tendens i gruppene til å tenke at det er klientens problematikk som avgjør hvem man ender opp hos. Noen antyder at det går et skille mellom klienter som trenger medisiner og som ender opp hos psykiatere og klienter som ikke trenger dette og som ender opp hos psykologen. Det råder også noe usikkerhet og uenighet om hvem som kan og ikke kan skrive ut medisiner.

*”En bruker psykiater dersom en har behov for medisiner, mer klinisk problemstilling. Psykologer jobber innen et bredere felt.” (Mh).*

*”Det er forskjell på psykolog og psykiater, en psykiater har medisinsk utdanning.” (Kl).*

*”Psykiatere forbindes mer med psykiatriske institusjoner. Det å gå til psykolog er mer for alle.” (Mh).*

*”For meg går skillet mellom en som kanskje har tvangstanker eller er manisk og må ha medisiner for å takle hverdagen. Dersom en går til psykolog, er en ikke så langt nede.” (Kl).*

### **Kategori 5: Hva er terapi?**

I gruppene er det dels varierende, dels uklare forestillinger om hva som egentlig foregår i terapisisituasjonen. Deltakerne forteller om både gode og dårlige erfaringer med psykologer som yrkesgruppe. En oppfatning er at terapi i første omgang kan virke både skummelt og farlig, mens en annen oppfatning er at terapi handler om noe positivt. I amerikanske filmer og tv-serier handler samtaleterapi om det å sitte i ring og prate om barndommen, men de fleste intervjudeltakerne har en oppfatning av at terapi foregår på en annen måte i virkeligheten. Deltakerne mener det er et noe stereotyp bilde dette at klienten ligger på en sofa inne på psykologens kontor. De fleste mener at terapi finner sted på et vanlig kontor der psykolog og klient sitter overfor hverandre. Noen av deltakerne tenker at det er brukt mye tid på interiør og fargevalg for at klienten skal føle seg vel.

*”Samtaleterapi høres litt skummelt, farlig og vanskelig ut. Det er litt hysj-hysj, ingen vet egentlig hva som foregår der.” (Mh).*

*”Hvorfor skal det være skummelt? Tror det henger mer igjen fra tidligere. Det er annerledes nå. I USA får en inntrykk av at alle har en egen ”shrink”. Det er mer akseptert nå.” (Mh).*

*”Jeg ser for meg at de sitter overfor hverandre og at pasienten sitter med et stort lommetørkle i hånden. Jeg ser for meg at psykologen prøver å få pasienten på gli...” (Kl).*

I forhold til hvor lenge terapi bør vare, så er deltakerne enige om at varigheten av terapi avhenger av problemenes størrelse og alvorlighetsgrad. Det finnes ingen grenser eller normer for hvor lenge terapien skal vare.



*”Noen ting er lettere å jobbe seg ut av, mens andre problemer ligger dypere og trenger mer tid.” (Ml).*

*”Varighet kommer an på problematikken. Kjenner folk som har gått i terapi i flere år, de synes det er godt å komme til psykologen for å få prate ut om ting.” (Mh).*

I samtlige grupper blir gruppeterapi diskutert som et alternativ til en-til-en samtaler og en gjennomgående oppfatning er at det kan være til stor hjelp å oppleve at det finnes andre som har det på samme måte som en selv. Det å få erfare at en ikke er alene om en lidelse og at andre strever med samme problemer som en selv kan ta bort mye av skammen ved det å være psykisk syk.

*”Det er viktig å få vite at en ikke er alene om en lidelse.” (Ml).*

*”Det er viktig at an som sliter kan møte andre som sliter med det samme. Det kan sprekke en ballong, viktig å få det normalisert” (Kl).*

De overnevnte faktorene; terapistedet, varigheten av terapi og alternativer til en-til-en samtaler, kan alle beskrives som rammefaktorer ved terapien. I tillegg til disse rammefaktorene går deltakerne nærmere inn på faktorer ved selve terapien. I samtlige grupper faller det mange uttalelser om at terapi innebærer mye prating, samtidig som psykologen av og til kommer med ubehagelige spørsmål. Det er også antakelse at psykologen kan provosere klienten litt på samme tid, for på denne måten å hjelpe til med å få ”satt ting på rett sted”. I tillegg hevder mange at psykologens oppgave i terapisisuasjonen er å hjelpe klienten til å bli i stand til å hjelpe seg selv etter hvert. Det er ønskelig at terapi skal hjelpe klienten med å få satt ting i perspektiv slik at han eller hun kan få litt system i kaoset av tanker og problemer. Terapien kan hjelpe klienten til å få satt ord på ting samtidig som han eller hun får satt fokus på det som bør jobbes videre med. Psykologen stiller spørsmål som er viktige for at klienten kan forstå seg selv på nye

måter og kan være med på å gi råd som pasienten kan bruke for å jobbe videre med seg selv siden det overordnede målet er at pasienten etter hvert skal finne veien på egen hånd. Det blir feil dersom psykologen kun forteller hva pasienten skal gjøre eller ikke gjøre. Deltakere i en av gruppene legger også vekt på at terapi ikke bare er det som skjer i timene sammen med psykologen, men at det også handler om å jobbe med ting selv mellom møtene. I samtlige grupper er det en rådende oppfatning at det er svært belastende og mentalt slitsomt å gå til psykolog. Det er krevende å utlevere seg selv på en slik måte og det kan være vanskelig å tørre å være seg selv.

*”Psykologen bevisstgjør i forhold til hva som er problemet og så må en jobbe videre med dette selv.” (Kh).*

*”Den tryggheten i å søke hjelp hos en annen person som har kompetanse i å lytte, det tror jeg kan hjelpe mange. Ikke at de skal si hva du skal gjøre, men de skal snakke slik at du selv finner ut av ting, at du har tillit til vedkommende så du skjønner at sånn og sånn bør jeg gjøre for å få det alright, men at du styrer det selv.” (Kl).*

*”Terapi handler om å jobbe med ting selv, det handler om det som skjer mellom møtene hos psykologen. Det nytter ikke å ha en ”quick-fix-forventning”.” (Mh).*

I diskusjonen omkring hva som bidrar til at det blir en god terapi, fremholdes det som overordnet viktig at klienten føler seg ivaretatt av psykologen. Dette innebærer at psykologen har tid til og viser ekte interesse for klienten, samt at forholdene blir lagt til rette for at klienten skal føle seg forstått og sett. Det er viktig at klienten ikke føler at hun eller han bare er ”et tilfelle”, men at personen blir møtt som akkurat den han eller hun er. Det fremheves også at trygghet og tillit til psykologen er en nødvendighet for at terapien oppleves som god, man må kunne stole på den man skal prate med. God kjemi og kommunikasjon mellom psykolog og pasient er også svært viktig. En har ikke god kjemi med alle og deltakerne mener at pasienter burde fått prøvd seg litt frem for å finne ”den rette” psykologen. Det å få aksept for problemene en kommer med står helt sentralt i

terapisituasjonen, en aksept som viser at psykologen virkelig forstår hvordan personen har det og hvorfor personen reagerer som han eller hun gjør. Deltakere i den ene av gruppene vektlegger også det de kaller profesjonell distanse, det vil si at selv om det skal være en nær relasjon mellom psykolog og pasient, er det også viktig med en viss distanse mellom dem.

*”Viktig med god kjemi, det er alfa og omega.” (Ml).*

*”Jeg tror at hvis psykologen skal kunne hjelpe, så må de prate samme språk. Psykologer er jo all slags folk og pasienter er all slags folk, kan ikke matche alltid.” (Kl).*

*”Tillit er viktig. Ville aldri utlevert meg til en jeg ikke hadde tillit til.” (Ml).*

*”Det er viktig å få en følelse av at det er ok å ha de følelsene en har. Få vite at en er normal, se ting fra en annen vinkel.” (Kh).*

*”Dersom psykologen blir for personlig, kan det ødelegge.” (Kh).*

For noen kan terapi fungere bra, men ikke for alle. Selv om flere av deltakerne ikke har umiddelbar tro på psykologhjelp, så både håper og tror de at behandling kan hjelpe i noen situasjoner. Det finnes flere typer psykologer som jobber med forskjellige problemer. Noen psykologer er kjempeflinke, mens andre er dårlige. Det å gå i terapi kan nok hjelpe noen, men ikke alle. Når terapi hjelper, vil det forhåpentligvis resultere i at klienten får mer selvrespekt, selvtillit og selvinnsett. Personen har da fått hjelp til å akseptere seg selv i større grad enn tidligere. Det å gå til samtalerterapi kan være starten på en lengre prosess med selvransakelse. Det er mye diskusjon innad i gruppene om det hjelper å gå til psykolog eller ikke og deltakerne har forskjellige meninger og erfaringer omkring temaet. Flere uttrykker seg slik at selv om en betaler for tjenesten, har en ingen garanti for at behandling hjelper, men håpet om at det skal hjelpe er jo der.

*”Har tro på samtale som terapiform, men til syvende og sist er det personen selv som må løse problemet.” (Kh).*

*”Håper jo at det hjelper. Går jo til psykolog fordi en håper og har en drøm om at denne personen kan hjelpe deg, så en får jo håpe...” (Ml).*

*”Er jammen ikke sikker, har aldri prøvd, men innbiller meg at det ikke hjelper. Jeg kjenner jo hun jeg snakket om og en til og ingen av dem har blitt noe bedre. Men mange trenger det og du hører jo i aviser og sånne ting. Vet ikke, men det burde jo hjelpe...” (Kl).*

*”Jeg tror det hjelper, det er i alle fall verdt å prøve, den sjansen må man gi seg selv.” (Kl).*

### **Forskjeller mellom/innad i gruppene**

Som nevnt tidligere er det gjennomgående likelydende forestillinger på tvers av gruppene, men langs et par dimensjoner kan det spores noen forskjeller. Disse følger først og fremst kjønn og utdanningsbakgrunn. Det er mer snakk om ulike nyanser enn om store forskjeller og jeg vil videre presentere disse nyanseforskjellene.

Det er en livlig diskusjon i samtlige grupper knyttet til spørsmålet om en kunne eller ville ha anbefalt eller oppfordret en venn å oppsøke psykolog. Deltakerne synes dette er et vanskelig spørsmål. Flere peker på at det ville være vanskelig å foreslå psykologhjelp direkte for en venn eller bekjent. Det kommer dels an på problemets art, og dels på om det finnes andre utenforstående som kan hjelpe i en eventuell krisesituasjon. I første omgang ville det vært lettere å foreslå fastlege, både fordi det er mindre kø der og fordi det er mindre stigmatiserende å gå til legen versus å gå til psykolog. I begge kvinnegruppene er man mer tilbakeholdne enn mennene med å si at de ville anbefalt andre å oppsøke psykolog. Kvinnene ville i første omgang ha anbefalt en annen type helsepersonell. Dersom de likevel skulle ha anbefalt psykolog, måtte det ha vært en psykolog de personlig kunne gått god for. Det kan altså se ut som om egen kunnskap om

kvaliteten på psykologen er med på å avgjøre om kvinnene vil anbefale psykologhjelp til andre eller ikke.

*”Vet ikke om jeg ville anbefalt psykolog. Ville først ha pratet og sett om det var noe vi kunne ha pratet sammen om. Hvis ikke, da ville jeg kontaktet mitt nettverk. Jeg hadde ikke bare slått opp i Gule sider og funnet en”. (Kl).*

*”En kan spørre vennen om han eller hun har pratet med noen andre om dette. Kan se situasjonen litt an. Må kjenne personen godt for å kunne anbefale psykolog.” (Kh).*

*”Dersom jeg hadde visst om en psykolog som var bra, da kunne jeg anbefalt. Ellers ikke.” (Kh).*

I de to mannegruppene er det også en høy terskel i forhold til å foreslå psykologhjelp til andre, men begrunnelsen er en annen. Det som vektlegges er at mennene føler at det er mer tabu for dem å oppsøke denne typen hjelp samtidig som de frykter at å anbefale psykolog kan virke fornærmende på den andre personen. Ved å oppfordre en annen person å ta kontakt med psykolog, antyder en på samme tid at vedkommende har problemer som han eller hun ikke selv greier å ta tak i. I mange tilfeller ville det oppleves som skummelt å foreslå psykolog direkte, men mennene skiller mellom det de kaller mindre alvorlig problematikk og mer ekstreme tilfeller. Dersom problemene har høy nok alvorlighetsgrad, ville mennene vært positive til å foreslå psykolog.

*”Det kommer an på... Litt vanskelig spørsmål. Ville i alle fall nevnt det dersom en selv ikke kunne hjelpe. Men ville ikke anbefalt direkte. Kan være litt tabu å foreslå psykolog direkte. Ville heller foreslått fastlege, det går raskere.” (Ml).*

*”Gutter har kanskje vanskeligere for å prate om problemer, da er det enda vanskeligere å foreslå profesjonell hjelp. Profesjonell hjelp høres kanskje litt*

*strengt ut. Viktig å ufarliggjøre først og så prøve å forklare at dette er en prosess". (Mh).*

*"Hadde ikke hatt problem med å anbefale terapi til en god venn dersom vennen sleit skikkelig, for eksempel med sosial angst. Må være et visst nivå på sykdommen." (Mh).*

*"Ved suicidalitet, folk som har opplevd dype traumer... Ja, da ville jeg anbefalt psykolog." (Ml).*

Når det gjelder virksomme faktorer i terapi vektlegges det i begge mannegruppene betydningen av klientens vilje og motivasjon til endring. Flere av mennene peker på at endring av atferd og tankemønster står sentralt, noe som videre innebærer at det må være fokus på det en ønsker å endre. I kvinnegruppene er dette faktorer som i liten grad blir omtalt. De legger heller større vekt på å finne en psykolog som passer.

*"En person som blir lagt inn under tvang, ønsker kanskje ikke selv å gå i terapi." (Mh).*

*"Viktig at en selv ønsker å komme frem til en løsning. En må ville det selv..." (Ml).*

Innenfor mannegruppen med høyest utdanning faller det flere utsagn om at psykologer må bli mer tydelige på hva de kan hjelpe med. De mener at det finnes forskjellige retninger innenfor psykologifaget og at det er vanskelig for klienten å vite hvem som står for hva. Når man er hjelpesøker er dette svært vanskelig å finne ut av. Det etterlyses at den enkelte psykolog blir tydeligere på å beskrive hva slags behandling han eller hun kan tilby. Forskjellige metoder passer for forskjellige personer. Dette temaet berøres ikke av de tre øvrige gruppene.

*”Psykologer må bli mer tydelige på hva de kan hjelpe med. Det er forskjellige retninger, men hvem står for hva? Savner tydelighet. Det er uklart nå” (Mh).*

En annen nyanseforskjell mellom gruppene er at det kan se ut som om kvinnene har mer personlig erfaring med det å gå til psykolog, enten fordi de selv har gått til psykolog eller fordi familie eller venner har fortalt om sine erfaringer. Gruppen med kvinner lav utdannelse uttrykker flest historier der de selv eller noen de kjenner har hatt dårlig erfaring med det å søke hjelp hos psykolog og videre følger noen eksempler på slike historier:

*”Det er sikkert mange psykologer som kaller seg andre ting. Jeg vet om en tragisk greie, en som driver fargeterapi, det skulle ikke vært lov. Det er en type psykologi”. (Kl).*

*”Jeg har en datter som har hatt spiseforstyrrelser. Hun er totalt ødelagt av kommunal psykolog i BUP, fullstendig vrak. For dama gravde bakover fra fødselen av. Men så fikk hun hjelp fra psykologer i Olympiatoppen, de tar seg av kroppen, muskelmassen og sånn. Derfor er jeg sånn... Psykologer... Det kommer an på hvilken type psykolog...”. (Kl).*

*”For tyve år siden hadde jeg en venninne som var lagt inn på Gaustad. (...) I en periode var hun alright og i andre perioder var hun håpløs. Hun traff en psykolog ute som begynte å danse med henne fordi han syntes det var så spennende å forske på hvordan hun oppførte seg. Plutselig sa han at nå er hun helt ille, så han sørget for at hun ble lagt inn en uke og så var hun ute igjen. Han brøt inni livet hennes med piller og alt, men ingen reagerte, verken foreldre eller andre. Så jeg har litt delte meninger om dette, men han har sluttet å jobbe for mange år siden. Hun ble helt ødelagt rett og slett”. (Kl).*

*”Jeg er skeptisk. Jeg har tre stykker i nær familie som har... En måtte vi nesten redde for han gikk i fargeterapi. Han bare takker i dag for at han kom seg vekk fra det, han ble hjernevasket”. (Kl).*

### Oppsummering

Jeg har nå presentert resultatene fra undersøkelsen. Den første delen tok for seg de fem hovedkategoriene, mens siste del så nærmere på de nyanseforskjeller som kom til uttrykk gjennom fokusgruppene. Videre følger en drøfting av resultatene.



## DISKUSJON

Undersøkelsens resultater viste ikke tydelige forskjeller mellom fokusgruppene, men det var likevel tendenser til nyanseforskjeller som kan ses i forhold til variablene kjønn og utdanningsbakgrunn. Jeg vil videre drøfte noen utvalgte sider ved resultatene, dels i lys av tidligere forskning som er gjort og dels med tanke på hvilke implikasjoner dette kan ha for psykologer. Jeg har tidligere pekt på mulige svakheter ved metoden som er brukt og leseren bør ha disse reservasjonene med seg når resultatene drøftes. Jeg vil i første omgang se nærmere på de generelle holdninger som kom frem i undersøkelsen, deretter vil jeg diskutere tema som representerte større grad av nyanseforskjeller mellom og innad i gruppene.

### **Generelle holdninger i fokusgruppene**

Hva kan sies å være deltakernes tanker om og forventninger til det å gå i terapi? I samtlige fokusgrupper hadde en lignende tanker om hvem det er som trenger psykologisk hjelp. Som nevnt tidligere skiltes det mellom personer med mer dagligdagse problemer og personer med psykisk sykdom. Det ble tatt i bruk mer negativt ladede ord for å beskrive personer med psykisk sykdom, for eksempel beskriver en deltaker disse personene som ”å være litt psyko”. Ut fra diskusjonen i fokusgruppene ser det ut som om det er flere nyanser av hvem det er som kan trenge psykologisk hjelp, det kan være mennesker som er midt oppi en akutt livskrise og det kan være mennesker som har slitt med de samme problemene år etter år. I følge epidemiologisk data er det kun en svært liten del av de individene som trenger psykologisk hjelp ut fra deres diagnostiske status, som faktisk oppsøker profesjonell hjelp (Clarkin & Levy, 2004). Videre er det verd å merke seg at en stor del av klientene velger å avslutte kontakten etter kun ett eller noen få møter med hjelpesystemet. Faktorer som har innvirkning her er negative holdninger i forhold til terapeuten eller et dårlig inntrykk av psykososial behandling på et mer generelt grunnlag. På grunn av at så mange klienter avslutter behandlingen på et så tidlig tidspunkt, er det stor grunn til å tenke at dette forskningsområdet videre bør prioriteres.

Når det gjelder hvem som benytter seg av psykologisk hjelp, så ble flere faktorer løftet frem av deltakerne. En felles holdning var at det er blitt mer vanlig å gå til psykolog i løpet av de siste årene. Noen deltakere mente at det nå nesten var blitt litt moderne og trendy å gå i terapi, mens andre mente at det ville være flaut å fortelle andre at en gikk til psykolog. Til tross for variasjoner i holdninger omkring hvem som benytter seg av psykologisk hjelp, så ble det å tørre å søke hjelp for å få ordnet opp i egne problemer gitt stor respekt. Forskningsresultater viser at det i den generelle populasjonen er de som rapporterer høy grad av emosjonelt stress (Veroff, Kulka & Douvant, 1981), de som viser psykologiske symptomer (Boyd, 1986; Yokopenic, Clark & Aneshensel, 1983), og de som ser på egen mentale helse som dårlig (Leaf, Livingston, Tischler, Weissman, Holzer, & Myers, 1985) som har størst sannsynlighet for å oppsøke profesjonell hjelp. Stress i seg selv er ikke en avgjørende faktor for at folk søker hjelp, men forskning viser at de som søker hjelp opplever emosjonelt stress på en mer intens måte enn andre (Goodman, Sewell & Jampol, 1984). Det er også større sannsynlighet for at disse personene har dårligere sosial støtte fra venner og familie (Birkel & Reappucci, 1983). Kvinner har større sjanse for å søke både profesjonell hjelp (Horwitz, 1977; Kessler, Brown & Broman, 1981).

Det var mye diskusjon og uklarhet i forhold til spørsmålet om hvordan en får time hos en psykolog. Forventning om dårlig kapasitet i hjelpesystemet og lange ventelister for å få time var fremtredende i samtlige fokusgrupper. Mange av deltakerne uttrykte at det er et problem at en må stå så lenge på ventelister uten å få vite noe som helst om hva man venter på. I gruppediskusjonene ble det poengtert at det finnes forskjellige psykologiske retninger og arbeidsmåter, men at klientene ikke fikk vite nok om dette på forhånd. En nærmere beskrivelse av psykologen var at han eller hun kunne sammenlignes med en lege. Flere av deltakerne ville brukt ordet "snakke-lege" dersom de skulle forklare et barn hva en psykolog er. Videre var det en forventning om at psykologen på den ene siden skulle lytte til det klienten hadde å si og på den andre siden skulle komme med viktige spørsmål. Differensieringen mellom psykologer og psykiatere ble diskutert i samtlige grupper uten at diskusjonen ledet frem til noe felles konklusjon. Dette er et tema jeg kommer tilbake til senere.

Det var uklare og varierende forventninger i forhold til hva terapi innebærer. Noen mente at terapi kunne virke litt skummelt, mens andre mente at terapi handlet om noe positivt. Denne variasjonen kan ha sammenheng med deltakernes forskjellige erfaringer med psykologer. Noen har venner eller bekjente som har gått i terapi, mens andre har gått i terapi selv og dette er erfaringer som kan være med på å farge personens forventninger om hva terapi er. Videre i diskusjonen satte deltakerne fokus på viktige faktorer for å få til en god terapisituasjon. Det var en felles holdning blant deltakerne at psykologens rolle skulle være å hjelpe klienten til å hjelpe seg selv på sikt. Det overordnede målet i terapien skulle være at klienten skulle finne veien på egen hånd etter hvert. I forbindelse med spørsmålet om hva som kan bidra til en god terapi, var det en felles oppfatning at klienten måtte føle seg ivaretatt av psykologen. Ivaretagelse innebar i dette tilfellet viktige faktorer som trygghet og tillit til terapeuten, god kjemi og kommunikasjon, aksept og forståelse. Flere av deltakerne poengterte at en ikke har god kjemi med alle og med utgangspunkt i dette burde klienter fått prøve seg litt frem for å finne en psykolog som passet. På grunn av at klienten betaler for denne tjeneste, burde han eller hun hatt litt flere valgmuligheter å velge mellom. En klar holdning blant deltakerne var at psykologisk behandling fungerte bra for noen, men ikke for alle. Det var flere av deltakerne som på den ene siden uttrykte skepsis til psykologisk hjelp, mens de på den andre siden også uttrykte et håp om at en slik type hjelp kunne fungere i vise situasjoner. Det var stor diskusjon i samtlige grupper i forhold til spørsmålet om terapi hjelper eller ikke og noen klar konklusjon ble ikke lagt frem.

### **Ambivalens i forhold til å søke behandling**

Temaet som bidro til mest diskusjon og ambivalens hos deltakerne, var spørsmålet om de hadde kunne ha anbefalt en venn å oppsøke psykolog dersom de visste at vennen deres hadde problemer. Diskusjonen i gruppene førte ikke frem til noen entydige konklusjoner. Kvinnene ville i første omgang ha anbefalt en annen type helsepersonell, både på grunn av kortere ventetid og på grunn av at det å gå til psykolog kan oppleves som mer stigmatiserende. For kvinnene var det også viktig at de selv kunne gå god for psykologen de i tilfelle skulle anbefale. Dersom de ikke visste nok om denne psykologen, ville de

heller ikke anbefale hun eller ham til andre. Mennene la problematikkens alvorlighetsgrad til grunn for om de ville anbefalt psykolog eller ikke. Dersom problemene var alvorlige nok, kunne de anbefalt vennen å oppsøke hjelp. I samtlige grupper valgte man i tilknytning til spørsmålet å fremheve betydningen det å kunne prate med familie og venner dersom en har det vanskelig. Med andre ord betones dette som førstevalget, før psykologen. Psykologen blir først aktuell innenfor rammen: ”I noen tilfeller kan det likevel være godt å prate med en utenforstående”. I slike tilfeller tenkte deltakerne at noen problemer kan være av en slik art at en ikke ønsker å diskutere dem med andre som kjenner en, både av hensyn til seg selv og av hensyn til den andre part. I slike situasjoner kunne det noen ganger føles tryggere å prate med en nøytral person.

Psykoterapiforskningen vektlegger erkjennelsen av ambivalens som essensiell for både behandlingsrelasjon, klientens engasjement i behandlingen og utfallet av terapien (Bachelor & Horvath, 1999). Det å skulle eksponere egne tanker og følelser som en i utgangspunktet synes er problematiske kan føles som vanskelig for de fleste av oss. Følelse av sårbarhet og frykt for å ikke bli forstått, kan i noen tilfeller føre til at en person velger å ikke søke hjelp selv om behovet for hjelp er tilstede. Usikkerhet i forhold til det å søke hjelp er svært vanlig (Håland, 1999). Den som søker hjelp kan frykte nedvurdering, manglende forståelse og mer skyldfølelse fra terapeutens side. Slike bekymringer kan gjøre at personen preges av angst og utrygghet.

Min forståelse av deltakernes holdninger er at det i første omgang er det best å ha familie eller nære venner å støtte seg til dersom en har problemer. Hvis problemene er av en slik art at en ikke ønsker å belaste venner eller familie med dem, vil en kanskje lete etter andre mulige utenforstående hjelpere. Hva er det da som får kvinnene til å anbefale andre å søke hjelp hos en annen type helsepersonell fremfor psykologer? Og hvorfor føler mennene at problemene må være ekstreme før de kan anbefale andre å søke psykologhjelp? På den ene siden kan det å i første rekke bruke eget nettverk som støtte betraktes som en sunn holdning. På den andre siden kan det vitne om at terskelen for å søke hjelp hos psykologen er usedvanlig høy. Den siste forklaringen samsvarer med det

at flere av deltakerne uttrykker at å søke psykologhjelp er en siste utvei når problemer har eksistert over lengre tid og når personen er utslitt og føler at alt er håpløst.

### **Motivasjonens betydning**

I gruppeintervjuene var det kun mennene som fremhevet klientens egen vilje og motivasjon som viktige faktorer for virksom terapi. Det de la særlig vekt på var at klienten selv ønsket å endre seg og at egen motivasjon var av overordnet betydning for at terapien skulle fungere. Mennene diskuterte også at personer som blir tvunget til psykologisk behandling antagelig ikke er motivert på samme måte som personer som selv velger å oppsøke hjelp. Dersom klienten selv ikke har et ønske eller et behov om å endre seg, vil det være vanskeligere å få til et godt samarbeidsforhold mellom klienten og terapeuten.

I følge Duncan, Hubble & Miller (1997) er alle klienter er motiverte. De klienter som blir beskrevet som umotiverte, bør heller sies å være klienter som har en motivasjon som ikke passer sammen med terapeutens mål og forventninger. Motivasjon er en dynamisk prosess som påvirkes av andre persons bidrag til interaksjonen. På bakgrunn av dette kan motivasjon ses på som en kontekstuell faktor mer enn en personlig determinant. Dersom en tar utgangspunkt i Duncan et al., (1997) sitt synspunkt om at det ikke finnes umotiverte klienter, må et sentralt spørsmål for psykologer være hvordan en kan skape motivasjon hos en klient som oppleves som umotivert? Det at det var mennene var mest opptatt av klientenes motivasjon og vilje i forhold til terapi samsvarer ikke med tidligere nevnte undersøkelser om forventninger til terapi. For eksempel fant Tinsley et al. (1980) at kvinner hadde signifikant høyere skårer enn mennene når det gjaldt forventninger om klientens egen ansvarsfullhet, åpenhet og motivasjon i terapisisituasjonen. Det samme fant Hardin & Yanico (1983) i sin undersøkelse der kvinner hadde høyere forventninger til klientens motivasjon, åpenhet og ansvar.

En kan spørre seg hvorfor holdningene som kommer til uttrykk i fokusgruppene i forhold til motivasjon skiller seg fra de overnevnte studiene. Kan valg av metode ha hatt innvirkning på resultatene? Er det mulig at vi ville fått et annerledes resultat dersom vi

hadde tatt i bruk standardiserte spørreskjemaer? Eller kan en finne andre grunner for dette resultatet? Som nevnt tidligere kan det se ut som at mennene i denne undersøkelsen legger problemenes alvorlighetsgrad i bunn når de skal vurdere om en person trenger psykologisk hjelp eller ikke. På bakgrunn av dette kan en tenke at mennene har en holdning som sier at en går ikke i terapi uten at det *virkelig* er nødvendig, noe som videre kan tyde på at menn kanskje har en høyere terskel å overskride dersom de går til det skritt å søke psykologisk hjelp. Med utgangspunkt i denne hypotesen, kan en tenke seg at når først mennene har krysset denne terskelen har de sett og erkjent at de virkelig trenger hjelp, noe som videre kan komme til uttrykk gjennom høyere grad av motivasjon for å forandre ting.

### **Mentalt slitsomt å gå i terapi**

Deltakernes holdninger i forhold til hvordan det ville føles å gå i terapi var at det ville oppleves som både belastende og mentalt slitsomt. I samtlige grupper var det altså forventninger om at terapi ville innebære å gå inn i svært smertefulle ting. I tillegg mente deltakerne at det vil være krevende å utlevere seg selv på en slik måte.

Deane (1992) sammenlignet forventninger mellom klienter fra New Zealand og klienter fra USA. Han fant at klienter fra NZ ikke forventet å måtte diskutere vanskelige eller ubehagelige tema i terapien, mens USA utvalget forventet dette i større grad. Klienter fra NZ forventet å gjøre fremgang i terapien uten anstrengelse eller ubehag, en forventning som står i sterk kontrast med holdningen om at virkelig endring skjer gjennom smerte. Er det slik at forventninger om at terapi innebærer å gå dypere inn i vanskelige og ubehagelige tema er kulturelt betinget? Utvalget fra USA forventet i større grad at terapi ville være belastende og denne forventningen samsvarer med resultatet fra fokusgruppeintervjuene. Kanskje er det slik at ”den norske holdningen” i forhold til terapi er farget av påvirkning fra holdninger og inntrykk fra USA? I samtlige fokusgrupper var inntrykket at amerikanske filmer og kultur hadde vært med på å ufarliggjøre det å gå til psykolog.

Med utgangspunkt i fokusgruppediskusjonene kan det være viktig å se nærmere på i hvilken grad relasjonen mellom klient og terapeut kan påvirkes dersom klientens forventninger om ”de smertefulle” ikke blir innfridd. Mange terapeuter jobber ut fra løsningsorienterte tilnærminger med fokus på løsninger og klientens ressurser. Denne måten å jobbe på skiller seg fra psykodynamisk tradisjon der en fokuserer mer på å finne årsaker på hvorfor problemene er oppstått. Et viktig spørsmål i denne sammenhengen er om en slik type diskrepans mellom forventning og det klienten faktisk møter kan få negative konsekvenser for den videre terapien.

### **Beskyttelse og distanse**

Deltakerne i fokusgruppene mente at det i visse situasjoner kunne være en fordel å få hjelp fra en utenforstående person som ikke kjenner en på samme måte som familie og nære venner gjør. I disse tilfellene handlet det ofte om problemer som en ikke ønsket at bekjente skulle vite om eller det kunne være ting en ikke ønsket å belaste venner eller familie med. Det at psykologen har taushetsplikt ble sett på som noe positivt i denne forbindelse. Personen som søker hjelp har da en sikkerhet i forhold til at det som blir sagt i terapisisituasjonen vil forbli mellom klienten og psykologen. Deltakerne uttrykte også at det kunne være godt at en helt objektiv person kunne se klientens problemer med nye øyne. Noen av deltakerne vektla viktigheten av det de kalte profesjonell distanse. Med dette mente de at det var viktig med en nær relasjon mellom terapeut og klient, men at det også var viktig med en viss distanse mellom dem. For eksempel ville flere av deltakerne følt det litt ubehagelig dersom psykologen fortalte for mye fra sitt privatliv.

Min forståelse av dette er at mennesker som oppsøker psykologisk hjelp kan sies å ha et ønske om beskyttelse. Ut fra fokusgruppens diskusjon er det å søke psykologisk hjelp en siste utvei for de fleste og da kan en av grunnene være at det dreier seg om ting en helst ikke vil at venner og bekjente skal vite. I møtet med en psykolog vil personen være beskyttet i henhold til psykologens taushetsplikt og dette kan være en trygghet for mange når de først søker hjelp. Klienten kan være sikker på at det som blir sagt og fortalt i terapisisituasjonen forblir et anliggende mellom klient og psykolog. Taushetsplikten alene er nok likevel ikke tilstrekkelig for at alle klienter skal føle seg trygge i terapisisituasjonen.

Det er mange faktorer som skal være på plass for at den terapeutiske relasjonen skal fungere optimalt og faktorer som tillit til terapeuten og kjemi mellom terapeut og klient er sentrale her. En nær relasjon mellom terapeut og klient er viktig men denne nærheten må også balanseres med klientens behov for distanse, en distanse som vektlegger psykologen som en utenforstående som kan møte problemene med objektive øyne. Som psykolog må en være i stand til å veksle mellom det å leve seg inn i de affekter som kommer til uttrykk gjennom klienten og det å trekke seg tilbake for å kunne observere det som skjer fra et mer objektivt ståsted.

### **Skillet mellom psykologer og andre typer terapeuter**

Deltakerne hadde visse tanker i forhold til hva psykologer gjør, blant annet var det forventet at psykologen skulle lytte og forsøke å hjelpe. Undersøkelsen viste likevel at det var stor uklarhet omkring hva som skilte psykologer fra andre typer behandlere. I samtlige grupper ble skillet mellom psykologer og psykiatere diskutert uten at en kom frem til en entydig konklusjon om hva som skilte disse. Deltakerne var enige om at de var forskjellige, men det var vanskelig å beskrive nøyaktig hva det var som gjorde dem forskjellige. Blant kvinnene kom det frem flere historier som omhandlet personlige eller andre bekjentes dårlige erfaringer med terapi og psykologer. Det er verdt å merke seg at kvinnene her pratet om dårlig erfaring med psykologer, men at det i noen tilfeller viste seg at det var andre typer terapeuter de pratet om, for eksempel fargeterapeuter. Det kan med andre ord se ut som om flere av kvinnene i dette utvalget satte likhetstegn mellom alle typer terapeuter.

Det finnes et mylder av forskjellige typer hjelpere ute i samfunnet og det er vanskelig å skille mellom dem. Slik det er i dag er det mange yrkesgrupper som kan kalle seg terapeut, men det kan være vanskelig for mannen i gata å vite hva som skiller de forskjellige typene. I samtlige fokusgrupper er det mye som tyder på at skillet mellom psykologer og andre typer behandlere er svært uklart. Det kan se ut som om deltakerne har et klarere bilde av hva en lege er og hva en lege gjør. Kanskje kan dette ha sammenheng med at psykologifaget er relativt nytt i Norge, både når det gjelder forskning og profesjon. Psykologer har ikke hatt god nok tid til å etablere seg med en



solid og tydelig grunnmur i bunn. Dersom deltakernes usikkerhet om hva som skiller psykologer fra andre typer behandler er representativt for holdninger i befolkningen er det stor grunn til at psykologer bør gi bedre informasjon om hva som er særskilt ved deres tilbud.

### **Forskjeller på psykologisk behandling**

Det var kun innenfor gruppa av ”menn høy utdanning” at deltakerne kom med et ønske om at psykologer må bli tydeligere på hva de kan hjelpe med. I denne gruppen hadde man merket seg at det finnes mange forskjellige retninger innenfor psykologien og at det som klient var vanskelig og kaotisk å finne ut av dette på egen hånd. Deltakerne i denne fokusgruppen tenkte at siden mennesker er forskjellige, vil en ha ulike preferanser for hva en ønsker i terapi og da er det viktig å kunne forstå hvordan de forskjellige psykologene jobber.

Det er tidligere referert til forskning som viser at det er alle relasjonsaspektene og ikke de spesifikke teknikkene som er viktigst når det gjelder resultat av terapi (for eksempel Lambert & Bergin, 1994; Wampold, 2000). Det er også forskningsresultater som tyder på at det kan finnes en sammenheng mellom klienters forventninger og resultat på terapi, forventninger som medieres gjennom den terapeutiske alliansen (Joyce & Piper, 1998). Et viktig spørsmål i denne sammenheng blir da hvordan den behandlende psykologen skal forholde seg til klienters ønske om mer informasjon i forhold til forskjellige teknikker og metoder på den ene siden og forskningens funn som sier at type tilnærming ikke har betydning for utfall på den andre siden.

Selv om det ikke er påvist at en metode kan gi bedre resultater enn en annen metode, så er det likevel viktig å ta klientens ønsker og forventninger på alvor. Dersom en klient har forventninger og ønsker i forhold til terapien han eller hun skal inn i, er det viktig at klienten kan føle seg møtt i forhold til disse ønskene. Undersøkelsens resultater kan tyde på at det er viktig for klienten å ha flere valgmuligheter når det gjelder psykolog og type hjelp. Det at klienten får mer informasjon på forhånd om hvordan forskjellige typer psykologer jobber, kan være med på å legge forholdene til rette på et tidligere tidspunkt

for at en god allianse kan oppstå. Deltakerne i fokusgruppene sier at god kommunikasjon og kjemi er helt sentrale faktorer for at terapi skal fungere, og det at klienter på forhånd kan velge ut en retning de tror kan passe for seg, kan kanskje gjøre terapien mer forståelig og effektiv for en type klienter. Mennesker er forskjellige og noen trenger mer tid til å prøve seg frem og har kanskje ikke like sterke preferanser som andre. Psykologer har selv et bilde av hva psykologer gjør og en formening om hva psykoterapi bør innebære. Deltakerne i fokusgruppene mente derimot at det er vanskelig å få et klart bilde av hva psykologer kan hjelpe med og hva som skal skje i terapi. Selv om det kun er en av gruppene i undersøkelsen som eksplisitt fremmer et ønske om mer klarhet fra psykologene som yrkesgruppe, tyder undersøkelsens funn på at det er stor uklarhet omkring dette temaet i samtlige grupper.

### Oppsummering

Jeg har nå forsøkt å drøfte utvalgte sider ved undersøkelsens resultater. Første del har sett på deltakernes generelle holdninger i forhold til å gå i terapi. De fem hovedkategoriene viser mange likheter på tvers av gruppene og det er mange felles antakelser omkring terapi. Til tross for få forskjeller mellom gruppene har det vært viktig for meg å løfte frem de ulikheter som har kommet til syne. Min oppfatning er at mye viktig informasjon kom til uttrykk i de situasjonene der deltakerne hadde de største diskusjonene. Mye diskusjon så ut til å være uttrykk for at mange av deltakerne hadde mye på hjertet og på grunn av dette kom flere nyanser til overflaten. Ambivalens i forhold til det å søke psykologisk hjelp var mest fremtredende når en ser på forskjeller innad i gruppene. Deltakernes uklarhet i forhold til forskjellige terapeuter og forskjellige terapitilnærminger var også fremtredende. Dersom en kan trekke deltakernes holdninger og tanker om disse temaene videre til den generelle befolkningen, er oppfatningen min at det er behov for at psykologer står frem som mer konkrete og klare om hva deres oppgaver er og på hvilken måte de kan hjelpe til.

## KONKLUSJON

Datamaterialet ble samlet inn ved hjelp av fire fokusgruppeintervjuer og analysen ble gjort med utgangspunkt i videoopptak og notater fra intervjuene. Deltakerne var på forhånd fordelt på forskjellige grupper på bakgrunn av variablene kjønn og utdanningslengde. Resultatene viste mange likheter når det gjelder deltakernes tanker, holdninger og forventninger i forhold til det å gå i terapi og det kom ikke frem tydelige forskjeller mellom gruppene. Men til tross for flere likheter enn forskjeller kunne en også spore noen viktige nyanseforskjeller mellom gruppene og innad i gruppene. Klienters forventninger til hva som møter dem i en terapisisituasjon er viktig for å kunne møte klienten der han eller hun er. En slik tilpasning i forhold til klienten vil forhåpentligvis kunne ta bort mye av den uklarheten som nå ser ut til å finnes omkring det å gå i terapi. Det å ta klientens ønsker på alvor vil sammen med andre faktorer, som for eksempel terapeutisk allianse, kunne være med på å påvirke terapiens resultat på en positiv måte. Med tanke på undersøkelsens utvalg og flere andre faktorer som jeg tidligere har nevnt er det vanskelig å fastslå om de holdninger og tanker som her kommer frem kan sies å være representative holdninger i den generelle befolkningen. Men dersom en antar at en kan finne igjen lignende holdninger i resten av befolkningen, har undersøkelsen lagt frem flere viktige implikasjoner som kan være nyttige for terapeuter å ta med seg i sitt møte med fremtidige klienter. Mest fremtredende i fokusgruppediskusjonen var deltakernes ambivalens i forhold til det å søke psykologisk hjelp. I tillegg viste også resultatene at det var mye uklarhet omkring hva som skiller psykologer fra andre typer behandlere.

## REFERANSER

- Ackerman, S.J. & Hilsenroth, M.J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 171-185.
- Ackerman, S.J. & Hilsenroth, M.J. (2003). A review of therapists characteristics and techniques positively impacting th therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33.
- Alexander, L.B. & Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. I: D. Howe (ed.), *On being a client. Understanding the Process of Counselling and Psychotherapy*. London. SAGE Publications.
- Bachelor, A. & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. I: M.A. Hubble, B.Duncan & S.Miller (eds.), *Heart and soul of change* (s 133-178). Washington DC: American Psychological Association.
- Bergin, A.E. & Garfield, S.L. (1994). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th ed.). New York: Wiley & Sons.
- Birkel, R.C. & Reappucci, N.D. (1983). Social networks, information-seeking, and the utilization of services. *American Journal of Community Psychology*, 11(2), 185-205.
- Bloor, M., Frankland, J., Thoms M. & Robson, K. (2001). *Focus Groups in Social Research*. London. SAGE Publications.
- Boyd, J.H. (1986). Use of mental health services for the treatment of panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143(12), 1569-1574.
- Charmaz, K. (1995). Grounded Theory. I J.A. Smith, R. Harrè & L.Van Langenhove (eds.), *Rethinking methods in psychology*. London. SAGE Publications.
- Charmaz, Kathy (2006): *Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis*. London. SAGE Publications.
- Clarkin, J.F. & Levy, K.N. (2004). The Influence of Client Variables on Psychotherapy. I A.E. Bergin & S.L. Garfield, S.L. (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed.), (s.194-226). New York: Wiley & Sons.

- Craig, S.S. & Hennessy, J.J. (1989). Personality Differences and Expectations About Counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 36(4), 401-407.
- Creswell, J.W. (1994). *Research Design Qualitative & Quantitative Approaches*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design. Choosing Among Five Traditions*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Deane, F. (1992). Pretreatment Expectations of New Zealand Clients Receiving Cognitive-Behavioural Psychotherapy: Comparison With a North American Sample. *International Journal of Social Psychiatry*, 38(2), 138-149.
- Duncan, B.L., Hubble, M.A. & Miller, S.D. (1997). *Psychotherapy with "impossible" cases: The efficient treatment of therapy veterans*. New York: Norton.
- Evans, T.D. (2000). Om psykologi, myter og vitenskap. I: A. Holte, M.H. Rønnestad & G.H. Nielsen (red.), *Psykoterapi og psykoterapiveiledning* (s. 147-165). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Frank, J.D., Gliedman, L.H., Imber, S.D., Stone, A.R., & Nash, E.H. (1959). Patients expectancies and relearning as factors determining improvement in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 115(11), 961-968.
- Gale, J. (1992). A field guide to qualitative inquiry and its clinical relevance. *Contemporary Family Therapy*, 15(1), 73-91.
- Garfield, S.L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. I S.L. Garfield & A.E. Bergin (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed). New York: Wiley & Sons.
- Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1967): *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.
- Glase, B.G. (1978). *Theoretical sensitivity*. Mill Valley, CA. The Sociology Press.
- Glaser, B.G. (2001). *The Grounded Theory Perspective: Conceptualization Contrasted with Description*. Mill Valley, CA.: Sociology Press.
- Goodman, S.H., Sewell, D.R. & Jampol, R.C. (1984). On going to the counselor: Contributions of life stress and social supports to the decision to seek psychological counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 31(3), 306-313.
- Halkier, B. (2003): *Fokusgrupper*. Fredriksberg. Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag.

- Hardin, S.I. & Yanico, B.J. (1983). Counselor Gender, Type of Problem, and Expectations About Counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 30(2), 294-297.
- Horvath, A.O. & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38, 139-149.
- Horwitz, A. (1977). The pathways into psychiatric treatment: Some differences between men and women. *Journal of Health and Social Behavior*, 18, 169-178.
- Howe, D. (1993). *On being a client. Understanding the Process of Counseling and Psychotherapy*. London. SAGE Publications.
- Håland, W. (1999). Utvikling gjennom dialog – som livsprosjekt og som terapeutisk prosjekt. I E.D. Axelsen & E. Hartmann (red.), *Veier til forandring: virksomme faktorer i psykoterapi*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Joyce, A.S. & Piper, W.E. (1998). Expectancy, the Therapeutic Alliance, and Treatment Outcome in Short-Term Individual Psychotherapy. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7(3), 236-248.
- Kessler, R.C., Brown, R.L. & Broman, C.L. (1981). Sex differences in psychiatric help-seeking: Evidence from four large-scale surveys. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 49-64.
- Kruuse, E. (2001). *Kvantitative forskningsmetoder i psykologi og tilgrænsende fag*. København: Dansk psykologisk Forlag.
- Kvale, Steinar (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Lambert, M.J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. I: Hubble, M.A., Duncan, B.L. & Miller, S.D., (eds.), *The Heart & soul of change: what works in therapy* (s. 23-55). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Lambert, M.J. & Bergin, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. I A.E. Bergin & S.L. Garfield (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th ed). New York: Wiley & Sons.

- Leaf, P.J., Livingston, M.M., Tischler, G.L., Weissman, M.M., Holzer, C.E. & Myers, J.K. (1985). Contact with health professionals for the treatment of psychiatric and emotional problems. *Medical Care*, 23, 1322-1337.
- Lehoux, P., Poland, B. & Daudelin, G. (2006). Focus group research and "the patients view". *Social Science & Medicine*, 63(8), 2091-2104.
- Martin, D.J., Garske, J.P. & Davis, M.K. (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.
- Morgan, D.L. (1993). Future Directions for Focus Groups. I D. Morgan (ed.), *Successful Focus Groups*. London: SAGE Publications.
- Morgan, D.L. (1997). *Focus Groups as Qualitative Research*. London: SAGE Publications.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1975). *Varieties of Psychotherapeutic Experience*. New York: Teachers College Press.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K. & Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – Noch einmal. I A.E. Bergin & S.L. Garfield (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (s 270-376). New York: Wiley & Sons.
- Orlinsky, D.E., Rønnestad, H.M. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. I: M.J. Lambert (ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (5<sup>th</sup> ed.)*, (s 307-389). New York: Wiley & Sons.
- Rennie, D.L., Watson, K.D. & Monteiro, A.M. (2002). The Rice of Qualitative Research in Psychology. *Canadian Psychology*, 43(3), 179-189.
- Robinson, L.A., Berman, J.S. & Neimeyer, R.A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108(1), 30-49.
- Roth, A. & Fonagy, P. (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford Press.
- Seligman, M.E.P. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy. *American Psychologist*, 50(12), 965-974.

- Strauss, A. & Corbin J. (1990). *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures*. London: SAGE Publications.
- Tinsley, H.E.A., Workman, K.R. & Kass, R.A. (1980). Factor Analysis of the Domain of Client Expectancies About Counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 27(6), 561-570.
- Truax, C.B. & Mitchel, K.M. (1971). Research on certain therapists skills in relation to process outcome. I A.E. Bergin & S.L. Garfield (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis* (s 277-299). New York: Wiley & Sons.
- Veroff, J., Kulka, R.A. & Douvan, E. (1981). Mental health in America: Patterns of help-seeking 1957 to 1976. I A.E. Bergin & S.L. Garfield, S.L. (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed.). New York: Wiley & Sons.
- Wampold, B.E. (2001). The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings. I M.H. Rønnestad & T.M. Skovholt (2003). The journey of the Counselor and Therapist: Research Findings and Perspectives on Professional Development. *Journal of Career Development*, 30(1), 5-44.
- Wibeck, V (2000): *Fokusgrupper. Om Fokuserade Gruppeintervjuer som Undersökningsmetod*. Lund, Studentlitteratur.
- Yokopenic, P.A., Clark, V.A. & Aneshensel, C.S. (1983). Depression, problem recognition, and professional consultation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171(1), 15-23.