

«Jeg forventer det ikke så mye som jeg håper»

En kvalitativ intervjuanalyse av klienters forutseende tanker om utfall av terapi, samt deres bruk og forståelse av utfallsbegreper, i en kommunal psykisk helsetjeneste.

Ida Berg Skjeseth og Thea Marie Hegge Sletten



Hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Høst 2018

«Jeg forventer det ikke så mye som jeg håper»

En kvalitativ intervjuanalyse av klienters forutseende tanker om utfall av terapi, samt deres bruk og forståelse av utfallsbegreper, i en kommunal psykisk helsetjeneste.

© Forfattere Ida Berg Skjeseth og Thea Marie Hegge Sletten

År 2018

Tittel «Det er litt skummelt å konkretisere noe som innebærer en mulig skuffelse»

Forfattere Ida Berg Skjeseth og Thea Marie Hegge Sletten

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Forfattere: Ida Berg Skjeseth og Thea Marie Hegge Sletten. **Tittel:** En kvalitativ intervjuanalyse av klienters forutseende tanker om utfall av terapi, samt deres bruk og forståelse av utfallsbegreper, i en kommunal psykisk helsetjeneste. **Veileder:** Hanne Weie Oddli. **Bakgrunn:** Studier har vist at klienters forventninger og behandlingsmål er assosiert med utfallet av terapi. Vi vet imidlertid mindre om hva klienter forventer å oppnå som et resultat av terapi. I kvalitative undersøkelser av klienters tanker om utfall benevnes videre utfallene med begreper som 'håp', 'ønsker', 'mål' og 'forventninger', uten at potensielle forskjeller mellom disse begrepene har blitt adressert. **Formål:** På bakgrunn av den tidligere forskningen har vi valgt å gjøre prospektiv studie av to aspekter ved klienters beretninger om utfall av terapi. Det ene aspektet omhandler innholdet i klienters tanker om utfall av terapi. Det andre aspektet omhandler klienters forståelse og bruk av de ulike begrepene knyttet til utfall. **Metode:** Studien er et selvstendig forskningsprosjekt gjennomført av forfatterne. Utvalget besto av ni klienter fra en kommunal psykisk helsetjeneste. Intervjuene ble analysert ved hjelp av fortolkende fenomenologisk analyse, og resulterte i én analyse av innholdet i klientens beretninger om utfall og én konseptuell analyse av begrepene brukt i informantenes beskrivelser av utfall. **Resultater:** De syv kategoriene av utfall som informantene beskrev i denne studien, var relatert til vanskene informantene opplevde knyttet til problematikk og utfordrende relasjoner, samt deres øvrige livssituasjon og videre livsutfoldelse. Videre fant vi også at informantene ga uttrykk for en kausal forståelse av utfall, hvor et utfall kunne lede til oppnåelsen av et annet utfall. Når det gjelder informantenes bruk av begreper fant vi at begrepet 'forventning' i utstrakt grad ble unngått i informantenes beskrivelser av utfall. Begrepene mål og håp ble videre forstått for å ha en retningsgivende funksjon i informantenes endringsprosess. Vi fant også at informantenes bruk av begrepene 'forventning', 'håp' og 'ønske' varierte over tre dimensjoner knyttet til grad av forpliktelse, sannsynlighet og kjennskap til terapi. **Konklusjon:** Studien indikerer et behov for en kontekstuell utvidelse av utfallsbegrepet, som blant annet tar høyde for klienters fremtidige livsmål. Videre indikerer studien at hvilke begreper klienter bruker for å beskrive utfallene sine, kan gi viktig informasjon om eventuelle usikkerhetsfaktorer som kan tenkes å gjøre det vanskelig å formulere utfallet som et mål i terapi.

Forord

Temaet for denne hovedoppgaven ble til i en samtale i mai 2017 med psykologspesialist Birgit Valla, leder av Stangehjelpa, kommunehelsetjenesten for psykisk helse i Stange kommune. Vi snakket blant annet om satsningen på tilbudet for psykisk helse i kommunene (Kommunal- og moderniseringsdepartement, 2018), og hvordan man best kan utforme disse tjenestene for brukerne. I denne sammenheng ble vi nysgjerrige på hvilke ønskemål klienter ved de kommunale psykiske helsetjenestene har for terapi, og hvordan vi best mulig kan utforme tjenestene for å imøtekomme disse ønskemålene.

Det å ha vært to forfattere har involvert tidvise uenigheter og påfølgende diskusjoner, som vi til syvende og sist vil hevde har vært med å heve kvaliteten av denne oppgaven. Videre oppdaget vi, særlig underveis i arbeidet med analysen, at omfanget av studien ikke hadde vært mulig foruten hverandre. Arbeidet med denne oppgaven har vært en spennende reise, hvor vi ikke bare har blitt bedre kjent med hverandre, men også med klienters potensielle ønskemål for terapi.

I forbindelse med denne oppgaven ønsker vi å takke Birgit Valla som hovedinspirator for oppgavens tematikk. Vi ønsker videre å takke vår veileder Hanne Weie Oddli: Tusen takk for god støtte i de nedturene og oppturene som har oppstått underveis, samt for god veiledning av både vår til tider springende nysgjerrighet og med arbeidet med oppgaven for øvrig. En stor takk rettes videre til leder og ansatte ved den kommunale psykiske helsetjenesten for god hjelp til rekruttering, oppfølging og ivaretagelse av informantene. Til syvende og sist vil vi rette en stor takk nettopp til informantene våre som gjorde dette hovedoppgaveprosjektet mulig, og som har bidratt med spennende og viktig kunnskap om hva klienter ved helsetjenester vil oppnå ikke bare i terapi, men i livet for øvrig.

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| Forord | IX |
| 1 Innledning..... | 1 |
| 1.1 Teoretisk bakgrunn | 2 |
| 1.1.1 Hvordan påvirker klientens forventninger og mål terapiutfall? | 3 |
| 1.1.2 Arbeidsalliansen som medierende faktor | 4 |
| 1.1.3 ‘Recovery’ og mål som innfallsvinkel | 5 |
| 1.1.4 Forventning som innfallsvinkel..... | 6 |
| 1.1.5 Tidligere studiers differensiering mellom utfallsbegreper | 7 |
| 1.1.6 Implikasjoner av tidligere forskning | 9 |
| 2 Metode..... | 9 |
| 2.1 Begrepsavklaring | 10 |
| 2.2 Metodologisk tilnærming | 10 |
| 2.3 Refleksivitet..... | 11 |
| 2.3.1 Forforståelse | 12 |
| 2.4 Rekruttering av informanter | 13 |
| 2.4.1 Utvalgskriterier..... | 13 |
| 2.4.2 Informantene | 14 |
| 2.5 Datainnsamling..... | 14 |
| 2.5.1 Intervjuguiden | 14 |
| 2.5.2 Gjennomføring av intervjuene | 15 |
| 2.6 Analyse av data..... | 15 |
| 2.6.1 Transkribering av data..... | 15 |
| 2.6.2 Gjennomføring av analysene..... | 16 |
| 2.7 Kvalitet | 17 |
| 2.7.1 Sensitivitet for kontekst..... | 17 |
| 2.7.2 Forpliktelse og rigorøsitet | 18 |
| 2.7.3 Gjennomsiktighet og koherens..... | 18 |
| 2.8 Forskningsetiske perspektiver | 18 |
| 2.8.1 Frivillighet..... | 19 |
| 2.8.2 Psykisk og emosjonelt ubehag | 19 |
| 2.8.3 Lagring og behandling av data | 20 |

| | | |
|-------|---|----|
| 3 | Resultater..... | 20 |
| 3.1 | Rapportering av antall informanter..... | 20 |
| 3.2 | Innholdet i klienters tanker om utfall | 20 |
| 3.2.1 | «Få en litt sånn boost» - Styrking av klienten (Antall informanter: 7) | 22 |
| 3.2.2 | «Det er sikkert noe underliggende» - Forståelse og innsikt (Antall informanter: 8) | 22 |
| 3.2.3 | «Den skulle jeg gjerne ha sluppet å kjenne på hele tida» - Symptomlette (Antall informanter: 7)..... | 23 |
| 3.2.4 | «Få en verktøykasse» - Hjelp til å håndtere vansker og relasjoner (Antall informanter: 9)..... | 24 |
| 3.2.5 | «Familien betyr mye for meg» - Hjelp til relasjoner og mobilisering av sosial støtte (Antall informanter: 6)..... | 25 |
| 3.2.6 | «Fungere som et normalt menneske» - Å øke eget funksjonsnivå i hverdagen (Antall informanter: 9) | 26 |
| 3.2.7 | «Meningen med livet er å stadig utvikle seg» - Hjelp til livsmål og endringsprosess (Antall informanter: 7)..... | 26 |
| 3.3 | Sammenhengen mellom terapiutfall og livsendringer..... | 27 |
| 3.4 | Forståelse og bruk av utfallsbegreper | 29 |
| 3.4.1 | «Viktig for enhver endringsprosess» - Utfallsbegrepene som retningsgivende for endring | 30 |
| 3.4.2 | «Det blir litt for konkret» - Grad av forpliktelse | 31 |
| 3.4.3 | «Over the top» - Grad av sannsynlighet..... | 32 |
| 3.4.4 | «Blankt felt»- Grad av kjennskap til terapi | 33 |
| 4 | Diskusjon..... | 35 |
| 4.1 | Hvordan forstå klienters tanker om utfall? | 35 |
| 4.1.1 | Hva kan forstås som utfall? | 35 |
| 4.1.2 | Sammenheng mellom utfall | 37 |
| 4.2 | Utfallsbegrepenes ulike funksjoner | 39 |
| 4.2.1 | Utfallsbegrepene sett i sammenheng med tidligere forskning | 40 |
| 4.2.2 | De tre dimensjonene forstått i lys av tidligere forskning | 41 |
| 4.2.3 | Utfallsbegrepene viser til ulike stadier for intensjonalitet | 43 |
| 4.3 | Begrensninger ved studien..... | 45 |
| 4.4 | Implikasjoner og videre forskning..... | 46 |
| 4.4.1 | Studiens overføringsverdi | 46 |
| 4.4.2 | Implikasjoner for klinisk praksis..... | 47 |

| | | |
|-------|--|----|
| 4.4.3 | Implikasjoner for psykoterapeutisk forskning..... | 48 |
| 4.5 | Konklusjon..... | 49 |
| | Litteraturliste | 52 |
| | Vedlegg 1 | 58 |
| | Vedlegg 2 | 59 |
| | Vedlegg 3 | 60 |
| | Vedlegg 4 | 61 |
| | | |
| | Tabell 1 <i>Utfallskategorier i henhold til analysen av innhold</i> | 21 |
| | <i>Figur 1</i> Illustrasjon av sammenhenger mellom utfall og nivåene..... | 27 |
| | Tabell 2 <i>Eksempler på hvordan begrepene brukes i lys av de tre dimensjonene</i> | 34 |

1 Innledning

I 2005 formulerte den Amerikanske psykologforeningen (APA) en prinsipperklæring om evidensbasert praksis (American Psychological Association, 2005). Den Norske psykologforeningens (NPF) oversettelse definerer evidensbasert praksis som «Integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål» (Norsk Psykologforening, 2007). Med ønskemål menes for eksempel valg av mål for terapien, tro, verdenssyn og forventninger til behandlingen (Norsk Psykologforening, 2007). Hvordan man best kan forstå og vektlegge de ulike elementene i prinsipperklæringen er imidlertid omdiskutert (Cherkasskaya & Wachtel, 2013; Rønnestad, 2008). Vi vil likevel hevde at når APA og NPF eksplisitt inkluderer pasientens ønskemål i sin prinsipperklæring, kan det sies å reflektere et stadig økende fokus på klientens innflytelse i psykisk helsearbeid (heretter referert til som brukermedvirkning). Brukermedvirkning kan forstås og defineres på ulike måter, og kan innebære alt fra å lytte til klienters erfaring for å øke kvaliteten og treffsikkerheten til psykiske helsetilbud (brukermedvirkning på tjenestenivå), til at klienters egne ønsker og preferanser for behandlingen blir tillagt vekt av terapeuten gjennom hele forløpet (brukermedvirkning på individnivå) (Sverdrup, Kristofersen & Myrvold, 2005).

Det at brukermedvirkningsperspektivet har fått økt oppmerksomhet, bygger blant annet på funn fra psykoterapiforskningen som viser at kvaliteten på klientens deltagelse i terapi fremstår som avgjørende for utfallet av terapi (Frank & Frank, 1991; Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004). Lambert (2013) hevder for eksempel at klienten kan forklare 40 % av endring som oppstår i terapi. Wampold (2001) har videre estimert at 13 % av det som gjør terapi virksomt kan tilskrives terapispesifikke faktorer, og at resten av den uforklarte variasjonen kan attribueres til klientvariabler. I forlengelsen av klientens betydning for og deres medvirkning i terapi, ønsket vi innledningsvis i denne studien å undersøke klienters forventninger til terapiutfall. Vi oppdaget imidlertid at informantene våre ofte foretrakk å bruke andre relaterte begreper, slik som 'håp' og 'ønsker'. Vi valgte derfor å utvide studien til å inkludere alle utfallene informantene beskrev, uavhengig av hvilket begrep de brukte i sine beretninger om utfall. I forbindelse med utvidelsen av forskningsspørsmålet ble vi nysgjerrige på hvordan informantene forsto og brukte begrepene knyttet til utfall. Hva betyr det at en klient kan forvente ett utfall, håpe på et annet og ønske et tredje?

Formålet med denne kvalitative studien var dermed todelt og ledet til utviklingen av følgende forskningsspørsmål: Det første forskningsspørsmålet var rettet mot å undersøke innholdet i klienters forutseende tanker om terapiutfall. Det andre forskningsspørsmålet var rettet mot å undersøke klienters bruk og forståelse av de ulike begrepene knyttet til utfall. Vi håper at resultatene fra denne studien kan bidra til økt brukermedvirkning på både tjeneste- og individnivå. Dette innebærer at klientenes ønskemål og forståelse av begreper knyttet til utfall, kan få innflytelse både i utviklingen og utformingen av helsetilbud for psykisk helse. På nåværende tidspunkt er det fortsatt stor variasjon i utformingen av de kommunale helsetjenestene, og det er fremdeles behov for sterkere involvering av klienter i terapitilbudet og i utviklingen av tjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). På bakgrunn av dette anser vi det både som nyttig og aktuelt å undersøke ønskemålene til klienter som har søkt behandling ved disse tjenester. Når det gjelder brukermedvirkning på individnivå håper vi at resultatene kan påvirke hvordan man som terapeut legger til rette for økt brukermedvirkning allerede fra første møte med klienten.

Vi vil begynne med å situere dette forskningsprosjektet i allerede eksisterende forskning på klienters tanker om utfall samt forskning gjort på differensiering mellom begreper brukt for å benevne utfall. Deretter følger beskrivelse av metode, analyse, og resultater samt en diskusjon av resultatene og potensielle implikasjoner denne studien kan ha for både klinisk praksis og videre forskning.

1.1 Teoretisk bakgrunn

Teoretisk sett føyer denne studien seg inn i psykoterapiforskningen med særlig fokus på klienten som fellesfaktor, hvilket involverer klientens betydning for den terapeutiske relasjonen, terapiforløpet og terapiutfallet. Fellesfaktorer referer til faktorer som er vist virksomme i psykoterapi og som er felles for ulike teoretiske og kliniske tilnærminger til psykoterapi (Lambert, 2013; Rosenzweig, 1936). Flere variabler vedrørende klienten har blitt undersøkt i ulike faser av terapiprosessen (for en nærmere redegjørelse av mulige klientvariabler se Bohart & Wade, 2013). En av disse variablene er nettopp klientens tanker om utfall. Klienters tanker om utfall kan komme til uttrykk som blant annet forventninger, håp, ønsker eller mål for terapi. Forventninger og håp ansees videre som en av de mer fremtredende fellesfaktorene (Frank & Frank, 1991; Greenberg, Constantino & Bruce, 2006;

Wampold & Imel, 2015). Lambert (2013) estimerer for eksempel at forventning som fellesfaktor kan forklare 15 % av variasjonen i terapiutfall.

Vi anser det som nyttig å anvende flere innfallsvinkler for å få en så bred og nyansert forståelse av klienters tanker om utfall som mulig. Vi vil derfor redegjøre for tre større forskningstradisjoner, som representerer ulike tilnærminger for å undersøke klientens tanker om terapiutfall. Den ene forskningstradisjonen omhandler etablering av mål og måloppnåelse i terapi. Den andre er representert ved undersøkelser av klienters forventninger til terapiutfall. Den tredje tradisjonen er studiet av bedring ('recovery') som handler om hvordan klienter som har gjennomført et vellykket terapiforløp forstår bedring, og deres definisjon av et "godt" terapiutfall. For å illustrere hvordan klienters tanker om utfall kan påvirke utfallet av terapi, vil vi særlig fokusere på forskningstradisjonene knyttet til forventninger og mål. Deretter vil vi vise til kvalitative studier innen de tre tradisjonene for å belyse hva tidligere forskning sier om innholdet i klienters tanker om utfall.

1.1.1 Hvordan påvirker klientens forventninger og mål terapiutfall?

I forskningslitteraturen på forventninger til terapi, skilles det vanligvis mellom behandlingsforventninger og utfallsforventninger. Behandlingsforventninger deles videre inn i rolleforventninger og prosessforventninger, hvor førstnevnte dreier seg om klientens forventninger både til sin egen og til terapeutens rolle i terapi. Sistnevnte dreier seg om forventninger til hva som skal skje i terapi. Utfallsforventninger dreier seg på sin side om hvilke tanker klienten gjør seg om utfallet av terapiforløpet (Constantino, Ametrano & Greenberg, 2012; Dew & Bickman, 2005). I kvantitative undersøkelser av betydningen klientens forventning har for terapiutfall fant blant annet Constantino, Arnkoff, Glass, Ametrano og Smith (2011) en moderat sammenheng mellom i hvilken grad klientene forventet at terapien ville være nyttig og i hvilken grad de oppnådde symptomreduksjon. Studier tyder videre på at brudd på forventninger kan påvirke klientens motivasjon for terapi negativt og å øke risikoen for frafall fra terapi (Daremo & Haglund, 2008; Swift & Callahan, 2011). Innfridde forventninger på sin side er forbundet med at klienten er mer fornøyd med terapien, samt at de er mer forpliktet og investert i den (Lindhiem, Bennett, Trentacosta & McLearn, 2014; Thompson & Sunol, 1995). Det ser altså ut til at hvorvidt forventninger blir innfridd påvirker motivasjon og tilfredshet ved terapi, som igjen kan påvirke terapiforløp og terapiutfall.

Når det kommer til mål, definerer Michalak og Grosse Holtforth (2006) behandlingsmål som intenderte endringer i atferd og opplevelser som skal oppnås som en følge av terapi. Behandlingsmål forstås således som “undermål” av klienters generelle, personlige mål for livet for øvrig. Tryon og Winograd (2011) fant en medium effektstørrelse mellom målkonsensus hos terapeut og klient og utfall av terapi.

Oppsummert ser det ut til at både forventninger og mål er av betydning for terapiutfall. Vi vet for øvrig mindre om hvilke faktorer som medierer effekten klientens tanker har på utfall, og hvordan klientens tanker påvirkes i et terapiforløp. En faktor som har fått særlig oppmerksomhet i denne sammenheng, er den terapeutiske alliansen.

1.1.2 Arbeidsalliansen som medierende faktor

Bordin (1979) har utviklet en anerkjent allianseteori, hvor alliansen defineres som god dersom det er gjensidig enighet og forståelse av mål og oppgavene mellom terapeut og klient. Et tredje element i Bordins allianseteori er det emosjonelle båndet mellom klient og terapeut, som inkluderer gjensidig tillit, aksept og fortrolighet. Arbeidsalliansen er som fellesfaktor vist å være av betydning for terapiutfallet (Horvath, Del Re, Fluckiger & Symonds, 2011; Hubble, Duncan, Miller & Wampold, 2014). Det at enighet om mål således inngår som en del av operasjonaliseringen av arbeidsalliansen, tyder på at arbeidsalliansen kan være viktig for å forstå hvordan mål påvirker terapiutfall. Dette støttes videre av en større litteraturgjennomgang som viser at enighet om mål er relatert ikke bare til arbeidsalliansen, men også til selve terapiutfallet (Horvath et al., 2011; Wampold & Budge, 2012). I utviklingen av allianseteorien hadde Bordin (1979) videre en hypotese om at arbeidsalliansen var nødvendig for å fasilitere forventninger, noe han anså som viktig for effekten av psykoterapi. Nyere studier viser i tråd med Bordins hypotese at arbeidsalliansen medierer effekten av andre virksomme faktorer slik som håp, forventninger og motivasjon (Constantino et al., 2011; Emmerling & Whelton, 2009). Videre har Constantino og kollegaer (2012) funnet at forholdet mellom arbeidsalliansen og forventninger ser ut til å være bidireksjonalt. Tidlige, positive forventninger knyttet til terapiutfall ser ut til å påvirke utviklingen av alliansen mellom klient og terapeut positivt. Samtidig ser utviklingen av en god arbeidsalliansen ut til å påvirke klientens forventninger til utfall.

Den kvantitative forskningen på sammenhengen mellom klienters tanker om utfall og terapiutfall har hovedsakelig fokusert på symptomlette som utfallsmål. Da forskningen beskrevet ovenfor viser at klientens tanker om utfall er av betydning både for den terapeutiske

alliansen og terapiutfallet, synes det hensiktsmessig å få en bedre forståelse for hvilke potensielle utfall klienten selv beskriver som viktige. I de kommende avsnittene vil vi derfor presentere tidligere kvalitativ forskning gjort på innholdet i klienters tanker rundt utfall.

1.1.3 'Recovery' og mål som innfallsvinkel

I undersøkelser av klienters forståelse av konstruktet bedring ('recovery') og mål i psykoterapi fremkommer det at klienter vektlegger flere former for utfall i tillegg til rent symptomlette (Binder, Holgersen & Nielsen, 2010; Grosse Holtforth & Grawe, 2002; Klein & Elliott, 2006; Morris, 2005; Nilsson, Svensson, Sandell & Clinton, 2007; Stuart, Tansey & Quayle, 2017). I en større gjennomgang av forskningslitteraturen på klienters definisjon av godt terapiutfall, fant forfatterne at klienter knyttet opplevd bedring til økt tilknytning til andre, håp og optimisme for fremtiden, gjenoppbygging eller redefinering av identitet og ny mening i livet. Forfatterne fant også at klientene vektla å ha fått styrket sin innflytelse over egen situasjon, gjennom personlig ansvarliggjøring, økt kontroll og økt fokus på ressurser (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams & Slade, 2011). Funnene fra undersøkelser av klienters definisjon av et godt terapiutfall stemmer videre overens med funn fra undersøkelser av klienters behandlingsmål i terapi. Grosse Holtforth og Grawe (2002) gjennomførte blant annet en clusteranalyse av 2029 mål definert av klienter og terapeuter i løpet av oppstarten av terapi. Forskerne fant at behandlingsmålene lot seg oppsummere i følgende temaer: Håndtering av problemer og symptomer, interpersonlige relasjoner, generell trivsel (well-being) og fungering, eksistensielle vansker og personlig vekst (Grosse Holtforth & Grawe, 2002).

Felles for mye av forskningen på konstruktene bedring og behandlingsmål er at de stort sett er gjennomført enten i oppstarten av, i løpet av eller i etterkant av klientens terapiforløp. Gitt påvirkningen vi vet at for eksempel arbeidsalliansen har på klienters forventninger og mål, kan det tenkes at klienters erfaringer og møte terapeuten kan ha påvirket deres tanker hva som er et vellykket utfall eller hvordan de definerer sine behandlingsmål. Da vi i denne studien ønsket å undersøke klienters forutseende tanker om terapiutfall, vil vi videre redegjøre for kvalitative undersøkelser av klienters forventninger, da disse i større grad representerer prospektive tilnæringer for å studere klienters tanker om terapiutfall.

1.1.4 Forventning som innfallsvinkel

Til tross for omfattende litteratursøk har ikke vi funnet noen større litteraturgjennomgang av kvalitative undersøkelser av klienters forventninger til terapiutfall. Vi vil derfor redegjøre for et utvalg av enkeltstudier, som har undersøkt klienters forventning til terapiutfall enten i forkant av eller i oppstarten av terapi. I en kvalitativ studie gjort på ungdom med depresjon, fant forskerne at ungdommene beskrev forventninger og håp knyttet til å bli kvitt negative følelser og komme tilbake til en tidligere versjon av seg selv. Andre hadde forventninger om personlighetsendringer, og uttrykte et håp om at terapi ville føre til at de ble kjent med sine sårbarheter for depresjon slik at de kunne forebygge eventuelle tilbakefall (Midgley et al., 2016). I to kvalitative studier av klienters forventninger til parterapi, fant forskerne at klientene forventet at terapi ville løse deres daværende bekymringer, at de ville forstå partnerne sine bedre, og at deres opplevelser som par ville bli normalisert. Videre dreide utfallsforventningene seg om å lære seg ferdigheter og teknikker knyttet til problemløsning og kommunikasjon, samt mindre negativ atferd og økt selvbevissthet (Tambling & Johnson, 2010; Wong, Tambling & Anderson, 2013). Studiene referert til ovenfor belyser at forventninger til utfall av terapi kan variere og inkluderer flere utfallsmål i tillegg til symptomlette.

I en finsk, kvalitativ studie fant Valkonen, Hänninen og Lindfors (2011) at informantenes forståelse av årsaken til depresjonen påvirket deres forventninger til terapi. Forskerne fant at klienter som anså at vanskene hadde sin opprinnelse i barndom og oppvekst, forventet at terapi ville gi dem en forklaring på hvordan vanskene hadde oppstått. Klientene beskrev at en slik forklaring kunne gi dem en tydeligere identitet og gjøre dem bedre rustet til å håndtere depresjonen de opplevde. Videre fant forskerne at de som forsto vanskene sine ut i fra nåværende, situasjonsbetingete utfordringer knyttet til relasjoner, arbeid, skole, økonomi og bolig, forventet at terapi ville hjelpe dem å overvinne disse utfordringene. Til slutt fant de at informantene som beskrev at vanskene stammet fra negative fremtidsutsikter, forventet at terapi ville gi dem hensikt og mening med livet. Resultatene fra studien fremhever at hva klienter forventer å få ut av terapi er individuelt, og at forventninger til utfallet kan henge sammen med klienters problemforståelse.

De prospektive studiene nevnt ovenfor er viktige da de bidrar til økt forståelse for mangfoldet av utfall klienter forventer. En potensiell begrensning ved studiene er likevel at de begrenser seg med tanke på klientenes problematikk, ved å utelukkende undersøke utfall hos klienter diagnostisert med depresjon, og relasjonelle utfordringer i parterapi. De kommunale

psykiske helsetjenestene i Norge skal omfavne ulike former for problematikk og flere av tjenestene tilbyr også ulike behandlingstilnærminger (Helsedirektoratet, 2014). På bakgrunn av bredden i behandlingstilbud i de kommunale helsetjenestene, kan det tenkes at denne klientpopulasjonen har andre eller flere tanker om terapiutfall.

En studie som er relevant i denne sammenheng er en norsk, kvalitativ studie av Biringer, Davidson, Sundfør, Ruud og Borg (2016). De undersøkte klienters forventninger til behandling i en kommunal psykisk helsetjeneste, etter klientens første møte med terapeuten. Forskerne identifiserte forventninger, håp og mål knyttet til det å komme seg ut av nåværende situasjon relatert til angst og depresjon. For mange innebar bedring blant annet det å kunne fungere «som normalt» ved for eksempel å være i jobb. Videre fant de at deltakerne vektla å utvikle en forståelse av seg selv, sine reaksjoner og egen situasjon, samt å kunne utvikle innsikt for å få en forebyggende effekt. Et tredje tema dreide seg om å finne en “metode” for å håndtere negative følelser eller for å få kontroll over humørsvingninger. Deltakerne beskrev videre utfall rettet mot å få rådgivning og praktisk assistanse knyttet til mål for livet. Dette innebar blant annet å kunne få familierådgivning, hjelp til kontakt med NAV, samt hjelp til økonomiske og praktiske utfordringer de sto i, som en følge av vanskene de opplevde. Med andre ord hang det å oppleve bedring og å få en metode for å håndtere vanskene, tett sammen med deltagerens personlige mål og håp for fremtiden.

I de kvalitative studiene av klienters tanker om utfall referert til ovenfor, inkluderer forskerne ulike begreper som for eksempel ‘håp’, ‘ønsker’ og ‘forventninger’ og ‘mål’ uten å undersøke de potensielle forskjellene som ligger i informantenes bruk og forståelse av disse begrepene. Det kan derfor være hensiktsmessig å se på hvordan det differensieres mellom disse begrepene i andre studier.

1.1.5 Tidligere studiers differensiering mellom utfallsbegreper

Dew og Bickman (2005) argumenterer for at forventninger skiller seg fra begrepet håp ved at en person kan håpe på at terapi vil føre til bedring, uten å forvente det. Forfatterne hevder videre at skillet mellom håp og forventninger stort sett er semantisk fundert. Man kan ha positive og negative forventninger, mens håp er utelukkende positivt. En person kan ha håp eller være håpløs, men man kan ikke oppleve negativt håp. Når det kommer til behandlingsmål beskriver Michalak og Grosse Holtforth (2006) blant annet forventninger som en karakteristikk ved mål. Det innebærer for eksempel at fravær av forventninger knyttet til måloppnåelse, vil påvirke den terapeutiske prosessen og måloppnåelsen negativt. Utover dette

er det få studier innen psykoterapiforskningen som har undersøkt hva klienten selv legger i begrepene forventning, håp, ønske og mål.

Forskning gjort på hvordan man forstår og bruker begreper som forventning og andre utfallsrelaterte begreper, ser videre ut til å ha fått større oppmerksomhet i medisinsk og sosialpsykologisk forskning. Wiles, Cott og Gibson (2008) skiller mellom en generalisert og en partikulær form for håp knyttet til spesifikke utfall av medisinsk behandling. De hevder at den partikulære formen for håp er nærmere knyttet begrepene ønske og forventning, mens den generelle formen for håp kan forstås som en tilstand som beskytter mot fortvilelse. I en kvalitativ undersøkelse av pasienters forventninger til en alternativ medisinsk behandling, fant Hsu og kollegaer (2014) at til tross for at begrepene håp og forventning kunne bli brukt noe om hverandre, differensierte deltakerne mellom begrepene. Forskerne fant at håp ble beskrevet som det mest optimistiske sluttresultatet, mens forventning ble beskrevet for å inkludere mer realistiske utfall. Videre fant forskerne at en del av deltakerne var forsiktige med å uttrykke forventninger, i frykt for å bringe ulykke over ('jinxe') utfallet.

Innenfor sosialpsykologiens forskning på 'folk concepts', har man særlig undersøkt intensjonelle tilstander som for eksempel det å ønske, håpe, ville, tro og frykte. I en studie fant Bruininks og Malle (2005) at håp som begrep var sterkere knyttet til begrepet ønske, sammenliknet med andre relaterte begreper slik som optimisme, vilje og glede. En forskjell mellom begrepene 'håp' og 'ønske' så likevel ut til å være at ønske også ble brukt om utfall som hadde liten eller ingen mulighet for å inntreffe. Forskerne argumenterer derfor for at begrepet 'ønske' var assosiert med en aktivitet man gjør for å generere positive følelser eller en virkelighetsflukt. Håp på sin side innebar at man hadde en viss tro på at utfallet kunne nås mot alle odds (Bruininks & Malle, 2005). Dette er i tråd med Roseman, Spindel og Jose (1990) sin studie hvor de fant at håp som begrep så ut til å bli brukt om utfall man hadde lite personlig kontroll over, og som hadde lavere sannsynlighet for å inntreffe. Sammenliknet med begrepet intensjon, fant Perugini og Bagozzi (2004) i en studie at bruk av begrepet ønske reflekterte en lavere grad av intensjonalitet hos deltakerne. Høy grad av intensjonalitet var videre forbundet med økt sannsynlighet for å arbeide mot et mål. Oppsummert ser det ut til at til tross for at begrepene kan bli brukt noe om hverandre, eksisterer det forskjeller mellom begrepene knyttet til sannsynlighet, personlig kontroll og grad av intensjonalitet.

1.1.6 Implikasjoner av tidligere forskning

Den tidligere forskningen på innholdet i klienters tanker om utfall, ser det ut til at klienter vektlegger flere ulike utfall i tillegg til symptomlette. Utfallene ser blant annet ut til å være knyttet til det å komme tilbake til tidligere versjoner av seg selv, å få bedre kommunikasjons- og problemløsningsferdigheter, å finne mening og hensikt med livet, å delta i flere produktive aktiviteter som utdanning og arbeid, samt å få praktisk assistanse i form av hjelp til samarbeid med andre offentlige instanser. Ut ifra de kvalitative undersøkelsene av klienters forventninger til terapiutfall fremkommer det at deltakerne brukte ulike begreper i sine beskrivelser av utfall. Dersom det eksisterer forskjeller mellom disse begrepene kan det ha implikasjoner for hvordan man som terapeut bør forholde seg til klientens tanker om utfall. Med unntak av Biringer og kollegaer (2016) sin studie er også studiene gjort på et tilsynelatende homogent utvalg med tanke på problematikk og henvisningsårsak. Da det er noe variasjon i studiene med tanke på hvor mye kontakt klientene har hatt med terapeut i forkant av intervjuet, synes det plausibelt at dette kan ha påvirket resultatene.

Tatt i betraktning denne tidligere forskningen, ønsket vi å utføre en kvalitativ studie på klienters egne tanker om utfall, beskrevet før oppstart av terapi. Vi ønsket i tillegg å undersøke klienters forståelse og bruk av begreper som anvendes i beskrivelsen av utfallene i en psykoterapeutisk kontekst.

2 Metode

Denne studien er en selvstendig studie i forbindelse den avsluttende hovedoppgaven ved profesjonsstudiet i psykologi, ved UiO. Vi har begge deltatt i utarbeiding og gjennomføring av denne studien, og våre bidrag i analyse og utskrivning av resultatene er således uløselig knyttet sammen. Studien er gjennomført i samarbeid med en kommunal psykisk helsetjeneste i Distrikts-Norge. Helsetjenesten krever ingen henvisning, og tilbyr både individualterapi, nettverksmøter og gruppebaserte kurs, samt rusbehandling. Videre har stedet også et eget tilbud for fysisk aktivitet og håndverksaktiviteter. Tjenesten tilbyr videre ambulante tjenester.

2.1 Begrepsavklaring

Når vi referer til ‘tanker om utfall’ eller ‘utfallsbegreper’ i denne studien, referer vi til forutseende begreper knyttet til resultatet av terapi. Dette inkluderer begrepene håp, ønske, forventning og mål. Med begrepet ‘utfall’ referer vi til det endelige resultatet av terapien. Under intervjuene fulgte vi for øvrig *alle* utfall, også de klientene beskrev at skulle komme underveis i terapiforløpet.

2.2 Metodologisk tilnærming

Forventninger, håp, ønsker og mål oppstår ikke i isolasjon, men skapes som et resultat av levd liv, i stadig interaksjon med omverdenen. Forsøk på å skape objektive “sannheter” om slike fenomener fjerner seg således fra et viktig aspekt ved fenomenet i seg selv, slik det forstås og tillegges mening av enkeltindividet. For å få innsikt i hvilke tanker informanter har om utfall av terapi, samt hvordan de forstår og tillegger de ulike utfallsbegrepene mening, har vi valgt å benytte oss av fortolkende fenomenologisk analyse (IPA, Interpretative phenomenological analysis (Smith, 1996)). Valg av metodologisk tilnærming eller metode bør alltid la seg informere av temaet eller fenomenet man ønsker å undersøke. IPA har som metodologisk tilnærming en rekke fellestrekk med blant annet tematisk analyse (TA) og grounded theory (GT), henholdsvis en metode og en metodologi som kunne vært like naturlige valg for å undersøke innholdet i klienters tanker om utfall (Charmaz, 2015; Clarke, Braun & Hayfield, 2015). En nærmere redegjørelse for dette faller imidlertid utenfor rammene til denne oppgaven. Når det gjelder informantenes forståelse og bruk av de ulike utfallsbegrepene, kunne mer språkorienterte analyser vært nyttige. Vi reflekterte rundt dette i oppstarten av analysen vår, men konkluderte med at vi ikke ønsket å undersøke de lingvistiske aspektene ved utfallsbegrepene slik som for eksempel diskursanalyse (Potter & Wetherell, 1995; Willing, 2015) eller konversasjonsanalyse (Drew, 2015) er egnede for. Vi var hovedsakelig interessert i hvordan informantene selv tilla disse begrepene mening, og vurderte dermed IPA som egnet for vårt formål.

IPA er både en epistemologisk tilnærming og en metodologi for hvordan man kan undersøke personlig mening og personlige erfaringer knyttet til et fenomen (Smith, 2004). Den epistemologiske posisjonen bygger i all hovedsak på fenomenologi slik vi kjenner den fra Husserl (1961) referert i Pietkiewicz og Smith (2014) og hermeneutikk (fortolkende fenomenologi) slik vi kjenner den fra Heidegger(1927/1962) referert i Smith og Osborne

(2015). Å benytte seg av en fenomenologisk tilnærming dreier seg kort fortalt om å legge til side all forkunnskap eller forforståelse, og forsøke å forstå fenomenet slik det fremstår hos den enkelte person. I IPA innebærer det å legge til side for eksempel pre-definerte kategoriske forståelser av et fenomen, og lytte til hvordan enkeltindividet snakker om og opplever det gitte fenomenet (Smith & Osborn, 2015).

I følge hermeneutikken kan man for øvrig aldri helt løsrive seg fra den forkunnskapen, eller forforståelsen man har for å forstå et fenomen. I IPA anerkjenner man således både informanten og forskeren som aktive deltagere i å forsøke å forstå, og å skape mening knyttet til et fenomen. Dette fører til det som kalles dobbel hermeneutikk, og innebærer at informanten forsøker å gi mening til sin verden, samtidig som forskeren forsøker å forstå hvordan informanten gjør dette (Smith & Osborn, 2015). Ved bruk av IPA starter analysen dermed under selve intervjuet, da både forskeren og informanten deltar i meningsdannelsen (Smith & Osborn, 2007). På mange måter kan man si at vi anerkjenner informantene som “med-forskere” som sammen med oss som forskere skaper forståelse og mening knyttet til informantenes tanker om utfall (Finlay, 2009). Selv om utfallene ikke har inntruffet, velger vi likevel å forstå tanker om utfall som fenomener idet de situeres i klientens forestilte terapiforløp.

En tredje viktig teoretisk grunnstein i IPA er ideografi (Smith, 2004). Da det synes sannsynlig at hver klient har med seg unike forventninger, ønsker og håp inn i terapi, var det viktig for oss at hver eneste informant skulle få en plass i resultatene av analysen. Ved å innta et ideografisk fokus opplever vi også å holde oss tett opp mot det man kanskje kan kalle det grunnleggende aspektet i brukermedvirkning; klientens egen opplevelse av og føringer for eget behandlingsforløp.

2.3 Refleksivitet

I tråd med IPA og hermeneutisk perspektiv (jf. Heidegger (1927/1962, referert i Smith & Osborn, 2015) vil vi redegjøre for vår egen forforståelse og epistemologiske utgangspunkt. Dette innebærer at vi retter et kritisk, refleksivt blikk mot konteksten rundt resultatene av denne studien. Vi vil særlig se på hvilken innvirkning vi som forskere og våre forskningsspørsmål har hatt i ulike trinn av forskningsprosessen (Yardley, 2000).

2.3.1 Forforståelse

Forfatterne av denne oppgaven er begge viderekomne psykologstudenter. Dette innebærer at vi har med oss en forforståelse basert på den litteraturen og de forelesningene vi har blitt presentert for gjennom utdannelsen. Vi har videre gjennomført flere praksisperioder hvor vi har fungert som terapeuter under veiledning. Dette har ført til at vi har med oss en forforståelse basert på både feltkunnskap og teoretisk kunnskap. Kunnskapen vi har tilegnet oss gjennom utdanningen kan ha gjort det lettere å få et rikt materiale fra våre informanter, ved at vi er vant til å utforske og følge klienters beretninger og forståelse. På en annen side kan vår psykologiske forståelse av klienters vansker ha hindret oss i å være åpne for andre interessante perspektiver. Det at vi presenterte oss selv som psykologstudenter for informantene, kan også ha ført til at informantene fikk forventninger om at vi skulle møte dem med en psykologisk holdning. Dette kan ha gjort det vanskeligere for informantene å formidle andre erfaringer og forståelser enn dem de trodde vi var mottakelige for (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010).

Intervjuspørsmålene stilte videre store krav til informantenes forestillingsevne og fremtidstenkning. Inspirert av narrativ teori vurderte vi det derfor som nyttig å få plassert disse forestillingene i en større narrativ kontekst. Innenfor narrativ teori ønsker man å skape meningsfulle fortellinger ut i fra det man opplever, og nye opplevelser settes inn i allerede eksisterende fortellinger, slik at det skapes en opplevelse av kontinuitet (Murray, 2015). Vi vurderte altså at det å åpne opp for at informantene kunne gi rike beskrivelser av daværende situasjon og utfordringer, ville fasilitere tilsvarende rike beskrivelser av tanker om fremtidige utfall.

I tillegg til narrativ teori var vi også inspirert av en relasjonell orientering til terapi, hvilket kan ha gjort oss mer nysgjerrige på relasjonelle temaer, på bekostning av andre potensielt viktige temaer. Vi var videre inspirert av livsformsintervjuet, hvor samtalen forankres samtalen i informantenes hverdag (Andenæs, 1991). Kjennskap til livsformsintervjuet påvirket først og fremst utformingen av intervjuguiden, hvor vi var opptatte av hvordan informantenes forestilte terapiutfall ville påvirke hverdagen deres. I resultatene av denne studien er det relasjonelle aspektet fremtredende i flere utfallskategorier, og vi fant også en kategori som omhandler det å fungere i egen hverdag. Man kan spekulere på om disse funnene hadde stått like tydelig frem dersom vi ikke var inspirert av livsformsintervjuet og en relasjonell orientering i utgangspunktet.

Det at vi er psykologstudenter kan videre anses som en fordel, da det innebærer at vi ikke er skolert innenfor kun én spesifikk behandlingstradisjon. Sett i sammenheng med det faktum at vi har anskaffet oss et rikt teoretisk tilfang gjennom utdannelsen, kan dette ha gjort det lettere for oss å innta en åpen og nysgjerrig holdning gjennom forskningsprosessen. Dette tilsvarer imidlertid ikke at vi er uten forforståelse per se.

2.4 Rekruttering av informanter

Ved bruk av IPA anbefales det å så langt det lar seg gjøre å ha et homogent utvalg av informanter, for deretter å undersøke likheter og forskjeller mellom hver informant (Pietkiewicz & Smith, 2014). Det er imidlertid ikke åpenbart hvilke variabler man skal legge til grunn for å vurdere homogenitet. I den øvrige psykoterapiforskningen fant vi flere studier som operasjonaliserte homogenitet ut i fra klientens diagnose eller problematikk (Midgley et al., 2016; Valkonen et al., 2011). Silberschatz (2017) hevder imidlertid at antagelsen om likhet basert på diagnose ikke nødvendigvis er gyldig, da en slik operasjonalisering vil gå imot klinisk erfaring. Den kliniske erfaringen tilsier at selv om to personer har samme diagnose vil de fortsatt være forskjellige på mange andre og kanskje vel så viktige områder. I studier av terapimål har man for eksempel funnet at de som er blitt gitt samme diagnose ofte beskriver svært ulike mål for terapi (Rajkarnikar, 2009 referert i Cooper & McLeod, 2011). Det ser altså ut til at andre variabler enn kun diagnose påvirker innholdet i klientens tanker om utfall av terapi. De kommunale helsetjenestene som var av interesse i denne studien, er videre kjennetegnet ved stor variasjon i problematikk og demografiske variabler som alder og kjønn. Dermed syntes det nødvendig å legge andre variabler til grunn for operasjonaliseringen av homogenitet. For å sikre oss størst mulig innsikt i temaet vårt, anså vi den viktigste variabelen å være at alle informantene hadde søkt terapi hos ved den kommunale psykiske helsetjenesten og at de ikke hadde gjennomført første samtale med terapeut. Med disse variablene som utgangspunkt for å skaffe et homogent utvalg, ble spørsmål og undring rundt forventninger, håp, ønsker og mål til terapi antatt å være relevant og av personlig betydning for hver av informantene (Pietkiewicz & Smith, 2014).

2.4.1 Utvalgskriterier

Det var kun klienter over 18 år med samtykkekompetanse som ble forespurt om å delta i studien. Det ble ikke lagt føringer med tanke på diagnose eller årsak til at informantene

søkte hjelp fra helsetjenesten. Av forskningsetiske hensyn utelukket helsetjenesten likevel eventuelle henvendelser hvor det fremkom fremtredende selvmordsproblematikk eller akutte kriser. Informantene ble forespurt per telefon om å delta i studien etter de hadde kontaktet helsetjenesten, enten av lederen for tjenesten eller av resepsjonsansatte. Det ble gitt skriftlig informasjon til ledelsen ved tjenesten som ble videreformidlet til ansatte. Kontakten mellom informantene og forskerne ble formidlet gjennom helsetjenesten. Rekrutteringen ble avsluttet da ni informanter hadde sagt ja til deltakelse. Årsaken til at vi avsluttet rekrutteringen på gjeldende tidspunkt, var delvis at vi hadde en tidsavgrenset periode for datainnsamling. Videre fulgte vi anbefalingene gitt av Smith og Osborn (2015) for IPA, som hevder at et mindre utvalg er å foretrekke for å få frem detaljene i informantenes beretninger og forståelse.

2.4.2 Informantene

Informantene i studien inkluderte ni klienter totalt, hvorav fem var kvinner og fire var menn. Informantene var mellom 21 og 69 år, med en gjennomsnittsalder på 40,4 år ($SD=18$ år). For alle informantene var det første gang de skulle i terapi i en kommunal helsetjeneste. Fem av informantene hadde imidlertid vært i behandling ved DPS eller familievernkantor tidligere, mens for fire av informantene var det første møte med noen form for psykisk helsevesen. To av informantene hadde universitets- eller høyskoleutdanning, fire hadde fag- eller yrkesskole og to hadde videregående utdanning. To var i lønnet arbeid, tre var under attføring, en var ufør og to var arbeidsløse. To av informantene oppga at de ønsket hjelp med det de opplevde som en depresjon. Fem informanter ga uttrykk for at de søkte hjelp for det de selv beskrev som angstrelaterte tilstander. En informant uttrykte at han søkte hjelp for sitt rusmisbruk og vanskelige familierelasjoner. Siste informant oppga at hun ønsket hjelp med det hun opplevde som en tiltagende rastløshet og mareritt. Alle informantene har blitt anonymisert, og det geografiske stedet for helsetjenesten er også utelatt.

2.5 Datainnsamling

2.5.1 Intervjuguiden

For å få rike beskrivelser av informantenes tanker om utfall samt deres forståelse av utfallsbegrepene, vurderte vi at data best ville la seg samle inn ved hjelp av semistrukturerte intervjuer. Det er også den anbefalte formen for innhenting av datamateriale ifølge IPA

(Pietkiewicz & Smith, 2014). Vi har selv utviklet intervjuguiden for dette formålet. Innledningsvis var intervjuguiden inspirert av ‘Client change interview’ (Elliott, 1999) og tidligere forskning på konstruktet bedring. Litteraturen på konstruktet bedring tilsier at klienters utfall kan kategoriseres innenfor tre områder, seg selv, relasjoner og livet for øvrig (Klein & Elliott, 2006). Basert på denne kunnskapen utformet vi derfor den første intervjuguiden med spesifikke spørsmål rettet inn mot disse tre områdene. Dette opplevde vi imidlertid som begrensende for utforskningen av informantenes tanker om utfall. Vi prøvde derfor i de neste intervjuguidene å fristille oss fra denne kunnskapen, ved å inkludere mer åpne spørsmål og innstilte oss på å være mottakelige for andre perspektiver og utfall som informantene ga uttrykk for.

Den endelige intervjuguiden ble til altså til ved en dynamisk utvikling av øvrige intervjuguider. Siste revidering var designet for å fange opp både informantenes tanker om utfall og deres konseptualisering av utfallsbegreper. Som et resultat av oppdateringen av intervjuguidene, fikk ikke alle informantene spørsmål om deres forståelse av utfallsbegrepene. Vi har likevel kunnet bruke deres intervjuer også i den konseptuelle analysen, da deres *bruk* av begrepene har vært meningsfulle også på et konseptuelt nivå. I tillegg stilte vi også spontant spørsmål knyttet til informantenes forståelse av begrepene.

2.5.2 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene hadde en varighet på mellom en til to timer. Da informantene skulle reflektere rundt tanker om en forestående terapi, opplevde vi det som nevnt tidligere nyttig å plassere klientenes tanker om utfall i en større narrativ kontekst. Det ble derfor også gitt rom for å snakke om de kontekstuelle rammene i situasjonen de befant seg i ved tidspunktet for intervjuene, samt hvordan situasjonen ville se ut i fremtiden. Dette ga rom for å utdype og nyansere innholdet i de ulike utfallene, samt å reflektere rundt informantenes forståelse av begrepene.

2.6 Analyse av data

2.6.1 Transkribering av data

Alle intervjuene ble transkribert ord for ord av forfatterne. Nonverbal kommunikasjon som latter, gråt og lengre pauser ble markert i teksten.

2.6.2 Gjennomføring av analysene

IPA ble gjennomført i henhold til Smith og Osborn (2015) slik den er beskrevet i *Qualitative Psychology; A practical guide to research methods*. Under hvert intervju og i etterkant noterte vi ned våre umiddelbare inntrykk fra intervjuet. I løpet av denne innledende analysefasen vi ble oppmerksomme på at det syntes vanskelig for informantene å bruke begrepet «forventning», og at informantene også svarte med begreper som «håp», «ønsker» eller «mål». Vi besluttet derfor at å inkludere utfall knyttet til disse begrepene, ville gi et langt rikere og mer presist bilde av den enkelte informants tanker om utfall. Videre oppdaget vi at klientene beskrev ulike sammenhenger mellom utfallene, og vi bestemte oss dermed for å undersøke disse sammenhengene nærmere i analysen. I tillegg bestemte vi oss for å utvide undersøkelsen vår til å inkludere en analyse av informantenes forståelse og anvendelse av utfallsbegrepene. Informantene brukte også andre begreper i sine beskrivelser av utfall. Vi valgte likevel å fokusere på begrepene 'forventning', 'håp', 'ønske' og 'mål', da disse ble hyppigst tatt i bruk. Vi endte dermed opp med å gjennomføre to suksessive analyser basert på det samme datamaterialet. Den første valgte vi å kalle for analyse av innhold, hvilket inkluderte undersøkelsen av innholdet i informantenes forventninger, mål, håp og ønsker, og sammenhengene mellom disse. Den andre analysen fikk navnet konseptuell analyse, hvor formålet var å undersøke informantenes forståelse og bruk av utfallsbegrepene.

Analysen av innhold og konseptuell analyse

Etter alle intervjuene var transkribert, ble de samlede transkriptene nøye gjennomlest. Gjennomlesningen førte til at vi fikk en foreløpig forståelse av det innsamlede datamaterialet. Vår foreløpige forståelse ble underveis styrket eller revurdert og justert underveis i analysearbeidet. Deretter ble hvert transkript gjennomlest flere ganger hver for seg, og vi identifiserte mulige meningsenheter knyttet til utfall, samt sammenhenger mellom utfall. Disse ble videre merket med empirinære koder. De empirinære kodene ble videre kategorisert i potensielle kategorier og sammenhenger hos den enkelte informant. Prosedyren ble gjentatt for alle de ni informantene, før vi i neste steg sammenliknet kategoriene og sammenhengene på tvers av informantene. Deretter valgte vi ut kategorier og sammenhenger basert på hvor hyppige, rike og potensielt innsiktsbringende de var. De sammenhengene som mer enn én informant ga uttrykk for ble vurdert som tilstrekkelig robuste til å bli inkludert som funn. Her fulgte vi Hill og kollegers (2005) anbefalinger om å inkludere funn som er representert med

minst to informanter når utvalget er mindre enn 15 informanter. Navnene på kategoriene ble til ved at vi fant passende sitater fra teksten etter at kategoriene var identifisert.

I den konseptuelle analysen ble først informantenes forståelse og bruk av begrepene analysert på samme måte som ved analysen av innhold, med empirinære koder organisert i potensielle kategorier hos den enkelte informant. Da prosedyren var gjennomført for alle ni informantene, sammenliknet vi kategoriene på tvers av informantene og det ble identifisert meningsforskjeller mellom begrepene, samt mulige dimensjoner utfallsbegrepene kunne variere over. Disse dimensjonene er basert på både informantenes forståelse og bruk av utfallsbegrepene.

2.7 Kvalitet

Det er noe omdiskutert hvor gode begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet er for å vurdere kvaliteten av kvalitative studier, da de i all hovedsak er fundert i en positivistisk tradisjon (Kvale, 2007). Elliott, Fischer og Rennie (1999) og Yardley (2015), blant andre, gir imidlertid nyttige beskrivelser av hvilke aspekter man som kvalitativ forsker bør tillegge vekt under gjennomføringen og presentasjonen av studien. Aspektene forfatterne vektlegger er viktige for å sørge for at studien blir gjennomført på best mulig måte, og for å sikre troverdige og nyttige funn. Med Yardley (2015) som ledesnor, følger en nærmere beskrivelse av hvordan vi gjennom alle steg av studien har arbeidet for å sikre kvaliteten, slik at studien kan føre til en potensielt ny forståelse av klienters tanker om utfall.

2.7.1 Sensitivitet for kontekst

Yardley (2015) understreker betydningen av at forskerne er sensitive for allerede eksisterende teoretisk og empirisk kunnskap tilknyttet temaet forskningen berører. Videre innebærer sensitivitet for kontekst å situere informantene samt en selv som forsker i en sosiokulturell kontekst. Sensitiviteten for kontekst belyses i denne oppgaven nærmere under refleksivitet og etiske refleksjoner. Videre har vi i den teoretiske innledningen og i diskusjonen av resultatene forsøkt å situere forskningen vår i allerede eksisterende teori og forskning.

2.7.2 Forpliktelse og rigorøsitet

Dette punktet dreier ifølge Yardley (2015) seg om å forplikte seg overfor metodologisk valg, men også om å vise rigorøsitet overfor temaet man berører. Vi har i stor grad forsøkt å holde oss til IPA sine metodologiske grunnprinsipper i alle steg av studien. Når det kommer til å vise rigorøsitet, tok vi en rekke grep i løpet av gjennomføringen av studien. Under analysen hadde vi ofte diskusjoner oss imellom om hvordan vi best kunne forstå en informants tanker om utfall. I slike tilfeller gikk vi tilbake til transkriptene og i noen tilfeller også tilbake til lydopptaket for å se om vi kunne forstå det som ble fortalt i et nytt lys. Videre førte revideringer av intervjuguiden til at vi i større grad sikret at vi fanget opp informantenes egne opplevelser og erfaringer. Under intervjuene sjekket vi kontinuerlig med informantene om vi hadde forstått dem riktig, og forsøkte å stille åpne spørsmål rundt hvorvidt det de beskrev for eksempel kunne forstås som en forventning til utfall, eller som et håp. Det at vi har fått tak i informantenes egne opplevelser og erfaringer fører videre til at en kan ha tillit til at analysen er utført på en systematisk, streng og kritisk måte, hvilket vi anser for å bidra til å øke troverdigheten ved studien.

2.7.3 Gjennomsiktighet og koherens

Gjennomsiktighet og koherens dreier seg om tydelighet og klargjøring av temaet man undersøker, samt hvordan man undersøker temaet (Yardley, 2015). Vi har tatt en rekke grep for å sikre at leseren skal kunne gjøre en vurdering av hvorvidt vi undersøker det vi sier vi skal undersøke, samt av måten vi gjør det på. I resultatdelen har vi for eksempel inkludert sitater og forsøkt å inkludere annen relevant informasjon slik at leseren selv kan skape sin egne forståelse av resultatene. Videre har vi forsøkt å sikre gjennomsiktighet ved å legge ved intervjuguidene vi har brukt. Vi har også forsøkt å presentere og beskrive både analysen og resultatene på en måte som gir mening for leseren, både via modellering og ved å presentere begge i et mer helhetlig narrativ (Elliott et al., 1999). Generelt har vi forsøkt å være åpne om våre perspektiver og forforståelse, slik at det blir lettere for leseren å tolke våre resultater.

2.8 Forskningsetiske perspektiver

I planleggingsfasen av denne studien reflekterte vi over mulige etiske utfordringer ved å gjennomføre studien. Studien ble sendt inn til Regional Etisk Komité for helseforskning for

en forhåndsvurdering, hvor det ble vurdert at det ikke var nødvendig å sende inn en søknad om etisk godkjenning.

2.8.1 Frivillighet

Kvalitativ forskning som undersøker menneskers livserfaringer og tanker, fører ofte til at datamaterialet får en sensitiv og personlig karakter. Dette stiller ifølge Malterud (2011) strenge krav til informert samtykket. Det var viktig for oss at informantene gjennom det informerte samtykket fikk nok innsikt i hvordan informasjonen om dem ville bli innsamlet, håndtert og rapportert, slik at de kunne ta et informert valg om de ønsket å delta i studien. Da intervjuene ble gjennomført i forkant av informantenes forestående terapiforløp i helsetjenestens lokaler, var vi videre opptatte av å gjøre et tydelig skille mellom forskningsprosjektet og helsetjenesten. Dette inkluderte å gi informasjon om at deltakelse i studien var frivillig og at eventuell deltakelse eller avbrutt deltakelse, ikke ville påvirke det øvrige terapitilbudet. Kontaktinformasjonen vår ble formidlet til informantene, slik at de kunne ta kontakt dersom de ønsket å korrigere opplysninger eller om de skulle ønske å trekke seg. Ingen av informantene benyttet seg av denne muligheten.

2.8.2 Psykisk og emosjonelt ubehag

Malterud (2011) vektlegger videre at man som forsker må ta høyde for at intervjuene representerer en potensiell intervensjon som kan aktivere psykisk eller emosjonelt ubehag. I den sammenheng anså vi det som en potensiell etisk utfordring at intervjuene ble gjennomført i helsetjenestens lokaler av to forskere med psykologisk fagkompetanse. Dette kan ha ført til en potensiell rolleforvirring, med uheldige forventninger om behandlingsansvar. Videre var rekrutteringen av informantene kun basert på informantens oppgitte hjelpeårsak ved henvisning, og vi gjorde heller ingen videre kartlegging eller screening av symptomtrykk før intervju. Mangel på kartlegging innebar en risiko for at informantene kunne ha et lidelsestrykk som fordret klinisk vurdering og oppfølging, som gikk utover kompetansen og rollen til oss som forskere. På bakgrunn av dette ble det vurdert som nødvendig å sikre et tilfredsstillende tilbud for oppfølging av informantene. Det ble i den forbindelse avtalt at det var helsetjenesten som var ansvarlig for oppfølging av informantene. Det ble også gjort en avtale med helsetjenesten om at de skulle bistå oss underveis i intervjuene dersom det var nødvendig å gjøre eventuelle risikovurderinger. Det ble aktuelt å hente inn helsepersonell ved

ett tilfelle for å gjøre en vurdering av selvmordsrisiko. Det ble vurdert i samråd med helsepersonellet og informanten selv at det var forsvarlig å fortsette intervjuet.

2.8.3 Lagring og behandling av data

For å kunne lagre dataene våre på en god og sikker måte, valgte vi å anvende oss av Tjenester for Sensitive Data (TSD) sine tjenester. TSD er en tjeneste som tilbyr en digital plattform til forskere, og som oppfyller lovens krav til behandling og lagring av sensitive forskningsdata (TSD, u.å). Datainnsamlingsprosedyren og lagringen av data er også godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD). I følge Malterud (2011) er det viktig at deltakerens anonymitet er ivaretatt, uten risiko for gjenkjenning. Det ble i denne sammenheng informert om i det informerte samtykke om hvilke opplysninger vi kom til å samle inn. Det ble også gitt muntlig informasjon om at sitater fra intervjuene kunne bli brukt i oppgaven, og at informantene slik kunne komme til å gjenkjenne seg selv i egne sitater.

3 Resultater

3.1 Rapportering av antall informanter

Når vi referer til antall informanter har vi tatt utgangspunkt i en artikkel av Hill og kollegaer (2005), som inneholder anbefalinger til hvordan man refererer til antall (frequencies). Hill og kollegaer (2005) anbefaler at begrepet 'general' refererer til alle informantene, eller alle bortsett fra en. Vi har valgt å erstatte ordet 'general' med «alle informantene», hvilket inkluderer alle ni informantene (9). Når vi bruker begrepet «de fleste» eller «mange av informantene», samsvarer dette med det engelske begrepet 'typical' hvilket innebærer fire eller flere av informantene (4-8). Begrepet «noen av informantene» tilsvarer det engelske begrepet 'variant' og refererer til to eller flere informanter (2-3).

3.2 Innholdet i klienters tanker om utfall

Ut fra analysen av innhold identifiserte vi totalt syv ulike kategorier som representerer mulige utfall for informantene våre. Kategoriene er oppsummert i tabell 1. Et tidlig funn i analyseprosessen var at alle informantene beskrev ulike sammenhenger mellom utfallene de fortalte om, hvor blant annet et utfall kunne lede til et annet utfall. For eksempel ga flere

informanter uttrykk for at det å få en forklaring på opplevd problematikk kunne føre til symptomlette. Vi vil derfor, etter gjennomgangen av de syv kategoriene, redegjøre for disse sammenhengene og presentere de i en illustrerende figur (figur 1).

Tabell 1 *Utfallskategorier i henhold til analysen av innhold.*

| «Å få en litt sånn boost» | «Det er sikkert noe underliggende » | «Den skulle jeg gjerne ha sluppet å kjenne på hele tida» | «Få en verktøykasse» | «Familien betyr mye for meg» | «Fungere som et normalt menneske» | «Meningen med livet er å stadig utvikle seg» |
|---|---|--|--|--|--|--|
| <p>Fornyhet håp om at bedring er mulig</p> <p>Styrke troen på egen mestringsevne</p> <p>Sette et realistisk mål frem i tid.</p> <p>Bli rustet mot tilbakefall</p> <p>Bli motivert</p> <p>Bli optimistisk</p> <p>Økt selvaksept.</p> <p>Mikroutfall</p> <p>Få flere dager med økt overskudd og selvtillit</p> <p>Få ventilert i en vanskelig situasjon</p> <p>Føle seg letta etter terapi</p> | <p>Innsikt i seg selv</p> <p>Innsikt i egne behov</p> <p>Innsikt i hva som gir motivasjon</p> <p>Bli bedre kjent med seg selv</p> <p>Tørre å kjenne og lytte til egne følelser.</p> <p>Relasjonell innsikt</p> <p>Økt bevissthet rundt egen kommunikasjon</p> <p>Innsikt i eget og andres bidrag i relasjoner</p> <p>Bli bevisst sin rolle i tidligere relasjoner</p> <p>Økt innsikt i relasjonelle mønstre</p> <p>Innsikt i problematikk</p> <p>Få et mer nyansert syn på problematikk.</p> <p>Forstå årsak til egen problematikk.</p> <p>Få en forklaring symptomer</p> <p>Få en forklaring på hvordan vanskene henger sammen</p> <p>Gi mening til egne vansker.</p> | <p>Reduksjon i bekymrings-tanker</p> <p>Bli kvitt/reducerer angst</p> <p>Være mindre i beredskapsmodus</p> <p>Bli kvitt angst for angsten</p> <p>Redusere antall angstanfall</p> <p>Redusere somatiske smerter</p> <p>Redusere depresjon.</p> <p>Redusere kontrollbehov</p> <p>Redusere rastløshet</p> | <p>Verktøy for å håndtere problematikk</p> <p>Hjelp til å håndtere selvmordstanker</p> <p>Kunne håndtere bekymrings-tanker</p> <p>Tips til håndtering av depresjon</p> <p>Lære å håndtere rastløshet</p> <p>Metode/teknikker for å håndtere angst.</p> <p>Takle alderdom</p> <p>Verktøy for å håndtere relasjoner</p> <p>Måte å forholde seg til vanskelig familierelasjon på.</p> <p>Bli mindre styrt av hva andre tenker om han.</p> <p>Økt evne til å sette grenser overfor andre.</p> <p>Lære å kommunisere bedre.</p> | <p>Bli sett for den man er</p> <p>Bli sett for den man er av familie og venner.</p> <p>Bli tatt mindre for gitt av viktige andre.</p> <p>Tørre å være seg selv</p> <p>Bli forstått av terapeut.</p> <p>Sosial støtte</p> <p>Hjelp til å mobilisere sosial støtte fra familie.</p> <p>Forståelse og aksept fra andre</p> <p>Bedre relasjoner til andre</p> <p>Å være tilknyttet et sosialt fellesskap</p> | <p>Bedre søvn</p> <p>Økt overskudd i hverdagen</p> <p>Nyte en "normal" hverdag</p> <p>Mestre hverdagslige rutiner</p> <p>Hjelp til selvhjelp i egen hverdag</p> <p>Å bli mer forankret i øyeblikket</p> <p>Nyte pensjonist-tilværelsen</p> <p>Bli mer sosial</p> <p>Få mer lyst til å finne på ting</p> <p>Få en ny hobby</p> <p>Finne tilbake til seg selv</p> <p>Spille på lag med egne ressurser og egenskaper.</p> | <p>Justere karaktertrekk</p> <p>Få bevegelse i egen utvikling</p> <p>Hjelp til å løse opp ambivalens knyttet til fremtid</p> <p>Få tydeliggjort mål, mening og retning med eget liv</p> <p>Få nye livsverdier</p> <p>Øke egen refleksjonsevne</p> <p>Bli mer handlekraftig.</p> <p>Bli mer selvsikker i sosiale situasjoner.</p> <p>Økt følelsesspekter</p> <p>Få mål, middel og fremgangsmåte med egen bedringsprosess.</p> |

3.2.1 «Få en litt sånn boost» - Styrking av klienten (Antall informanter: 7)

De fleste av informantene ga uttrykk for utfall om overordnet sett å styrke seg selv. For mange av informantene dreide det seg om å bli motivert, og å få styrket troen på seg selv og egen mestringsevne ved endt terapi. Én av informantene som selv uttrykte å ha havnet i en depresjon relatert til ikke-ønsket arbeidsledighet sa eksempelvis: «At jeg har fått litt sånn fornyet tro på fremtiden og meg selv, da(...) nå har jeg liksom tro og selvtillit, jeg har liksom selvfølelse nok (...) til å komme ut av denne sumpen her.». En annen informant hadde vært i flere behandlinger ved DPS uten at dette hadde ført til varig bedring. Hun ga uttrykk for at det var vanskelig å opprettholde troen på at hun kunne bli bedre, og et ønsket utfall for henne ville være å styrke det lille håpet hun hadde om at bedring i det hele tatt var mulig.

Mikroutfall

I tillegg til at noen snakket om betydningen av å bli styrket etter terapi, var det flere som snakket om betydningen av det å bli styrket underveis i terapien. Utfall som ble beskrevet som å skulle inntreffe underveis i terapiforløpet har vi valgt å kalle for «mikroutfall». Mikroutfallene informantene ga uttrykk for dreide seg blant annet om å føle seg lettere, få økt selvtillit og overskudd etter enkelttimer. For en informant var det å oppnå slike mikroutfall nok til at hun opplevde terapien som nyttig. Hun sa: «Kanskje at jeg går ut med selvtillit (...) kanskje fikk jeg litt mer trua på meg sjøl den dagen.». For andre var et viktig mikroutfall å få ventilert frustrasjon i terapitimen, slik at de fikk lettet på trykket de opplevde i hverdagen.

3.2.2 «Det er sikkert noe underliggende» - Forståelse og innsikt (Antall informanter: 8)

Flere av informantene ga uttrykk for at de søkte en eller annen forklaring på eller innsikt i enten seg selv og sine behov, opplevd problematikk, eller i egen og andres relasjonelle væremåte.

Innsikt i egen fungering og behov

Flere av informantene beskrev utfall knyttet til det å bli bedre kjent med seg selv og sine behov. For eksempel fortalte en informant som beskrev seg selv som unnvikende og konfliktsky, at et utfall kanskje var «at jeg kan bli mer bevisst på hvorfor jeg er det og

hvordan jeg kan bli annerledes». En annen informant uttrykte et behov for å få økt innsikt i egne behov, slik at hun kunne kommunisere behovene til sine nærmeste. Hun anså innsikt for å være en nødvendig forutsetning for å få dette til i det hun uttrykte «Ja, skal jeg kunne kommunisere mine behov, så må jeg jo være bevisst dem først.».

Relasjonell innsikt

Det relasjonelle perspektivet var viktig for flere av informantene, da de søkte innsikt i egen og andres relasjonelle fungering. Noen påpekte videre at det å inkludere familiemedlemmer i terapi kanskje kunne føre til at familiemedlemmene også kunne få innsikt i informantens væremåte og fungering. En informant som beskrev et noe trøblete forhold til foreldrene sine uttrykte for eksempel et behov for å få «(...) reflektert litt mer på hva jeg burde gjøre og hvordan jeg burde tenke for å få det her til å fungere.». Han påpekte samtidig at han håpte nettverksmøter kunne føre til at også familiemedlemmer fikk økt innsikt og forståelse for hverandres bidrag til det han beskrev som en fastlåst situasjon.

Innsikt i problematikk

Flere av informantene søkte en eller annen form for innsikt i opplevd problematikk. For noen kunne dette dreie seg om å få en eller annen form for diagnostisk avklaring. En informant som opplevde usikkerhet rundt hva problemene hans egentlig var, sa eksempelvis at en forventning til terapi var å «(...) kanskje faktisk finne ut om jeg har angst, eller hva det er for noe?». Noen av informantene var også opptatte av å gi mening til vanskene sine. En informant fortalte eksempelvis at hun søkte en forklaring både på hvorfor hun hadde det samme marerittet så ofte, samt hjelp til å kunne tillegge mening til innholdet i marerittet. Flere av informantene uttrykte også at de ønsket innsikt i årsaken til vanskene, mens noen vektla et behov for psykoedukasjon, for å forstå hvordan vanskene påvirket dem.

3.2.3 «Den skulle jeg gjerne ha sluppet å kjenne på hele tida» - Symptomlette (Antall informanter: 7)

Denne kategorien representerer håp, ønsker og forventninger som handlet om å redusere eller å bli kvitt lidelsestrykk, altså symptomlette. Til tross for at de fleste uttrykte at de ikke trodde eller forventet å bli kvitt *all* lidelse, ga de flere steder i intervjuene uttrykk for at de «ønsker å slippe å kjenne på det hele tida». En informant som hadde opplevd å bli

deprimert som følge av alvorlig kronisk smerteproblematikk, opplevde at hverdagslig motgang fikk henne til å føle seg helt håpløs. Hun forventet at terapien skulle redusere den generelle følelsen av håpløshet idet hun erkjente at hun selv ikke faktisk var håpløs, «det er bare mine tanker om meg selv som har blitt annerledes». Hun beskrev videre en sirkulær sammenheng hvor depresjonen økte smertene og forventet at ved å behandle depresjonen, kunne hun også få redusert smertene og vice versa.

3.2.4 «Få en verktøykasse» - Hjelp til å håndtere vansker og relasjoner (Antall informanter: 9)

Mange av informantene beskrev at de opplevde symptomtrykket knyttet til enten angst eller depresjon som forstyrrende for og energitappende i hverdagen. På tidspunktet for intervjuet fortalte de at de ikke hadde en egnet metode for å redusere dette på egenhånd. Alle informantene brukte ord som å få «en metode», «tips», «verktøy», «måte» og «teknikker» for å beskrive behovet om hjelp til håndtering av vanskene. Mange av informantene ga videre uttrykk for at de ønsket verktøy for å ta tilbake kontrollen over eget liv, i det de ga uttrykk for at problematikken hadde fått styre store deler av livet deres. For eksempel sa en av informantene som refererte til det hun opplevde som panikkangst at «Ja, prøve å ta kontroll over den enn at den skal prøve å overvinne meg.».

Relasjonelle verktøy

Utover det å få verktøy for å håndtere problematikk, etterlyste flere av informantene også måter å forholde seg til vanskelige relasjoner på. En informant uttrykte for eksempel «(...) ikke la meg påvirke av maset til moren min. Å finne noen type mestringsstrategier for å få til det.». Noen av informantene snakket også om et behov for å få hjelp til å lære seg å sette grenser overfor seg selv og andre. En informant som beskrev at han ofte tok på seg en «tøff» maske men som på innsiden opplevde seg som sårbar, uttrykte at «Jeg skulle ønske jeg kunne si at det går litt for langt.». Informanten fortalte videre, i likhet med flere, at han ønsket hjelp til å bedre kommunikasjonsferdighetene sine slik at han kunne ta opp «tingene jeg synes er vanskelig» med samboeren på en bedre måte.

3.2.5 «Familien betyr mye for meg» - Hjelp til relasjoner og mobilisering av sosial støtte (Antall informanter: 6)

Flere av informantene rapporterte utfall knyttet til relasjonell fungering både til seg selv og til betydningsfulle personer i livene deres. Noen av informantene fortalte at de så for seg å jobbe med relasjonelle temaer i individualterapi, mens andre ga uttrykk for at de ønsket å inkludere betydningsfulle andre i terapien, gjennom for eksempel nettverksmøter. De relasjonelle temaene dreide seg både om det å kunne være seg selv i relasjon til andre, og om å få økt sosial støtte fra betydningsfulle andre.

Bli sett for den man er

Å bli sett for den man er dreide seg for noen om å tørre å vise seg som sårbar, samt å være åpen om egne følelser og vansker. Informanten som tidligere beskrev at han tar på seg en «tøff» maske i sosiale sammenhenger, uttrykte et ønske om å kunne «(...) være mer åpen overfor andre. Hvem jeg egentlig er i stedet for den jeg har vært veldig lenge, da (...) jeg vil heller være følsom.». For en annen informant dreide det å bli sett for den man er seg om å at familien skulle se og tåle han til tross for de utfordringene han hadde knyttet til rus. Han sa: «Jeg skulle ønske at folk ser meg som jeg er, i stedet for at når jeg må pushe for å være noe jeg ikke er. Jeg skulle ønske at dem hadde forstått at eller sett at, ja han røyker, men han er jo ikke noen fæl person for det.».

Sosial støtte

Flere av informantene ga videre uttrykk for at de søkte sosial støtte i den situasjonen de befant seg i. Informanten som etterlyste bedre kommunikasjonsferdigheter, satte det i sammenheng med at han da kunne få en bedre relasjon til samboeren sin, preget av gjensidig forståelse for hverandres vansker. Andre informanter vektla at det å få hjelp til å forklare situasjonen de befant seg i og de utfordringene de hadde til familien var et viktig ledd i det å kunne mobilisere sosial støtte. En av informantene fortalte at hun håpet at det å kunne forklare vanskene hun hadde knyttet til angst til foreldrene, kunne føre til «at dem kanskje støtter meg i situasjonen min nå, da.».

3.2.6 «Fungere som et normalt menneske» - Å øke eget funksjonsnivå i hverdagen (Antall informanter: 9)

Denne kategorien handler om de små og store tingene i hverdagen. Samtlige av informantene ga uttrykk for at de ønsket å oppleve økt mestring og overskudd i egen hverdag, samt at de ønsket å kunne nyte hverdagen sin i større grad. En informant beskrev blant annet håpet om «at det blir en litt sånn bedre hverdag, (...) håpet mitt er jo nettopp det, å få mer overskudd egentlig, at jeg på en måte klarer å legge vekk enkelting som tapper meg for energi.» En annen informant fortalte at et ønsket utfall av terapi ville være «at jeg da kanskje ikke trenger mer hjelp (...), det å klare meg selv uten at det skal være veldig håpløst.». I det å klare seg selv la han vekt på evne til å kunne ventilere frustrasjon på en annen måte enn ved hjelp av terapi, samt at han «klarer å løse de problemene jeg er for feig til å ta opp i virkeligheten, at jeg klarer å ta dem opp selv.»

Flere av informantene fortalte videre at det de opplevde som depresjon og angst hindret dem fra å være så sosiale og spontane som de ønsket. En informant som i likhet med andre informanter opplevde å ha trukket seg tilbake fra sosiale situasjoner fortalte at han hadde et mål om igjen å «se på det som koselig å snakke med folk» og «kunne bare ta en spontantur, bare finne på ett eller annet helt spontant uten at jeg skal behøve å tenke på det flere dager i forveien (...), det er et mål for meg, noe jeg har veldig lyst til.». For andre handlet endring i hverdagen om å kunne å være mer tilstede i egen hverdag, eller skape struktur i egen hverdag ved for eksempel å komme tilbake i jobb, begynne å trene eller få en ny hobby.

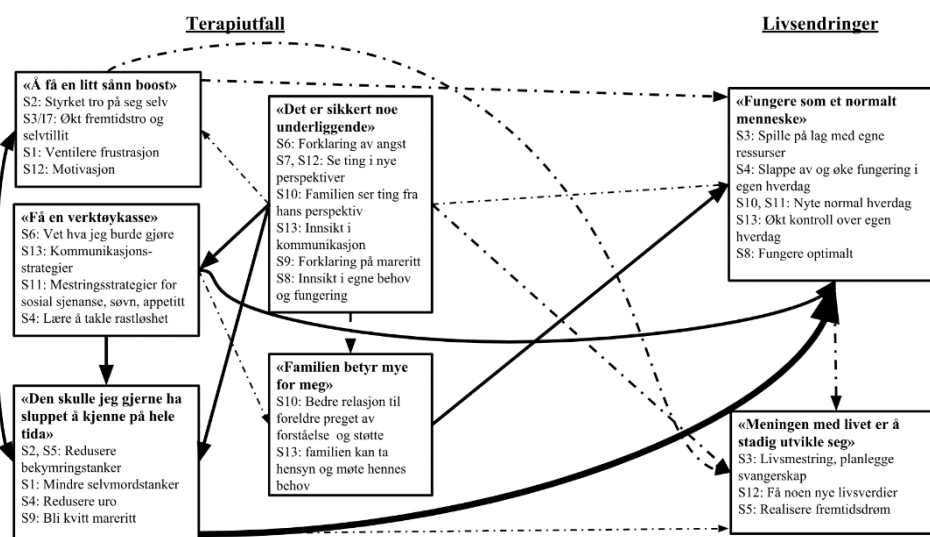
3.2.7 «Meningen med livet er å stadig utvikle seg» - Hjelp til livsmål og endringsprosess (Antall informanter: 7)

Flere av informantene ga uttrykk for at de ønsket en eller annen form for utvikling i eget liv. En informant fortalte eksempelvis at hun følte seg fastlåst i sin egen livsutfoldelse. Hun håpet således terapi kunne resultere i at hun fikk «(...) kickstartet og kommet i gang med verktøy og det jeg trenger for å finne meg en jobb (...) og kunne planlegge å bli gravid og liksom komme videre.». I tillegg til at noen av informantene ga uttrykk for at de søkte hjelp til å nå et livsmål, var det noen av informantene som nevnte at de savnet en tydelig retning eller mening med livet. Informanten som ønsket å redusere rusmisbruket sitt sa for eksempel: «Jeg burde kanskje få noen andre livsverdier (...) det er sånne ting jeg vil ha kanskje litt motivasjon til, kanskje få snudd på ting.»

Mens noen fokuserte på hjelp til egen utviklingsprosess generelt i livet, fokuserte andre mer på utvikling i den forestående endringsprosessen knyttet til problematikk. En av informantene som omtalte seg selv som hovedaktør for egen endring sa at «Forventningen er at jeg skal få noe hjelp hvert fall til å komme meg videre (...) Litt hjelp til å sette det litt mer riktig, kanskje fokusere på de tinga du skal fokusere på, og ikke bomme helt på hva du skal begynne med.». Han la vekt på at dette var viktig for å gjøre endringsprosessen lettere, at han kanskje kom seg ett hakk videre enn han hadde klart på egenhånd.

3.3 Sammenhengen mellom terapiutfall og livsendringer

Flere av informantene uttrykte utfallene i kategoriene «*Fungere som et normalt menneske*» og «*Meningen med livet er å stadig utvikle seg*» som mer «endelige» former for utfall. Disse utfallene har vi valgt å referere til som livsendringer. De andre utfallene i kategoriene: 1) «*Få en litt sånn boost*», 2) «*Det er sikkert noe underliggende*», 3) «*Den skulle jeg gjerne ha sluppet å kjenne på hele tida*», 4) «*Få en verktøykasse*» og 5) «*Familien betyr mye for meg*» var i større grad knyttet til utfordringene informantene sto i, hvilket vi har valgt å referere til som terapiutfall. For de fleste av informantene ble terapiutfall beskrevet som forutgående for livsendringer. For eksempel ga flere av informantene uttrykk for at det å få verktøy (terapiutfall) ville føre til et annet utfall som det å nyte livet, være sosial, komme i jobb eller å slutte med rus (livsendringer).



Figur 1 Illustrasjon av sammenhenger mellom utfall og nivåene. Tykkelse på pilene symboliserer antall informanter som har gitt uttrykk for sammenhengen. Den tykkeste pilen symboliserer alle ni informantene. Den smalere heltrukne pilen symboliserer at mellom fire og åtte informanter, og stiplet pil symboliserer mellom to og tre informanter.

I figur 1 presenteres de sammenhengene mellom terapiutfall og livsendringer som ble vurdert for å være tilstrekkelig robuste, slik informantene introduserte dem for oss. Som det fremgår av figur 1, ser vi at utfall i kategorien «Å få en litt sånn boost» er sterkest knyttet til utfall i kategorien «Den skulle jeg gjerne ha sluppet å kjenne på hele tida» (symptomlette). Mellom disse to kategoriene er sammenhengen bidireksjonal. For eksempel ga en informant uttrykk for at det å få ventilert frustrasjon i terapi (styrking), var det som hjalp med tanke på selvmordstanker (symptomlette, representert som S1 i figur 1). En annen informant ga uttrykk for en motsatt sammenheng (S2) hvor det å få redusert bekymringstanker (symptomlette) kunne føre til en styrket tro på seg selv og heller tenke «men det her går bra» (styrking). Videre beskrev noen av informantene at utfall innenfor kategorien «Å få en litt sånn boost» kunne lede til livsendringer knyttet til «Fungere som et normalt menneske» og «Meningen med livet er å stadig utvikle seg». Dette kommer blant annet til uttrykk hos en informant som beskrev en sammenheng (S3) hvor det å få fremtidstro og selvtillit (styrking) vil gjøre det lettere for henne å spille på sine personlige ressurser (normalt menneske). Å kunne spille på lag med sine personlige ressurser kunne igjen føre til at hun opplevde større livsmestring i hennes prosjekt om å komme i arbeid og stifte familie (utvikling).

Kategorien «Den skulle jeg gjerne ha sluppet å kjenne på hele tida» som innebærer symptomlette, ble beskrevet som forutgående for utfall i kategorien «Fungere som et normalt menneske» av alle informantene. Sammenhengen (S4) mellom de tre kategoriene «Få en verktøykasse», «Den skulle jeg gjerne sluppet å kjenne på hele tida» og «Fungere som et normalt menneske», illustreres godt hos en informant som ga uttrykk for at hun ved å lære å takle rastløshet (verktøy), ville kunne redusere eller bli kvitt uroa (symptomlette). Et slikt symptomlette ble videre beskrevet for å føre til at hun kunne slappe mer av og øke sin fungering i hverdagen (normalt menneske). Utfall relatert til «Den skulle jeg gjerne ha sluppet å kjenne på hele tida» var hos noen informanter også forbundet med utfall i kategorien «Meningen med livet er å stadig utvikle seg». For eksempel ga en informant uttrykk for sammenhengen (S5) mellom det å redusere engstelighet og bekymringstanker (symptomlette) og å kunne realisere drømmen sin om å jobbe frivillig (utvikling).

Flere av informantene uttrykte at innsikt var nødvendig for endring. Utfall i kategorien «Det er sikkert noe underliggende» ble således ansett for å kunne lede til utfall innenfor alle de andre kategoriene. For eksempel var det en informant som ga uttrykk for sammenhengen (S6) om at en forklaring av angst (innsikt) kunne lede til at han fikk kunnskap om hvordan han skulle håndtere angsten (verktøy). Informanten som etterlyste økt selvtillit og fremtidstro,

ga uttrykk for sammenhengen (S7) at det «å se ting fra litt andre perspektiver, og se meg selv på en litt ny måte» (innsikt) nettopp kunne lede til «fornytt tro på fremtiden og meg selv» (styrking). Videre uttrykte hun en sammenheng (S8) i det hun søkte innsikt i hvilke beslutninger hun måtte ta for å fungere optimalt (normalt menneske). Informanten som var plaget med mareritt, uttrykte en sammenheng (S9) hvor hun søkte en forklaring eller forståelse for innholdet i marerittet (innsikt) som hun i ytterste konsekvens håpet kunne gjøre at hun ble kvitt de (symptomlette).

Videre var det noen av informantene som uttrykte at utfall i kategorien «*Det er sikkert noe underliggende*» kunne føre til utfall i kategorien «*Familien betyr mye for meg*». Utfall i kategorien «*Familien betyr mye for meg*» ble av flere av informantene videre knyttet til utfall om «*Fungere som et normalt menneske*». En informant illustrerer denne sammenhengen (S10) i det han uttrykte at om familien kunne se ting fra hans perspektiv (innsikt) og «får en litt annen holdning til meg, så kanskje de booster meg litt til å få ting på stell da» (sosial støtte og normalt menneske). Med ting på stell henviser han til det å kunne nyte en normal hverdag uten rus. Informanten fortalte også om en sammenheng (S11) hvor det å få noen mestringsstrategier for å håndtere vansker knyttet til sosiale situasjoner, søvn og appetitt (verktøy), kunne dette også gjøre at han i større grad fikk en normal hverdag uten rus (normalt menneske). Videre uttrykte han et behov for hjelp til å etablere noen nye livsverdier (utvikling), noe han så for seg at kunne skje gjennom å få noen nye perspektiver (innsikt) og økt motivasjon (styrking) gjennom samtale med terapeut (S12). En annen informant uttrykte videre en sammenheng (S13) hvor innsikt i hvordan hun kommuniserte med andre kunne lede til noen kommunikasjonsstrategier (verktøy) som gjorde det «(...) lettere for mannen min og andre, og gi meg det jeg har bruk for, i stedet for å oppfatte meg som kravstor.» (sosial støtte).

3.4 Forståelse og bruk av utfallsbegreper

I den konseptuelle analysen har vi sett både på informantenes egne beskrivelser av de ulike begrepene, samt deres bruk av begrepene. Dermed beveger vi oss mellom informantenes egen forståelse og vår tolkning av både det de sa og hvordan de anvendte begrepene.

3.4.1 «Viktig for enhver endringsprosess» - Utfallsbegrepene som retningsgivende for endring

‘Mål’ som utfallsbegrep ser ut til å skille seg fra de andre utfallsbegrepene slik informantene forsto og brukte det. Mål ble nevnt av flere av informantene, men er likevel det utfallsbegrepet som ble minst brukt i informantenes beskrivelser av utfall. Hos de informantene som anvendte målbegrepet, ser det ut til at de samtidig brukte de andre utfallsbegrepene for å si noe om hvor sannsynlig de anså oppnåelsen av målet for å være. For eksempel ga en informant uttrykk for at hun hadde et mål om å takle angsten på en bedre måte, men at hun «(...) forventer det ikke så mye som jeg håper.». I det la hun at det ikke var så sannsynlig å oppnå målet, og at hun derfor bare kunne håpe at hun lærte å takle angsten i terapi. Mål ble videre beskrevet for å være konkret og for å kunne gi retning til en endringsprosess, eller som en informant sa, for å «bevege seg bortover, fremover eller oppover». Håp ser ut til å ha en lignende retningsgivende funksjon da det i tillegg til å bli brukt om spesifikke utfall av terapi, også ble forstått av noen av informantene som en generell emosjonell tilstand eller en «driving factor». Det at håp ble forstått som en drivkraft kom blant annet til uttrykk hos en av informantene som fortalte at han hadde «stått på stedet hvil» hvis han ikke hadde hatt håp.

Når det gjelder informantenes forståelse og bruk av de tre utfallsbegrepene ‘forventning’, ‘håp’ og ‘ønske’, i tilknytning til spesifikke utfall, ble disse begrepene av og til brukt om hverandre. I noen tilfeller ser det altså ut til at informantene både kunne håpe, ønske og forvente samme utfall. Likevel skilte informantene mellom begrepene både uoppfordret og ved direkte spørsmål om deres forståelse av begrepene. De fleste informantene uttrykte at de forsto begrepene ‘håp’ og ‘ønske’ som det samme. Videre ga de fleste informantene uttrykk for at ‘håp’ og ‘ønsker’ skilte seg fra begrepet ‘forventning’, ved å gjøre det lettere å prate om utfall av terapi. En informant svarte for eksempel «Jeg er ikke helt *der ennå*» når vi spurte han om hans forventninger til terapiutfallet, og at det å snakke om håp gjorde det «mye mer behagelig» å snakke om utfall. Dette skillet hvor håp og ønsker ble beskrevet som lettere å prate om enn forventninger, gjenspeiles også i informantenes bruk av begrepene. Det fremkommer av analysen at informantene hyppigst anvendte begrepene ‘håp’ og ‘ønsker’ i sine beskrivelser av utfall. Videre fant vi at modererende ord som for eksempel «litt», «kanskje» og «i beste fall» i større grad ble brukt sammen med begrepet forventning sammenliknet med begrepene håp og ønske. Det at det kunne være vanskelig å uttrykke forventninger illustreres hos en informant som sa «Jeg tror det der med håper og i beste fall er

sånne modererende uttrykk fordi jeg kanskje ikke helt tørr å tro på det, (...) jeg modererer forventningene og forestillingene mine.». Ut i fra informantenes beretninger om og bruk av begrepene fremkommer det altså at det for de fleste var vanskelig å uttrykke forventninger til terapiutfall.

Oppsummert ser det ut til at begrepet 'mål' ble forstått som retningsgivende for endring, og at de andre begrepene 'forventning', 'håp' og 'ønsker' kunne si noe om hvor oppnåelig informantene anså målet for å være. Håp på sin side ble i tillegg forstått som en viktig drivkraft for å oppnå de målene man har satt seg. Videre ser det ut til at informantene foretrakk å bruke begrepene 'håp' og 'ønsker' heller enn begrepet 'forventning' i sine beskrivelser av spesifikke utfall. I forlengelsen av dette har vi identifisert tre dimensjoner som informantenes forståelse og bruk av 'håp', 'ønsker' og 'forventninger' varierer over, i tilknytning til spesifikke utfall av terapi. Informantenes forståelse og bruk av begrepene innenfor én dimensjon, kunne påvirke deres forståelse og bruk av begrepene innenfor de andre dimensjonene. Dimensjonene er således ikke atskilte enheter men forstås best i sammenheng med hverandre. Tabell 2 inkluderer to eksempler på hvordan hvert begrep varierte over disse dimensjonene. De tre dimensjonene kan videre gi innblikk i hvorfor informantene i utstrakt grad unngikk å gi uttrykk for forventninger.

3.4.2 «Det blir litt for konkret» - Grad av forpliktelse

Noen av informantene ga uttrykk for at de opplevde håp og ønsker som «mindre forlangende» overfor terapeuten enn begrepet forventning. For eksempel ga en informant uttrykk for at det å uttrykke forventninger var det samme som «å legge lista litt høyt», i betydningen å forlange for mye av terapeuten. I tillegg til å ikke ville forlange noe av terapeuten, uttrykte andre et behov for å ikke stille for høye krav til seg selv eller forplikte seg til utfall, og brukte derfor håp og ønsker i stedet for forventning for å benevne utfall. Flere av informantene ga videre uttrykk for at et håp ikke trengte å bli målt på samme måte som en forventning. Dette illustreres hos en informant som sa: «For håp kan være så mangt egentlig (...) for med forventning, at noe må konkretiseres, da blir det en viss sånn sjekkliste og da har man visse parametere og da kan man vurdere om det har slått til eller ikke.». Slik sett ser det ut til at når informantene brukte begrepet forventning, opplevde de å forplikte seg til å måtte nå utfallet. I forlengelsen av dette uttrykte en informant i likhet med noen andre informanter, at han ved å bruke håp og ønsker om utfall unngikk «å feste meg veldig fast akkurat ved det». Det at håp framsto som mindre forpliktende gjenspeiles videre i noen av informantenes

anvendelse av begrepet, hvor utfallet de håpte på ble plassert i en ubestemt fremtid, som noe som kom «etterhvert» eller som noe «jeg må se på som litt mer langsiktig.». Utfall som ble benevnt som en forventning ble i større grad knyttet til det forestående terapiforløpet. Oppsummert ser det ut til at bruken av utfallsbegrepene varierte ut ifra i hvilken grad informantene opplevde å kunne forplikte seg selv og terapeuten til oppnåelsen av utfallet.

3.4.3 «Over the top» - Grad av sannsynlighet

Når det gjelder håp fortalte de fleste av informantene at håp for dem tilsvarte «best mulig utfall», for eksempel det å bli kvitt alle plager. Noen av informantene uttrykte at håp innimellom kunne være litt overoptimistisk og dermed på grensen til urealistisk. En informant sammenliknet et urealistisk håp med «Innimellom så ser jeg jo at håp kanskje kan være litt uoppnåelig (...) altså du håper at du vinner den millionen, men du gjør ikke det.» Likevel påpekte de fleste informantene at håp om utfall også kunne være realistisk. Det at håp, i likhet med ønsker, inkluderte utfall som informantene vurderte som både realistiske og urealistiske, gjenspeiles videre i informantenes bruk av begrepene. For eksempel fortalte en informant at han på den ene siden hadde et håp om å komme i jobb på sikt «men sånn som det er nå er ikke det en realitet». På den andre siden uttrykte han også at han håpte terapi kunne lede til økt forståelse hos samboer, noe han ga uttrykk for at han anså som mer sannsynlig.

Informantenes forventede utfall på sin side ble forstått som både oppnåelige og realistiske. Det at forventning som begrep synes å være sterkere realitetsbundet kommer blant annet til uttrykk ved at informantene nedjusterte forventningene sine etter tidligere erfaring. Dette kunne dreie seg om brutte forventninger til utfall i tidligere terapi, men også brutte forventninger i livet for øvrig. En informant som tidligere ikke hadde opplevd å få innfridd forventningene sine sa: «Håp er på en måte litt sånn 'over the top', og så er forventningene kanskje litt lavere enn det, forventningene etter at jeg har vært i behandling før og sånne ting, tilsier at det kanskje ikke skjer (...), at det er på en måte kanskje litt sånn, har det ikke skjedd hittil så...». Flere av informantene ga videre uttrykk for at usikkerhetsfaktorer knyttet til hvor vidt utfallet var sannsynlig og oppnåelig, førte til at de opplevde redusert personlig kontroll over utfallet. Redusert personlig kontroll gjorde det videre vanskelig å uttrykke forventninger da det ifølge informantene ga rom for å bli skuffet. En informant som ga uttrykk for at hun ikke turte å ha noen forventninger til terapi sa eksempelvis at «forventninger har noen usikkerhetsfaktorer ved seg, og da er det mulighet for skuffelser. Det er på en måte litt skummelt å konkretisere noe som innebærer en mulig skuffelse».

Oppsummert ser det ut til at begrepene 'forventning', 'håp' og 'ønsker' ble anvendt ulikt av informantene avhengig av hvor sannsynlig og oppnåelig de anså utfallet for å være. Unngåelsen av begrepet 'forventning' så i denne sammenheng ut til å være motivert ut i fra en unngåelse av en potensiell skuffelse.

3.4.4 «Blankt felt»- Grad av kjennskap til terapi

For alle informantene var det deres første møte med en kommunal psykisk helsetjeneste, og for flere var det første gang i terapi. Mangel på kjennskap til helsetjenesten og terapi syntes å gjøre det vanskelig for informantene å uttrykke forventninger. De ga uttrykk for at de ikke visste hva de forventet da de «ikke har vært igjennom dette» ennå. En av informantene ga uttrykk for at han i det hele tatt var usikker på om terapi kunne hjelpe.

Bruk av håp og ønsker som utfallsbegrep ser ut til å romme usikkerheten rundt terapi bedre enn forventning som begrep. Dette kommer til uttrykk ved at informantene uttrykte at de på grunn av manglende kjennskap til terapi eller hvordan endring foregår, "bare" kunne håpe på disse utfallene. Når vi stilte spørsmål om hvilke forventninger en av informantene hadde til utfallet av terapi, svarte han følgende: «Nei, jeg vet egentlig ikke hva jeg forventer sånn sett, det er litt sånn blankt felt akkurat det her feltet her, da (...) men kanskje lære noen teknikker eller åssen jeg skal takle ting, er det jeg håper da». Samtidig ga flere informanter tydelig uttrykk for at de selv var ansvarlige for å nå et gitt utfall. Dette kom særlig frem hos en informant som sa følgende: «Mye av jobben er meg sjøl uansett (..), det er jo ingen som kan komme å ta meg på skuldrene og si nå går det bra(...). Jeg har jo lagt jobben i det sjøl for å bli sånn inneslutta, så jeg må jo gjøre jobben andre veien og.» Når vi ser på hvordan informantene brukte begrepet forventninger, ser vi en tendens til at begrepet ble brukt der de hadde en tydeligere forståelse av hva de selv måtte gjøre for å oppnå utfallet

Flere av informantene ga også uttrykk for at det var vanskelig å ha forventninger når de ikke hadde møtt terapeuten ennå. Dette kan sees i sammenheng med at for mange av informantene var forventninger nært knyttet til det å skulle forlange noe. De fleste syntes det var vanskelig å skulle forlange noe av en ukjent person, da «det kan jo ha noe med kjemi å gjøre.». En informant fortalte videre at det å ikke vite hvordan terapien kom til å bli, innebar at «man må være så åpen om alle mulige utfall.». En slik åpen posisjon ble ifølge informanten muliggjort ved bruk av begreper som håp og ønsker. Oppsummert ser det ut til at det å bruke begrepene 'håp' og 'ønsker' krevde mindre forhåndskunnskap om terapi, mens forventning som begrep så ut til å forutsette en større innsikt i terapi og terapiprosessen.

Tabell 2 *Eksempler på hvordan begrepene brukes i lys av de tre dimensjonene*

| Bruk av begrepene påvirkes av: | Grad av forpliktelse (Kommer til uttrykk ved tydelig tidfesting, at utfallet er konkret og målbart og at de anser det som rimelig å kreve det av seg selv og terapeut). | Grad av sannsynlighet og personlig kontroll (I hvilken grad informantene anser utfallet som oppnåelig og realistisk og i hvilken grad man opplever å ha personlig kontroll over utfallet) | Grad av kjennskap (I hvilken grad informantene opplever å ha innsikt i hvordan å nå utfallet (prosess)) |
|--|---|---|--|
| Forventning: Få bedre kommunikasjonsstrategier | Gir uttrykk for at hun er forpliktet til å nå utfallet ved at hun anser at det er rimelig å forlange både av seg selv og psykologen. | Gir uttrykk for høy grad av sannsynlighet ved at hun har tro på at hun kan bli bedre på dette, samt at hun allerede har opplevd progresjon i tidligere . | Gir uttrykk for at hun har innsikt i fremgangsmåte idet hun sier at hun kan bli bevisst kommunikasjonsmønstre og dermed lære å ordlegge seg annerledes. |
| Forventning: Bedre forhold til foreldrene mine | Gir uttrykk for høy grad av forpliktelse ved at han absolutt skal benytte seg av tilbudet om nettverksmøte og at han forventer at foreldrene er villig til å delta på disse. | Gir uttrykk for høy grad av sannsynlighet basert på tidligere positiv erfaring med familieterapi. | Gir uttrykk for at han har innsikt i fremgangsmåte idet han sier at han tror terapeuten kan fasilitere forståelse og gehør hos foreldre, og at de får hjelp til å se ting fra hverandres perspektiv. |
| Ønske: Kunne legge bekymringer til side | Gir uttrykk for at hun er forpliktet til utfallet ved å tidfeste utfallet til slutten av det forestående terapiforløpet. | Gir uttrykk lav grad av sannsynlighet da hun sier at hun er inngrodd i tankene sine og viser til at tidligere behandling ikke har vært til hjelp. | Gir uttrykk for lav grad av kjennskap da utfallet ikke knyttes til noen form for fremgangsmåte. |
| Ønske: Økt selvaksept | Gir uttrykk for lav grad av forpliktelse ved å ikke tidfeste utfallet. Utfallet er ikke nødvendigvis et resultat av den forestående terapien, men "en dag" kan han oppnå det. | Gir uttrykk for lav grad av sannsynlighet da han har prøvd å jobbe med dette i tidligere behandling. | Knyttes ikke opp til noe spesifikk handling eller plan for hvordan dette skal oppnås. |
| Håp: Takle angsten | Gir uttrykk for lav grad av forpliktelse ved å bruke ordet håp som han beskriver som mindre forlangende ovenfor terapeut. | Gir uttrykk for at utfallet er sannsynlig ved å påpeke at det blir vanskelig, men samtidig at det er mulig. | Ingen konkret plan på hvordan, utover at terapeuten skal finne på noe. |
| Håp: Komme i jobb etterhvert | Gir uttrykk for lav grad av forpliktelse idet han har lyst til å nå utfallet, men samtidig ikke vil stille for høye krav hverken til seg selv eller terapeut. | Gir uttrykk for lav grad av sannsynlighet da det akkurat nå ikke er en realitet at det lar seg gjennomføre. | Gir uttrykk av lav grad av kjennskap idet han ikke gir noen beskrivelse av hvordan, men at han må se på det som en bonus hvis han kommer dit. |

4 Diskusjon

I den første delen av denne studien har vi undersøkt innholdet i klientenes tanker om utfall, hvilket inkluderer deres forventninger, mål, håp og ønsker. Vi fant at informantene ga uttrykk for utfall innenfor syv ulike kategorier; 1) styrking av seg selv, 2) innsikt, 3) symptomlette, 4) verktøy, 5) relasjonelle utfall, 6) øke dagligdags fungering og 7) videre utvikling. Vi vil i mindre grad diskutere innholdet i enkeltkategoriene, men vil kort belyse hvordan disse kategoriene kan plasseres i kontekst av tidligere studier av klienters tanker om utfall av terapi. Deretter vil vi mer inngående diskutere hvordan vi kan forstå sammenhengene mellom utfallene slik de fremkom i informantenes beretninger, og i lys av tidligere forskning. Deretter følger en diskusjon av resultatene fra den konseptuelle analysen, etterfulgt av en diskusjon rundt hvilke implikasjoner funnene fra begge analysene kan tenkes å ha for klinisk praksis og videre forskning.

4.1 Hvordan forstå klienters tanker om utfall?

I denne studien fant vi, i likhet med både tidligere prospektive og retrospektive studier knyttet til klienters utfall av terapi, at klienter uttrykker ulike former for utfall i tillegg til symptomlette. Dette inkluderer utfall knyttet til innsikt og forståelse, verktøy, økt fungering i det daglige samt å utvikle seg videre mot livsmål (Biringer et al., 2016; Midgley et al., 2016; Morris, 2005; Stuart et al., 2017; Valkonen et al., 2011). Det at utfallene beskrevet i denne studien samsvarer med resultater fra retrospektive studier, kan tas til inntekt for at terapeuter i klinisk praksis anerkjenner verdien av å lytte til klientens forventninger, ønsker og håp for terapiutfall. Videre var særlig utfall knyttet til relasjonelle temaer fremtredende hos våre informanter. Betydningen av bedre relasjoner og behovet om sosial støtte er videre i tråd med tidligere forskning på henholdsvis forventning til terapi og bedring (Binder et al., 2010; Biringer et al., 2016; Morris, 2005; Tambling & Johnson, 2010; Wong et al., 2013). Funnene fra vår studie tyder altså på, i likhet med Biringer og kollegaer (2016) sitt funn, at relasjonelt rettet arbeid er noe klienter ved de kommunale psykiske helsetjenestene vektlegger.

4.1.1 Hva kan forstås som utfall?

Man kunne argumentert for at terapiutfallene identifisert i denne studien er nærmere knyttet til prosess, da de er en del av å oppnå livsendringer. Vi vurderer det imidlertid slik at

disse mindre utfallene også er å betrakte som selvstendige utfall i seg selv. Dette kommer blant annet til uttrykk hos informanten som beskriver sosial støtte (terapiutfall) som fasiliterende for å skulle tilegne seg noen nye livsverdier (livsendringer). Likevel uttrykte han at det å få en bedre relasjon til foreldrene var et viktig utfall i seg selv, uavhengig om det ledet til noe mer. Videre ble mikroutfall beskrevet som viktige utfall som skulle inntreffe underveis i terapiforløpet. Mikroutfall kan således anses for å være enda sterkere knyttet til terapiprosessen sammenliknet med terapiutfall og livsendringer. Vi ser ikke at tidligere prospektive studier refererer til mikroutfall som et funn (Biringer et al., 2016; Midgley et al., 2016; Tambling & Johnson, 2010; Valkonen et al., 2011; Wong et al., 2013). Det at vi finner og vektlegger mikroutfall som et funn kan skyldes ulik operasjonalisering eller forståelse av utfallsbegrepet, hvor de tidligere prospektive studiene kan ha fokusert utelukkende på utfall etter avsluttet terapi. Det at vi finner mikroutfall som et funn kan potensielt videre skyldes utformingen av intervjuguiden vår. De fleste mikroutfallene kom som svar på spørsmål om hva som hadde vært et godt nok utfall til at informantene ville oppleve terapien som nyttig. Vi vurderer videre mikroutfall som et særlig interessant funn, tatt i betraktning at vi hverken inkluderte spørsmål om utfall etter enkelttimer i intervjuguiden vår eller adresserte det før klientene selv fortalte spontant om det.

Mikroutfallene i vår studie kan videre sees i sammenheng med det generelle funnet fra Morris (2005) sin retrospektive studie om at informantene i hennes studie også vektla endringer som hadde inntruffet underveis i terapiforløpet. Det ser altså ut til at mikroutfall er noe klienter vektlegger både i forkant av og etter avsluttet terapiforløp. Mikroutfallene informantene beskrev kan videre ligne det Orlinsky (2009) omtaler som 'In-session impacts'. 'In-session impacts' refererer både til positive og negative utfall som oppnås underveis i terapien, og inkluderer utfall som for eksempel innsikt, emosjonell lettelse og styrking av klientens mot og håp for fremtiden. Orlinsky (2009) hevder at slike positive mikroutfall styrker det emosjonelle båndet mellom klient og terapeut, ved å øke klientens personlige investering og tillit til terapeuten som til syvende og sist påvirker det endelige utfallet i terapien.

Oppsummert har vi i denne studien identifisert tre ulike former for utfall. Dette inkluderer mikroutfall, terapiutfall og livsendringer. Selv om mikro- og terapiutfall forstås som forutgående for livsendringer, vurderer vi de også som selvstendige og betydningsfulle utfall i seg selv.

4.1.2 Sammenheng mellom utfall

'Mission (Im)possible': Kausale sammenhenger i kvalitativ forskning

Informantenes beskrivelser av sammenhenger i denne studien antyder potensielle kausale sammenhenger mellom utfall. Hvorvidt man kan undersøke en slik kausalitet og fremme kausale tolkninger i kvalitative studier er imidlertid omdiskutert (Anjum, 2016; Gelo, Braakmann & Benetka, 2008; Maxwell, 2004). Maxwell (2004) hevder i den forbindelse at kontekst er vesentlig for og uløselig tilknyttet kausale sammenhenger. Han hevder videre at kvalitative studier slik sett er egnede for å undersøke hvilken rolle mening og tolkning spiller i kausale forklaringer. En av styrkene ved kvalitative studier er nettopp at de får frem informantenes forståelse av prosesser og sammenhenger, og deres holdninger og verdier som ligger til grunn for denne forståelsen (Maxwell, 2004). Da enhver person kan sies å representere en unik kombinasjon av kausale faktorer og disposisjoner, medfører det at enhver generalisering fra et populasjonsutvalg vil innebære en abstraksjon fra individuelle variasjoner, hvor nyansene sannsynligvis vil gå tapt (Anjum, 2016). Anjum (2016) argumenterer i tråd med Maxwell (2004), for at det hun refererer til som 'causal dispositionalism' gir epistemologisk forrang til kvalitative studier og enkelttendenser fremfor statistiske mål. Anjum (2016) argumenterer videre for at en disposisjonell forståelse av kausalitet er egnet i en personsentrert helsetjeneste, for å kunne tilby behandling som passer den enkeltes unike behov. I forlengelsen av Maxwell (2004) og Anjums (2016) forståelse av kausalitet, vil vi argumentere for at resultatene våre antyder interessante kausale sammenhenger mellom utfall.

Sammenheng mellom terapiutfall og livsendringer, sett i kontekst av tidligere forskning

I denne studien ga informantene uttrykk for sammenhenger mellom det vi har valgt å referere til som henholdsvis terapiutfall og livsendringer. Terapiutfallene var nært knyttet til de vanskene informantene opplevde med hensyn til enten problematikk eller utfordrende relasjoner. Livsendringene ble i større grad knyttet til endringer i livet for øvrig, da de dreide seg om det å fungere i egen hverdag eller å utvikle seg videre mot livsmål. Som det fremgår av figur 1 er det imidlertid også robuste sammenhenger mellom terapiutfallene, og man kunne dermed hevde at inndelingen terapiutfall og livsendringer er av mindre betydning. Vi vil imidlertid hevde at inndelingen i terapiutfall og livsendringer er av betydning, da

livsendringene ble uttrykt som mer “endelige” former for utfall av informantene. Det at livsendringer representerer en sterkere form for endelige utfall, fremkommer videre ved at det ikke ble beskrevet noen robuste sammenhenger hvor livsendringer skulle lede til terapiutfall.

Sammenhengene mellom de to formene for utfall er i tråd med tidligere kvalitative studier av forventninger og mål, som tyder på at symptomlette er knyttet til fremtidige livsmål og dagliglivets fungering (Biringer et al., 2016; Michalak & Grosse Holtforth, 2006; Morris, 2005; Valkonen et al., 2011). Skillet mellom terapiutfall og livsendringer kan videre sees i sammenheng med skillet mellom behandlingsmål og livsmål identifisert i forskning på mål i terapi. Michalak og Grosse Holtforth (2006) hevder på bakgrunn av en gjennomgang av forskningslitteraturen på mål, at klientens mål i terapi og klientens øvrige livsmål kan være i mer eller mindre overenstemmelse med hverandre. Forfatterne hevder videre at dersom mål er i konflikt med hverandre er dette forbundet med lavere subjektiv velvære og livskvalitet. En måte å vurdere hvorvidt klientenes terapiutfall er i overenstemmelse med deres øvrige ønskede livsendringer, kan nettopp være å undersøke klientens eget rasjonale for hvordan terapiutfall og livsutfall henger sammen. Å få innblikk i klientens eget kausale rasjonale kan videre ha implikasjoner for hvordan man som terapeut velger å tilpasse psykoedukasjon og etableringen av felles rasjonale, hvilket er vist å være av betydning for utfallet av terapi (Frank & Frank, 1991; Grencavage & Norcross, 1990; Oddli & Rønnestad, 2012)

Mulighet for interagerende sammenhenger?

Sammenhengen mellom terapiutfall og livsendringer kan videre sees i sammenheng med Morris (2005) sitt skille mellom indre og ytre endring. Til tross for noen forskjeller med hensyn til hvilke kategorier vi har definert som henholdsvis terapiutfall og livsendringer, ser det ut til at hovedtrekket om at indre endringer kan føre til ytre endringer, sammenfaller med vårt funn om at terapiutfall kan føre til livsendringer. Morris (2005) hevder imidlertid at de to formene for endring interagerer sirkulært. I vår studie finner vi ikke en tilsvarende interaksjonseffekt mellom terapiutfall og livsendringer. Dette kan skyldes manglende utforskning av potensielle sammenhenger fra livsendringer til terapiutfall. Det kan imidlertid også skyldes ulik kategorisering av informantenes tanker om utfall. Morris (2005) inkluderer for eksempel utfall knyttet til relasjoner og ferdigheter som kommunikasjon og grensesetting i ytre endringer, noe som i våre resultater inngår i terapiutfall. På bakgrunn av dette kan det tenkes at interaksjonseffekten i Morris (2005) sin studie kommer til syne i sammenhengene mellom kategoriene tilknyttet terapiutfall i våre resultater.

Behov for å se utfall i en større kontekst

Sammenhengen mellom terapiutfall og livsendringer som fremkommer i vår studie kan videre sees i sammenheng med Orlinsky (2009) sitt skille mellom ‘outcome’ og ‘output’ i ‘Den generiske modellen for psykoterapi’. ‘Outcome’ referer til det kliniske resultatet av terapi for klienten. Blir for eksempel klientens tanker og følelser mindre ubehagelige og mer funksjonsfremmende? ‘Output’ på sin side referer til alle konsekvenser av å delta i terapi, og inkluderer ikke bare konsekvenser for klienten en også påvirkningen terapi har for terapeuten og det øvrige samfunnet. I klientens tilfelle inkluderer ‘outputs’ terapiens konsekvenser for klientens livssituasjon og videre utvikling. Blir klientens nåværende relasjoner og livssituasjoner forbedret gjennom deres erfaringer i terapi? (Orlinsky, 2009). Dersom vi ser våre funn i lys av Orlinsky (2009) sin modell, kan man argumentere for at våre informanternes terapiutfall kan forstås som kliniske utfall i terapi (‘outcomes’), mens livsendringerene kan forstås som en form for ‘outputs’.

Oppsummert tyder sammenhengen mellom terapiutfall og livsendringer som fremkommer i denne studien på at personlig endring må sees i en større kontekst, som inkluderer klientens øvrige livssituasjon og livsmål.

4.2 Utfallsbegrepenes ulike funksjoner

I den andre delen av studien undersøkte vi klientens bruk og forståelse av de ulike utfallsbegrepene. Vi fant at begrepene ‘mål’ og ‘håp’ hadde en retningsgivende funksjon, og at informantenes bruk av begrepene ‘håp’, ‘ønske’ og ‘forventning’ kunne si noe om hvor sannsynlig de anså oppnåelsen av målet for å være. I tilknytning til spesifikke utfall fant vi at informantenes bruk og forståelse av begrepene ‘håp’, ‘ønske’ og ‘forventning’ så ut til å variere over tre dimensjoner 1) *grad av forpliktelse*, 2) *grad av sannsynlighet*, 3) *grad av kjennskap til terapi*. Vi vil i diskusjonen først se hvordan informantenes bruk og forståelse av utfallsbegrepene samsvarer med tidligere studier. Deretter vil vi diskutere de tre dimensjonene i lys av tidligere forskning. Til slutt vil vi diskutere om informantenes bruk av utfallsbegreper kan fortelle oss noe om hvor de befinner seg i den forestående endringsprosessen, med hensyn til etablering av mål for terapien.

4.2.1 Utfallsbegrepene sett i sammenheng med tidligere forskning

Det at vi fant at mål som utfallsbegrep så ut til å ha en retningsgivende funksjon, hvor de andre begrepene ble brukt for å si noe om hvor oppnåelig målet var, er i overensstemmelse med Michalak og Grosse Holtforths (2006) sin gjennomgang av forskningslitteraturen på behandlingsmål. De beskriver forventninger, håp og ønsker som karakteristika ved mål, som kan si noe om for eksempel klientens grad av kontroll over hvor vidt målet vil kunne nås. Det at vi fant to former for håp, hvor den ene formen for håp forstås som en mer generell emosjonell tilstand, mens den andre formen for håp er tilknyttet spesifikke utfall, samsvarer med funn fra medisinsk forskning på håp og forventninger. Informantenes beskrivelser av håp som en emosjonell tilstand eller drivkraft ligner blant annet Wiles og kollegaer (2008) sin forståelse av håp som en slags mental tilstand som “gir livet mening og beskytter mot fortvilelse”. På bakgrunn av dette vil vi hevde at funnet støtter antagelsen om håp som en viktig fellesfaktor for endring i terapi (Snyder, Scott & Cheavens, 1999).

Når det gjelder bruk av utfallsbegreper i tilknytning til spesifikke utfall, fant vi i likhet med Hsu og kollegaer (2014) at til tross for at utfallsbegrepene ble brukt noe om hverandre, differensierte informantene stort sett mellom begrepene. I denne sammenheng fant vi i samsvar med Dew and Bickman (2005) sin differensiering mellom håp og forventning, at mange av informantene hadde håp om ulike utfall av terapi, uten at de nødvendigvis forventet at de kom til å nå utfallet. Videre fant vi ikke noe tydelig skille mellom begrepene ‘håp’ og ‘ønske’, hvilket kan tyde på at disse begrepene forstås som mer like når det gjelder betydning, sammenliknet med begrepet ‘forventning’. Dette funnet samsvarer med og utvider Bruininks og Malle (2005) sitt funn om at ‘ønske’ som begrep var sterkere knyttet til begrepet ‘håp’, sammenliknet med begreper som ‘optimisme’, ‘vilje’ og ‘glede’.

Oppsummert samsvarer differensieringen mellom de ulike begrepene i denne studien med tidligere undersøkelser av begrepene ‘mål’, ‘håp’, ‘ønske’ og ‘forventning’. Hvordan begrepene kan bli forstått og brukt i en psykoterapeutisk kontekst fremkommer videre i diskusjonen av de tre dimensjonene.

4.2.2 De tre dimensjonene forstått i lys av tidligere forskning

Grad av forpliktelse

I dimensjonen '*grad av forpliktelse*' fremkommer det blant annet et skille mellom begrepene når det gjelder tydelig tidfesting. Funnet om at 'håp' og 'ønsker' kan ha en mer utydelig tidfesting for når utfallet skal oppnås, sammenliknet med begrepet 'forventing' samsvarer med tidligere studier av begrepene (Bruininks & Malle, 2005; Constantino et al., 2012; Perugini & Bagozzi, 2004). Det at informantene i studien hyppigere brukte begrepene 'håp' og 'ønsker' enn de brukte begrepet 'forventing', kan forsås som et uttrykk for at de på intervjutidspunkt ikke var klare til å forplikte seg til et gitt utfall. Dette kan ses i sammenheng med en retrospektiv studie av Levitt, Butler og Hill (2006), som fant at deltakerne ga uttrykk for at de ikke kunne forplikte seg til det terapeutiske arbeidet før en arbeidsallianse med terapeut var etablert. Det kan altså tenkes at informantene i vår studie utviste forsiktighet rundt forpliktelse da de på intervjutidspunktet ikke hadde møtt den aktuelle terapeuten og dermed ikke hadde fått etablert en arbeidsallianse. Grad av forpliktelse kan videre være av betydning for terapiprosessen. Forskning på terapimål tyder blant annet på at det å kunne forplikte seg til et mål, øker sannsynligheten for å oppnå progresjon mot målet (Cooper & McLeod, 2011; Michalak & Grosse Holtforth, 2006).

Grad av sannsynlighet

I dimensjonen grad av sannsynlighet fant vi at bruk av både 'håp' og 'ønske' inkluderte utfall som informantene vurderte som realistiske, men også utfall de vurderte som mer urealistiske. Bruininks og Malle (2005) fant imidlertid at til tross for at begrepene var nært beslektet, ble 'ønske' brukt om utfall som hadde liten eller ingen mulighet for å inntreffe og slik sett var nærmere assosiert med fantasering og ønsketenkning sammenliknet med begrepet 'håp'. Det at vi ikke finner dette skillet basert på realisme mellom begrepene 'ønske' og 'håp', kan skyldes den psykoterapeutiske konteksten vi undersøker begrepene i. I Bruininks and Malle (2005) sin studie svarte informantene på hvordan de ville beskrive begrepene slik de ble brukt i hverdagen. En slik kontekst kan tenkes å åpne mer opp for en forståelse av begrepet 'ønske' som en virkelighetsflukt enn det den psykoterapeutiske konteksten tillater. I vår studie beskrev flere av informantene den forestående terapien som avgjørende for videre livsutfoldelse og fungering. Det kan tenkes å ha begrenset forståelsen

og bruken av begrepet 'ønske' til å inkludere mer realistiske utfall. Det at informantene ble forberedt på at intervjuet skulle handle om forventninger, kan videre ha påvirket informantene til å fokusere på mer realistiske former for ønsker enn de ville ha gjort i en hverdagssetting. Flere av informantene ga nettopp uttrykk for at forventning som begrep forutsetter at utfallet vurderes som sannsynlig. Videre fant vi at informantenes vurdering av sannsynlighet påvirket deres opplevde personlige kontroll over utfallet. I forlengelsen av personlig kontroll fant vi i samsvar med Roseman og kollegaer (1990) at håp og ønske ser ut til å brukes om utfall hvor informantene opplever å ha mindre personlig kontroll, mens forventning som begrep ser ut til å forutsette større grad av opplevd personlig kontroll.

Grad av kjennskap til terapi

Mangel på personlig kontroll kan sees i sammenheng med dimensjonen mangel på kjennskap til terapi, hvor det fremkommer at flere av informantene viste til at de opplevde å ha begrenset kunnskap om og erfaring fra terapi. Flere av informantene var samtidig tydelige på at de anså seg selv som ansvarlige for eventuelle endringer i terapi, og at forventningene derfor måtte settes til hvor mye de kunne klare selv. Det ser altså ut til at flere av informantene i studien hadde tydelige rolleforventninger om at de selv kom til å måtte være ansvarlige og delaktige for å oppnå utfallet, men at de hadde uklare prosessforventninger om hvordan dette skulle foregå. Videre var det flere som uttrykte at de var usikre på hva de kunne forvente eller forlange av terapeuten, noe som kan forstås som uklare rolleforventninger til terapeuten. Det ser altså ut til at utydelige prosessforventninger og uklare rolleforventninger til terapeuten var forbundet med lav personlig kontroll, hvilket igjen kan ha gjort det vanskelig for informantene å gi uttrykk for tydelige utfallsforventninger.

Videre fant vi at det å anvende begreper som håp og ønsker innebar at informantene inntok en mer åpen posisjon når det kom til hvilke utfall terapien kunne resultere i. Det å innta en slik åpen posisjon ved å unngå å gi uttrykk for forventninger, er noe man også har funnet i studier av utfallsforventninger hos personer med kronisk somatisk problematikk (Eaves, Ritenbaugh, Nichter, Hopkins & Sherman, 2014; Hsu et al., 2014; Kaptchuk et al., 2009). I motsetning til Hsu og kollegaer (2014) sitt funn, fant vi ikke at det å innta en slik åpen posisjon skyldtes frykt for å bringe ulykke over ("jinxe") utfallet. Å innta en slik åpen posisjon var i vår studie heller uttrykt som et generelt forbehold som så ut til å beskytte informantene mot et potensielt nederlag, dersom utfallet ikke ble realisert.

I forlengelsen av dette funnet ble vi nysgjerrige på hvorfor informanter som hadde vært i behandling ved DPS og familievernkontor tidligere, også vegret seg for å uttrykke forventninger til det forestående terapiforløpet. Selv om det for alle informantene var første møte med en kommunal psykisk helsetjeneste, syntes det rimelig å anta at disse informantene hadde erfaringer og kunnskap om terapiprosessen som kunne overføres til det forestående terapiforløpet. Det så imidlertid ut til at deres tidligere erfaring hadde begrenset overføringsverdi, da de nå oppsøkte terapi av andre årsaker. Det innebar at de opplevde å ikke kunne bruke den samme fremgangsmåten de hadde lært i tidligere terapi, for å løse nåværende utfordringer. Videre vektla de at behandlingsform og hva de kunne forlange av terapeuten var avhengig av terapeuten de skulle møte. Det kan dermed se ut til at informantene som har gått i terapi tidligere, i likhet med de andre informantene, hadde uklare rolleforventninger til den aktuelle terapeuten. Av informantene som hadde gått i terapi tidligere var det også noen som viste til tidligere erfaring, hvor de hadde opplevd at forventningene deres ikke ble innfridd. Som det fremkommer av resultatene påvirket det å ha opplevd brudd på forventninger informantenes vurdering av sannsynlighet, noe som var forbundet med en nedjustering av forventninger. Til tross for tidligere kjennskap til terapi ser det altså ut til at også disse informantene opplevde de samme usikkerhetsfaktorene knyttet til grad av sannsynlighet og grad av kjennskap til terapi, som de som var i terapi for første gang. Resultatene av denne studien støtter den allerede etablerte teoretiske og klinisk funderte praksisen om at god psykoedukasjon, rolleavklaring og etablering av felles rasjonale for terapien, er viktig for utfallet av terapi (Frank & Frank, 1991; Grençavage & Norcross, 1990; Oddli & Rønnestad, 2012)

Oppsummert ser det ut til at hovedtrekkene i informantenes bruk og forståelse av begreper innad i de tre dimensjonene er i tråd med tidligere studier av begrepene, innen psykoterapeutisk behandlings-, sosialpsykologisk-, og medisinsk forskning. Det at informantenes bruk av de ulike begrepene kan gi informasjon om ulike usikkerhetsfaktorer knyttet til utfall, kan ha implikasjoner for hvordan man som terapeut bør forholde seg til klienters bruk av utfallsbegreper.

4.2.3 Utfallsbegrepene viser til ulike stadier for intensjonalitet

Dimensjonene som fremkommer i denne studien samsvarer videre med Perugini og Bagozzi (2004) sine kriterier for å vurdere hvordan bruk av ulike begreper kan reflektere ulik grad av intensjonalitet. Perugini og Bagozzi hevder nettopp at grad av intensjonalitet kan

vurderes ut ifra om et mål tidfestes, vurderes som sannsynlig og oppnåelig og om personen kan knytte spesifikke handlinger til målet. Gitt innholdet i de tre dimensjonene som begrepene i vår studie varierer over, kan informantenes bruk av utfallsbegreper si noe om informantenes grad av intensjonalitet om å oppnå dette utfallet i terapi. For eksempel når det gjaldt forventning som begrep, inkluderte det en tydeligere tidfesting av utfallet, at utfallet ble vurdert som sannsynlig og oppnåelig og at informanten hadde innsikt i fremgangsmåte for å oppnå det. Dette kan tyde på høy grad av intensjonalitet ved bruk av begrepet forventning. Videre fremkommer det av resultatene at bruk av 'håp' og 'ønske' om utfall involverte lavere grad av intensjonalitet, da de i større grad så ut til å reflektere informantenes usikkerhet knyttet til tidfesting, sannsynlighet og terapiprosess.

Basert på antagelsen om at våre dimensjoner kan reflektere informantenes grad av intensjonalitet, kan deres bruk av utfallsbegrepene videre gi informasjon om hvor nærme de befinner seg å skulle definere utfallene som mål. Som nevnt innledningsvis kan behandlingsmål defineres nettopp som intenderte endringer i atferd og opplevelser som skal oppnås som en følge av terapi (Michalak & Grosse Holtforth, 2006). Når informantene hovedsakelig brukte begrepene 'håp' og 'ønsker' om utfallene de beskrev, kan det være fordi de ennå ikke har satt seg en intensjon om å nå et mål eller at de i det hele tatt har definert utfallet som et mål.

Tidspunkt for intervjuet og mangel på etablering av arbeidsallianse

I følge Gollwitzer (1996) er dannelsen av intensjoner om å sette seg et mål sluttresultatet av en overveielsesfase hvor man vurderer ønsker og håp. I denne overveielsesfasen hevder Gollwitzer at etableringen av en intensjon markerer overgangen fra en "pre-beslutningsfase" (predecisional phase) til pre-handlingsfase (preactional phase). I forlengelsen av dette kan man se for seg en intensjonalitetsskala hvor begrepene håp og ønsker reflekterer et "pre-intensjonelt" stadium når det kommer til målsetting. Bruk av begrepet forventning på sin side reflekterer et stadium kjennetegnet av høyere grad av intensjonalitet, og kan dermed anses for å være nærmere å bli formulert som mål. I en terapeutisk sammenheng skjer som regel overveielser av håp og ønsker og dermed også målsettingen i løpet av de første timene klienten og terapeuten har sammen (Michalak & Grosse Holtforth, 2006). Denne overveielserfasen er også en viktig del av arbeidsalliansen slik den er definert av Bordin (1979). Med andre ord er arbeidsalliansen av betydning i denne fasen når det gjelder å omforme klientens forventninger, håp og ønsker til mål for terapien.

Mer spesifikt innebærer det at man gjennom arbeidsalliansen kan styrke klienters intensjonalitet ved sammen å vurdere hvor oppnåelig utfallet er og å knytte klientens 'håp' og 'ønsker' til handling og tid. Som diskutert under dimensjonen *grad av sannsynlighet*, kan det videre tenkes at det var vanskelig for informantene å knytte utfallene til handling og tid, da de på intervjuetidspunktet ga uttrykk for uklare rolle- og prosessforventninger. Rolle- og prosessforventninger avklares også i møtet med terapeuten. Det kan altså tenkes at dersom intervjuene hadde blitt gjennomført på et senere tidspunkt i terapiforløpet, ville informantene hyppigere brukt begreper som innebar en høyere grad av intensjonalitet, som for eksempel 'forventning' og 'mål', som en følge av å ha fått bedre innsikt i terapi- og endringsprosessen gjennom arbeidsalliansen.

4.3 Begrensninger ved studien

Alle informantene ble i forkant av intervjuet informert om at vi ønsket å undersøke deres forventninger til resultatet av terapien. Dette kan ha ført til en skjevhet i selekteringen av informanter, hvor kun de som hadde relativt bevisste, artikulerte forventninger til terapi valgte å delta i studien. Vi vurderte det imidlertid som nyttig å forberede informantene på forskningsspørsmålet i forkant av intervjuet for å fasilitere så rike beskrivelser som mulig. Det kan for øvrig tenkes at denne forberedelsen, samt det at vi i intervju spørsmålene brukte begrepet forventning hyppig, kan ha ført til at informantene anvendte forventning som begrep på bekostning av andre relaterte begreper de ville brukt i en mer naturalistisk setting. I forlengelsen av dette er det interessant å spekulere i om forventning som begrep ville blitt brukt av noen informanter overhode, dersom det ikke var introdusert i forkant av intervjuet og av forskerne.

Det å ha to forskningsspørsmål kan videre anses som en potensiell begrensning da det stiller større krav til oss som intervjuere. Vi sitter igjen med en opplevelse av å ha fulgt opp alle utfall beskrevet av klienten, uavhengig av utfallsbegrep. Likevel kan det tenkes at vi i noen sammenhenger ble mer opptatte av å undersøke det konseptuelle beskrivelser av utfallet, heller enn innholdet i selve utfallet. I den grad vi ikke fulgte opp innholdet i selve utfallet, kan potensielt viktige nyanser knyttet til innholdet i klientenes utfall ha gått tapt. Samtidig stilte vi nettopp spørsmål om utfallsbegrep da det belyste viktige forskjeller og likheter mellom utfallene som informantene beskrev, noe som i analysen førte til det vi opplever som rike og mettede resultater både på innholds nivå og det konseptuelle nivået.

Et av formålene med studien var å kunne si noe om hvordan man kan utforme de kommunale psykiske helsetjenestene i tråd med brukernes ønskemål. Et kjennetegn ved de kommunale helsetilbudet er at de skal være tilrettelagt for variasjon når det gjelder demografiske variabler som kjønn, alder og etnisitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). En begrensning ved studien er i denne forbindelse at det kun var etniske nordmenn, oppvokste i Norge som ja til å delta i studien. Etnisitet og kulturell bakgrunn kan være av betydning da for eksempel studier av mål viser at de fra mer kollektivistisk orienterte kulturer i større grad vektlegger mål knyttet til mellommenneskelig relasjoner, sammenliknet med de fra individualistiske kulturer (Oishi & Diener, 2009). Inkludering av mennesker med andre etniske bakgrunner og fra andre kulturer kunne dermed ha gitt mer rikholdige resultater, noe som ville vært i tråd med formålet med studien.

Når det gjelder de kausale sammenhengene mellom utfall fremmet i denne studien og de ulike utfallene beskrevet fra analysen av innhold, ser vi det som en svakhet at vi ikke har kunnet plassere disse i en enda større narrativ kontekst. Grunnet forskningsetiske hensyn knyttet til anonymitet og rapportering av data, var vi nødt til å utelate noe kontekstuell informasjon om informantene. Dette kunne vært unngått ved å være tydeligere på hvordan informasjonen om informantene ville bli behandlet i det informerte samtykke. Et større kontekstuell bakteppe ville antageligvis ha vært en fordel når det gjelder leserens tillit til resultatene og deres vurdering av studiens overføringsverdi.

4.4 Implikasjoner og videre forskning

4.4.1 Studiens overføringsverdi

I skrevet *Mestre hele livet, regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*, fremkommer det at det fortsatt er stor variasjon i utformingen av tjenestetilbudet for psykisk helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). På bakgrunn av dette anser vi det som en potensiell begrensning ved vår studie at alle informantene er rekruttert fra samme kommunale psykiske helsetjeneste. Dersom andre kommunale helsetjenester skiller seg kvalitativt fra den aktuelle helsetjenesten vi samarbeidet med i denne studien, kan det tenkes å redusere overføringsverdien av denne studien. Et sentralt aspekt ved overføringsverdien av en studie, slik den forstås av blant andre Kvale (2007) og McLeod (2016), er for øvrig at den kommer an på situasjonen eller konteksten som studien blir vurdert i. Hvilken relevans og verdi en

studie har utover forskningskonteksten må snarere avgjøres i møtet mellom det enkelte publikum og selve studien (McLeod, 2016). Vi har i den forbindelse redegjort nøye for forskningsprosessen og resultatene den har generert. Således inviterer vi leseren inn i en diskurs hvor leseren selv tolker og forstår og dermed også står fritt til å vurdere hvilken verdi våre resultater har for seg selv og sin spesifikke kontekst (Kvale, 2007). Ved å legge en slik forståelse av overføringsverdi til grunn, anser vi at vår studie kan ha en overføringsverdi til alle situasjoner hvor det foregår et terapeutisk arbeide, dersom leseren i den gitte konteksten vurderer det som relevant for seg. Med andre ord begrenser ikke nødvendigvis implikasjonene av denne studien seg til kommunale helsetjenester som ligner den i vår studie. Under vil vi gi en nærmere beskrivelse av noen implikasjoner vår studie kan ha, både for klinisk praksis og for videre forskning.

4.4.2 Implikasjoner for klinisk praksis

Innledningsvis uttrykte vi et ønske om at våre funn kunne bidra til økt brukermedvirkning både på tjeneste- og individnivå. I denne sammenheng anser vi både resultatet om at informantene ga uttrykk for flere ulike utfall i tillegg til symptomlette, samt at de beskrev sammenhenger mellom mikroutfall, terapiutfall og livsendringer, som nyttig kunnskap. Dette støttes av at resultatene er i overenstemmelse med tidligere forskning av klienters tanker om utfall (Biringe et al., 2016; Morris, 2005). Samlet sett indikerer dette et behov for å forstå og arbeide med individet i en større kontekst. På tjenestenivå, altså i utformingen av tjenestetilbudet, innebærer det blant annet at de kommunale helsetjenestene bør legge til rette for at betydningsfulle andre, kan inkluderes i terapien, for eksempel ved bruk av nettverksmøter (Svendsen, 2011). Sett i sammenheng med funnene til Biringe og kollegaer (2016) og Valkonen og kollegaer (2011), om at deltagerne i deres studie ønsket veiledning og praktisk hjelp knyttet til utdanning, arbeid og økonomisk situasjon, indikerer dette at kommunale psykiske helsetjenester bør legge til rette for arbeid på flere arenaer.

Videre kan det at informantene ga uttrykk for et bredt spekter av terapiutfall samt sammenhenger mellom disse, ha implikasjoner for brukermedvirkning på individnivå. Vi vil i likhet med Orlinsky (2009), Michalak og Grosse Holtforth (2006) og Biringe og kollegaer (2016) hevde at det er nødvendig at man som terapeut undersøker utfall i en større kontekst, som inkluderer klientens øvrige livssituasjon. Dette innebærer med andre ord at man som terapeut ikke bør fokusere utelukkende på lidelsesspesifikke utfall, men også mer generelle utfall knyttet til livsmestring og videre utvikling. Informantenes uttrykte sammenhenger i

denne studien tyder videre på at klienter har et eget rasjonale for hvordan terapiutfall henger sammen med ønskede livsendringer. Dette funnet er videre interessant sett i sammenheng med at Valkonen og kollegaer (2011) fant at deltakernes forventninger til utfall var påvirket av deres problemforståelse. Samlet sett tyder dette på at klienters forventninger, håp, ønsker og mål for terapi påvirkes av deres rasjonale for hvordan vansker og bedring kan henge sammen. Det kan være nyttig at man som terapeut får innsikt i disse sammenhengene for å kunne sammen med klienten vurdere hvorvidt terapimål er i overensstemmelse både med klientens problemforståelse og ønskede livsendringer.

Brukermedvirkning på individnivå er videre aktuelt i tilknytning til arbeidsalliansen og forhandling om mål. I denne sammenheng synes det viktig at man som terapeut vektlegger å undersøke hvilke utfall klienten ønsker på alle nivåer av endring. Dette mener vi inkluderer alt fra mikroutfall, terapiutfall og livsendringer. For eksempel fremkommer det at mikroutfall ble vektlagt som viktige utfall av informantene i vår studie. Videre er positive mikroutfall også funnet å være av betydning for den terapeutiske relasjonen (Orlinsky (2009)). Det tyder på at man som terapeut bør være oppmerksom på hvilke mikroutfall klienten ønsker, og at mikroutfall med fordel slik sett kan inngå som en del av forhandlingen om mål i terapi.

Ut ifra den konseptuelle analysen fremkommer det at klientens bruk av begreper kan si noe om hvor nærme de er i å formulere utfallet som et mål for terapi. Bruk av håp og ønsker som begrep ser ut til å reflektere lavere grad av intensjonalitet sammenliknet med forventning. En implikasjon av dette er at man som terapeut bør være oppmerksom på klienters bruk av begreper, i forhandling om mål for terapi. Dersom klienter bruker begreper som håp og ønsker i første samtale hvor forhandling om terapimål står sentralt, kan det være hensiktsmessig at man som terapeut undersøker hvorvidt det ligger usikkerhetsfaktorer til grunn for klientens bruk av disse begrepene. Slik kan man muliggjøre en felles forpliktelse til mål for terapien, noe som er vist å være av betydning for terapiutfallet. Dersom disse usikkerhetsfaktorene ikke adresseres i samtale med terapeut kan det tenkes å påvirke både terapiprosessen, alliansen og dermed terapiutfallet negativt.

4.4.3 Implikasjoner for psykoterapeutisk forskning

På bakgrunn av resultatene i denne studien og tidligere kvalitative studier, vil vi videre argumentere for at symptomlette som eneste utfallsmål, slik det ofte fremkommer i kvantitative undersøkelser (f.eks. Constantino et al., 2011) gir et for snevert bilde av mulige utfall i terapi. En implikasjon for videre forskning kan dermed være at måleinstrumentene for

å fange opp klienters tanker om utfall bør utvides og raffineres, slik at man kan få en bredere og dypere forståelse for sammenhengen mellom klienters tanker om utfall og faktisk utfall i terapi.

Da vi har rekruttert alle informantene fra samme kommunale psykiske helsetjeneste, synes det hensiktsmessig at videre forskning undersøker forventningene til klienter ved andre kommunale helsetjenester, med ulik utforming og tilbud enn helsetjenesten vi har samarbeidet med i denne studien. Det synes videre interessant å undersøke om man kan finne mer robuste sammenhenger mellom utfall for å kunne få en bedre forståelse av hvordan mikroutfall og terapiutfall henger sammen med livsendringer.

Når det kommer til funnene i den konseptuelle analysen, har vi undersøkt begrepene før terapioppstart. Vi kan derfor kun si noe om hvordan disse begrepene reflekterer grad av intensjonalitet innenfor denne konteksten. Det kan tenkes at informantene ville brukt de samme begrepene også etter at arbeidsalliansen er etablert, men at man ville funnet en høyere grad av intensjonalitet i informantenes uttrykte håp og ønsker. Det kan imidlertid også tenkes at dersom informantene opplever å få styrket intensjonaliteten som en følge av å ha etablert en arbeidsallianse, vil de heller foretrekke å bruke begrepet forventning, som i denne studien er vist å reflektere en høyere grad av intensjonalitet. Det synes derfor interessant om videre forskning undersøker hvordan grad av intensjonalitet kan reflekteres i klientens bruk av begreper når arbeidsalliansen med terapeut er etablert. Det synes videre hensiktsmessig at man undersøker begrepenes betydning i etableringen og utformingen av målintensjoner, samt hvordan dette påvirker den videre målsettingen og måloppnåelsen i en psykoterapeutisk kontekst.

4.5 Konklusjon

I denne studien har vi undersøkt innholdet i klientenes tanker om utfall, hvilket inkluderer deres forventninger, håp og ønsker og mål for utfall av terapi. Vi fant at informantene ga uttrykk for et bredt spekter av utfall knyttet til: 1) Å styrke seg selv, 2) å få innsikt i og forståelse for seg selv, relasjonelle mønstre og problematikk, 3) symptomlette, 4) å få verktøy for å håndtere vansker og utfordrende relasjoner, 5) å kunne være seg selv i relasjoner og å få sosial støtte, 6) å øke fungering i dagliglivet og 7) videre livsutfoldelse og utvikling i den forestående endringsprosessen. Videre fremkom det av resultatene at informantene hadde en kausal forståelse av utfall. Dette kom til uttrykk ved at de fem førstnevnte kategoriene (terapiutfall) ble forstått som forutgående for de to siste utfallskategoriene (livsendringer). Videre fremkom det at informantene

refererte til utfall som skulle oppstå underveis i terapiutfallet, noe vi har valgt å omtale som mikroutfall.

Inndelingen og innholdet i mikroutfallene, terapiutfallene og utfall knyttet til livsendringer, samsvarer med tidligere studier innenfor forskningstradisjonene på bedring, mål og forventninger knyttet til utfall i terapi. Samlet sett indikerer dette et behov for å forstå og arbeide med klientenes utfall i en større kontekst, som involverer klientens øvrige livssituasjon og deres mål og mening med livet. Ut ifra både denne og tidligere studier viser resultatene samlet sett et behov for at man i utformingen av de kommunale psykiske helsetjenestene, legger til rette for å arbeide på flere arenaer. Dette inkluderer blant annet å legge til rette for at betydningsfulle andre kan inkluderes i klientens terapiforløp, samt samarbeid med andre offentlige instanser. For den enkelte terapeut er resultatene interessante da de tydeliggjør behovet for at terapeuten sammen med klient knytter terapiutfallene til klientenes øvrige livssituasjon og livsmål. Videre kan dette være av betydning for hvordan man som terapeut skal velger å tilpasse psykoedukasjon og etablering av felles rasjonale til den enkelte klient. For videre forskning synes det blant annet hensiktsmessig å undersøke sammenhengene mellom utfall for å få en bedre forståelse for hvordan mikroutfall og terapiutfall kan tenkes å henge sammen med livsendringer.

I denne studien har vi videre undersøkt hvordan informantene forsto og brukte begrepene 'forventning', 'håp', 'ønske' og 'mål' i sine beskrivelser av utfall av terapi. I samsvar med tidligere studier av begrepens betydning, fant vi at begrepene 'mål' og 'håp' ble forstått for å ha en retningsgivende funksjon i informantenes endringsprosess, hvor begrepene 'håp', 'ønske' og 'forventning' videre ble brukt for å si noe om hvor oppnåelig de anså målet for å være. I informantenes beskrivelser av utfall, fant vi at begrepene 'forventning', 'håp' og 'mål' varierte over tre dimensjoner knyttet til grad av forpliktelse, sannsynlighet og kjennskap til terapi. På bakgrunn av de tre dimensjonene og tidligere studier av intensjonalitet, ser det ut til at 'forventning' reflekterer en høyere grad av intensjonalitet sammenliknet med begrepene 'håp' og 'ønske' knyttet til målsetting i terapi. Som terapeut bør man dermed være oppmerksom på nyansene i disse utfallsbegrepene, da de kan reflektere usikkerhetsfaktorer knyttet til forpliktelse, sannsynlighet og kjennskap. Slik kan man som terapeut tilpasse psykoedukasjon, etablering av rasjonale og felles mål for terapien sammen med klient. For videre forskning synes det blant annet nyttig å undersøke begrepens betydning i etableringen og utformingen av målintensjoner, samt hvordan dette påvirker den videre målsettingen og måloppnåelsen i en psykoterapeutisk kontekst. Samlet sett håper vi denne studien kan få implikasjoner for klinisk praksis ved å ha bidratt med innsikt som kan styrke samarbeidet mellom terapeut og klient, og dermed også påvirke terapiutfallet positivt.

Litteraturliste

- American Psychological Association. (2005). *American Psychological Association statement: Policy statement on evidence-based practice in psychology*. Hentet fra <https://www.apa.org/practice/guidelines/evidence-based-statement.aspx>:
- Andenæs, A. (1991). Fra undersøkelseobjekt til medforsker? Livsformsintervju med 4-5-åringer *Nordisk Psykologi*, 43(4), 274-292.
<https://doi.org/10.1080/00291463.1991.11675821>
- Anjum, R. L. (2016). Evidence based or person centered? An ontological debate. *European Journal for Person Centered Healthcare*, 4(2), 421-429.
<http://dx.doi.org/10.5750/ejpch.v4i2.1152>
- Binder, P. E., Holgersen, H. & Nielsen, G. H. (2010). What is a “good outcome” in psychotherapy? A qualitative exploration of former patients' point of view. *Psychotherapy Research*, 20(3), 285-294.
<https://doi.org/10.1080/10503300903376338>
- Biringer, E., Davidson, L., Sundfør, B., Ruud, T. & Borg, M. (2016). Service users' expectations of treatment and support at the Community Mental Health Centre in their recovery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3), 505-513.
<https://doi.org/10.1111/scs.12364>
- Bohart, A. C. & Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. utg., s. 219-257). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.
<http://dx.doi.org/10.1037/h0085885>
- Bruininks, P., & Malle, B. F. (2005). Distinguishing hope from optimism and related affective states. *Motivation and emotion*, 29(4), 324-352.
<https://doi.org/10.1007/s11031-006-9010-4>
- Charmaz, K. (2015). Grounded theory. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (3. utg., s. 53-84). London: Sage Publications.
- Cherkasskaya, E. & Wachtel, P. L. (2013). Integrativ psykoterapi- historie og nåværende status. I K. Benum, E. D. Axelsen & E. Hartmann (Red.), *God psykoterapi* (s. 50-81). Oslo: Pax forlag.
- Clarke, V., Braun, V. & Hayfield, N. (2015). Thematic analysis. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (3. utg., s. 222-248). London: Sage Publications.
- Constantino, M. J., Ametrano, R. M. & Greenberg, R. P. (2012). Clinician interventions and participant characteristics that foster adaptive patient expectations for psychotherapy and psychotherapeutic change. *Psychotherapy*, 49(4), 557-569.
<http://dx.doi.org/10.1037/a0029440>
- Constantino, M. J., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Ametrano, R. M. & Smith, J. Z. (2011). Expectations. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 184-192.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20754>
- Cooper, M. & McLeod, J. (2011). *Pluralistic counselling and psychotherapy*. Los Angeles: Sage Publications.
- Daremo, Å. & Haglund, L. (2008). Activity and participation in psychiatric institutional care. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 15(3), 131-142.
<https://doi.org/10.1080/11038120801900050>

- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010). Forskerrollen. I Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag (s. 17-19). Hentet fra <https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf>.
- Dew, S. E. & Bickman, L. (2005). Client expectancies about therapy. *Mental Health Services Research*, 7(1), 21-33. <https://doi.org/10.1007/s11020-005-1963-5>
- Drew, P. (2015). Conversation analysis. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative Psychology: A practical guide to research methods* (3. utg., s. 108-143). London: Sage Publications.
- Eaves, E. R., Ritenbaugh, C., Nichter, M., Hopkins, A. L. & Sherman, K. J. (2014). Modes of Hoping: Understanding Hope and Expectation in the Context of a Clinical Trial of Complementary and Alternative Medicine for Chronic Pain. *The Journal of Science and Healing*, 10(4), 225-232. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2014.04.004>
- Elliott, R. (1999). Client change interview protocol. Hentet fra <http://www.experiential-researchers.org/instruments/elliott/changei.html>
- Elliott, R., Fischer, C. T. & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *The British Journal of Clinical Psychology*, 38 (3), 215-229. <https://doi.org/10.1348/014466599162782>
- Emmerling, M. E. & Whelton, W. J. (2009). Stages of change and the working alliance in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19(6), 687-698. <https://doi.org/10.1080/10503300902933170>
- Finlay, L. (2009). Ambiguous Encounters: A Relational Approach to Phenomenological Research. *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*, 9(1), 1-17. <https://doi.org/10.1080/20797222.2009.11433983>
- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3. utg.). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Gelo, O., Braakmann, D. & Benetka, G. (2008). Quantitative and Qualitative Research: Beyond the Debate. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 42(3), 266-290. <https://doi.org/10.1007/s12124-008-9078-3>
- Gollwitzer, P. M. (1996). The volitional benefits of planning. I P. M. Gollwitzer & J. A. Bargh (Red.), *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior* (s. 287-312). New York: Guilford Press.
- Greenberg, R. P., Constantino, M. J. & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review*, 26(6), 657-678. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.03.002>
- Grencavage, L. M. & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(5), 372-378. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.21.5.372>
- Grosse Holtforth, M. & Grawe, K. (2002). Bern Inventory of treatment goals: Part 1: Development and first application of taxonomy of treatment goal themes. *Psychotherapy research*, 12(1), 79-99. <https://doi.org/10.1080/713869618>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Mestre hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/mestre-hele-livet/id2568354/>
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten (IS-2076)*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>

- Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A. & Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 196-205. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.196>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Fluckiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Hsu, C., Sherman, K. J., Eaves, E. R., Turner, J. A., Cherkin, D. C., Crompton, D., . . . Ritenbaugh, C. (2014). New perspectives on patient expectations of treatment outcomes: results from qualitative interviews with patients seeking complementary and alternative medicine treatments for chronic low back pain. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 14(1), 276. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-14-276>
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., Miller, S. D. & Wampold, B. E. (2014). Introduction. I B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Red.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2. utg., s. 23-46). Washington, DC: American Psychological Association. <http://dx.doi.org.ezproxy.uio.no/10.1037/12075-000>
- Kaptchuk, T. J., Shaw, J., Kerr, C. E., Conboy, L. A., Kelley, J. M., Csordas, T. J., . . . Jacobson, E. E. (2009). "Maybe I Made Up the Whole Thing": Placebos and Patients' Experiences in a Randomized Controlled Trial. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 33(3), 382-411. <https://doi.org/10.1007/s11013-009-9141-7>
- Klein, M. J. & Elliott, R. (2006). Client accounts of personal change in process-experiential psychotherapy: A methodologically pluralistic approach. *Psychotherapy Research*, 16(1), 91-105. <https://doi.org/10.1080/10503300500090993>
- Kommunal- og moderniseringsdepartement. (2018). *Proposisjon til Stortinget: For budsjettåret 2019* (Prop.1.S (2018-2019)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/b89ef40e7b4d437eb5646ccef5fe313c/no/pdf/s/prp201820190001kmddddpdfs.pdf>
- Kvale, S. (2007). Validation and generalization of interview knowledge. I U. Flick (Red.), *Doing interviews* (s. 120-128). London: Sage Publications.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. utg., s. 169-218). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Levitt, H., Butler, M. & Hill, T. (2006). What clients find helpful in psychotherapy: Developing principles for facilitating moment-to-moment change. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 314-324. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.53.3.314>
- Lindhiem, O., Bennett, C. B., Trentacosta, C. J. & McLear, C. (2014). Client preferences affect treatment satisfaction, completion, and clinical outcome: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(6), 506-517. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.06.002>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Maxwell, J. A. (2004). Causal Explanation, Qualitative Research, and Scientific Inquiry in Education. *Educational Researcher*, 33(2), 3-11. <https://doi.org/10.3102/0013189X033002003>
- McLeod, J. (2016). *Using research in counselling and psychotherapy*. London: Sage Publications.

- Michalak, J. & Grosse Holtforth, M. (2006). Where Do We Go From Here? The Goal Perspective in Psychotherapy. *13*(4), 346-365. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00048.x>
- Midgley, N., Holmes, J., Parkinson, S., Stapley, E., Eatough, V. & Target, M. (2016). “Just like talking to someone about like shit in your life and stuff, and they help you”: Hopes and expectations for therapy among depressed adolescents. *Psychotherapy Research*, *26*(1), 11-21. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.973922>
- Morris, B. (2005). *Discovering bits and pieces of me: Research exploring women's experiences of psychoanalytic psychotherapy*. Hentet fra <http://www.womenstherapycentre.co.uk/Pages.aspx?PageID=10>
- Murray, M. (2015). Narrative psychology. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative Psychology: A practical guide to research methods* (3. utg., s. 85-107). London: Sage Publications.
- Nilsson, T., Svensson, M., Sandell, R. & Clinton, D. (2007). Patients' experiences of change in cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy: a qualitative comparative study. *Psychotherapy Research*, *17*(5), 553-566. <https://doi.org/10.1080/10503300601139988>
- Norsk Psykologforening. (2007). *Prinsipperklæring om evidensbasert psykologis praksis*. Hentet fra <https://www.psykologforeningen.no/medlem/evidensbasert-praksis>:
- Oddli, H. W. & Rønnestad, M. H. (2012). How experienced therapists introduce the technical aspects in the initial alliance formation: Powerful decision makers supporting clients' agency. *Psychotherapy Research*, *22*(2), 176-193. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.633280>
- Oishi, S. & Diener, E. (2009). Goals, Culture, and Subjective Well-Being. I E. Diener (Red.), *Culture and Well-Being: The Collected Works of Ed Diener* (s. 93-108). Dordrecht: Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-90-481-2352-0_5
- Orlinsky, D. E. (2009). The “Generic Model of Psychotherapy” after 25 years: Evolution of a research-based metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration*, *19*(4), 319-339. <http://dx.doi.org/10.1037/a0017973>
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. utg., s. 307-389). New York: John Wiley & Sons.
- Perugini, M. & Bagozzi, R. P. (2004). The distinction between desires and intentions. *European Journal of Social Psychology*, *34*(1), 69-84. <https://doi.org/10.1002/ejsp.186>
- Pietkiewicz, I. & Smith, J. A. (2014). A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative research psychology. *Psychological Journal*, *20*(1), 7-14. <https://doi.org/10.14691/CPPIJ.20.1.7>
- Potter, J. & Wetherell, M. (1995). Discourse Analysis. I J. A. Smith, R. Harré & L. Van Langenhove (Red.), *Rethinking Methods in Psychology* (s. 80-92). London: Sage Publications. <https://doi.org/10.4135/9781446221792>
- Roseman, I. J., Spindel, M. S. & Jose, P. E. (1990). Appraisals of emotion-eliciting events: Testing a theory of discrete emotions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *59*(5), 899. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.5.899>
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, *6*(3), 412-415. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
- Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *45*(4), 444-454.
- Silberschatz, G. (2017). Improving the yield of psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, *27*(1), 1-13. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1076202>

- Smith, J. A. (1996). Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology & Health, 11*(2), 261-271. <https://doi.org/10.1080/08870449608400256>
- Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 1*(1), 39-54. <https://doi.org/10.1191/1478088704qp004oa>
- Smith, J. A. & Osborn, M. (2007). Interpretative Phenomenological Analysis. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (2. utg., s. 53-80). London: Sage Publications.
- Smith, J. A. & Osborn, M. (2015). Interpretative phenomenological analysis as a useful methodology for research on the lived experience of pain. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative Psychology: A practical guide to resarch methods* (3. utg., s. 25-52). London: Sage Publications.
- Snyder, C. R., Scott, M. T. & Cheavens, J. S. (1999). Hope as a psychotherapeutic foundation of common factors, placebos, and expectancies. I M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Red.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (s. 179-200). Washington, DC: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/11132-000>
- Stuart, S. R., Tansey, L. & Quayle, E. (2017). What we talk about when we talk about recovery: A systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. *Journal of Mental Health, 26*(3), 291-304. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1222056>
- Svendsen, H. (2011). Nettverksmøte som metode. *Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid*. Hentet fra <https://www.napha.no/content/14332/Nettverksmote-som-metode>
- Sverdrup, S., Kristofersen, L. B. & Myrvold, T. M. (2005). *Brukermedvirkning og psykisk helse*. (NIBIR-rapport 2005:6). Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2444613>:
- Swift, J. K. & Callahan, J. L. (2011). Decreasing treatment dropout by addressing expectations for treatment length. *Psychotherapy Research, 21*(2), 193-200. <http://www.doi.org/10.1080/10503307.2010.541294>
- Tambling, R. B. & Johnson, L. N. (2010). Client expectations about couple therapy. *The American Journal of Family Therapy, 38*(4), 322-333. <https://doi.org/10.1080/01926187.2010.493465>
- Thompson, A. G. & Sunol, R. (1995). Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence. *International Journal for Quality in Health Care, 7*(2), 127-141. <https://doi.org/10.1093/intqhc/7.2.127>
- Tryon, G. S. & Winograd, G. (2011). Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy, 48*(1), 50-57. <https://doi.org/10.1037/a0022061>
- TSD. (u.å). Tjenester for sensitive data. Hentet fra <https://www.uio.no/tjenester/it/forskning/sensitiv/>
- Valkonen, J., Hänninen, V. & Lindfors, O. (2011). Outcomes of psychotherapy from the perspective of the users. *Psychotherapy Research, 21*(2), 227-240. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.548346>
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold, B. E. & Budge, S. L. (2012). The 2011 Leona Tyler Award Address: The relationship-And its relationship to the common and specific factors of psychotherapy. *The Counseling Psychologist, 40*(4), 601-623. <https://doi.org/10.1177/0011000011432709>

- Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2. utg.). New York: Routledge
- Wiles, R., Cott, C. & Gibson, B. E. (2008). Hope, expectations and recovery from illness: a narrative synthesis of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 64(6), 564-573. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04815.x>
- Willing, C. (2015). Discourse analysis. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (3. utg., s. 143-168). London: Sage publications.
- Wong, A. G., Tambling, R. B. & Anderson, S. R. (2013). Treatment duration and termination status among clients in a university-based counseling center. *The Family Journal*, 21(4), 371-376. <https://doi.org/10.1177/1066480713488524>
- Yardley, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology & Health*, 15(2), 215-228. <https://doi.org/10.1080/08870440008400302>
- Yardley, L. (2015). Demonstrating validity in qualitative psychology. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative psychology: A Practical Guide to Research Methods* (3. utg., s. 257-273). London: Sage Publications.

Vedlegg 1

Første intervjuguide

Brukt i de to første intervjuene

Innledende spørsmål

1. Bakgrunnsinformasjon
 - a. Alder
 - b. Utdanning/yrke?
 - c. Familiehistorie/bakgrunn?
 - d. Fritid/Interesse/aktiviteter?
2. Har du tidligere vært i terapi, eller mottatt behandling for psykiske vansker?
3. Kan du begynne med å fortelle oss litt om deg selv, din situasjon og hva du ønsker hjelp med?
4. Hvordan har prosessen frem mot å det å søke terapi vært? Hvilke tanker gjorde du deg underveis i prosessen?
5. Hva håper du å få ut av terapitilbudet du har fått? Hva er dine mål med terapiforløpet? Hva vil tilsvare et godt utfall for deg? Hvor viktig anser du denne endringen å være?
 - a. Hvordan vil du merke at målet er oppnådd? Hvordan vil livet ditt ha endret seg?
 - b. Hva tror du må til for å oppnå dette?

Livet:

1. Hvordan vil du beskrive livssituasjonen din?
2. Hvordan tror du at andre vil beskrive livssituasjonen din?
3. Hvis du skulle endret noe i livet ditt nå, hva skulle det ha vært? (Hvordan?)
4. Hvordan tror at du vil beskrive livssituasjonen din etter at du er ferdig i terapi?

Relasjoner til andre:

1. Hvordan vil du beskrive dine relasjoner til andre mennesker?
2. Hvordan tror du andre vil oppfatte deg i en relasjon?
3. Skulle du ønske at noe var annerledes i dine måter å forholde deg til andre på?
4. Hvordan tror du at dine relasjoner til andre vil ha endret seg etter at du er ferdig i terapi?

Selvet:

1. Hvordan vil du beskrive deg selv?
2. Hvordan vil andre beskrive deg?
3. Hvis du kunne endret noe ved deg selv, hva skulle det ha vært? (Hvordan)
4. Hvordan tror du at du vil beskrive deg selv etter du er ferdig i terapi?

Negative forventninger

1. Har du noen bekymringer knyttet til hvordan terapi kan komme til å påvirke deg?
2. Dersom du ikke skulle begynne i terapi, hvordan ville du ha gjennomført disse endringene vi har snakket om? Hvordan hadde det sett ut da? (Gapet mellom det å gå i terapi, vs. det man klarer på egenhånd - hva er det lille ekstra terapi kan tilby). Hvordan ville situasjonen din sett ut dersom du ikke skulle gå i terapi?

Sluttkommentarer

1. Har du noen kommentarer til det du har sagt som du vil komme med før vi avslutter?

Vedlegg 2

Andre intervjuguide

Anvendt i intervju tre og fire.

Innledende spørsmål

1. Bakgrunnsinformasjon - Kan du begynne med å fortelle oss litt om deg selv?
 - a. Alder
 - b. Utdanning/yrke?
 - c. Fritid/Interesse/aktiviteter?
 - d. Familiehistorie/bakgrunn?
 - e. Har du tidligere vært i terapi, eller mottatt behandling for psykiske vansker?
 - f. Kjenner du noen som har gått i terapi?
2. Kan du beskrive din situasjon slik den er nå? (Beskriv hverdagen din slik den er nå?)
3. Hva du ønsker hjelp med?
4. Hvordan har prosessen frem mot å det å søke terapi vært?
 - a. Hvilke tanker gjorde du deg underveis i prosessen?
5. Hva håper du å få ut av terapitilbudet du har fått? (Tryllestaven). (Still dette spørsmålet flere ganger)
6. (Tror du det er det du kan oppnå?)
7. Hva er dine mål med terapiforløpet?
 - a. Hvordan vil du merke at målet er oppnådd?
 - b. Hvordan vil livet ditt ha endret seg? (Hvordan vil en hverdag se ut?)
8. (Hva vil tilsvare et godt (nok) utfall for deg?)
9. Hvor viktig anser du denne endringen å være? (målskive)
10. Hva tror du må til for å oppnå dette?

Negative forventninger

1. Har du noen bekymringer knyttet til hvordan terapi kan komme til å påvirke deg?
2. Dersom du ikke skulle begynne i terapi, hvordan ville du ha gjennomført disse endringene vi har snakket om? Hvordan hadde det sett ut da? (Gapet mellom det å gå i terapi, vs. det man klarer på egenhånd - hva er det lille ekstra terapi kan tilby). Hvordan ville situasjonen din sett ut dersom du ikke skulle gå i terapi?

Sluttkommentarer

1. Har du noen kommentarer til det du har sagt som du vil komme med før vi avslutter?

Vedlegg 3

Tredje intervjuguide

Brukt i intervju fem til ni

Innledende spørsmål

1. Bakgrunnsinformasjon - Kan du begynne med å fortelle oss litt om deg selv?
 - a. Alder
 - b. Utdanning/yrke?
 - c. Fritid/Interesse/aktiviteter?
 - d. Familiehistorie/bakgrunn?
 - e. Har du tidligere vært i terapi, eller mottatt behandling for psykiske vansker?
 - f. Kjenner du noen som har gått i terapi?
2. Kan du beskrive din situasjon slik den er nå? (Beskriv hverdagen din slik den er nå?)
3. Hvordan har prosessen frem mot å det å søke terapi vært?
 - a. Hvilke tanker gjorde du deg underveis i prosessen?

Forventninger:

4. Hva ønsker du hjelp med?
5. Hvilke forventninger har du til resultatet av behandling? (still dette spørsmålet flere ganger)
6. Hvordan vil du merke at forventningene er innfridd?
 - a. Hvordan vil livet ditt ha endret seg? (Hvordan vil en hverdag se ut?)
7. (Hva vil tilsvare et godt (nok) utfall for deg?)
8. Ved flere forventninger: Hvor viktig anser du denne endringen å være? (målskive)
10. Hva tror du må til for å oppnå dette?

Konseptuelt nivå

11. Hva håper du å få ut av terapitilbudet du har fått? (Tryllestaven). (Still dette spørsmålet flere ganger)
 - a. Tror du at du kan oppnå dette?
12. Er det noen forskjell på håp vs. forventning?

Negative forventninger

1. Har du noen negative forventninger knyttet til hvordan terapi kan komme til å påvirke deg når du er ferdig?
2. Dersom du ikke skulle begynne i terapi, hvordan ville du ha gjennomført disse endringene vi har snakket om? Hvordan hadde det sett ut da? (Gapet mellom det å gå i terapi, vs. det man klarer på egenhånd - hva er det lille ekstra terapi kan tilby). Hvordan ville situasjonen din sett ut dersom du ikke skulle gå i terapi?

Sluttkommentarer

1. Har du noen kommentarer til det du har sagt som du vil komme med før vi avslutter?