

Å ta vare på andre versus
å ta vare på seg selv

*Selvomsorgens betydning for
psykoterapeuters yrkesutøvelse*

Melinda Marmande Furuly og Marianne Kulslı Myking



Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Høst 2019

Sammendrag

Forfattere: Melinda Marmande Furuly og Marianne Kulslı Myking

Tittel: Å ta vare på andre versus å ta vare på seg selv: Selvomsorgens betydning for psykoterapeuters yrkesutøvelse.

Veiledere: Erik Stänicke og Unni Tanum Johns

Å ta vare på andre versus å ta vare på seg selv kan anses som «det store menneskelige drama». For psykoterapeuter som bruker seg selv i det endringsfremmende arbeidet blir denne balansegangen av stor betydning. Å møte en annen med genuin empati, respekt og interesse krever at psykoterapeuten først tar vare på sitt eget *selv*. Psykoterapi er en toveis relasjon mellom to subjekter som gjensidig påvirker hverandre. Psykoterapeuten blir uunngåelig berørt i møtet med pasienten samtidig som terapeutens subjektivitet påvirker kvaliteten på relasjonen.

Denne teoretiske undersøkelsen belyser selvomsorgens betydning for psykoterapeuters yrkesutøvelse. Formålet med undersøkelsen er å legitimere nødvendigheten av selvomsorg. Problemstillingen er: 1) Hvordan kan det å være psykoterapeut påvirke oss som mennesker, både positivt og negativt? 2) Betydningen av selvomsorg i lys av den terapeutiske relasjon, og 3) Hvilke sentrale tilnærminger til selvomsorg for psykoterapeuter finnes? Problemstillingen undersøkes gjennom empiriske studier og erfaringsbasert kunnskap samt ved hjelp av følgende terapitradisjoner og posisjoner: nevropsykologiske, psykodynamiske, intersubjektive og eksistensiell-humanistiske. Vi analyserer og diskuterer videre barrierer mot selvomsorg, gevinster ved selvomsorg og selvomsorg i et yrkesetisk perspektiv.

Gjennom undersøkelsen kommer det frem at psykoterapeutyrket er berikende og meningsfullt, men også emosjonelt tyngende og kan ha helseskadelige konsekvenser som potensielt kan påvirke terapiutfall. Vi påvirkes av arbeidet i større grad enn vi tror, blant annet gjennom kroppens nevrofysiologi. Vi finner at selvomsorgstilnærminger som går igjen i litteraturen er bevissthet, inkludert mindfulness og selvmedfølelse, balanse, fleksibilitet, profesjonell utvikling, kroppslig ivaretagelse, sosial støtte og spiritualitet. Vi konkluderer med at psykoterapeutens personlige egenskaper, livskvalitet og terapeutisk tilstedeværelse påvirker arbeidsalliansen og terapiutfall. Gjennom undersøkelsen understrekes betydningen av å vedlikeholde en aktiv tilnærming til selvomsorg gjennom hele yrkeskarrieren, både for psykoterapeuten selv og som et etisk imperativ for å gi pasienten best mulig hjelp. Undersøkelsen impliserer at selvomsorg bør være et fokus i alle områder av psykoterapeutisk virksomhet.

Forord

Oppgavens tema ble født da blivende veileder Erik Stänicke foreslo ideen om selvomsorg for terapeuter. Vi kjente at temaet umiddelbart ga gjenklang og resonnererte hos oss. Vår delte interesse for temaet har sine røtter fra noen år tilbake. Tilfeldighetene ville det nemlig slik at vi skulle bli kjent gjennom en samtidig studiepermisjon i Buenos Aires, Argentina. Uten at vi den gang brukte ordet selvomsorg, vokste vennskapet vårt ut av en felles lidenskap for blant annet argentinsk tango. Gjennom arbeidet med denne oppgaven, har det blitt tydelig for oss at selvomsorg er et langt mer flersidig og gjennomgripende tema enn vi først så for oss.

Selvomsorgens betydning for psykoterapeuter har blitt et tema vi brenner mer og mer for. Vår forståelse av temaets aktualitet økte gjennom en venninnes erfaring som fersk nyutdannet psykolog. Hun startet sin første jobb med engasjement og iver etter å begynne sin karriere som kliniker. Etter tre år som psykolog i psykisk helsevern, har hun derimot bestemt seg for at hun aldri mer vil jobbe som psykoterapeut. Vi opplevde det først som overraskende at det var mulig å gå fra iver til avstand på relativt kort tid. Etter å ha jobbet med denne oppgaven, fremstår valget hennes som forståelig. Vi har fått økt innsikt i de mange sidene ved psykoterapeutyrket – ikke bare de positive. Samtidig er vårt ønske for både erfarne og nyutdannede psykologer, inkludert oss selv, at vi skal kunne trives i dette yrket i lang tid fremover. Sett i sammenheng med de siste års utvikling i offentlig psykisk helsevern, fremstår selvomsorg som et særlig aktuelt tema. Vi føler oss privilegerte og takknemlige for muligheten til å fordype oss i dette temaet idet vi skal ut i den forhåpentligvis meningsfulle og garantert krevende psykoterapeuthverdagen.

Vi vil rette en stor takk til våre to veiledere, Erik Stänicke og Unni Tanum Johns, for uvurderlig hjelp i skriveprosessen. Deres kloke refleksjoner, støtte og entusiasme over temaet, har både inspirert og utfordret oss.

En hjertelig takk til Annika Søderholm, Siri Bjørklund og Astrid Ringen Martinsen, for å ha vært så generøse og tilbudt seg å lese gjennom oppgaven. Med deres skarpe øyne har dere hjulpet oss med å bli tydeligere i teksten og hente tilbake bortkomne kommaer.

Vi vil også takke familie og venner for all støtte, oppmuntring og omsorg.

Til slutt vil vi takke hverandre for tålmodighet, varme og ærlige tilbakemeldinger, og for å ha tålt hverandre selv den siste uka før innlevering. Oppgaven ville ikke vært den samme uten den andre.

“If your *compassion* does not include *yourself*, it is incomplete.”

(Kornfield, 1994, s. 28)

Innholdsfortegnelse

Innledning	1
Problemstilling	3
Begrepsavklaring: selvomsorg	3
Metode	5
Det yrkesetiske perspektivet	6
Del 1 Å jobbe som terapeut: Implikasjoner for betydningen av selvomsorg	8
1.1 Gleder og berikelser	8
1.2 Krevende aspekter ved terapeutyrket	10
1.3 Helseisikoen i arbeidet	12
1.3.1 Utbrenthet	12
1.3.2 Medfølelsesutmattelse, sekundærtraumatisering og vikarierende traumatisering	13
1.3.3 Motoverføring	14
1.4 Hvorfor blir vi påvirket? Nevrofysiologiske forklaringer på kroppens reaksjoner	15
1.4.1 Å bevare roen og evnen til refleksjon: Et spørsmål om balanse i det autonome nervesystem?	16
1.4.2 Empatiens nevrofysiologi	17
1.5 Oppsummering: Implikasjoner for selvomsorg	20
Del 2 Selvomsorgens betydning i lys av den terapeutiske relasjon	21
2.1 Relasjonens betydning for terapeutisk utfall	21
2.2 Betydningen av terapeutens indre liv og livskvalitet	23
2.3 Empatiens betydning for den terapeutiske relasjon	25
2.4 Terapeutisk tilstedeværelse	27
2.5 Oppsummering: Implikasjoner for selvomsorg - Ta vare på instrumentet ditt	30
Del 3 Ulike tilnærminger til selvomsorg for terapeuter	31
3.1 Bevissthet	32
3.1.1 Mindfulness og selvmedfølelse	32
3.1.2 Selvførståelse	35
3.2 Balanse	36
3.3 Fleksibilitet	38
3.4 Kroppslig ivaretagelse	39
3.5 Sosial støtte	40
3.6 Spiritualitet	41
3.7 Profesjonell utvikling	42
3.8 Oppsummering: “Orkanens øye”	43
Del 4 Diskusjon	44
4.1 Barrierer mot selvomsorg	44
4.2 Gevinster ved selvomsorg	51
4.3 Et gjensyn med yrkesetikken	54
Konklusjon	55
Litteraturliste	56

Innledning

«I have always been better at caring for and looking after others than I have been at caring for myself. But in these later years, I have made progress.» - Carl Rogers i en alder av 75 (1980, s. 80)

Når psykoterapeuten og pasienten møtes i terapi, går de inn i en særegen form for dialog. Pasienten kommer med smertefulle opplevelser, og psykoterapeuten bruker seg selv som verktøy for å hjelpe pasienten til å få det bedre med seg selv og andre. Psykoterapisituasjonen krever at vi som møter pasienter er villige, og i stand til, å gi av oss selv. Vi gir tid, tilstedeværelse, medfølelse og oppmerksomhet, uten å forvente å skulle få det samme tilbake. Iboende i yrket er det et stort fokus på å ta vare på den andre, samtidig som psykoterapi som behandlingsform krever at vi er til stede med *hele oss*. Dette stiller store krav til hvordan vi som psykoterapeuter stiller opp for oss selv, for i neste omgang å være i stand til å møte opp for pasienter på en måte som kan bidra til terapeutisk vekst. Sagt med andre ord må vi romme en todelt rolle, hvor vi på den ene siden er selve verktøyet, i nær kontakt med pasienten, samtidig som vi også må innta rollen som den som «håndterer» oss selv som verktøy i terapirommet. Denne andre rollen krever at vi kan ta et steg tilbake og se på hva som trengs for å vedlikeholde, og ikke slite ut verktøyet. Kompleksiteten i arbeidet som psykoterapeut skaper dermed et dilemma. Dette ønsker vi å belyse gjennom tittelen «Å ta vare på andre versus å ta vare på seg selv: Selvomsorgens betydning for psykoterapeuters yrkesutøvelse».

Hvordan kan vi bruke kreftene våre på en måte som kombinerer selv-omsorg og andre-omsorg? Psykoterapeutyrket kan på samme tid være svært meningsfylt og svært krevende for den enkelte. De mange møtene med mennesker som har det tøft, samt andre elementer ved terapeuthverdagen, kan potensielt virke inn på psykoterapeuter på måter som er belastende og som vanskeliggjør utøvelsen av arbeidet (Skovholt & Trotter-Mathison, 2013). Denne daglige eksponeringen for andre menneskers lidelse kan gjøre det vanskelig å se hvordan en selv blir påvirket av arbeidet. Slitasjen fra yrket kan komme gradvis og snikende, snarere enn akutt, noe som gjør at behovet for jevnlig selvomsorg blir mindre synlig. I sikkerhetsinstruksjonen på flyreiser heter det at «du skal ta på egen oksygenmaske før du hjelper andre med å ta på sin». Denne instruksjonen er høyst relevant for psykoterapeuter, da yrkesutøvelsen - metaforisk sett - går ut på nettopp å hjelpe andre med å ta på egen oksygenmaske. Skovholt og Trotter-Mathison (2016) beskriver hvordan dilemmaet i tittelen vår kan anses som «det store menneskelige drama» (s.3). Per-Einar Binder (2014) beskriver denne uunngåelige konflikten mellom å forholde seg medfølelse til andre og å hevde sin egen vilje som et eksistensielt grunn tema som er med på

utformingen av hvert enkelt menneskes liv. Den konstante drakampen mellom andre-omsorg og selvomsorg kan føles mer intens for psykoterapeuter, som har vært profesjonelt lært opp til, og kanskje har en naturlig draging mot, å være emosjonelt inntonet til andres behov. Å ha en identitet som hjelper, samtidig som man håndterer ens egne behov for oppmerksomhet og omsorg, er trukket frem som et sentralt tema for psykoterapeuter (Bernhardt, Nissen-Lie, Moltu, McLeod & Råbu (2019). Profesjonens fremste kjennetegn er ekspertise i å se verden fra den andres perspektiv. Dette kan være krevende, da det går imot menneskets naturlige tendens til å beskytte og fremme «meg-et». Vår evne til perspektivtaking er en verdifull styrke, samtidig som vi lett kan miste av syne våre egne behov og perspektiv (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016).

Betydningen av psykoterapeuten som en person med egne behov og perspektiv har en teoretisk rasjonalitet. Opprinnelig kan man se at ulike terapiretninger, som psykoanalyse, atferdsterapi og kognitiv atferdsterapi, har vektlagt terapeutiske teknikker i det endringsfremmende arbeidet (Gelso & Hayes, 2007). Dette ble vektlagt i større grad enn den terapeutiske relasjonen og bidraget fra psykoterapeuten. I tidlige psykoanalytiske teorier var fokuset på hva som skjer inne i pasienten, eller en *enpersonpsykologi*. Relasjonelle teorier med fokus på en *topersonpsykologi* kom som reaksjon på den klassiske enpersonpsykologien (Aron, 1990). De relasjonelle teoriene anerkjenner i større grad den gjensidige påvirkningen som eksisterer mellom psykoterapeut og pasient (Kahn, 1996), og hvordan terapeutens karakter kan virke inn på hva som dukker opp mellom dem i terapirommet (Aron, 1990). At psykoterapeuters personlige egenskaper har en innvirkning på den terapeutiske relasjonen, er et godt etablert forskningsfunn (Wampold, 2014). Intersubjektive perspektiver som har utviklet seg fra relasjonell psykoanalyse og utviklingspsykologi har vært opptatt av hvordan psykoterapi består av to subjekter som møter hverandre, snarere enn at subjekt møter objekt (Benjamin, 1990). Dette stiller krav til at psykoterapeuten kommer som et subjekt, samtidig som denne tilstedeværelsen med egen subjektivitet medfører en åpenhet for at man lar seg påvirke av det som skjer i rommet. Råbu (2014) oppfordrer til en interesse for hvordan nettopp den profesjonelle praksisen påvirker psykoterapeutens personlige liv, ettersom måtene vi påvirkes på kan utspille seg i det terapeutiske rommet.

Per Isdal beskriver i sin bok fra 2017, *Smittet av vold*, at ivaretagelse av hjelperen kan foregå på fire ulike plan: gjennom studentivaretagelse, medarbeiderivaretagelse, hverandreivaretagelse og selvivaretagelse. I denne oppgaven har vi valgt å ta for oss den siste, selvomsorg, fordi den er best belyst i forskningslitteraturen og går - slik vi ser det - rett til kjernen av psykoterapeutrollen. Formålet med oppgaven er å understreke hvor viktig det er at

psykoterapeuter utvikler en bevissthet rundt hva yrket innebærer, og hvordan aspekter ved yrkets natur klart fordrer selvomsorg, både for å fremme trivsel i yrket, livskvalitet, og for å yte så god hjelp som mulig til pasientene.

Problemstilling

Problemstillingen vår vil være tredelt, og søke å svare på følgende spørsmål:

1. Hvordan kan det å være terapeut virke inn på oss som mennesker, både positivt og negativt?
2. Betydningen av selvomsorg i lys av den terapeutiske relasjon
3. Hvilke sentrale tilnærminger til selvomsorg for terapeuter finnes?

Som bakgrunn for den teoretiske gjennomgangen, vil vi redegjøre for selvomsorg i et yrkesetisk perspektiv. Først i oppgaven vil vi undersøke hvordan yrket virker inn på oss, da kunnskap om dette er essensielt for å begrunne og diskutere viktigheten av selvomsorg. Deretter vil vi gå inn på selvomsorgens relevans i lys av forskning om den terapeutiske relasjonen. Etter denne gjennomgangen av intrapsykiske og interpersonlige aspekter ved yrkesutøvelsen som fordrer selvomsorg, vil vi i siste del gjøre rede for sentrale tilnærminger til selvomsorg for terapeuter.

Begrepsavklaring: selvomsorg

Selvomsorgsbegrepet kan spores helt tilbake til de gamle grekerne, og flere filosofiske tradisjoner har vært opptatt av selvomsorg og kunnskap om selvet. Den franske filosofen og idéhistorikeren Michel Foucault ble mot slutten av sitt liv opptatt av selvets hermeneutikk og konstituering. Boken *Technologies of the Self. A seminar with Michel Foucault* fra 1988 er i stor del basert på et seminar han holdt ved universitetet i Vermont i 1982. Her rettet han fokus mot *epimelesthai sautou*, den greske formaningen om å vise omsorg for seg selv, som innenfor den vestlige filosofien hadde havnet i skyggen av den mer kjente formaningen *gnothi sauton*, «kjenn deg selv». Om «selvets teknologier» formidler han at de tillater individer, alene eller med hjelp fra andre, å utføre «a certain number of operations on their own bodies and souls, thoughts, conduct, and way of being, so as to transform themselves in order to attain a certain state of happiness, purity, wisdom, perfection, or immortality» (s. 18). Ordet teknologi kommer fra gresk «techné» som betyr «kunst, dyktighet, håndverk», og «logía» som betyr «studiet av» (Alnes,

2019). Selvomsorg er, i likhet med terapi, flerfoldig, og kan anses både som en kunst eller et håndverk, og en vitenskap.

Innenfor helsevesenet har selvomsorg særlig vært knyttet til pasienters selvomsorg, og deres egeninnsats i å håndtere sykdom og fremme god helse (se bl.a. Evangelista & Shinnick, 2008). De siste årene har det derimot blitt et økt fokus på helsepersonells egen selvomsorg, deriblant for psykoterapeuter. Ulike forskere og forfattere har kommet med ulike konseptualiseringer og forståelser av selvomsorg, og det har lenge manglet et helhetlig mål, hvilket har virket noe begrensende på forskningen på feltet. Basert på temaer som går igjen i selvomsorgslitteraturen, definerer Dorociak, Rupert, Bryant og Zahniser (2017) selvomsorg som en «multidimensional, multifaceted process of purposeful engagement in strategies that promote healthy functioning and enhance well-being.» (s. 326). Selvomsorg har også blitt definert som en forebyggende handling som gjennom en helhetlig praksis fremmer balanse (Friedman, 2017). Dette inkluderer å praktisere selvmedfølelse, samt andre metoder som bidrar til en forståelse av seg selv, egen trivsel og velvære. «Career-sustaining behaviors» (Rupert & Kent, 2007) er et tilsvarende begrep fra litteraturen på hva som bidrar til effektiv funksjon og tilfredshet i det profesjonelle arbeidet.

Innen litteraturen er det identifisert flere dimensjoner ved selvomsorg for terapeuter, inkludert fysisk aktivitet, psykologisk velvære, rekreasjon, spiritualitet, jobb/liv-balanse, sosial støtte, og profesjonell utvikling (se bl.a. Norcross & VandenBos, 2018; Posluns & Gall, 2019). Skovholt & Trotter-Mathison (2013) skriver om det de kaller bevisst profesjonell selvomsorg («assertive professional self-care»). Ordlyden i deres begrep antyder at praksisen har en bestemt og tydelig komponent, i tråd med Dorociak et al. (2017) sin definisjon av selvomsorg som noe målbevisst. Gjennom en slik rutine for selvomsorg fokuserer man på å arbeide mot å bli såkalte «resiliente profesjonsutøvere». I Store Norske Leksikon (Skre, 2018) defineres resiliens som en psykologisk motstandskraft, og videre som «de faktorer som har sammenheng med at man beholder en psykisk styrke og helse til tross for stress og påkjenninger». Resiliensbegrepet er mye brukt innenfor utviklingspsykologi for å forstå hvordan noen barn utvikler seg godt, til tross for vanskelige livsbetingelser (Borge, 2014). Resiliensen som kreves av hjelpere handler i stor grad om den konstante drakampen mellom andre-omsorg og selvomsorg (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016). Terapeuten må være i stand til å finne gode og fornybare kilder til energi for å utvikle resiliens i et krevende arbeid. Eller sagt med Dorociak et al. (2017) sine ord: å fremme sunn fungering og øke velvære.

Metode

Som vi har sett i begrepsavklaringen kommer det fram at selvomsorg er et multidimensjonalt fenomen uten konsensus om definisjon. Dette utfordrer muligheten til å finne avgrensede inklusjons- og eksklusjonskriterier for litteratursøket, og dermed vanskeliggjøres en standardversjon av systematisk litteraturgjennomgang. Oppgaven vår er derfor en teoretisk undersøkelse av selvomsorgens betydning for psykoterapeutens yrkesutøvelse, hvor vi også gjengir og drøfter empiriske studier på temaet. Vi har gjennomført strategiske litteratursøk med nøkkelordene «self-care» og «psychotherapist» som utgangspunkt for utforskning. Søk er gjennomført i psykologidatabasen PsycINFO, med supplerende søk i Web of Science.

Til tross for at oppmerksomheten på selvomsorg for psykoterapeuter er økende, fremstår forskningen på feltet begrenset. Vi anser det derfor som hensiktsmessig å innhente kunnskap fra flere nivåer av kilder, inkludert erfaringsbasert kunnskap fra psykoterapeuter, teoretiske kilder og empiriske studier. På deler av feltet, slik som utbrenthet og betydningen av den terapeutiske relasjon, er det gjennomført en stor andel empiriske studier, som da vil utgjøre hovedvekten av litteraturen. Tilnærminger til selvomsorg vil, etter vår vurdering, best belyses gjennom en kombinasjon av empiriske studier og erfaringsbasert kunnskap formidlet gjennom psykologisk faglitteratur. På denne måten kompletteres empiriske studier med erfarne psykoterapeuters innsikter gjennom deres forhold til fenomenet og tilhørende praksis.

Oppgaven retter seg mot yrkesgruppen psykoterapeuter. Litteraturen vil hovedsakelig være rettet mot psykologer som jobber med psykoterapi. Iblant vil psykologer inngå blant andre yrkesgrupper som jobber psykoterapeutisk. På engelsk omtales terapeut som både «therapist» og «counsellor». Heretter vil vi bruke begrepet «terapeuter» for enkelhets skyld.

Noen av kildene vi benytter retter seg mot en bredere kategori av profesjoner som typisk kan beskrives som hjelpe- og omsorgsykker, eller «relasjonsintense» yrker (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016). Noen slike hjelpeyrker er – foruten terapeuter – lærere, rådgivere, leger, sykepleiere, og prester (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016). Likheter mellom slike yrker og terapeutyrket er flere. For eksempel har forskere sett at leger som jobber med palliativ medisin og som behandler dødssyke pasienter har høy risiko for nedsatt personlig velvære (Sanchez-Reilly et al., 2013). Til tross for likheter med leger og andre nevnte yrkesgrupper, vil vi ikke gå noe nærmere inn på forskning rettet mot disse, annet enn der hvor psykoterapeuter inngår i materialet. Likhetene taler likevel for at vi på dette feltet kan lære mye av hverandre, og dele kunnskap på tvers av yrkestilhørighet.

Det yrkesetiske perspektivet

I tillegg til lovpålagte bestemmelser for arbeidet vårt som helsepersonell, må medlemmer av de nordiske psykologforeningene forholde seg til felles etiske prinsipper, vedtatt av psykologforeningens landsmøte i 1998. Prinsippene er ment som en presisering av den allmenne etikken som gjelder for alle mennesker, bedre tilpasset de utfordrende etiske problemstillinger vi iblant møter i arbeidet. Flere forfattere har beskrevet utøvelsen av selvomsorg som et «etisk imperativ» (Barnett, Baker, Elman, & Schoener, 2007; Norcross & VandenBos, 2018). Under det fagetiske prinsippet som går på *kompetanse* (II.2), tematiseres både den faglige kompetansen i yrkesutøvelsen, samt en kjennskap til seg selv: «Psykologen tilstreber bevissthet om sine faglige og menneskelige sterke og svake sider, slik at han/hun realistisk kan vurdere med hvilken kompetanse han/hun kan påta seg oppgaver.» (Norsk psykologforening, 1998, s. 3). Videre skrives det om å praktisere innenfor de kompetansebegrensningene man har, og at man i vanskelige situasjoner søker profesjonell hjelp og støtte. Et annet prinsipp som er relevant i forbindelse med selvomsorg, går på *ansvar* (II.3). Det tar opp psykologens streben etter å unngå misbruk/skade i arbeidet sitt. Til tross for disse eksemplene ser vi at selvomsorg i liten grad er direkte tematisert i de etiske prinsippene for nordiske psykologer.

I de etiske prinsippene for Canada og USA kommer viktigheten av selvomsorg i et etisk perspektiv tydeligere fram. Prinsippene for canadiske psykologer (Canadian Psychological Association, CPA, 2017) fremholder, under prinsippet om ansvarlig omsorg («Responsible caring»), at psykologer «tar del i selvomsorgsaktiviteter som hjelper til å unngå tilstander (f.eks. utbrennet, avhengighet) som kan føre til svekket dømmekraft og forstyrre deres evne til å være til hjelp og ikke til skade for andre.» (II.12, egen oversettelse). I Canada må psykologer dermed forholde seg til en eksplisitt oppfordring til utøvelse av selvomsorg. I den amerikanske psykologforeningens (American Psychological Association, APA, 2017) etiske prinsipper, understreker prinsipp A, knyttet til å hjelpe og å ikke gjøre skade, viktigheten av at psykologer er oppmerksomme på mulige måter deres egne fysiske og psykiske helse kan virke inn på evnen til å hjelpe pasienter. Prinsippene omfatter også utvikling og vedlikehold av kompetanse, og at psykologer skal avstå fra arbeidet, eller på annen måte regulere arbeidstiden eller søke hjelp, dersom de blir oppmerksomme på personlige problemer som på noen måte kan forstyrre kompetent utøvelse av arbeidsoppgaver.

Verken APA's etiske prinsipper, eller de etiske prinsippene for nordiske psykologer, skriver direkte om selvomsorg som en viktig komponent i etisk forsvarlig praksis. Via de etiske prinsippene knyttet til kompetanse og unngåelse av misbruk/skade, skapes det likevel en viktig link mellom etikk og selvomsorg (Maranzan et al., 2018; Wise, Hersh, & Gibson, 2012). Barnett og kollegaer (2007) foreslår en utvidet lesing av Prinsipp A (APA):

Psychologists are aware of the possible impact of their own physical and mental health on their ability to help those with whom they work, and they engage in ongoing efforts to minimize the impact of these factors on their clinical competence and professional functioning. (s. 604)

Her understreker de i større grad den forebyggende holdningen psykologer bør ha til svekkelser i kompetanse knyttet til fysisk og psykisk helse. Wise og kollegaer (2012) har også beskrevet fordeler ved en utvidelse av kompetanse-prinsippet, og hevder at å inkludere et fokus på personlig velvære, selvomsorg, og en fungering i den positive enden av stress-distress-kontinuumet vil ha sterk teoretisk og empirisk støtte. Videre har det blitt argumentert for at selvomsorg bør anses som en kjernekompetanse blant psykologer, med tanke på risikofaktorene knyttet til arbeidet som psykolog (Barnett & Cooper 2009, s. 17). Vi anser disse forslagene til utvidelse av etiske prinsipper som like aktuelle i Norge som i USA, hvor forslagene er rettet, til tross for eventuelle forskjeller i arbeidskontekst som vi ikke vil gå nærmere inn på her. Som vi vil beskrive i del 1 av denne oppgaven omhandler de fleste av risikofaktorene knyttet til arbeidet som terapeut *hva som skjer med oss i møtet med pasienten*. Dette kan vi anta er såpass grunnleggende ved terapeutisk virke, at vi ikke vil se noen forskjeller mellom disse landene. Barnett og Cooper (2009, s. 17) beskriver selvomsorg som en avgjørende profesjonell aktivitet som fremmer etisk praksis. Videre viser de til Barnett, Johnston og Hillard (2006) som oppfordrer til et syn på selvomsorg som noe nødvendig, snarere enn noe man gjør hvis man har tid.

Del 1 Å jobbe som terapeut: Implikasjoner for betydningen av selvomsorg

«Det er faktisk et stort privilegium å bli kjent med det aller innerste i et menneskesinn [...]» (Råbu, 2014, s. 741)

«Det har vel samlet seg opp en del sorgfulle ting. En får vel ikke ristet det nok av seg..» (Råbu, 2014, s. 743)

Sitatene over er hentet fra forskningsprosjektet «Eldre terapeuters erfaringer», ledet av Marit Råbu (2014), der hun har invitert seniorpsykologer til å se tilbake på livet som terapeut. Arbeidet har senere blant annet blitt publisert i en kvalitativ forskningsartikkel (Råbu, Moltu, Binder & Mcleod, 2016). Vi vil henvise til begge kilder i oppgaven. Som de to eldre terapeutene uttrykker, kan det å være terapeut oppleves som både berikende og belastende. Hvordan påvirkes terapeuten av å ha en jobb som innebærer å tre inn i andre menneskers liv og sorger? Spørsmålet vil belyses ved å se på berikelsene ved terapeutyrket, krevende aspekter ved yrket, helserisikoer ved arbeidet og nevrofysiologiske forklaringer på hvorfor vi blir påvirket. Til slutt vil vi se på hvilke implikasjoner dette har for selvomsorg.

1.1 Gleder og berikelser

Terapeutyrket kan være svært meningsfullt og samtidig svært krevende. Hvorfor velger terapeuter å forbli i yrket til tross for belastningene jobben bringer med seg? Norcross (2000) skriver at de fleste av hans kollegaer føler seg beriket, styrket og privilegert ved å kunne få lov til å utføre terapi. Sammenfallende mener Csikszentmihalyi (2001) at det å hjelpe andre gir mening, glede og berikelse. Han skriver videre at vi føler oss lykkeligere når vi vier tid og energi til mål som går utover det kortvarige og egosentriske, og når vi jobber for å bedre livet til en annen heller enn å investere kreftene våre i selvfokuserte mål. Disse forholdene ser ut til å holde både i øyeblikket og gjennom livet - slik at personer som vier mer tid til hierarkisk mer komplekse mål, i det fulle og hele er lykkeligere. Å være terapeut gir oss mulighet til å påvirke andre menneskers liv på utallige åpenbare og subtile måter som tilsvarer det Csikszentmihalyi skriver om menneskelig motivasjon. Dette er i tråd med Maslows (1943) teori om selvrealisering, hvor det å handle i tråd med det som en føler seg kallet til vil bidra til en opplevelse av økt mening, helhet og autensitet som menneske. Terapeutrollen kan for mange føles som «et kall» og bidra til å gi livet mening (Nissen-Lie, 2014).

Forskningslitteraturen viser at det finnes en rekke gleder og berikelser ved å være terapeut. Radeke og Mahoney (2000) sammenlignet yrkesopplevelsen til forskere innenfor psykologi og psykoterapeuter. Psykoterapeutene uttrykte at de var mer fornøyd med livene sine og hadde større tendens til å føle at arbeidet deres hadde hatt en positiv innflytelse. De fortalte at de var blitt klokere og mer bevisste mennesker gjennom yrket, følte en økt takknemlighet for livet og personlige relasjoner, større toleranse for tvetydighet, en forsterket psykologisk utvikling, og at arbeidet var en form for spirituell tjeneste. Farber & Heifetz (1982) intervjuet 60 terapeuter for å undersøke hvordan de opplevde egen klinisk praksis. Studien konkluderte med at terapeutyrket ser ut til å være mest belønnende når terapeutene kan utvikle seg selv og samtidig være av betydning for pasientene.

Noen av belønningene ved hjelpeyrket kan relateres til «hjelper»-terapi prinsippet beskrevet av Riessman (1965) der tanken er at hjelperen får mye ut av å gi. Med utgangspunkt i denne ideen foreslår Skovholt & Trotter-Mathison (2016) at terapeutyrket kan være belønnende ved at terapeuten utvikler en identitet som en betydningsfull og kompetent hjelper. Videre gis terapeuter en unik mulighet til å lære om dype menneskelige temaer, og mottar sosiale belønninger som oppmerksomhet, bekreftelse og kjærlighet. I den tidligere nevnte intervjustudien til Råbu og kollegaer (2016) ga seniorterapeutene uttrykk for at det å være terapeut, å komme nær og få ta del i andre menneskers personlige liv og utvikling, hadde bidratt til å gjøre livene deres meningsfulle og beriket dem som mennesker. De var takknemlige for sine liv som hjelpere, for relasjonen til pasientene og for at arbeidet hadde gitt dem mulighet til å utvikle seg personlig. Praksisen som terapeut bidrar til å sette eget liv i perspektiv og sette pris på det som er godt i livet. Deltagerne beskrev at det var et privilegium å få mulighet til å bli kjent med og ta i bruk ulike og kreative sider ved seg selv i yrket. Et aspekt ved det å relatere seg alvorlig og nært til mange mennesker er at terapeutene opplevde at de utviklet seg mot å bli mer tolerante, ydmyke, sensitive, fleksible og overbærende overfor andre mennesker, og at dette er et gode som også spiller inn i privatlivet. For noen hadde det å være terapeut bidratt til at de hadde måttet utfordre sider ved seg selv.

Forskningen presentert så langt samsvarer med det flere terapeuter beskriver som de positive sidene ved arbeidet deres. Vi har valgt å referere til to norske psykologer som har beskrevet det de opplever som gleder ved å være terapeut. Guro Øiestad (2015) skriver i en kronikk om det hun kaller *sekundærvitalisering*. Hun beskriver den lykke, stolthet og entusiasme hun kjenner på i møte med pasientene sine når noe løsner, blir mulig, eller det skjer noe fint, når pasientene opplever vitalisering. Per Isdal (2017) fremhever berikelser ved yrket slik han har erfart det gjennom sitt lange virke: et dypere og mer humant perspektiv på livet; være vitne til at

mennesker endrer seg og får det bedre, være betydningsfull for andre mennesker; jobbe for en større hensikt; og være del av et intellektuelt og emosjonelt utfordrende kunnskapsfelt (s. 276). Som seniorpsykolog Anders Zachrisson har sagt: «Jeg føler meg heldig som er i et yrke jeg ikke ønsker å pensjonere meg fra» (personlig kommunikasjon, 22. januar 2019).

Terapeutyrket kan være dypt meningsfullt og berikende. Gjennom arbeidet lærer vi mye om den menneskelige natur og med det lærer vi mye om oss selv. Å være til stede med våre pasienter trener oss i evnen til å være til stede med oss selv. Ved å hjelpe andre gir vi oss selv den samme mulighet til endring (Baker, 2003). Disse berikelsene vil være sammenflettet med betydelig ansvar, belastninger, og komplekse krav som vi nå vil undersøke nærmere.

1.2 Krevende aspekter ved terapeutyrket

«No one who, like me, conjures up the most evil of those half-tamed demons that inhabit the human breast, and seeks to wrestle with them, can expect to come through the struggle unscathed.» (Freud, 1905/1933, s. 184)

Stress blant terapeuter har vært kjent siden Sigmund Freud (1937) skrev om «farene ved psykoanalysen». Han refererte til den potensielle psykiske belastning som det analytiske arbeidet kunne skape for terapeuten. Etter Freuds tid har det blitt identifisert en rekke kilder til yrkesrelaterte belastninger i litteraturen, som vil belyses i det følgende. Psykoterapi kan være en komplisert, unøyaktig, og relativt treg prosess (Baker, 2003). Arbeidet er både vitenskapelig og kunstnerisk av natur (Bugental, 1987). Klinikeren prøver å forstå seg på et svært komplekst samspill av ulike menneskelige systemer, og skal samtidig klare å håndtere kompleksiteten og nyansene i terapeut-pasient-relasjonen. Endring hos pasienten skjer som regel i små steg og det er vanskelig å måle om terapien er vellykket eller ikke. Selv om forskning tyder på at en betydelig andel av pasienter har stor nytte av psykoterapi (Wampold, 2001), finnes det likevel begrensninger i hva klinikere kan klare å få til gjennom arbeidet. Mange pasienter kommer med en tilsynelatende håpløs situasjon som de ønsker hjelp til å håndtere (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016). Selv om de fleste pasienter ønsker å endre seg, er det ikke alltid de er klare for eller har kapasitet til å endre seg på et gitt tidspunkt. Terapeuter som jobber i psykisk helsevern må ofte gjennomføre terapien med et begrenset antall terapitimer. Pasienten kan ha behov som er større enn det psykisk helsevern kan møte. I tillegg har klinikere liten kontroll over pasientens miljø og aktivitet utenfor terapirrommet. Ikke alle pasienter blir bedre og noen får tilbakefall. Til syvende og sist, er terapeuten nødt til å akseptere den smertefulle realiteten at det ikke er mulig å

hjelpe alle (Baker, 2003). Vi kan ikke bare se på belastningene i yrket vårt separat, men også med tanke på motivasjonen vi går inn i yrket med. De fleste hjelpere har en genuin og sterk motivasjon til å ville hjelpe. Å være vitne til smerte, uten å kunne lindre, gjør at hjelperen selv lider (Todaro-Francheschi, 2013). Det kan være tilfellet når eksterne krav om raske vurderinger og kortvarige behandlinger bidrar til at vi ikke kan gi den hjelpen vi mener pasienten trenger. Andre stressorer i terapeutyrket inkluderer taushetsplikten, profesjonell usikkerhet, etiske og rettslige bekymringer, fysiske traumer på grunn av aggressiv eller voldelig atferd, pasientens problemfylte atferd og vanskelige emosjoner, og bekymring knyttet til pasientens selvmordsrisiko (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016). Arbeidsforhold som blant annet negativitet og kritikk fra kollegaer og ledere, overveldende arbeidsmengde, krav om dokumentering og profesjonell isolasjon er blitt identifisert som ytterligere kilder til belastning for terapeuter (Barnett, Baker & Schoener, 2007; Bettney, 2017; Farber & Heifetz, 1981).

Skovholt (2005) beskriver omsorgssyklusen (*The Cycle of Caring*) som en krevende, dog viktig, ferdighet i arbeidet med pasienter. Omsorgssyklusen er en modell som beskriver terapeutens arbeid og tilknytning til pasienter. Den beskriver hvordan terapeuten må skape kontakt og nærhet med pasienten (*Empathic Attachment*), involvere seg aktivt i relasjonen (*Active Involvement*), for deretter å avslutte relasjonen (*Felt Separation*). Å være dyktig på å jobbe seg gjennom de ulike fasene i omsorgssyklusen igjen og igjen med hver enkelt pasient definerer ekspertise (Skovholt, 2005). Dette kan imidlertid være krevende, ettersom de ulike fasene forutsetter ulike og på et vis motsetningsfylte egenskaper hos terapeuten. Skovholt (2005) beskriver hvordan god tilknytning med pasienten innebærer å ta inn over seg pasientens verden. Han kaller det å skape kontakt med den «myke siden av skilpadden» fremfor «det harde skallet». Den «myke siden» er vår følsomme og empatiske side, som lar seg berøre og som trolig er vårt viktigste redskap som terapeut. I separasjonsfasen kreves det kontakt med «det harde skallet», som innebærer emosjonell distanse. Å ta på seg «det harde skallet» kan virke beskyttende mot emosjonell smerte, men forhindrer tilknytning og empati. Kunsten og utfordringen, for å gi god hjelp til pasientene og for å unngå belastning for terapeuten, er å finne den optimale balansen mellom over- og underinvolvering der en tar innover seg den andres opplevelsesverden uten å bli overveldet. Skovholt & Trotter-Mathison (2016) fremhever *tvetydige avslutninger* som en kilde til belastning i separasjonsfasen av omsorgssyklusen. Begrepet beskriver den urovekkende følelsen terapeuter kan kjenne på når relasjonen med en pasient avsluttes brått, uventet eller på en uavklart måte. Avskjeden er uklar, udefinert, og fraværende. Slike avslutninger kan svekke terapeutens vitalitet i etableringen av nye tilknytningsrelasjoner med pasienter.

De mulige stressorene presentert vil ikke nødvendigvis ha negative konsekvenser for terapeuten, men dersom de er kombinert med eksempelvis lav følelse av håndterbarhet og lite selvomsorg, kan det få skadelige følger.

1.3 Helserisikoen i arbeidet

For at terapeuter skal kunne ta imot selvomsorg, er det avgjørende at de får en dyp forståelse av at de trenger det; At selvomsorg ikke er egoistisk eller en luksusvare, men en nødvendighet for å gjennomføre arbeidet på en forsvarlig måte – og ikke minst for å unngå psykiske og fysiske helseskader. Mange hjelpere lider av ulike belastningslidelser, men søker ikke hjelp fordi de ikke innser at det de erfarer er en gjenkjennelig, navngitt tilstand (LeRoy, 2007). Med dette i tankene vil oppgaven nå gi en oversikt over forskningsbaserte fagbegreper som belyser hvordan terapeuter kan påvirkes negativt av profesjonsutøvelsen. Å navngi og bli bevisst belastningene er det viktigste steget for å forebygge og håndtere disse.

1.3.1 Utbrenthet

Utbrenthet er det eldste og mest forskningsbaserte begrepet for å beskrive negative reaksjoner på jobben, og er noe som også rammer terapeuter (McCormack, MacIntyre, O'Shea, Herring & Campbell, 2018). Tidligst var Freudenberg (1974), som lanserte begrepet for å beskrive hvordan klinikere på en rusavdeling mistet sin vilje og motivasjon til å arbeide med sine pasienter. Rundt samme tid lanserte Maslach (1976) begrepet utbrenthet i sine studier av ansatte i omsorgsyker og deres håndtering av sterk emosjonell aktivering i jobben. Som hun skriver: «after hours, days and months of listening to other people's problems, something inside you can go dead, and you don't give a damn anymore» (s. 16). Utbrenthet kan defineres som et tredelt psykologisk syndrom som er en respons på langvarige mellommenneskelige belastninger i jobbsituasjonen (Maslach & Jackson, 1981). Det består av *emosjonell utmattelse*, en følelse av å ikke strekke til og å være tappet for emosjonelle og fysiske ressurser; *depersonalisering*, karakterisert av negative følelser, kyniske og dehumaniserende holdninger og distansering fra pasienter og arbeidsoppgaver; og *reduert selvaktelse*, tendensen til å vurdere seg selv og arbeidet sitt i negativ retning.

Det finnes ikke én enkelt årsaksforklaring på utbrenthet. Forskningen viser at tilstanden i mange tilfeller er resultatet av en prosess som har pågått i flere år. Utbrenthet skjer som en reaksjon på å ikke strekke til på grunn av arbeidsforhold som for stor arbeidsmengde, å føle seg

maktesløs, utilfredsstillende belønning, urettferdighet og mangel på respekt, liten mulighet for ventilering, dårlig sosialt miljø, og verdikonflikt (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Maslach og Leiter (1997) har også beskrevet utbrenthet som et mål på differansen mellom hva mennesker er og hva de må gjøre. «It represents an erosion in values, dignity, spirit, and will - an erosion of the human soul» (s.17).

Utbrenthet er vanskeligere å behandle enn generelt jobbstress (Dreison et al., 2018), noe som fremhever viktigheten av forebygging og tidlig intervensjon, eksempelvis gjennom selvomsorg (Posluns & Gall, 2019). Utbrenthet kan føre til lav livskvalitet ettersom syndromet er assosiert med psykiske og fysiske helseplager, inkludert insomni, muskel- og skjelettplager, hjertesykdom, depresjon, ekteskapskonflikter, alkoholisme og selvmord (Maslach, 1976; Salvagioni et al., 2017). Utbrenthet er assosiert med høy turnover (Maslach, 1976), påvirker kvaliteten på det terapeutiske arbeidet (Johnson et al., 2018; Morse et al., 2012) og kan føre til upassende atferd som kan være skadelig for pasienten (Rupert & Kent, 2007).

Raquepaw og Miller (1989) fant at terapeuter som jobbet i offentlig psykisk helsevern viste høyere nivåer av utbrenthet sammenlignet med de som jobbet i privat praksis og at terapeutens *persepsjon* av eget jobbstress predikerte utbrenthet. Studien til Rupert og Kent (2007) viste at privatpraktiserende terapeuter hadde mer kontroll over egne arbeidsoppgaver, en jobbressurs med stort potensial for å redusere risiko for utbrenthet ettersom den er assosiert med lavere emosjonell utmattelse, mindre depersonalisering av pasienter, og høyere selvaktelse. En beskyttelsesfaktor mot utbrenthet er terapeutens tilfredshet med å være i en posisjon der hun kan yte hjelp på en meningsfull måte (Farber, 1990). Utbrenthet komplementerer andre begreper ved å sette fokus på de ytre rammer og betingelser terapeuter jobber under.

1.3.2 Medfølelsesutmattelse, sekundærtraumatisering og vikarierende traumatisering

Compassion fatigue, som kan oversettes til medfølelsesutmattelse, er et begrep lansert av traumespesialist Charles Figley (1995) som beskriver hvordan langvarig eksponering for andres lidelse kan føre til emosjonell og fysisk utmattelse hos hjelperen. Begrepet *sekundærtraumatisering* blir ofte brukt synonymt med medfølelsesutmattelse. Begrepene er uttrykk for en ubalanse i andre-omsorg og selvomsorg for terapeuten (Figley & Figley, 2017). Fenomenet er assosiert med høyere forekomst av depresjon, angst, sinne, sykefravær hos hjelpere og degradering i arbeidsmiljøet (LeRoy, 2007; Mathieu, 2012). Medfølelsesutmattelse påvirker hjelperens evne til å inngå i gode samspill med familie og venner, og kan medføre økt forekomst av stress i privatlivet, skilsmisse og sosial isolasjon (Mathieu, 2012). Det mest

skremmende aspektet ved medfølelsesutmattelse er at det forringer selve kjernen i hjelperens motivasjon for å være en hjelper: deres empati og medfølelse for andre. Medfølelsesutmattelse kan resultere i desensitivisering til pasienthistorier, svekkelse i kvaliteten på omsorgen og flere kliniske feil. Terapeuter kan også oppleve påtrengende minner, mareritt og vansker med å legge fra seg pasientenes vonde historier samt erfare symptomer som ligner posttraumatisk stresslidelse, uten å selv ha erfart noe traumatisk.

Vikarierende traumatisering (Pearlman & Saakvitne, 1995) er et relatert begrep, som beskriver hvordan terapeuter kan oppleve dyptgående psykologiske reaksjoner ved å jobbe med pasienter utsatt for traumer. Å høre gjentatte vonde historier kan endre terapeutens kognisjoner og bilde av verden som et trygt og godt sted.

Forskning viser at mange som velger en karriere innenfor klinisk psykologi selv har opplevd traumer eller tap i barndommen, eller har vokst opp med familiemedlemmer som har erfart noe traumatisk eller har psykiske vansker (Elliott, Guy & Delworth, 1993; Fussel & Bonney, 1990; Rønnestad & Skovholt, 2003). Det betyr at mange terapeuter kan ha en økt sårbarhet for medfølelsesutmattelse og vikarierende traumatisering ved å bli trigget av pasienters traumatiske historier, særlig dersom de ikke har bearbeidet egne emosjonelle sår i egenerapi. I tillegg til tidligere livshistorie som en kilde til sårbarhet, viser forskning at noen individer har en økt risiko for å utvikle medfølelsesutmattelse og vikarierende traumatisering: de som jobber fulltid med direkte pasientkontakt, de som jobber med utilstrekkelige ressurser, hjelpere som er eksponert for mye traumatisk materiale, og de som har begrenset med erfaring (Mathieu, 2012).

1.3.3 Motoverføring

Ureflektert motoverføring kan være en kilde til belastning for terapeuten. Da Freud (1910) lanserte begrepet, anså han motoverføring som reaksjoner på pasienten som trigges av terapeutens ubevisste behov og nevrotiske konflikter. Motoverføring ble sett på som en forstyrrelse av den terapeutiske nøytralitet og dermed en hindring for terapi. Et slikt klassisk syn var dominerende frem til 1950 da psykoanalytikerens Paula Heimann lanserte ideen om at terapeutens emosjonelle reaksjoner på pasienten representerer et viktig verktøy i arbeidet. Hun foreslo at ved å betrakte egne følelser som informasjon kan analytikerens nærme seg hva pasienten ubevisst kommuniserer. Gullestad og Killingmo (2013) definerer motoverføring som terapeutens affektive reaksjoner på ubevisst kommunikasjon fra pasienten (s. 153). Ulike teoretiske perspektiver har de siste årene begynt å enes om at motoverføring er et samskap

fenomen som *delvis* stammer fra terapeutens allerede eksisterende indre objektverden og *delvis* er påvirket av følelser trigget av pasienten (Gabbard, 2001).

Terapeuter kan kjenne på et bredt spekter av følelser i møte med pasienter (Pope & Tabachnick, 1993). Noen følelser kan være så uakseptable, ukomfortable, skamfulle og uoverensstemmende med det man tenker på som hjelpsomt, at terapeuten prøver å undertrykke dem. Typiske følelser som undertrykkes er hat, sinne, irritasjon, avsky, kjedsomhet, utilstrekkelighet, erotisk tiltrekning og kjærlighet (Gelso & Perez-Rojas, 2017). Ved å undertrykke følelsene mister terapeuten muligheten til å bruke følelsene for å forstå pasienten og hva som skjer i den terapeutiske relasjon. Ureflektert, negativ og fastlåst motoverføring kan være belastende for terapeuten ved at han i mindre grad klarer å ivareta seg selv, får mindre toleranse for sterke emosjoner, og kan oppleve identitets- og rollekonflikter (Berge, 2005). For eksempel kan en terapeut som anser seg selv som optimist være engstelig for å ta inn over seg pasientens følelse av håpløshet (Berge, 2005, s. 26). Undersøkelser viser at motoverføring som ikke anerkjennes og håndteres kan føre til uheldige terapeutiske handlinger, såkalt *motoverføringsatferd* (Hayes, 2004). Motoverføringsatferd er når terapeuten unngår tema, er uengasjert eller overinvolvert, atferd som kan stamme fra irrasjonelle sider ved terapeuten. Motoverføringsatferd er generelt antatt å føre til uheldige behandlingsutfall (Hayes, Riker & Ingram, 1997; Rosenberger & Hayes, 2002; Singer & Luborsky, 1977). For eksempel undersøkte Ligiéro og Gelso (2002) sammenhengen mellom motoverføringsatferd og kvaliteten på den terapeutiske relasjon. De fant at motoverføringsatferd var negativt korrelert med kvaliteten på relasjonen mellom pasient og terapeut, vurdert av både terapeuter og veiledere. En interessant studie av von der Lippe, Monsen, Rønnestad og Eilertsen (2008) fant at når terapeuter svarte på pasientens invitasjon til fiendtlighet med nedsettende, avvisende og ignorerende samspill, predikerte det dårligere behandlingsutfall. Resultatene fra studien tyder også på at terapiforløp med dårligere utfall preges av en relasjon der konflikter og relasjonsbrudd ikke løses og en fiendtlig atmosfære vedvarer. Slike fastlåste terapirelasjoner, referert til som *impasse*, kan delvis skyldes motoverføring som ikke bevisstgjøres eller tas hånd om (Elkind, 1992). Slike reaksjoner kan være belastende for terapeuten selv og ha negative konsekvenser for behandlingsutfallet.

1.4 Hvorfor blir vi påvirket? Nevrofysiologiske forklaringer på kroppens reaksjoner

De negative konsekvensene av det terapeutiske arbeidet skjer ofte ubevisst og over tid. Mange terapeuter skrenser mot utbrenthet uten selv å være klar over det (Rothschild & Rand,

2006). Å forstå de nevrofysiologiske prosessene bak hvordan andres lidelse påvirker oss, er et viktig sted på veien til å finne måter å motvirke disse effektene.

1.4.1 Å bevare roen og evnen til refleksjon: Et spørsmål om balanse i det autonome nervesystem?

Å forstå det *autonome nervesystemets* (ANS) rolle når vi er aktiverte versus når vi er avslappet er essensielt for å forstå viktigheten av å ta vare på oss selv og våre pasienter. Den viktigste funksjonen til ANS er å sikre overlevelse, og at vi reagerer raskest mulig i farlige situasjoner (Jansen & Glover, 2019). Aktiviteten i ANS er instinktbasert og automatisk, og har slik stor innflytelse på oss. ANS består av det *sympatiske og parasympatiske nervesystem* som aktiveres og svekkes i relasjon til hverandre. De to systemene styrer de samme organene, men skaper motsatte effekter i kroppen. Den sympatiske delen aktiveres når kroppen registrerer tegn på fare, og er ansvarlig for å forberede kroppen på kamp eller flukt. Systemet setter i gang kroppslige reaksjoner som forhøyet puls og blodtrykk, spente muskler, skjerpet oppmerksomhet, og hemmer mindre viktige funksjoner som fordøyelse og reproduksjon. Det sympatiske nervesystemet fungerer slik at et lite stressignal, sendt gjennom en av de mange nervebanene i systemet, vil trigge en respons i mange reseptorer på en gang, og således forklare hvordan en stressende hendelse er svært energikrevende. Det parasympatiske nervesystemet aktiveres når vi er rolige og avslappet, og er ansvarlig for å vedlikeholde kroppen, spare energi og gjenopprette balanse. Hjertet slår saktere, pusten blir roligere og fordøyelsesprosessen kobles på. ANS kontrolleres av hjernens limbiske system (Jansen, 2018). Amygdala er ansvarlig for emosjonelle reaksjoner, best kjent som hjernens faresenter. Når amygdala slår alarm, sendes signaler blant annet til hippocampus, som vurderer om faren er stor eller mulig å håndtere (Isdal, 2017). Hippocampus aktiverer det sympatiske nervesystemet i tillegg til å regulere mengden stresshormoner, adrenalin, noradrenalin og kortisol, som sendes videre til øvrige deler av sentralnervesystemet. Etter en vellykket kamp eller flukt, vil kortisol stilne amygdalas alarm og det parasympatiske systemet gjenoppretter balanse i nervesystemet. Den optimale responsen er rask aktivering etterfulgt av rask de-aktivering. Dog kan det oppstå problemer dersom kamp eller flukt ikke er vellykket eller mulig å få til. I slike situasjoner vil amygdala kontinuerlig slå alarm og det sympatiske nervesystemet fortsetter å være aktivert og mobilisere kroppen for forsvar (Rothschild & Rand, 2006). Resultatet kan være typiske traumesymptomer, inkludert overdreven skvettenhet, forhøyet fysiologisk reaktivitet og søvnvansker. En vedvarende og kronisk utskillelse av kortisol har en giftig effekt på hippocampus og kan svekke dens viktige funksjoner

knyttet til læring, hukommelse, rasjonell tenkning og problemløsning. I tråd med dette viser forskning at kognitive prosesser som strategisk tenkning og selvregulering, ser ut til å være svekket under stress (Maier, Makwana, & Hare, 2015; Starcke & Brand, 2012). Rothschild og Rand (2006) hevder at terapeuter som jobber daglig med mennesker i emosjonell smerte har en økt sårbarhet for kronisk stress. De understreker betydningen av å bli bevisst egne kroppslige reaksjoner og sette av tid til avslapning for å slå på det parasympatiske nervesystem. Kronisk stress kan svekke terapeutens evne til refleksjon og emosjonsregulering, viktige egenskaper i arbeidet med pasienter. Enda verre kan en overaktivert tilstand over tid føre til en rekke helseskader som hjerte- og karsykdommer, muskelspenninger, konsentrasjonsvansker, fordøyelsesproblemer, søvnproblemer og belastningslidelser, som medfølelsesutmattelse og utbrenthet (Isdal, 2017).

1.4.2 Empatiens nevrofysiologi

Mennesker har en kompleks nevrofysiologi som gjør at vi blir beveget av andres følelsesuttrykk før vi selv blir bevisst det og i større grad enn vi tror. Empati, menneskets naturlige evne til å dele og forstå andres affektive og mentale tilstander, er kjernen i positive sosiale samspill og kanskje det viktigste redskapet i terapeutisk arbeid. Rothschild og Rand (2006) argumenterer for at terapeutens empatiske evne er et tveegget sverd og har ulempen ved å være en risikofaktor for terapeutens trivsel og helse. Mange terapeuter tar skade av arbeidet som et resultat av *ubevisst* empati, empatiske prosesser som er utenfor terapeutens bevissthet og følgelig utenfor deres kontroll. For å forstå hvordan terapeuters empatiske evne kan være en potensiell risiko og hva terapeuter kan gjøre for å motvirke de negative effektene, er det nyttig å se på de nevrofysiologiske mekanismene bak empati.

Det finnes foreløpig ikke én enkelt definisjon av empati. Ulike forskere understreker ulike aspekter ved empati i sine definisjoner. Eksempelvis anser Hoffman (1981) empati først og fremst som en ufrivillig og vikarierende respons på affektive signaler fra en annen person, mens Batson og kollegaer (1997) understreker menneskets evne til å intensjonelt sette seg inn i andres sko, som hovedsakelig tapper våre kognitive ressurser. Det er den affektive siden ved empati som vil belyses her ettersom den er biologisk basert, hovedsakelig skjer automatisk og ubevisst, og dermed er vanskeligere for terapeuter å modulere.

Flere forskere er enige om at affektiv empati skjer som et resultat av *emosjonell smitte* (f.eks. de Vignemont & Singer, 2006), tendensen til å ubevisst og refleksivt imitere andres ansiktsuttrykk, vokaliseringer og bevegelser, og som en konsekvens, erfare den samme emosjonelle tilstanden (Hatfield, Cacioppo & Rapson, 1994). Metaanalyser har vist at de samme

nevralt strukturer er involvert når man observerer en følelse hos en annen som når følelsen erfare selv (Lockwood, 2016). Både empati for smerte og direkte erfaring med smerte mobiliserer anterior cingulate cortex og anterior insula, hjernestrukturer kjent for å være involvert i smerteperspeksjon. *Speiling* er en refleksiv respons som konvergerer den motoriske atferden til observatøren og utføreren, og ligger til grunn for emosjonell smitte. Speiling er vanligere blant empatiske individer og blant individer med sterke bånd (Chartrand & Bargh, 1999), noe som understreker linken mellom empati og speiling. Spedbarnet har et medfødt behov for å knytte seg til et menneske som gir trygghet og beskyttelse (Ainsworth, 1979; Bowlby, 1969). Opplevelsen av å være følelsesmessig nær i det tidlige samspillet er helt avgjørende for spedbarnets utvikling. Mor speiler barnet for å uttrykke positiv affekt, oppfordre til positivt samspill, og regulere barnets emosjoner, betegnet som *affektinnstilling* (*affect attunement*) (Stern, 1985). Spedbarnet på sin side har en overraskende evne til å inngå i samspill, være oppmerksom på andre og tilpasse seg i relasjon til andre menneskers intensjoner og følelser. Således styrkes foreldre-barn relasjonen. I et evolusjonsmessig perspektiv er evnen til å lynraskt og ubevisst oppfatte andres emosjoner grunnlaget for å skille mellom venn og fiende og fremmer således overlevelse (Gullestad & Killingmo, 2013). Disse tidlige speilingsresponsene understreker vår biologiske og spontane evne til å speile, forstå og dele opplevelser med andre.

Speilingseffekten og emosjonell smitte forsterkes gjennom afferent feedback fra sensoriske organer som påvirker våre emosjoner. Det har lenge vært interesse og debatt rundt hvordan våre subjektive emosjonelle tilstander påvirkes av ansiktsuttrykk og kroppspostur gjennom kroppens feedback-system (Darwin, 1872; Ekman, 1973, James, 1884; Tomkins, 1962). *Facial feedback-hypotesen* hevder at muskelfeedback fra ansiktsuttrykk modulerer vår subjektive opplevelse av en emosjon. Hypotesen er basert på ideen om at ansiktsuttrykk ikke bare uttrykker en emosjon, men at uttrykket og opplevelsen er koblet sammen ved afferent sensorisk feedback fra ansiktsbevegelsen som former den emosjonelle opplevelsen. Å løfte kinnene kan gjøre deg gladere, på samme måte som rynking av pannen kan gjøre deg sintere (Söderkvist, Ohlén & Dimberg, 2018). Forskning har vist at facial feedback har evnen til å både forsterke og svekke nåværende emosjoner samt initiere emosjoner (Buck, 1980; Söderkvist et al., 2018). Nyere studier har brukt Botox-innsprøytning for å paralysere corrugatormusklene til deprimerte pasienter, musklene som brukes når vi rynker pannen. Studiene har demonstrert en betydelig antidepressiv effekt hos pasientene, der effektene ble attribuert til redusert feedback fra corrugatormusklene (f.eks. Finzi & Rosenthal, 2014). Slike botox-studier foreslår at facial feedback modulerer nevralt aktivitet i viktige emosjonsprosesseringsnettverk som amygdala

(Hennenlotter et al., 2009). Det har også blitt foreslått at manipulasjon av ansiktsuttrykk og kroppstilling kan påvirke fysiologiske responser som hjerterate, galvanisk hudrespons og temperaturen på blodet til hjernen (Tomkins, 1980; Zajonc, Murphy & Inglehart, 1989).

Mange forskere mener at speilnevroner, eller i det minste en speilingsmekanisme, kan spille en rolle i noen grunnleggende former for affektiv empati. Helt siden speilnevroner først ble oppdaget hos rhesusaper (di Pellegrino, Fadiga, Fogassi, Gallese & Rizzolatti, 1992), har denne unike gruppen nevroner, som er aktive både når et individ observerer en handling og når individet utfører den samme handlingen selv, blitt sterkt knyttet til interpersonlige fenomener (Lamm & Tomova, 2018). Speilnevroner hos mennesket har blitt knyttet til enkle prosesser som handlingskoordinasjon, og mer omfattende prosesser som empati (Lamm & Tomova, 2018). Eksempelvis vil det å observere et emosjonelt ansiktsuttrykk hos en annen fremkalle en tilsvarende elektrisk muskelrespons (EMG) i egen ansiktsmuskulatur og påvirke ens rapporterte emosjonelle tilstand (Lamm, Porges, Cacioppo & Decety, 2008). Noen speilnevroner er multimodale, de aktiveres både når man ser en handling, hører lyden av en handling, eller begge deler (Kohler et al., 2002). Dette er en egenskap ved speilingssystemet som kan bidra til å forklare at terapeuter under empatiske møter kan aktivere delte motoriske representasjoner ved å ta i bruk flere sensoriske kanaler, inkludert visuelle og auditoriske, som gjør den delte opplevelsen med pasienten rikere og mer kompleks (Ferrari & Coudé, 2018). Funn som disse tyder på at speilnevroner eller en speilingsmekanisme spiller en rolle i deling av emosjonelle opplevelser. Samtidig er speilnevronenes rolle i empati et kontroversielt tema, og noen forskere hevder at speilnevroner verken er en nødvendig eller tilstrekkelig betingelse for at empati skal oppstå (Singer & Decety, 2011).

Empatiens nevrofysiologi bidrar i forståelsen av hvordan terapeuter ubevisst og automatisk blir dratt inn i pasientens verden. Affektiv empati er en betydningsfull mekanisme for å skape empatisk forståelse og tilknytning mellom mennesker, men risikabel når en person opplever en negativ affektiv tilstand som er lik en annens uten å anerkjenne det faktum at den andre personen er kilden til den affektive tilstanden (Bibeau, Dionne & Leblanc, 2016). En uheldig empatisk respons kan føre til hva forskere har kalt *empatisk smerte* (empathic distress) (f.eks. Hoffman & Sagi, 1976). Empatisk smerte skjer når en person tar del i en annens lidelse som om det som skjer med den andre også skjer med en selv. Det er en følelse forbundet med sterk negativ affekt og motivasjon til å trekke seg unna situasjonen, for å redusere den ubehagelige emosjonelle opplevelsen (Klimecki & Singer, 2017). Empatisk smerte kan være en mekanisme som opererer i medfølelsesutmattelse, utbrenthet og lignende reaksjoner hos hjelpere som svekker deres empatiske involvering. Det kan være uheldig hvis terapeuten blir smittet av

pasienters vonde følelser uten å ha verktøy for å forhindre at følelsene vedvarer etter terapitimen (Rothschild & Rand, 2006). Å bli bevisst kraften av emosjonell smitte er essensielt for å kunne motvirke de negative effektene. Forskningen på kroppslig feedback (Söderkvist et al., 2018) impliserer at å intensjonelt og bevisst velge å innta kroppsstilling og ansiktsuttrykk som er inkongruente med pasientens, kan være en beskyttelse mot å ubevisst la seg smitte av pasientens emosjonelle tilstand.

1.5 Oppsummering: Implikasjoner for selvomsorg

Vi har sett hvor kompleks rollen som psykoterapeut er, hvor betrodd, nærværende, utfordrende og på samme tid givende den er. Arbeidet som kan beskrives gjennom omsorgssyklusen krever mye av terapeuten som person. Yrkets natur og de mange intense møtene med mennesker gjør det vanskelig å ikke la seg bevege, ramme og ryste (Bang, 2003). Gjennom empatiens nevrofysiologi og det autonome nervesystemets innvirkning påvirkes vi ubevisst og i større grad enn vi tror. Mange som tiltrekkes hjelperrollen har med seg erfaringer fra oppveksten som kan øke deres evne til empati og medfølelse, men også for belastning (Jennings & Skovholt, 1999). I tillegg til de belastninger som kan følge av yrkets karakter, er terapeuter vanlige mennesker som også må håndtere vanlige stress-relaterte problemer. For å forebygge de uheldige konsekvensene av arbeidet samt for å kunne glede seg ved de mange mulige berikelsene ved praksisen, trer selvomsorg frem som sentralt. Forskning tyder på at terapeuter kan være særlig sårbare for typene stressorer som selvomsorgstilnærminger kan hjelpe til å lindre (Bettney, 2017). Medfølelsesutmattelse kan påvirke terapeuter gjennom hele deres karriere, som impliserer behovet for en kontinuerlig selvomsorgspraksis. Som en seniorterapeut har uttrykt: «One should perhaps believe you became more and more hardened or toughened. But the opposite is the case; you become more and more sensitive. That is a large burden.» (Råbu et al., 2016, s. 743). Forskning tyder på at medfølelsesutmattelse og relaterte begreper eksisterer på et kontinuum og kan svinge avhengig av ulike faktorer som blant annet selvomsorg (Mathieu, 2012). I den siste fasen av omsorgssyklusen, *Re-creation Phase*, skal terapeuten hente seg inn for å mobilisere krefter til en ny tilknytningsrelasjon. I denne fasen blir selvomsorg av stor betydning.

Del 2 Selvomsorgens betydning i lys av den terapeutiske relasjon

I lys av den foregående gjennomgangen fremstår selvomsorg som viktig for å ivareta egen helse og trivsel i jobben som terapeut. Kanskje enda viktigere fra et yrkesetisk perspektiv er betydningen av å ta vare på oss selv for å skape en god relasjon med pasienten. I det følgende vil vi undersøke viktigheten av selvomsorg i lys av forskning på relasjonens betydning for terapiutfall. Herunder vil vi belyse hvordan aspekter ved terapeuten sin liv og væremåte, inkludert terapeutiske ferdigheter som empati og tilstedeværelse, kan virke inn på kvaliteten på relasjonen.

2.1 Relasjonens betydning for terapeutisk utfall

Det har lenge vært en debatt i det psykologiske fagmiljøet om mekanismene bak positiv endring i terapi. Saul Rosenzweig foreslo allerede i 1936 at det er lite som skiller de ulike terapimetodene når det kommer til terapeutisk effekt. Han foreslo at ulike terapimetoder virker like bra på grunn av såkalte *fellesfaktorer*, virksomme faktorer som ikke er spesifikke for én bestemt behandlingsmodell. Kvaliteten på relasjonen mellom terapeut og pasient og egenskaper ved terapeuten, har vist seg å være de viktigste fellesfaktorene forbundet med terapeutisk utfall (Wampold, 2001). Forskningsgjennomganger har trukket frem blant annet arbeidsalliansen, terapeuten sin empati og positive anerkjennelse som effektive elementer ved den terapeutiske relasjonen (Norcross & Wampold, 2011). Bordin (1979) definerer arbeidsalliansen som det emosjonelle båndet mellom terapeuten og pasienten, preget av gjensidig tillit, følelser av å like og sette pris på hverandre, samt samarbeid om terapeuten sin og pasientens oppgaver og terapiens mål. Senere forskning støtter Rosenzweigs observasjoner ved å vise at ulike terapeutiske metoder gir nokså like resultater (Lambert & Ogles, 2004). Lambert (2005) har estimert at 30 % av variasjon i utfall kan tilskrives fellesfaktorer. Selv om relasjonen mellom allianse og utfall er moderat, rundt 7 % av variansen, er alliansen den enkeltfaktoren som har størst prediksjonsverdi når det gjelder hva som fører til terapeutisk suksess, og har konsekvent blitt støttet av fire metaanalyser gjennomført de siste 20 år (Horvath & Bedi, 2002; Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011; Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000). Både terapeuten og pasienten har individuelle karaktertrekk og kvaliteter som uunngåelig vil virke inn på ulike sider ved den terapeutiske relasjonen, og på alliansen som skapes mellom de to (Bordin, 1979; Orlinsky, 2012), selv om det er mye vi ennå ikke vet om deres ulike bidrag. Likevel er det et godt etablert forskningsfunn at hvordan pasienten opplever kvaliteten på alliansen predikerer om

terapien blir en suksess eller ikke (Norcross, 2002). I tråd med dette har man funnet at terapeutens bidrag til alliansebygging er sterkere assosiert med vellykkede terapier enn pasientens bidrag (Baldwin, Wampold & Imel, 2007).

Betydningen av terapeutegenskaper for prosess og utfall av psykoterapi ble lenge ignorert i psykoterapiforskningen selv om flere anerkjente psykologer tidlig var opptatt av dette. Carl Jung sa allerede i 1934 at: «Det er bortimot ubetydelig hva slags teknikker terapeuten anvender, for det er ikke teknikken men personen som bruker teknikken som er poenget» (ref. i von der Lippe, Nissen-Lie & Oddlie, 2014, s. 1, deres oversettelse). Rosenzweig (1936) satte lys på terapeutens personlighet som en forklaring på at ulike terapimetoder virker like bra. Carl Rogers mente på 1950-tallet at en pasients utbytte av psykoterapi er så og si kun avhengig av om terapeuten klarer å møte ham eller henne med empati, ubetinget positiv anerkjennelse og autentisitet (1957). Han argumenterte for at det er terapeutens holdning og pasientens *opplevelse* av terapeutens holdning som er det avgjørende (1961). De siste tiårene har stadig mer fokus vært rettet mot terapeutens bidrag i terapi. Selv om det fortsatt er mye vi ikke vet, finnes det omfattende dokumentasjon på at noen terapeuter ser ut til å være mer suksessfulle enn andre i å fremme bedring hos pasienter, den såkalte *terapeuteffekten* (f.eks. Wampold, 2014). Selv når to terapeuter benytter seg av terapeutiske teknikker og intervensjoner basert på samme behandlingsmodell, vil hver enkelt ha sin unike måte å formidle disse på til pasienter. På tvers av flere studier har man funnet at 5-7 % av variasjonen i utfall attribueres til terapeuter, og at terapeuteffekten er et stabilt fenomen (Baldwin & Imel, 2013; Johns, Barkham, Kellet & Saxon, 2018). Selv om terapeuteffekten er beskjeden, forklarer den halvparten av all variasjon i utfall som kan attribueres til terapien, og dens kumulative effekt er betydelig (Wampold & Imel, 2015). Det er verdt å påpeke at alliansen og visse terapeutegenskaper fungerer i synergi med spesifikke profesjonelle ferdigheter og teknikker innenfor ens tilnærming for å skape endring i terapi (Wampold & Budge, 2012).

Hva er det så ved disse terapeutene som gjør dem mer effektive enn andre? Forskning tyder på at det er terapeutens interpersonlige kvaliteter som er det vesentlige. Anderson, Ogles, Pattersen, Lamber og Vermeerch (2009) identifiserte en rekke fasiliterende interpersonlige ferdigheter som predikerte terapiutfall, inkludert varme, aksept, evne til å uttrykke og regulere affekt og fokus på den andre. Andre interpersonlige kvaliteter som er vist å være av betydning er terapeutens evne til bekreftelse, oppmerksomt nærvær og empati (Elliot, Bohart, Watson & Greenberg, 2011); deres autentisitet (Kolden, Klein, Wang & Austin, 2011); deres evne til å motstå fiendtlige reaksjoner når de står overfor devaluering og avvísning fra pasienter (von der

Lippe et al., 2008) og deres evne til å ha selvinnsikt og profesjonell selv-tvil (Nissen-Lie, Monsen & Rønnestad, 2010). Videre har terapeutens interpersonlige fungering i sitt personlige liv også vist seg å være av betydning for alliansen (Hersoug, Høglend, Havik, von der Lippe & Monsen, 2009).

2.2 Betydningen av terapeutens indre liv og livskvalitet

I lys av den refererte forskningen om relasjonens betydning for utfall, trer terapeutens indre liv og livskvalitet frem som sentralt. Kan det tenkes at gode terapeuter har indre opplevelser og en håndtering av disse opplevelsene som skiller seg fra mindre gode terapeuter?

Antagelsen om at personlig livskvalitet og indre liv påvirker terapeutens emosjonelle reserve og evne til å inntone seg til pasienter, har blitt foreslått av psykoterapeuter siden starten av psykoterapiforskningen (Nissen-Lie et al., 2013; Strupp, 1958). Freud introduserte behovet for selvanalyse for terapeuten i 1910 på samme tid som han lanserte begrepet motoverføring. Kort tid senere var personlig selvanalyse blitt et krav i psykoanalytikerens opplæring. Freuds idé var å finstille det psykoanalytiske instrumentet, nemlig terapeuten selv. Hans tanke var at terapeuten ikke blir bedre enn sitt eget indre (Freud, 1910). I en nylig kvalitativ dybdeundersøkelse (Bernhardt et al., 2019), fant forskerne at terapeutene i studien opplevde at personlige egenskaper kunne virke inn på arbeidet både som en ressurs og som en mulig begrensning. Studien gir støtte til det at det personlige er av betydning.

De banebrytende Vanderbilt-studiene fra tidlig 1990-tallet studerte terapeutens introject eller indre selvbilde (som refererer til bevisste og ubevisste måter å behandle seg selv på), og den interpersonlige prosess og utfall av korttids psykodynamisk terapi (Henry, Schacht & Strupp, 1990). Studien konkluderte med at terapeuter med fiendtlige og lite medfølelse selvbilder kommuniserte mer subtilt fiendtlighet som igjen korrelerte med mer selvanklagelser og dårligere utfall hos pasienter. Undersøkelsen viser at terapeuter, i likhet med alle andre mennesker, formidler sine fiendtlige selvbilder ut til andre, og at dette kan være særlig skadelig for pasienter som ofte allerede har en sårbar selvfølelse. Dunkle og Friedlander (1996) viste i sin studie at terapeuters persepsjon av sosial støtte og kvalitet i deres personlige relasjoner hadde en positiv sammenheng med pasientenes vurderinger av alliansen. I en internasjonal longitudinell studie fra 2013 undersøkte Nissen-Lie, Havik, Høglend, Monsen og Rønnestad sammenhengen mellom terapeuters personlige erfaringer og kvaliteten på deres terapeutiske arbeid. Mer spesifikt undersøkte forskerne hvordan 70 terapeuters livskvalitet, målt gjennom selvrappotering av personlig trivsel og personlige belastninger, predikerte alliansenivå og bedring, vurdert av både

pasienter og terapeuter. Resultatene viste blant annet at terapeutenes personlige belastninger var negativt relatert til allianseutvikling når det var pasientene som rapporterte, men irrelevant for terapeut-vurdert allianse. Funnene tyder på at terapeuters livskvalitet påvirker hvordan de relaterer seg til pasienter i timen. Pasienter er særlig sensitive for terapeuters opplevelse av belastninger i eget privatliv, selv om terapeuter selv ikke synes å tenke at slike erfaringer har innvirkning på alliansen. Dette samsvarer med funn fra andre studier som viser skadelige effekter av terapeuters negative emosjonelle tilstand (Nissen-Lie et al., 2010). Selv sjeldne og subtile fiendtlige terapeutehandlinger kan være nok for å hindre pasientbedring (Castonguay, Boswell, Constantino, Goldfried, & Hill, 2010). Som Emde (1990) påpeker blir empati i psykoterapi for det meste kommunisert nonverbalt, emosjonelt og ubevisst, og størstedelen av den intersubjektive opplevelsen er implisitt og prosedural. Hans observasjoner samsvarer med nevropsykologisk forskning som viser hvordan vi ubevisst og lynraskt oppfatter andres kroppsspråk, toneleie, blick og ansiktsuttrykk og blir påvirket biologisk, emosjonelt og verbalt av denne nonverbale kommunikasjonen. Slike funn foreslår at terapeuten kanskje er mer involvert med eget selv i større grad og på andre måter enn vi har vært klar over tidligere. Videre kan forskningsfunn implisere at terapeuten blir internalisert av pasienten som et subjekt med 'autentiske kvaliteter' som forblir et forbilde å se opp til lenge etter behandlingens slutt (Nissen-Lie, 2012). Dette underbygger tanken om den terapeutiske dyade som en tilknytningsrelasjon som påvirker pasientens evne til å håndtere nye utfordringer som oppstår i eget liv.

I del 1 så vi hvordan ureflektert, negativ og fastlåst motoverføring kan gi økt sårbarhet for belastning for terapeuten samt ha negativ påvirkning på alliansen. Det er imidlertid bred enighet om at motoverføring kan være et potensielt viktig redskap til en dypere forståelse av pasienten og den terapeutiske relasjon dersom den tas hensyn til, forstås, og håndteres (Gelso & Hayes, 1998; Heimann, 1950; Zachrisson, 2008). Det er avgjørende for terapeuten å bli bevisst sine egne reaksjoner, undersøke disse, og bruke dem på en fordelaktig måte i arbeidet fremfor å la dem være en hindring for god behandling. Gelso og Hayes (2007) har foreslått fem kvaliteter som har vist seg å være viktige for håndtering av motoverføring. De inkluderer terapeutens bevisstgjøring av egne reaksjoner og følelser fra øyeblikk til øyeblikk, terapeutens anerkjennelse av grensesetting mellom seg selv og pasienter, empati, angsthåndtering og evne til å ha et teoretisk rammeverk for pasienten og den terapeutiske relasjon. Metaanalyser viser at kombinasjonen av disse faktorene fremmer vellykket behandling (Hayes, Gelso & Hummel, 2011). Terapeuter som er bedre på å håndtere negativ motoverføring, målt gjennom *The Countertransference Factors Inventory* (Hayes, Gelso, Van Wagoner, & Diemer, 1991), ser ut til å skape en bedre

arbeidsallianse og et dypere bånd til pasienter, sammenlignet med terapeuter som har større tendens til å utagere på egen motoverføring (Gelso, Latts, Gomez, & Fassinger, 2002; Hayes et al., 1997). Terapeuter vurdert av kollegaer som utmerkede var betydelig bedre på å håndtere motoverføring sammenlignet med gjennomsnittlige terapeuter (Van Wagoner, Gelso, Hayes, & Diemer, 1991). Lignende viste en kvalitativ intervjustudie av 11 psykodynamiske terapeuter at terapeutene gjennomgående trakk frem viktigheten av å forstå og håndtere deres motoverføringsreaksjoner i langtidsterapi (Gelso, Hill, Mohr, Rochlen og Zack, 1999). Selvomsorg kan bidra til å bevare skillet mellom det private på den ene siden og det profesjonelle og personlige engasjement på den andre (Zachrisson, 2008). Således vil selvomsorg være av betydning for å beskytte pasienten mot terapeutens private liv i form av motoverføringsatferd. Like viktig er det at selvomsorg kan bidra til å beskytte terapeuten selv og hennes private relasjoner, i den private sfære, mot å bli involvert i pasientens liv.

2.3 Empatiens betydning for den terapeutiske relasjon

Rogers (1992) la grunnlaget for empatiens betydning i psykoterapi da han hevdet at det var en av kjernebetingelsene nødvendig og tilstrekkelig for pasientendring. Han definerte empati som: «the therapist's sensitive ability and willingness to understand the client's thoughts, feelings and struggles from the client's point of view» (s. 85), «it means entering the private perceptual world of the other ... being sensitive, moment by moment, to the changing felt meanings which flow in this other person» (s. 142). Han lanserte begrepet *empatisk holdning*, «a way of being» med pasienten, som i seg selv fremmer bedring (1980). Empati er selve drivkraften bak ubetinget positiv anerkjennelse som danner grunnlaget for utvikling av en stabil følelse av å ha verdi. Betinget anerkjennelse, på den andre siden, kan føre til en betinget opplevelse av å være verdifull, som for Rogers er hovedårsaken til psykiske vansker.

Forskning har gjennomgående vist at terapeutempati er en av de sterkeste prediktorene for pasientprogresjon på tvers av alle terapiretninger (Elliott et al., 2011; Norcross & Wampold, 2011; Nienhuis, 2018). Det mest robuste funnet er at pasientens opplevelse av å bli forstått av sin terapeut er relatert til behandlingsutfall. En metaanalyse fant at empati predikerer utfall på tvers av alle terapiretninger med en moderat effektstørrelse som forklarer rundt 10 % av variasjonen i utfall. Dette er mer enn hva som kan tilskrives terapeutiske intervensjoner (Elliott et al., 2011). En nyere metaanalyse undersøkte i hvilken grad opplevelse av terapeutens empati er relatert til den terapeutiske allianse (Nienhuis, 2018). Forskerne fant en sterk sammenheng ($r=50$) mellom allianse og terapeutempati, som tyder på at empati er vesentlig for allianseutvikling og at

terapeutempati kan påvirke ens oppfatning av alliansen, eller omvendt. Ettersom alliansen anses som en kurativ effekt i seg selv i alle former for psykoterapi, forstår vi empatiens betydning i arbeidet (Bordin, 1979; Rym & Stiles, 2005). Terapeutempati kan predikere behandlingsutfall for blant annet alvorlig depresjon og selvfølelse (Watson, Steckley & McMullen, 2013), pasientrapportering av interpersonlige problemer og dysfunksjonelle holdninger (Watson & Geller, 2005) og alkoholavhengighet og avhengigheter generelt (Moyers & Miller, 2013). Selv om mange tilnærminger anser empati som en bakenforliggende betingelse som fremmer endringsmekanismer, argumenterer Watson (2015) for at empati er en aktiv kurativ ingrediens i seg selv. Empati skaper en trygg base (Bowlby, 1988) der pasienten kan utforske nye aspekter ved sin opplevelse og få hjelp til å regulere og tåle sine opplevelser og følelser. Dette vil i neste omgang lære pasienten å regulere seg selv. Ved å bekrefte pasientens opplevelser, blir terapeuten et forbilde for utvikling av selvmedfølelse som fremmer utviklingen av positive måter å respondere til selvet som er bekreftende, aksepterende og beskyttende (Barrett-Lennard, 1997; Watson, 2015).

I delen om empatiens nevrofysiologi så vi hvordan en uheldig empatisk respons kan føre til empatisk smerte hos terapeuten. Forskning viser at en alternativ og gunstig empatisk respons er *compassion* eller *medfølelse* (Gilbert, 2010; Lutz, Brefczynski-Lewis, Johnstone & Davidson, 2008). Medfølelse kan defineres som å møte lidelse oppmerksomt og med vennlighet, og med et «ønske om, vilje til og innsats for å lette denne lidelsen» (Binder, 2014, s. 17). Medfølelse øker aktivitet i hjerneområdene involvert i dopaminergisk belønning og oksytocinrelaterte prosesser og øker positive emosjoner i respons til negative situasjoner (Klimecki, Leiberg, Ricard & Singer, 2014). Empati som fører til medfølelse er selve motivasjonsfaktoren for å ønske å hjelpe pasienten, og slik helt avgjørende for den terapeutiske allianse. Ettersom medfølelse beskytter mot empatisk smerte, en mekanisme som opererer i utbrenthet og medfølelsesutmattelse, argumenterer noen forskere for at medfølelsesutmattelse heller burde ha navnet *empatiutmattelse* ettersom ekte medfølelse vil kjennes fornyende heller enn utmattende (Dowling, 2018).

Flere anerkjente psykoterapeuter og teoretikere har knyttet betydningen av terapeutens empati til teorier om utvikling hos barn og psykopatologi. Heinz Kohut hevdet at årsaken til nesten all psykopatologi er omsorgspersonens kroniske mangel på empati og speiling overfor sitt barn, og barnets respons på denne empatiske svikten (Kohut & Wolf, 1978). Han skrev at: “(...) man can no more survive psychologically in a psychological milieu that does not respond empathetically to him, than he can survive physically in an atmosphere that contains no oxygen” (Kohut, 1977, s. 253). For at barnet skal vokse opp med en følelse av å ha verdi i seg selv, er

bekreftende og empatiske tilbakemeldinger fra objektene uunnværlig. For at barnet skal utvikle et selv med rett til egne følelser, må alle barnets følelser og reaksjoner oppfattes og bekreftes som legitime, uavhengig av om de er overensstemmende med omsorgsgivers følelser eller ønsker i øyeblikket (Gullestad & Killingmo, 2013). Kohut anså empati som et viktig terapeutisk redskap i kraft av å kunne kompensere for omsorgspersonens empatiske svikt og reparere pasientens skadde selvstruktur (Kariagina, 2017). På samme måte som barnet lærer å «se» seg selv via den andres blick (Hansen, 2000), vil en pasient lære å se seg selv på nye måter gjennom terapeutens empatiske og bekreftende blick, og slik få en *korrigerende emosjonell erfaring*, i dag ansett som en viktig endringsmekanisme i terapi (Alexander & French, 1946). Emde (1990) lanserte begrepet *utviklingsempati*, i tråd med Kohuts formuleringer, i sin artikkel *Mobilizing fundamental modes of development: empathic availability and therapeutic action* der han knytter terapeutens empati til betydningen av omsorgspersonens empatiske respons for å fremme utvikling hos barnet. Emde skriver at den terapeutiske relasjon kan ha en legende virkning på tidlige internaliserte relasjoner som er problematiske, når relasjonen har en atmosfære preget av tillit og empatisk tilgjengelighet som skaper rom for utforskning. Terapeutiske handlinger som hviler på empati fremmer bedring hos pasienten gjennom en spesiell form for utviklingserfaring (Emde, 1990). I tråd med dette skriver Peter Fonagy i sitt nyeste bidrag om betydningen av epistemisk tillit i den terapeutiske relasjon (Fonagy & Allison, 2014). Når pasienten føler seg speilet og forstått, gjennom terapeutens empati og mentalisering (Fonagy & Target, 1997), får pasienten ny tillit til å lære gjennom sosiale erfaringer. Å oppleve at vår subjektivitet blir forstått, åpner oss for muligheten til læring som potensielt kan endre vår oppfatning av vår sosiale verden. Epistemisk tillit skapes gjennom en eksplisitt anstrengelse på å se verden fra pasientens perspektiv, som således åpner pasientens sinn for terapeutens kommunikasjon. En fornyet sosial forståelse sammen med økt epistemisk tillit gjør livet utenfor terapirommet til en kontekst der ny informasjon om en selv og om verden kan erverves og internaliseres. Terapeutempati er en forutsetning for å skape en stemning preget av trygghet og stabilitet der terapeuten er inntonet på pasientens behov. Dette kan ligne opplevelsen av å 'bli holdt' som spedbarn. En slik helende atmosfære beskrives i begrepet 'holding environment' (Winnicott, 1960a).

2.4 Terapeutisk tilstedeværelse

«The understanding of emptiness is contagious: It appears we can catch it from one another. It shouldn't surprise us, then, that the presence of a teacher who is empty, open, awake can have a powerful effect on another person.» (Kornfield, 2000, s. 79)

Vi har sett på viktigheten av relasjonen for utfall av terapi, og herunder hvordan empati er av betydning. For å bli oppfattet som empatiske må terapeuter være varme, mottagelige, involverte, oppmerksomme og inntonet på pasienten (Watson, 2015). Dette ser ut til å være nært tilknyttet *terapeutisk tilstedeværelse* («therapeutic presence», heretter vist til som tilstedeværelse), som har blitt foreslått som et sentralt bidrag i utviklingen av en god terapeutisk allianse (Geller & Greenberg, 2012; Geller, Greenberg, & Watson, 2010; Hayes & Vinca, 2017). Geller og Greenberg (2012) har definert tilstedeværelse som en tilstand som involverer at terapeuten går inn i møtet med pasienten med hele seg ved å være fullstendig til stede i øyeblikket både fysisk, emosjonelt, kognitivt, og spirituelt. Dette krever at terapeuten er like fullt til stede med seg selv som med pasienten (Hayes & Vinca, 2017). Terapeutens tilstedeværelse inkluderer kvaliteter som medfølelse, tillatelse, romslighet, åpenhet, aksept, tålmodighet, og mildhet (Geller & Greenberg, 2012, s. 52). Blant alliansekomponentene Bordin (1979) trakk fram var kvaliteten av det *emosjonelle båndet* mellom terapeut og pasient. Geller & Greenberg (2012) hevder at tilstedeværelse tillater at det utvikles et emosjonelt bånd mellom terapeuten og pasienten, som beskrevet blant Bordin (1979) alliansekomponenter. Til tross for at viktigheten av terapeutens tilstedeværelse har vært et teoretisk fokus i flere terapitradisjoner, som vi vil komme nærmere inn på, finnes det per i dag kun begrenset mengde forskningsstudier.

I en av de første studiene på terapeutisk tilstedeværelse (Geller & Greenberg, 2002) diskuteres tilstanden i forbindelse med Rogers kjernebetingelser i terapi, som vi har beskrevet tidligere. Forfatterne anser tilstedeværelse som en nødvendig forutsetning for Rogers kjernebetingelser, og som grunnlaget som tillater uttrykket av disse. Geller og Greenberg (2002) foreslår at tilstedeværelse kan komme til uttrykk i terapien gjennom nettopp empati og autentisitet. Rogers selv (Baldwin, 1987) har senere i karrieren sin undret seg over om han kan ha hatt et overdrevent fokus på kjernebetingelsene, og at en klar og tydelig tilstedeværelse fra ham som terapeut kan være det viktigste elementet i terapi.

Flere studier på terapeutens tilstedeværelse i terapisisuasjonen gir støtte til Geller og Greenbergs funn beskrevet over. Tilstedeværelse er bl.a. blitt beskrevet som en forutsetning for empati og for vellykket terapi (Hayes & Vinca, 2017), og som et grunnleggende, transteoretisk fenomen involvert i effektiv psykoterapi (Colosimo & Pos, 2015; Geller & Greenberg, 2012). Schneider (2015) hevder at tilstedeværelse er en terapeutisk faktor som ligger i kjernen av arbeidsalliansen, formidling av håp og mening, empati, og samarbeid. I en kvantitativ studie (Geller et al., 2010) fant forskere at pasienter rapporterte om positiv terapeutisk allianse og endring etter timer hvor de opplevde terapeuten som mer tilstedeværende. Dette funnet var

uavhengig av hvilken teoretisk orientering terapeuten identifiserte seg med. Når terapeuten møter pasienten med en sterk opplevelse av egen tilstedeværelse, vil dette fasilitere hans evne til å invitere *pasientens* egne tilstedeværelse i møtet. Dette kan igjen tillate utviklingen av en dypere terapeutisk relasjon og relasjonell tilstedeværelse (Geller & Greenberg, 2012). Robert Wicks har i sin bok om terapeutresiliens (2008) med et terapiutdrag som godt illustrerer den relasjonelle kvaliteten pasienten kan oppleve når terapeuten erfarer seg som tilstedeværende. I utdraget snakker terapeuten og pasienten om hva som har bidratt til den positive endringen gjennom terapien, hvor pasienten sier: «You see, the first time I came in here to see you, I simply watched how you sat with me; then I began sitting with myself in the same way.» (s. 4). Pasientens opplevelse tyder på at noe ved terapeutens tilstedeværelse og væremåte i møtet med henne, har smittet over på hvordan hun er til stede med seg selv.

Til tross for den begrensede mengden empiriske studier på feltet, har flere terapitradisjoner teoretisk beskrevet tilstedeværelse som en viktig faktor i terapiprosessen (Geller & Greenberg, 2012). Tidligst ute var den psykoanalytiske tradisjonen, med Freuds tidlige referanse til relaterte konsepter som analytikerens søken etter en «frittflytende oppmerksomhet» i møtet med pasienten (ref. i Epstein, 2007). Med denne oppmerksomhetstilstanden, preget av en upartisk og ikke-dømmende åpenhet for alt som fanger oppmerksomheten, kommer Freud inn på deler av tilstedeværelsesbegrepet. Ifølge Geller og Greenberg (2012) omfavner den likevel ikke hele tilstedeværelsesbegrepet, da den mangler et aspekt av emosjonell samhørighet, både i terapeuten og mellom terapeuten og pasienten. I dagens psykodynamiske terapi er for øvrig den affektive kvaliteten mellom terapeut og pasient i større fokus som terapeutisk faktor (Gullestad, 2018). Gullestad beskriver en klinisk lyttemåte i psykoanalytisk terapi hvor terapeuten «setter seg i en modus» hvor det uventede og nesten umerkelige i kommunikasjonen registreres. Terapeuten forsøker å lytte til sitt eget indre, etter hva som vekkes i møtet med pasienten, for å på denne måten få informasjon om samspeillet dem imellom, og eventuelle motoverføringer. Deler av relasjonell psykoanalyse har blitt utviklet i tråd med et intersubjektivt perspektiv på terapi (Benjamin, 2017; Stern, 2004). Stern (2004) introduserte konseptet *intersubjektiv bevissthet*, som er en form for delt opplevelse av det nåværende øyeblikket, som oppstår i møtet mellom to personer, f.eks. terapeut og pasient. Han vektlegger viktigheten av å skape en ekte og levende relasjon til pasienter. Terapi er i denne retningen også beskrevet som en forhandlingsprosess mellom to subjekter som møter hverandre, hvor den gjensidige anerkjennelsen av den andre er en viktig del av den intersubjektive kommunikasjonen (Benjamin, 1990). Også innenfor eksistensiell-humanistiske og gestaltpsykologiske tilnærminger har tilstedeværelse, og viktigheten av terapeutens subjektivitet, vært fremtredende (Hycner &

Jacobs, 1995; Bugental, 1987; Rogers, 1980). Ifølge den dialogiske religionsfilosofen Buber (1965, ref. i Hycner & Jacobs, 1995) forekommer heling når to personer er fullstendig tilstedeværende i møte med hverandre.

Det er blitt foreslått at tilstedeværelse ikke bare fremmer vekst hos pasienter, men også hos terapeuter (Geller, 2017). Når vi er fullstendig til stede i øyeblikket er vi mer balanserte, effektive, og energiske. Det emosjonelt krevende arbeidet vi gjør i terapirommet oppleves som mindre tyngende. Å være genuin og fullstendig tilstedeværende krever mye av oss som terapeuter, hvilket gjør selvomsorg høyst relevant. Vi må ha oppmerksomhet på vår egen erfaring underveis, og vurdere om det som dukker opp er egne problemer som midlertidig bør legges til side, eller om det kan være til nytte i pasientens helingsprosess (Geller & Greenberg, 2012). Geller og Greenberg beskriver tilstedeværelse som bestående av flere paradoksale aspekter, hvor terapeuten beveger seg fra seg selv til den andre. Denne bevegelsen kan forklares gjennom den såkalte omsorgssyklusen, beskrevet tidligere.

2.5 Oppsummering: Implikasjoner for selvomsorg - Ta vare på instrumentet ditt

En dyktig kokk finsliper knivene som kreves til matlagingen. En utøvende musiker lærer viktigheten av å pleie instrumentet sitt, da det er slik musikeren på best måte kan formidle sin kunst. Uansett om du ser på utøvelsen av terapeut-yrket som et håndverk eller en kunst eller noe helt annet, vil analogiene sannsynligvis gi gjenklang hos de fleste. Psykoterapeuten er som vi har sett *selv* verktøyet eller instrumentet i møte med pasienter, og for å utøve sitt håndverk eller sin kunst må terapeuten dermed ta vare på *seg selv*. I denne delen har vi sett hvordan relasjonens betydning for utfall i terapi, og herunder forskjeller mellom terapeuter i å skape og opprettholde gode relasjoner, impliserer at selvomsorg må trekkes frem som en svært viktig, iboende del av yrkesutøvelsen. Forståelsen av at det er umulig å ikke eksponere sitt indre liv overfor pasienten, i kombinasjon med den påvirkningskraft vi som terapeuter ofte får i relasjon til våre pasienter, understreker nødvendigheten av å ta vare på oss selv. Terapeuten kan fungere som en rollemodell for pasienten, slik at måten terapeuten ivaretar seg selv utgjør en modellering som pasienten kan identifisere seg med. For at terapeuten skal klare å være til stede med pasienten og uttrykke genuin empati, understreker flere teoretikere betydningen av en sunn selvfunksjon (f.eks. Emde, 1990). Det er avgjørende at terapeuten kan hente styrke til å være en trygg og tillitsvekkende base; Styrken kan hentes gjennom å praktisere selvomsorg.

Del 3 Ulike tilnærminger til selvomsorg for terapeuter

I de foregående delene har vi sett på hvordan bevisst selvomsorg trer frem som en viktig del av terapeuters yrkesutøvelse. I denne delen skal vi se på ulike kliniker- og forskningsbaserte tilnærminger til selvomsorg for terapeuter. Gjennom et bevisst forhold til selvomsorg arbeider terapeuter mot å bli resiliente profesjonsutøvere, som balanserer selvomsorg og andre-omsorg på en måte som gir energi og som gjør det mulig å fortsette å gi av oss selv i et langtidsperspektiv (Skovholt & Trotter-Mathison, 2013). I litteraturen er det mange som fremhever viktigheten av at vi som terapeuter selv praktiserer det vi anbefaler til våre pasienter (Jennings & Skovholt, 1999; Norcross & VandenBos, 2018).

Forskning på selvomsorg fremhever brede tilnærminger eller strategier, snarere enn enkeltstående teknikker (Norcross & VandenBos, 2018). Det finnes ikke noen fasit på hva som vil være god selvomsorg for hver enkelt terapeut. Svaret kan variere mellom personer, og også innad i samme person over tid og livsomstendigheter (Baker, 2003). Basert på brede tilnærminger, kan hver enkelt terapeut deretter identifisere tilgjengelige og foretrukne selvomsorgsteknikker tilpasset egen situasjon (Norcross, 2000). På grunn av oppgavens omfang er det begrenset hvor mye vi kan gå inn i alle tilnærmingene. Formålet er å få et overblikk over feltet, basert på tilnærminger som går igjen i litteraturen. Det er viktig at terapeuter bevisst planlegger og setter av tid til selvomsorg, i tillegg til å forholde seg til mer spontane behov (Wicks, 2008). Dette er i tråd med Skovholt og Trotter-Mathisons (2016) begrep om bevisst profesjonell selvomsorg, som beskrevet i oppgavens innledning.

I litteraturen finnes ulike inndelinger i tilnærminger til selvomsorg for terapeuter. Vi har valgt å unngå å skille mellom «personlig selvomsorg» og «profesjonell selvomsorg», da terapeutens personlige og profesjonelle liv gjensidig påvirker hverandre. Våre personlige erfaringer utenfor jobben legger grunnlaget for hva vi tar med oss inn i terapirommet (Baker, 2003; Wicks, 2008). Som vi har sett tidligere, tyder også forskning på at hvordan vi har det utenom jobben, virker inn på hvordan pasienten opplever arbeidsalliansen (Nissen-Lie et al., 2013). Vi har derfor hovedsakelig valgt å benytte oss av de brede selvomsorgstilnærmingene identifisert i Posluns' og Galls litteraturgjennomgang fra 2019 som utgangspunkt. De består av bevissthet, inkludert mindfulness og selvmedfølelse, balanse, fleksibilitet, kroppslig ivaretagelse, sosial støtte og spiritualitet. Vi vil også gå nærmere inn på profesjonell utvikling som en tilnærming til selvomsorg. Til slutt vil vi oppsummere med Skovholt og Trotter-Mathisons

(2016) modell for utvikling av resiliens hos terapeuter og relaterte yrkesgrupper. Som i de fleste systemer for kategorisering, vil heller ikke den påfølgende inndelingen ha absolutte skiller. Noen eksempler på teknikker vil dermed kunne passe inn flere steder.

3.1 Bevissthet

Det første steget i selvomsorg er bevissthet rundt hva det betyr å jobbe som terapeut. Forskningen viser at profesjonsutøvelsen er belastende. Å ha begreper rundt det vi føler og erfarer gjennom arbeidet, i tillegg til et rammeverk for å kunne stå i og håndtere belastningene, utgjør en stor forskjell (Wicks, 2008). Gjennom å åpent anerkjenne byrdene ved å praktisere terapi, kan vi komme til en erkjennelse av at reaksjonene våre er normale (Norcross, 2000). Så godt som alle terapeuter opplever lignende former for belastning. Konfidensialitet, isolasjon, skam, og en rekke andre betraktninger resulterer i at vi tenker vi er alene om stressorene, når de i realiteten er en naturlig del av psykoterapeutisk arbeid og felles for alle terapeuter (Norcross, 2000). Å stadfeste det felles menneskelige i belastningene, kan virke terapeutisk i seg selv. Videre vil det å akseptere de uunngåelige risikoene ved yrket bidra til å avstigmatisere og validere selvomsorgens nødvendighet. Barnett et al. (2007) oppfordrer profesjonelle innen psykisk helsevern å betrakte seg selv som sårbare overfor de personlige og profesjonelle stressorene ved yrket, ettersom det kun er gjennom en slik bevisstgjøring at forebyggende tiltak settes i gang. Mange av de skadelige effektene av å jobbe som terapeut kan forebygges dersom mekanismene bak blir identifisert og bevisstgjort (Rothschild & Rand, 2006).

Bevisstgjøring handler videre om å legge merke til og reflektere over våre indre og ytre opplevelser, og regulere våre egne behov (Posluns & Gall, 2019). Selvomsorg starter med selvbevissthet og selv-overvåking. Norcross og Vandenbos (2018) anbefaler å undersøke vår egen selvomsorg som vi ville undersøkt selvomsorgen til en pasient. I det følgende vil vi redegjøre for to anbefalte tilnærminger til å øke terapeutens bevissthet: mindfulness, selvmedfølelse og selvforståelse.

3.1.1 Mindfulness og selvmedfølelse

Mindfulness anbefales som en tilnærming til selvomsorg for terapeuter ved å redusere stress, fremme fysisk og mental helse samt evnen til terapeutisk tilstedeværelse og selvmedfølelse (Friedman, 2017; Shapiro & Carlson, 2009). Mindfulness kan defineres som «det bevisste nærvær som oppstår når man med vitende og vilje og uten å dømme er til stede i

øyeblikket» (Kabat-Zinn, 2015, s. 25).

Mindfulnessstrening kan være nyttig for terapeuter ved å styrke vårt immunsystem (Davidson et al., 2013) og vår evne til å håndtere stressende situasjoner (Chiesa & Serretti, 2009). Studier tyder på at meditasjonstrening har potensial til å forebygge de skadelige virkningene av stress på hjernen (Lazar, 2013), blant annet ved å roe ned amygdalas reaktivitet til stress (Hölzel et al., 2010) og redusere kortisolnivåer (Goleman & Davidson, 2017). Økende evidens foreslår at mindfulnessstrening har en robust moderat effekt i å bedre angst- og depresjonstilstander (Hoffman, 2012), som vi har sett er assosiert med utbrenthet og medfølelsesutmattelse hos terapeuter (Mathieu, 2012; Maslach, 1976). Nyere hjerneforskning foreslår at mindfulnessstrening kan øke hjernevolum i områder assosiert med oppmerksomhet, selvbevissthet, emosjonsregulering, perspektivtaking, empati og medfølelse (Lazar, 2005; Lutz, Slagter, Dunne & Davidson, 2008; Goleman & Davidson, 2017). Dette er av betydning for terapeutens evne til å opprettholde evne til refleksjon og selvregulering i arbeidet. Videre kan mindfulness øke terapeutens evne til å bli bevisst kroppens signaler og indre fornemmelser (Lazar, 2005). Den rolige, dype pustingene involvert i mindfulnessmeditasjon kan lindre kroppslige symptomer på stress og engstelse, ved å balansere sympatiske og parasympatiske responser (Kabat-Zinn, 2003). Det er viktig for terapeuter å bli bevisst sin sympatiske aktivering, og integrere selvomsorgstiltak (som mindfulnessøvelser) for å fremme parasympatisk gjenoppretting tidlig i aktiveringssyklusen (Miller og Sprang, 2017). Målet er å bli bedre på å legge merke til det når ens indre tilstand er uregulert, slik at man kan ta grep for å gjenopprette fysisk, psykologisk og emosjonell balanse. Miller og Sprang (2017) foreslår at medfølelsesutmattelse er et resultat av å unngå intense følelser som dukker opp for terapeuten i arbeidet med traumatiserte pasienter. De oppfordrer terapeuter til å fullt ut tillate seg å kjenne på følelsene som vekkes. En essensiell del av mindfulness handler om å være oppmerksom og forholde seg til det som erfares i øyeblikket med vennlighet, nysgjerrighet, åpenhet og aksept, uten å unngå eller overinvolvere seg i det som skjer (Neff & Germer, 2013). Det handler ikke bare om å være til stede i vanskelige situasjoner, men å tillate oss å være mer til stede i vakre øyeblikk (Shapiro & Carlson, 2009). Terapeuter må dessuten, i likhet med alle andre, forholde seg til både fordeler og ulemper som følger det å leve i en digitalisert tidsalder. Mindfulness kan utgjøre «en effektiv motvekt mot alt det som trekker oss vekk fra oss selv slik at vi ender med å miste overblikket og glemme det aller viktigste i livet.» (Kabat-Zinn, 2015, s. 30).

En essensiell del av mindfulness som en selvomsorgspraksis for terapeuter er *selvmedfølelse* (Neff, 2003). Forskning tyder på at selvmedfølelse øker med mindfulnessstrening, og at denne økningen kan forklare mye av effekten bak mindfulnessbaserte intervensjoner

(Kuyken et al., 2010). Neff (2003) definerer selvmedfølelse som bestående av tre elementer. Det første er vennlighet rettet mot seg selv, snarere enn selvkritikk. Det andre elementet er felles menneskelighet der man ser egne erfaringer i et større perspektiv, på en måte som ikke isolerer erfaringene. Det tredje elementet er mindfulness der man har en balansert oppmerksomhet på vonde følelser uten å unngå eller overidentifisere seg med følelsene (s. 89). Selvmedfølelse er essensielt når vi reflekterer over smertefulle livserfaringer og skamfølelse over å komme til kort som terapeut (Norcross & VandenBos, 2018). Gjennom selvmedfølelse erkjenner terapeuten at han ikke er perfekt, i tillegg til at han som menneske er sårbar (Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007). Selvmedfølelse handler om en anerkjennelse av det menneskelig delte ved å gjøre feil, og at vi alle vil komme i situasjoner som oppleves som smertefulle. Til tross for at forskningen på feltet er begrenset, ser det ut til at medfølelse og selvmedfølelse kan trenes opp hos terapeuter. I den buddhistiske tradisjonen er *loving-kindness* og *compassion-meditasjon* spesielt rettet mot å kultivere ubetinget medfølelse, for seg selv og andre. Studier tyder på at slike meditasjonspraksiser er knyttet til økt hjerneaktivitet i områder forbundet med innlevelse og empati. Praksisen ser videre ut til å øke positive emosjoner rettet mot seg selv og andre, altruistisk atferd, og en følelse av fellesskap i respons til andres lidelse (Bibeau, Dionne & Leblanc, 2016). Compassion-meditasjon kan motvirke de potensielt skadelige effektene av empati, og slik styrke terapeutens resiliens ved å beskytte mot utbrenthet og medfølelsesutmattelse (Klimecki et al., 2014). Terapeutstudenter som fullførte Kabat-Zinn (2015) sitt 8 ukers *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR)-program, rapporterte betydelig reduksjon i stress, negativ affekt, grubling og angst, samt betydelig økning i positiv affekt, selvmedfølelse og mindfulness (Shapiro, Brown & Biegel, 2007). Neff og Germer (2013) fant også en signifikant økning i medfølelse for andre etter gjennomføring av *Mindful Self-Compassion* (MSC)-trening. En svensk RCT-studie fant at en nettbasert selvmedfølelsesintervensjon økte selvmedfølelse og reduserte selvrapportert stress og symptomer på utbrenthet hos praktiserende psykologer (Eriksson, Germundsjö, Åström & Rönnlund, 2018). Mindfulness lærer oss å se det felles menneskelige, at alle fortjener like mye vennlighet, oppmerksomhet og omsorg, og kan dempe vår indre kritiker. Binder (2014) skriver om hvordan vi kan ha en «sterk tilbøyelighet til å tro at det å gi seg selv en omgang juling hjelper oss fortære på bena. I realiteten er det slik at når du har falt, trenger du først og fremst en hjelpende hånd.» (s. 31). Å behandle oss selv med vennlighet er en viktig tilnærming for å være medfølende med våre pasienter, som i lys av terapeutyrkets natur er fundamentalt.

Som terapeuter må vi lede med empati og tilstedeværelse. Som tidligere sett, er det

foreslått at tilstedeværelse kan være med på å fremme vekst hos terapeuter (Geller, 2017). Mindfulnessstrening kan hjelpe til å fordype disse kvalitetene og fremme terapeutens tilstedeværelse med pasienter gjennom emosjonsregulering, ro, styrket oppmerksomhet, åpenhet, sensitivitet og tilfredshet (Geller & Greenberg, 2012). Mindfulness lærer terapeuten å akseptere alt som måtte dukke opp i terapien, enten det er i pasienten, i terapeuten eller i relasjonen mellom dem. Videre lærer mindfulnessstrening oss opp til å være ydmyke og til å se begrensningene i hjelpen vi tilbyr. Cozolino (2004) skriver om «the good enough therapist», basert på Donald Winnicotts konsept om «the good enough mother» (1968, ref. i Cozolino, 2004). En «god nok mor» er tilgjengelig, empatisk inntonet og omsorgsfull nok til å hjelpe barnet med å utvikle seg. På samme måte som foreldre kan kjenne på skyldfølelse over å ikke være «perfekte» foreldre, kan terapeuter oppleve det samme overfor sine pasienter. Cozolino beskriver den «gode nok» terapeuten som er åpen overfor egen ufullkommenhet, samtidig som han fører den terapeutiske relasjonen i en god retning. Å strebe etter å være god nok som terapeut kan være en viktig motsats til en etterstreben etter perfektjon. Vi må lære å akseptere at det er mye usikkerhet i arbeidet og at vi ikke kan hjelpe alle. Ved at terapeuten gir slipp i ønsket om å være «suksessfull», får pasienten friheten til å velge å leve livet sitt som før eller til å endre seg fra et sted av ubetinget positiv anerkjennelse, samtidig som terapeuten kan være fullt til stede med pasienten (Fulton, 2013).

3.1.2 Selvforståelse

Litteraturen på selvomsorg for terapeuter fremhever betydningen av en kontinuerlig selvrefleksjonsprosess og bevisstgjøring av egne indre erfaringer (f.eks. Norcross, 2000). For å kunne utvikle en personlig selvomsorgsprotokoll er det avgjørende å kjenne seg selv og egne preferanser og behov (Wicks, 2008). Valget om å skape endring hos en annen er et valg om å utvikle oss selv i prosessen (Wicks, 2008). Øiestad (2009) skriver at god selvfølelse handler om å kjenne seg selv og å være komfortabel med å vise hvem man er. Vi må forstå vår egen virkelighet slik at vi kan stå trygt i den når vi forholder oss til andre. Det handler om å finne vår subjektivitet, det vil si å komme nær egne følelser, reaksjoner, drømmer, potensial, behov og verdier. For å etablere nære og gjensidige relasjoner og opprettholde god psykisk helse, er det viktig å ha kontakt med vårt «sanne selv». Dette er vårt helhetlige og spontane selv, i motsetning til «det falske selvet» (Winnicott, 1960b), som setter egne følelser og behov til side til fordel for andres følelser og behov. Som Øiestad skriver: «Uten subjektivitet har du ingen å møte de andre med» (2009, s. 19). En seniorterapeut i Råbus (2014) intervjustudie fremhevet betydningen av å

beskytte sitt eget «indre rom», det vil si å beskytte sine egne grenser, å ta sine egne opplevelser og følelser på alvor, og å bevare rom for sin egen refleksjon når man kommer så nær andre (s. 302). I tråd med dette anbefaler Baker (2003) å bli bevisst på hva som påvirker oss, inkludert vår egen historie, familie, livshendelser, sosioøkonomiske status, personlighet, reaksjonsmønstre, selvsnakk og motivasjoner for å bli terapeut. Selvomsorg, per definisjon, nødvendiggjør selv-andre-differensiering, evnen til å være i emosjonell kontakt med andre og samtidig beholde vår autonome emosjonelle fungering (Kerr & Bowen, 1988). Selv-andre-differensiering er viktig i praksisen, blant annet for å unngå motoverføringsatferd og for å forebygge empatisk smerte. For å oppnå større selvforståelse og i neste omgang personlig frihet, skriver Wicks (2008) at vi må tørre å være villige til å gå inn i oss selv, det vil si å reflektere rundt *alle* våre reaksjoner, impulser, tanker og følelser, også de som kjennes uakseptable og inkongruente med selvbildet vårt (Wicks, 2008). Vi må se på hvordan vi unngår, nedvurderer, rasjonaliserer og gjemmer ting fra oss selv. Ideen om den «sårede hjelper» («the wounded healer») (Guy, 1951; Jung, 1951; Nissen-Lie, 2014) beskriver hvordan mange terapeuter kan føle et kall til å hjelpe andre fordi de selv har opplevd lidelse. Gjennom å bli kjent med vår «sårede hjelper» kan vi bli mer vennlige med oss selv. Ved å forstå og akseptere våre egne emosjonelle sår kan vi bedre forstå og møte sårbarheten til andre (Kissil & Niño, 2017).

Freud var overbevist om at egenerapi var den viktigste delen av ens kliniske utdanning og en uunnværlig del av ens pågående utvikling (1910). Mesterterapeuter ser ut til å være selvbevisste og reflekterte (Jennings & Skovholt, 1999). De er klar over hvordan deres emosjonelle helse påvirker kvaliteten på arbeidet og pleier eget velvære gjennom egenerapi og andre selvomsorgspraksiser. Egenerapi er slik en verdifull og styrkende selvomsorgstilnærming for terapeuten, både personlig og profesjonelt, og har blitt anbefalt av flere klinikere og forskere (f.eks. Goldberg, 1991; Guy, 1987; Norcross, 2005). Eksempler på gunstige effekter som rapporteres ved egenerapi for terapeuter er opplevelse av økt selvværd, bedring i sosiale relasjoner, nedgang i symptomer, emosjonell lindring og kognitiv innsikt samt positiv innvirkning på profesjonell utvikling (Orlinsky, Botermans & Rønnestad, 2001; Paulsen & Peel, 2013).

3.2 Balanse

Balanse mellom personlig og profesjonelt liv trekkes frem som et av områdene terapeuter anser som viktigst i forbindelse med selvomsorg (Rupert & Kent, 2007). Balanse handler om å

fordele oppmerksomhet og energi på en snn måte at den fordeler seg på ulike livsområder, uten at enkelte domener fr all eller ingen oppmerksomhet (Sirgy & Wu, 2009). Dette kan komme til syne i grad av balanse mellom jobb og livet ellers, men også innad i jobbhverdagen, eller i balansen mellom alenetid og tid tilbrakt med andre (Skovholt & Trotter-Mathison, 2013; 2016). Tittelen på denne oppgaven, « ta vare på andre versus å ta vare på seg selv», illustrerer den overordnede formen for balanse som vi ønsker å oppfordre til i terapeuters hverdag. I sin litteraturgjennomgang av selvomsorg for terapeuter identifiserte Posluns og Gall (2019) følgende strategier som kan hjelpe med å oppnå balanse: fritidsaktiviteter, variasjon på jobb, ikke-jobbrelaterte hobbyer, ikke-jobbrelaterte forhold, helhetlig tilnærming til helse, profesjonelle og personlige grenser, styring av tidsbruk, å ta pauser, fleksibilitet i arbeidstid og -sted, og realistiske jobbrelaterte mål (s. 12).

Flere norske terapeuter skriver om viktigheten av å balansere hvilke typer saker man jobber med, da enkelte pasienter eller typer problematikk kan oppleves som mer utfordrende enn andre (Binder, 2014; Isdal, 2017). Binder (2014) trekker frem at der det er mulig kan det være en fordel om terapisaamtaler kun er én av flere typer aktiviteter man gjør hver dag. Også innad i hvert enkelt terapiforløp, og mer spesifikt ved terapeutens bevegelse gjennom den tidlige beskrevne omsorgssyklusen, må terapeuten søke etter en god balanse mellom over- og underinvolvering (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016).

Seniorterapeuter i Rbus forskning (2014) råder til å passe på at man har et godt liv utenom jobben, hvor man ivaretar andre interesser og har det gøy. Tilgang på ens lekne side fremholdes som viktig av flere, deriblant gjennom fritidsaktiviteter og humor (Norcross & VandenBos, 2018; Skovholt & Trotter-Mathison, 2016). Leken fr en viktig plass som motvekt til det seriøse som preger jobbhverdagen, og gir terapeuten et pusterom hvor hun kan hente energi og ny giv. Innenfor enkelte typer hobbyer er resultatet noe konkret, som du kan se og kjenne på. Dette blir en motsats til arbeidet som terapeut, som i større grad er preget av uklare og lite håndfaste resultater (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016). Mange finner stor glede i  lytte til musikk, som kan velges ut basert på hvilke behov du ønsker å imøtekomme i øyeblikket (Norcross & VandenBos, 2018). Musikk kan hjelpe oss med å håndtere og regulere følelser og stress i hverdagen, da den både kan virke distraherende og engasjerende på en rekke emosjonelle og kognitive mter (MacDonald, 2013). Csikszentmihalyi (1997) er kjent for begrepet om opplevelsen av å være i flyt («*flow*»). I en tilstand av flyt har du en følelse av å være fullstendig involvert og fokusert på det du gjør. Aktiviteten du gjør kan være utfordrende, men i en grad hvor du likevel håndterer det. I situasjonen har du en ikke-selvvrderende bevissthet, hvor flyten mellom handlinger følger en slags indre logikk. Øiestad skriver i sin bok om selv følelsen (2009)

at «flyterfaringer gir oss mestringsopplevelser, vi yter vårt aller beste, og vi finner oss selv ved å glemme oss selv, gjennom å hengi oss til en aktivitet.» (s. 109). Denne opplevelsen av å være i flyt kan oppnås gjennom ulike aktiviteter, for eksempel innenfor kunst, idrett, musikk, dans, eller i en terapisaamtale med en pasient. Øiestad skriver at flytmuligheter kan finnes overalt, også der du ikke trodde du skulle finne dem.

3.3 Fleksibilitet

Fleksibilitet fremheves som et viktig aspekt ved selvomsorg, til tross for begrenset forskning, som delvis kan forklares gjennom mangel på en klar definisjon av hva begrepet innebærer (Kashdan & Rottenberg, 2010). Fleksibilitet refererer til ulike dynamiske prosesser, inkludert terapeutens bruk av effektive mestringsstrategier og deres åpenhet og evne til å tilpasse og utvikle seg gjennom livsstress (Kashdan & Rottenberg, 2010). Å fremme holdninger og engasjere seg i tiltak som styrker sunn mestring og pågående utvikling kan anses som former for selvomsorg, ettersom de fremmer psykisk velvære og bidrar i forebygging av negative utfall (Posluns & Gall, 2019). I del 1 så vi på hvordan terapeutyrket kan være utfordrende. Mange av de krevende aspektene ved yrket er i tillegg utenfor terapeutens kontroll. Fleksibilitet er derfor viktig ved å lære oss å fokusere energien vår på områder vi kan ta hånd om og gi slipp på resten (Salzberg, 2014). Når vi bruker tid og fokuserer energien vår på områder vi har kontroll over, da særlig oss selv, kan jobbhverdagen bli mindre emosjonelt utrygg (Salzberg, 2014). Suksess defineres ikke ut fra pasientutfall, men av at terapeuter engasjerer seg i og mestrer de fire fasene i omsorgssyklusen (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016). Å være åpen for muligheter og omfavne tvetydigheten i arbeidet som noe positivt fremmer resiliens (Skovholt & Trotter-Mathison, 2013). En slik fleksibel, konstruktiv og åpen holdning til arbeidet fremmer såkalt *healing involvement* (Orlinsky & Rønnestad, 2013). Healing involvement er når terapeuten engasjerer seg personlig, genuint og bekræftende overfor pasienter, uttrykker høy grad av empatiske og interpersonlige ferdigheter, opplever «flyt» (Csikszentmihalyi, 1997) i terapisisituasjonen og benytter seg av konstruktive mestringsstrategier når vanskeligheter oppstår i arbeidet. Healing involvement ser ut til å samsvare med trivsel og karakteriseres som effektiv praksis (Orlinsky & Rønnestad, 2013). Ufleksible mestringsstrategier og perfeksjonistiske standarder kan ha negative konsekvenser. Kaeding et al. (2017) viste at psykologstudenter med rigide og perfeksjonistiske forventninger til egen prestasjon rapporterte å oppleve høyere grad av utbrenthet. Tilsvarende viste en studie fra Australia at perfeksjonisme kan relateres til utbrenthet, både direkte og

indirekte gjennom stress (D'Souza, Egan & Rees, 2011). Høy prestasjonsstandard kombinert med lav mestringstro er relatert til problematisk emosjonsregulering, nevrotisisme og høye kortisolnivåer (Richardson et al., 2014). Slike funn understreker betydningen av terapeutens fleksibilitet for å fremme resiliens og trivsel.

3.4 Kroppslig ivaretakelse

En viktig del av selvomsorg er å lytte til hva kroppen din trenger, og erfarne terapeuter setter det å opprettholde en sunn livsstil høyt opp på lista over viktige selvomsorgsstrategier (Thériault, Gazzola, Isenor & Pascal, 2015). Selvomsorgsstrategier som angår den fysiske kroppen vår dreier seg i stor grad rundt områdene søvn, hvile, seksualitet, fysisk aktivitet og kosthold (Nocross & VandenBos, 2018; Posluns & Gall, 2019). Terapeuthverdagen består for mange av stillesittende aktivitet. Samtidig holder både kognitive og emosjonelle aspekter ved arbeidet hodet og følelsene våre aktive. Forskning tyder på at fysisk trening på en svært effektiv måte kan motvirke de emosjonelt belastende delene av arbeidet (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016). Fysisk aktivitet har en positiv effekt på vår fysiske helse, samtidig som det ser ut til å fremme emosjonell velvære (Penedo & Dahn, 2005). Videre er det å ha et balansert forhold til mat og drikke en viktig del av selvomsorg for terapeuter, som for folk flest (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016). Selvmedfølelse, gjennom vennlighet rettet mot oss selv, er en nyttig holdning å ha med seg i møte med egen kropp. Ivaretakelse av det kroppslige handler ikke bare om å spise og trene «riktig». Det handler også om hvordan vi tenker om kroppen: hvorvidt tankene har en selvstraffende eller medfølende tone. Medfølende tanker kan innebære en dyp anerkjennelse av det «uperfekte», i tillegg til alt det fantastiske kroppen får til (Wicks, 2008).

I del 1 redegjorde vi for viktigheten av en bevissthet rundt de kroppslige konsekvensene av arbeidet som terapeut. For å unngå kronisk overaktivering som kan resultere i helseskader, fremheves et tydelig behov for å aktivere vårt parasympatiske nervesystem, gjennom å sette av tid til å hvile. Parasympatisk aktivering øker når vi sovner (Miglis, 2017). Tilstrekkelig søvn er, ifølge Norcross og VandenBos (2018), et tema som går igjen når de intervjuer mesterterapeuter om deres strategier for selvomsorg. En litteraturgjennomgang (Kahn, Sheppes & Sadeh, 2013) fant støtte for at søvntap har en negativ effekt på emosjonell prosessering, og at det eksisterer et kompleks og gjensidig samspill av påvirkning mellom søvn og emosjoner.

Som terapeut er kroppen vår mottaker gjennom vår empatisk lyttende og nærværende rolle. Stresset som samler seg gjennom praktiseringen av psykoterapi kan komme til syne gjennom muskelspenninger i ulike deler av kroppen (Norcross & VandenBos, 2018). Av den

grunn er det mange som finner det effektivt og givende å få massasje. En mesterterapeut som jevnlig fikk profesjonell massasje, fremhevet hvordan det hjalp med å komme i kontakt med egen kropp: «It also reverses the roles; I am in the position of receiving rather than giving the care.» (Norcross & VandenBos, 2018, s. 70). På samme måte som at jobben som terapeut kan virke inn på vår fysiske helse og velvære, kan det også virke inn på utøvelsen av psykoterapi dersom vi ikke har kontakt med egen kropp (Geller & Greenberg, 2012). Som vi har sett bruker vi kroppen og sansene som indikatorer for hvordan pasienten har det, gjennom empatisk innlevelse og tilstedeværelse.

3.5 Sosial støtte

Betydningsfulle relasjoner dukker opp i forskningen som en virkningsfull og populær metode for selvomsorg blant terapeuter. Terapeuter uttrykker stor takknemlighet for sosiale relasjoner (Norcross & VandenBos, 2018). Sosial støtte, både personlig og profesjonelt, er en svært viktig buffer mot opplevd stress, utbrenthet og medfølelsesutmattelse (Killian, 2008; Myers et al., 2012; Pines, 1983). Personlige relasjoner kan være en metode for å gjenvinne indre styrke til en ny runde i omsorgssyklusen, og for å fremme emosjonell balanse. Gode relasjoner vil hjelpe oss til å «hold the holding environment together» til fordel for våre pasienter og oss selv (Guy, 2000, s. 352). Nissen-Lie og kollegaer (2015) beskriver at de mest suksessfulle terapeutene hadde personlige liv med sterke positive tilknytninger og kjærlighet til seg selv. Ettersom mennesket har et iboende ønske om å bli «speilet» eller sett av andre, trenger vi relasjoner som kontinuerlig verdsetter oss for å ha et godt liv (Kohut, 1984). Relasjoner med nære familiemedlemmer, bestevenner og partnere er innebygd i individets selv. De påvirker og reflekterer våre personligheter, definerer hvem vi er, og er kilden til våre inderligste gleder og dypeste sorger (Orlinsky, 2012). Betydningen av å ha minst én nær og støttende personlig relasjon der en kan være så nær seg selv som mulig understrekes av flere (f.eks. Goldberg, 1991).

På jobben er kollegastøtte av stor betydning. Å dele perspektiver på behandlingsmetoder, diagnostiske spørsmål, etiske dilemmaer, og praktiske utfordringer kan være svært betryggende og oppmuntrende for terapeuter som ellers føler seg alene med utfordringene i arbeidet (Norcross & VandenBos, 2018). I tillegg kan det være en viktig kilde for debrief og utløp for følelser etter vanskelige terapitimer. Maslach (1976) fant at profesjonelle som aktivt uttrykker, analyserer og deler sine personlige følelser med kollegaer har lavere nivåer av utbrenthet. Veiledere er videre en betydningsfull kilde til profesjonell støtte. Erfarne terapeuter vurderer veiledning som en av

de mest betydningsfulle tilnærmingene til selvomsorg og for å mestre følelser av udugelighet (Thériault et al., 2015).

3.6 Spiritualitet

Spiritualitet kommer fra det latinske ordet *spiritus*, som betyr «pust/ånde» eller «ånd» (spiritus - skrifttegn, 2018). Spiritualitet, i ordets rette forstand, henviser dermed til noe som er livgivende og essensielt i menneskers overlevelse, slik pusten er. I Jennings og Skovholt (1999) sin studie av mesterterapeuter ble praktisering av spiritualitet trukket frem som en måte å fremme emosjonell velvære. Områder for selvomsorg knyttet til spiritualitet inkluderer åndelighet og tro, takknemlighet, natur, og meningsfylt arbeid (Posluns & Gall, 2019). Spiritualitet kan defineres som en søken etter det hellige i livet, men det er ikke av den grunn forbeholdt forestillinger om «høyere makter» eller det guddommelige (Pargament, 1999). Vi har tidligere sett hvordan rolig og dyp pust er knyttet til den kroppslige hvileresponsen. På samme måte som pusten er iboende i begrepet om spiritualitet, har de fleste større verdensreligionene innarbeidet elementer av pust og hvile i aktiviteter som bønn og andre ritualer (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016). Mange av deltagerne i en kvalitativ studie gjennomført av Harrison og Westwood (2009) beskrev at en viktig del av deres opplevelse av spiritualitet var å tilbringe tid i naturen. En deltager som likte å gå turer ved havet, forklarte hvordan dette ga en følelse av å være tilknyttet alt rundt seg: «It just reminds me that I am part of this web of life, I am one of the threads and my job is to do my part good enough.» (s. 209). Gjennom observasjon av bevegelsene i naturen, kan vi også lære noe om at hvile og gjenskapelse har sine tider, på samme måte som vekst og hastighet også har det (Binder, 2014).

Med tanke på alt det vonde vi som terapeuter konfronteres med på daglig basis, kan et aktivt religiøst eller spirituelt liv hjelpe oss til å forstå og finne mening (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016). En faktor som virker beskyttende mot vikarierende traumatisering hos terapeuter er evnen til å skape mening (Harrison & Westwood, 2009). Å ha en opplevelse av en større mening i livet kan hjelpe med å motvirke isolasjon og fortvilelse knyttet til arbeidet. Hva som oppleves som meningsfylt for den enkelte er et personlig spørsmål som får individuelle svar (Pearlman & Saakvitne, 1995). Som vi har vært inne på tidligere, kan noen oppleve at det å være terapeut er like mye et “kall i livet” som en jobb. En opplevelse av eget yrke som et kall, knytter hva personen *gjør* sammen med hvem personen *er* (Norcross & VandenBos, 2018). Dette kan bidra til økt tilfredshet og opplevelse av mening. Ved å se tilbake på hva som førte til yrkesvalget, kan terapeuter bringe nytt liv i opplevelsen av meningen og det større formålet ved

arbeidet. Terapeuter kan bevege seg mot økt velvære ved å ta til seg og vise takknemlighet overfor berikelsene og gledene ved arbeidet (Norcross & VandenBos, 2018).

3.7 Profesjonell utvikling

Selvomsorg for terapeuter handler både om å forebygge belastninger og å fremme trivsel. Stevanovic og Rupert (2004) spurte 286 psykologer om deres tilfredshet i yrket og ulike tilnærminger som kan fremme trivsel i jobben. Terapeutene som var mest fornøyd i yrket vurderte blant annet profesjonell utvikling som å ha større betydning, sammenlignet med terapeuter som var mindre tilfreds i jobben. Profesjonell utvikling viser seg å ha betydning for terapeutens resiliens ved å bidra til vitalitet, entusiasme og selvtillit i arbeidet. Profesjonell utvikling ser også ut til å kunne motvirke effekten av kjedsomhet i jobben, en faktor som predikerer yrkesrisiko (Kottler, 2014). Mesterterapeuter karakteriseres av en vedvarende nysgjerrighet og sterk vilje til å lære og utvikle seg (Jennings, Skovholt, Goh & Lian, 2013). En viktig egenskap som kan tenkes å ligge til grunn for denne åpenheten for å lære, er ydmykhet. Ydmykhet ser ut til å være viktig for arbeidsalliansen (Nissen Lie et al., 2010; 2013) og er et kjennetegn ved mesterterapeuter (Jennings, Skovholt, Goh & Lian, 2013). Nissen-Lie og kollegaer (2015) undersøkte hvordan sammenhengen mellom terapeuters «profesjonelle selv-tvil» og mer globale personlige selvbilder kan relateres til pasientutfall. Forskerne fant at terapeuter som rapporterte høyere grad av «profesjonell selv-tvil» så ut til å fremkalle større endring hos pasientene dersom de også hadde et tolerant og omsorgsfullt selvbilde knyttet til ens personlige selv. Det tentative budskapet fra studien er: 'Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist'. Slike funn kan tyde på verdien av å være beskjeden og respektfull overfor den komplekse rollen som terapeut, og samtidig vise selvmedfølelse. Å vise ydmykhet innebærer å anerkjenne at vi er i et yrke der vi uunngåelig kommer til å gjøre feil og innrømme det når det skjer. Ved å ikke la feiltagelser og motgang slå oss i bakken, kan de bli muligheter for læring, aksept, fleksibilitet og tålmodighet (Salzberg, 2014). Kontinuerlig selvrefleksjon er en forutsetning for optimal læring og profesjonell utvikling fra nybegynner- til seniorfasen (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016). Klinisk veiledning blir gjennomgående vurdert, av terapeuter på alle karrierenivå, som en av de tre mest betydningsfulle positive innflytelsene på deres profesjonelle utvikling (Rønnestad & Skovholt, 2013). To markører for profesjonell utvikling som baner vei mot ekspertise, er åpenhet for tilbakemelding uten å la seg avspore av det, og dype veiledningsrelasjoner (Jennings, Skovholt, Goh & Lian, 2013). Et stimulerende og

støttende jobbmiljø påvirker vår reflekterende evne og tilpasningsdyktigheten i møtet med utfordringer. Norcross (2000) anbefaler terapeuter å gi omsorg til arbeidsplassen sin og innrede kontoret sitt på en måte som øker trivsel.

3.8 Oppsummering: “Orkanens øye”

I denne delen har vi belyst sentrale kliniker- og forskningsbaserte tilnærminger til selvomsorg for terapeuter. Et viktig sted å starte for mange, er med en bevissthet rundt hva arbeidet inneholder, og en anerkjennelse av at det er normalt å ha reaksjoner i arbeidet som hjelper. Vi har presentert følgende brede tilnærminger til selvomsorg: bevissthet, inkludert mindfulness og selvmedfølelse, samt selvforståelse; balanse; fleksibilitet; kroppslig ivaretagelse; sosial støtte; spiritualitet; og profesjonell utvikling. Skovholt & Trotter-Mathisons (2016) modell for hva som skaper en resilient yrkesutøver, illustrerer sentrale selvomsorgsstrategier på en billedlig måte. I modellen de har foreslått, «The Eye of the Storm model of practitioner resiliency» (s. 185), lager de et bilde av «orkanens øye», hvor terapeuten sitter på en trebenet krakk. Det ene benet består av høy grad av vitalitet, det andre av ekspertise i omsorgssyklusen, og det tredje av en intens vilje til å lære og vokse. Mens orkanen, eller pasientens lidelse, herjer på utsiden, sitter terapeuten og pasienten sammen i tryggheten som råder inne i det stille øyet. Dette trygge stedet styres av profesjonelle etiske rammer. *Vitalitet*, det første benet på krakken, beskrives som å kjenne begeistring og meningsfullhet, med kraft til å leve og vokse. Vitalitet kan komme til syne både i det profesjonelle og det personlige, som vi har sett eksempler på i denne delen. Det er viktig å spørre seg selv om hva som er egne kilder til vitalitet. *Mestring av omsorgssyklusen*, som beskrevet tidligere i oppgaven, presenteres som det andre benet på resiliens-krakken. For å kunne ta vare på sitt eget selv på lang sikt, må terapeuten ha både generøsitet og selvomsorg. I denne sammenheng skriver Skovholt og Trotter-Mathison om begrepet *avgrenset generøsitet (boundaried generosity)*. Dersom man vil være i stand til å fortsette å gi på lang sikt, må man praktisere selvomsorg. God mestring av omsorgssyklusen innebærer å gjennomgå de fire fasene gang på gang med nye pasienter og med et høyt funksjonsnivå. Her understrekes det at terapeuten kun er ansvarlig for sin «side av regnestykket». Han eller hun håper på endring og bedring hos pasienten, men har ikke selv kontroll over om dette faktisk skjer. Selvmedfølelse og mindfulness, kan være hjelpsomme tilnærminger i denne sammenheng. Det tredje benet på krakken består av en *intens vilje til å lære og vokse*. Som vi har sett, er profesjonell utvikling en kilde til selvomsorg og trivsel i terapeutyrket.

Del 4 Diskusjon

I lys av det som er presentert trer betydningen av terapeutens selvomsorg tydelig frem. Terapeuten påvirkes i stor grad av møtet med pasienten samtidig som terapeutens personlige egenskaper, indre liv og erfaringer påvirker den terapeutiske relasjon. Disse aspektene ved profesjonsutøvelsen skaper et imperativ for at terapeuten tar vare på seg selv mens han tar vare på andre. Til tross for dette ser det ut til å være overraskende lite fokus på nettopp terapeutens reaksjoner og behovet for selvomsorg. Hva er årsaken til dette? En mulig årsak er, etter vår mening, at terapeutens sårbarhet ikke blir anerkjent, verken av terapeuten selv, av profesjonsutdannelsen eller av samfunnsorganiseringen av psykiske helsetjenester. At terapeuter anerkjenner behovet for og nødvendigheten av selvomsorg fremstår som fordelaktig på flere nivåer. Dette inkluderer for terapeuten selv, kollegafelleskap, pasienter, og i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Vi vil nå diskutere mulige barrierer og gevinster knyttet til selvomsorg, før vi til slutt diskuterer funnene i lys av yrkesetikken.

4.1 Barrierer mot selvomsorg

Ulike barrierer mot selvomsorg kan bidra til å tippe balansegangen mellom selv- og andreomsorg i retning av andreomsorg. Vi tror den største barrieren mot selvomsorg kan ligge i at vi ikke åpent anerkjenner terapeutens sårbarhet – grunnet tabu, stigmatisering, flinkhetsideal, profesjonelle «blinde flekker» og selvomsorgsparadokser. Isdal (2017) hevder at hjelpernes egne psykiske vansker eller reaksjoner har vært et stort tabu som i liten grad har blitt snakket, skrevet og undervist om i Norge. Denne tabuiseringen skriver han er paradoksalt ettersom psykologer burde være de første som forstår at, og på hvilken måte, mennesker blir påvirket i møtet med andre. Psykisk helsevern burde også være det området med størst aksept for psykiske belastninger. Sånn er det imidlertid ikke (Isdal, 2017). Tabuets største innvirkning på hjelperen er at hun må gå alene med det som er vanskelig. Isolasjon og ensomhet vil forsterke den negative effekten av belastninger.

Norcross og VandenBos (2018) skriver om det de ser på som selvomsorgsparadokser, inkludert «manglende tid til å slippe kniven», og at vi som terapeuter ikke selv benytter oss av det vi anbefaler til pasienter (s. 7, vår oversettelse). Til tross for det forfatterne beskriver som ubevisste fantasier om at våre kliniske evner vil beskytte oss fra stressreaksjoner og gjøre oss bedre i stand til å fremme endring i oss selv, har all forskningen deres vist at dette ikke er

tilfellet. I tråd med dette hevder Barnett (2008) at terapeuter kan ha følelsen av å være mindre sårbare for psykiske og emosjonelle helseproblemer på grunn av utdanningen og trening med en klinisk hverdag. Han mener dette kan skape en mulig «profesjonell blind flekk» i vurderingen av egen risiko for belastning.

Innenfor hjelpeyrker er det historisk en utbredt tro om at bare man er tøff nok og engasjert nok så tar man seg sammen og holder ut: Selvomsorg er for de svake (Lipsky & Burk, 2009). Vi lurer på om mange klinikere har internalisert en slik forestilling. Har psykologprofesjonen utviklet en aura av «usårbarhet» med høye standarder for mestring der vi tenker at personlige vansker tilsvarende udugelighet? Føler terapeuter på skam, svakhet og uegnethet når de tar med seg jobben hjem eller kjenner på vanskelige følelser? I så fall er det ikke rart om terapeuter vegrer seg for å be om hjelp. Ifølge Mathieu (2012) blir det å lide av medfølelsesutmattelse fortsatt stigmatisert - at en ikke er «tøff nok» til å håndtere jobben eller at ens reaksjoner skyldes mangel på selvomsorg eller ubalanse mellom jobben og livet utenfor. Å lide av medfølelsesutmattelse er derimot menneskelig, ikke et tegn på svakhet. Forskning viser til og med at hjelpere som blir mest påvirket av jobben er ofte individene med størst empati, motivasjon og engasjement (Mathieu, 2012). Terapeutidentiteten som innebærer å mestre alt og tåle alt kan tenkes å opprettholdes gjennom hvordan andre ser oss. Mange antar at fordi terapeuter jobber i psykisk helsevern er vi omnipotente, alltid sterke og har alltid rett (Wicks, 2008). Realiteten derimot er langt fra projeksjonene folk legger på oss. Vi er alle sårbare for visse stressorer, situasjoner og pasient/kollega-personlighetstyper.

Videre kan noe av barrieren mot selvomsorg ligge i terapeutens personlige motivasjon for å bli en helper. Mange som tiltrekkes yrket har en sterk utviklet medfølelse og et ønske om å hjelpe mennesker som lider (Nissen-Lie, 2014). De har en naturlig draging mot andres behov og et ønske om å stille opp (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016). Mange har en personlig historie der de har inntatt rollen som omsorgsgiveren, lytteren, eller fredsmegleren. De er ikke vant til å sette egne behov foran andres. Mange av oss tror kanskje, bevisst eller ubevisst, at vårt engasjement i arbeidet måles ved vår villighet til selvoppgivelse. For mange terapeuter er det å være en helper en integrert del av ens identitet. Skovholt & Trotter-Mathison (2016) skriver om helpere som oppgir ens selv for å tjene andre. En slik form for omsorg kan være svært tiltalende ved å unngå ens selv og egen utvikling, eksempelvis ved å unngå uløst sorg, sterk ambivalens eller store risikoer. Freudenberg (1980) påpeker at terapeuter kan være på ulike «reiser»: en selvoppfyllende egoreise; en selvhevdelses-egoreise, en selvoppgivende-hengivenhet-til-andre egoreise; eller en reise for å unngå ens personlig problemer.

Tabuiseringen av terapeutens sårbarhet reflekteres også i utdannelsen. Isdal (2017) skriver om hvordan universitetet hans ikke hadde forberedt ham noen ting på hvordan og hvorfor han ville komme til å bli påvirket av jobben som psykolog eller hvordan han kunne forebygge helserisikoene i yrket. Det han har hørt fra dagens psykologstudenter er at de i like liten grad som ham selv lærer om hvordan de kommer til å bli påvirket av jobben, og hva de kan gjøre med det (s. 32). Dette er i tråd med vår opplevelse av profesjonsutdannelsen. Vi hadde aldri hørt om begrepene medfølelsesutmattelse, vikarierende traumatisering og sekundærtraumatisering før vi startet å skrive denne oppgaven, selv om de er forskningsbaserte fenomener som vi vet rammer terapeuter. Risikoene i yrket og forebygging av disse er ikke en del av utdanningsplanen. Bør vi ikke forberedes på at vi kommer til å ta med jobben hjem samt lære gode måter å gjøre dette på? Forebygging av psykisk lidelse er for alvor kommet inn i utdanningsløpet til psykologer ved Universitetet i Oslo - burde ikke terapeuten selv inkluderes i denne trenden ved å ta på alvor forebygging av terapeutens helserisiko? Kan fravær av fokus på selvomsorg forsterke opplevelsen av at det ikke trengs? Flere norske studier rapporterer at psykologstudenter bekymrer seg minst for negative konsekvenser av terapiarbeidet for sitt eget dagligliv (Nielsen, Vøllestad, Schance & Nielsen 2009; Hansen, Svendsen & Hagen, 2010). Vi kan lure på om dette skyldes en naivitet eller uskyld hos studentene fordi de ikke er klar over belastningene i yrket. På den andre siden er det lite hensiktsmessig at nyutdannede opplever å få sitt genuine engasjement knust av kyniske og utbrente kollegaer (Isdal, 2017). Det må være en balanse mellom naivitet og kynisme. Mulige forklaringer på hvorfor det er så lite undervisning om terapeutens reaksjoner er at utdanningsstedene ikke har tro på denne «belastningspsykologien»; de har ikke kunnskapen selv; det eksisterer en stilltiende forakt for terapeutens egen svakhet, og dermed viderefører universitetet det tabuet som terapeutens egne vansker kanskje alltid har vært; eller mangel på tid, læreplanene er allerede fulle (Isdal, 2017). I dette perspektivet er det betenkelig at universitetene ikke forbereder kommende psykologer bedre, ettersom det til syvende og sist handler om å styrke evnen vår til å gjøre jobben med integritet og på en måte som er bærekraftig og etisk. Samtidig kan det tenkes at selvomsorgens betydning belyses indirekte i utdannelsen, for eksempel gjennom møter med rollemodeller for selvmedfølelse og undervisning i temaer som kan være utgangspunkt for å tenke rundt selvomsorg.

Isdal uttrykker bekymring for innholdet i undervisningstemaet «selvivaretaelse» som har dukket opp de siste årene på noen læresteder. Han er redd for at det bare blir enda en ting studentene skal være flinkere til. «Det vi kunne trenge å lære er at psykologer også er vanlige følende og sårbare mennesker» (2017, s. 226). Han skriver om det han erfarte som typiske

egenskaper blant kommende psykologer der han studerte. Han skriver særlig om et *flinkhetsideal* som stod høyt: «Flinkhet handlet om at vi ikke selv på noen måte skulle ha reaksjoner på eller vansker med det vi møtte. Flinkhet handlet egentlig om at vi ikke skulle ha følelser, bare mestring» (s. 29). Flinkhetsidealet og perfektjonisme står trolig høyt på de fleste universiteter som utdanner psykologer. Profesjonsutdannelsen i psykologi er blant de studiene i landet det er vanskeligst å komme inn på. Det innebærer at de som klarer opptakskravet er blant studentene med høyest karaktersnitt og dermed de «flinkeste». Dette kan bidra til å skape et miljø der studentene er vant til og ønsker å mestre, med lite rom for sårbarhet. Denne «flinkhetskulturen» kan videreføres inn i arbeidslivet der terapeuten ønsker å være en «superhjelper» som skal være skuddsikker mot pasientens lidelse og med høye krav til egen mestring. Å bli påvirket av jobben kan bringe følelser av skam og tanker om at man ikke egner seg til jobben, selv om reaksjonene er helt normale, som vi har sett.

Terapeuters yrkesutøvelse foregår ikke i et vakuum. De samfunnsmessige betingelsene terapeuter utøver sitt yrke innenfor setter visse rammer for utøvelsen av selvomsorg, som igjen kan virke tilbake på yrkesutøvelsen. Kan dagens organisering av offentlig psykisk helsevern anses som en barriere mot utøvelsen av selvomsorg? Vi stiller også spørsmålsteget ved om rammene for terapeuters yrkesutøvelse reflekterer en manglende anerkjennelse av mulige belastninger for terapeuten. En slik manglende anerkjennelse kan videre forstås som en manglende anerkjennelse av terapeutens viktige rolle i å fremme en god terapeutisk relasjon. De siste tiårene har vi sett store skift i hvordan den offentlige helsesektoren i Norge drives. New Public Management (NPM), innsatsstyrt finansiering (ISF), og nylig pakkeforløp setter i stor grad føringer for hvordan hverdagen ser ut for terapeuter som jobber i det offentlige. Generelt ser det ut til at utviklingen innenfor helsevesenet beveger seg mot en økning i antallet som behandles, at behandling skal gjennomføres på kortere tid, samt økt manualisering og styring av hjelpen som gis (Isdal, 2017). Utover det kliniske arbeidet preger økonomiske og juridiske tenkemåter de kravene som stilles til terapeuten (Skårderud, 2012). Disse ulike tenkemåtene baserer seg på ulike mål, og kan tenkes å komme i konflikt med hverandre. Ekeland, Stefansen & Steinstø (2011) referer til Lipskys (1980) begrep om “bakkebyråkraten” for å beskrive profesjonsutøveres dilemmafylte rolle i dag. Dette innebærer både å være en utøver av den politikken som pålegges ovenfra, og samtidig en hjelper i ansiktsnære relasjoner hvor man har betydelig innvirkning på pasientens liv. På bakgrunn av tilbakemeldinger fra psykologer om bekymringsfulle forhold i tjenestene, gjennomførte Norsk psykologforening i mai 2019 en kartlegging av medlemmer innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Psykologene ble spurt om hvordan de opplever muligheten til å gi god behandling, og de fikk

svar fra 2024 psykologer og psykologspesialister (60 % av alle som ble spurt). Ifølge resultatene opplyser mange av psykologene om at ikke alle pasienter får god nok utredning, god nok behandling for samsykkelighet, hyppig nok behandling til å være virksom, og at flere må avsluttes for tidlig (s. 1). I undersøkelsen ble medlemmene også bedt om å vurdere hvorvidt ulike betingelser, deriblant pakkeforløp, krav om lavere avslagsrate, og kontroll over egen arbeidshverdag, påvirket variablene nevnt ovenfor. Av de som opplevde manglende muligheter til å utføre god behandling, vurderte svært mange (60-80%) at disse forholdene påvirket på en negativ måte. Ifølge resultatene fra undersøkelsen fremlegger de i rapporten en hypotese om at summen av ulike krav er med på å skape det kartlagte bildet. Samlet skaper dette et bekymringsfullt bilde.

Hva gjør det med oss når vi selv vurderer at vi ikke kan gi god nok behandling til alle pasientene vi møter? Vi startet denne oppgaven med å se på hvor meningsfylt og berikende det kan oppleves å arbeide som terapeut. Her trakk vi frem blant annet hvordan mange finner det belønnende å utvikle en identitet som en betydningsfull og kompetent hjelper (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016). Undersøkelsen gjennomført av Norsk psykologforening (2019) dannet en hypotese om at summen av krav til de ansatte bidrar til det mange opplever som manglende muligheter til å utføre god behandling. Denne virkeligheten kan tenkes å komme i konflikt med den betydningsfulle og meningsskapende hjelper-identiteten. Dersom du opplever yrket som et «kall» i livet, kan skillet mellom hva du gjør og hvem du er være uklart. Selv om dette kan være en kilde til tilfredshet og opplevelse av mening (Norcross & VandenBos, 2018), har vi også sett at smerten kan være sterk når du ikke kan gi den hjelpen du ønsker (Todaro-Francheschi, 2013). Lipsky (2010), som skriver om profesjonsutøvere som bakkebyråkrater, beskriver også det han kaller «rationing of services» i arbeidet. Dette beskrives som det som skjer når det er en avstand mellom forventninger til hvordan du ideelt sett vil jobbe, og hvordan du må jobbe på grunn av gitte rammer. Når arbeidet ikke er helt hva du hadde forventet, omstiller du deg mentalt og redefinerer arbeidet for å håndtere motsigelsen. Økte krav til å bruke tid på annet enn faktisk terapeutisk virksomhet, for eksempel rapportering og registrering, kan oppleves som lite meningsfullt for terapeuter (Isdal, 2017). Nørmark og Jensen (2018) har skrevet en bok om hvordan mange yrker i dagens arbeidsmarked består av såkalt «pseudoarbeid». I vår sammenheng beskrives pseudoarbeid som tid brukt på unødvendige og meningsløse oppgaver bedriften har innført. I terapeuters arbeidsliv blir pseudoarbeidet noe som «plasserer seg som en mur av meningsløshet mellom dem og den meningsfulle og verdiskapende delen av jobben.» (s. 100). En økning av pseudoarbeid i terapeuters arbeidshverdag kan i dette perspektivet tenkes å

virke inn på trivsel og opplevelse av det meningsfulle ved arbeidet. En problemstilling som er blitt løftet frem av flere er hvordan disse rammene kan ha en negativ innvirkning på profesjonsutøveres kliniske autonomi (f.eks. Dimmen & Ødegård, 2012; Ekeland, 2004). Ekeland (2004) skriver om hvordan forholdet mellom samfunnet og en profesjon er bygget på et tillitsbasert fundament, hvor lojaliteten skal ligge hos pasienten og hvor relasjonen skal vernes fra interesser utenfra. Viktigheten av klinikerens profesjonelle autonomi er altså delvis basert på ivaretagelsen av pasienten. En utfordring her blir dermed hvordan vi som terapeuter kan verne pasienten mot ytre hensyn og inntrenging, når vi selv skal stå i en rolle som bakkebyråkrater. En form for kvalitetssikring er viktig i helseprofesjoner, samtidig som dette medfører et spørsmål om hva kvalitet egentlig er i ulike sammenhenger, og i hvilken grad man kan sikre noe gjennom tiltak (Ekeland et al., 2011). Ekeland og kolleger (2011) argumenterer for at et indirekte resultat av kvalitetssikring som innebærer «overvåkning» av praksis, kan bli et «inngrep» av praksisen de forsøker å kvalitetssikre. To kvalitative studier har undersøkt hvordan terapeuter i Barne- og ungdomspsykiatriske - (Ekeland et al., 2011) og voksenpsykiatriske (Dimmen & Ødegård, 2012) poliklinikker opplever grad av autonomi i relasjon til ytre rammer. I begge studiene opplevde informantene at deres kliniske autonomi var blitt innskrenket av ytre forhold, og satt under press fra delsystemer eller logikker som skiller seg fra den kliniske. Ekeland og kolleger (2011) hevder i sin studie at en innskrenkning i klinisk autonomi er en problematisk vei å gå, særlig med tanke på at psykoterapi forutsetter autonome subjekter.

Vi mener det er viktig å reflektere over hvorvidt en risiko ved dagens arbeidsrammer kan være at terapeuter må utvikle mestringsstrategier som kan være uheldige for dem selv og for pasientene. En mulig håndtering av smerten som følger det å ikke kunne gi god nok hjelp, kan tenkes å være en distansering til og underinvolvering i pasientens liv og lidelse. Psykologer som har uttalt seg kritisk i de senere års debatt rundt rammene for psykisk helsevern, har beskrevet det de opplever som en ressurskrise i spesialisthelsetjenesten (Sundet, 2019), økt objektivisering av og distansering til pasientene (Friberg, 2015), og et mer instrumentelt forhold til jobben (Liverød, 2019). Tidligere har vi redegjort for omsorgssyklusen, og hvordan terapeuten må finne en balansegang mellom «den myke siden» og «det harde skallet» i møte med pasienter (Skovholt, 2005). Det harde skallet kan virke beskyttende mot emosjonell smerte, og er en viktig del av å avslutte relasjonen. Samtidig åpner den ikke for at vi berøres og tar i bruk vår empatiske side. Å tilbringe større tid med det harde skallet på, tror vi kan bli en løsning for å takle diskrepansen mellom hjelpen man ønsker å gi, og mulighetene til å gi den hjelpen. Som vi har sett kan dette forhindre muligheten til å skape en god terapeutisk relasjon, da det forhindrer tilknytning og empati (Skovholt, 2005). I lys av forskning som slår fast pasientens opplevelse av

kvalitet på relasjonen som viktig for utfall av terapi (Norcross, 2002), er det bekymringsfullt dersom distansering til pasienter blir en måte å håndtere opplevelsen av å gi mangelfull hjelp. Blant psykologene i undersøkelsen til Norsk psykologforening (2019) rapporterte mange om at pasienter må avsluttes før de er ferdig behandlet. Hvordan oppleves dette for terapeutene? Vi har beskrevet hvordan tvetydige avslutninger kan være belastende for hjelpere, og svekke terapeutens vitalitet i etableringen av nye terapirelasjoner (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016). Basert på dette tror vi en nærliggende hypotese er at for tidlige avslutninger på samme måte kan bidra til mindre vitalitet. Vitalitet er, som vi har sett, viktig i arbeidet med å bli resiliente terapeuter. Resiliente terapeuter er bedre i stand til å håndtere belastningene de møter gjennom arbeidet, og har gode kilder til ny energi (Skovholt & Trotter-Mathison, 2013).

I lys av dagens samfunnsutvikling som gir terapeuter mindre rom for valgfrihet, kontroll og selvstendighet samt større press om dokumentasjon og papirarbeid, kan det være interessant å spørre seg om utbrenthet blir et økende problem blant terapeuter i årene som kommer. En økende mengde av arbeidsoppgaver som pålegges utover det kliniske, kan gjøre det vanskelig for terapeuten å ta seg tid til å kjenne etter på hvordan hun påvirkes av arbeidet, og evaluere om hun kan være i ferd med å utvikle medfølelsetretthet (Florio, 2010, ref. i Isdal, 2017). Som vi har vært inne på, viser forskningen at utbrenthet ofte kan være resultatet av en lengre prosess hvor man har kjent på blant annet følelser av maktesløshet, og at man ikke strekker til på grunn av for store arbeidsmengder (Maslach et al., 2001). Utbrenthet er den belastningslidelsen som er sterkest knyttet opp mot rammene man har for å utøve arbeidet man er satt til (Isdal, 2017). En opplevelse av hjelpeløshet og manglende muligheter til å påvirke egen situasjon kan økes av stor grad av kontroll utenfra. Innenfor dagens rammer skal ventelister ned, og flere skal behandles uten at dette har medført en tilsvarende økning i ressurser. Når det stilles krav til at hver enkelt terapeut skal møte og behandle flere pasienter, medfører dette større grad av eksponering for lidelse (Isdal, 2017). Rammene for arbeidet i dagens psykiske helsevern ser dermed ut til å skape et økt behov for selvomsorg, i et yrke hvor behovet allerede er stort.

Vi undrer oss ved om selvomsorg i dag kan komme til uttrykk på andre måter enn vi har beskrevet i oppgaven. Skårderud (2012) beskriver hvordan store mengder rapportering og dokumentasjon bidrar til at kompetente behandlere vandrer fra det offentlige til privatpraksis. Kan det tenkes at et slikt jobbskifte blir en form for selvomsorg, når terapeuten ikke lenger makter å jobbe innenfor de offentlige rammene? Dette skaper et nytt spørsmål, knyttet til om den individuelle innsatsen for å forebygge belastningslidelser og fremme trivsel strekker til. Politikere er opptatte av å utvikle gode offentlige helsetjenester for pasienter. For å bevege oss i

denne retningen tror vi det er viktig at politikerne anerkjenner belastningene i terapeutyrket, og hvordan selvomsorg - og rammer som kan bidra til en forsterkning av disse belastningene - virker inn på terapeuten, og dermed også på den hjelpen terapeuten er i stand til å yte.

4.2 Gevinster ved selvomsorg

Løgstrup skriver at «den enkelte har aldri med et annet menneskets liv å gjøre uten å holde noe av dette menneskets liv i sine hender» (1956, s. 37). Som terapeut er det avgjørende å huske på privilegiet og ansvaret dette innebærer. Selvomsorg hjelper oss å ha stødige hender for å kunne holde denne biten av menneskers liv uten selv å miste grepet; vi kan gjøre meningsfullt arbeid på en måte som fungerer for oss selv og for de vi skal hjelpe. For å ta vare på oss selv mens vi tar vare på andre er det essensielt å utvikle en dyp følelse av bevissthet. Vi vil slik fremme vårt potensial for å skape endring i et langtidsperspektiv, forsvarlig og med integritet. God selvomsorg innebærer forståelsen av at dersom vi skal kunne lindre smerte, må vi respondere på en bærekraftig og intensjonell måte, selv i de mest akutte menneskenære situasjoner. Kierkegaard (1994) har beskrevet sann hjelpekunst som å starte der pasienten er. Basert på denne undersøkelsen er vår oppfatning snarere at sann hjelpekunst begynner med at terapeuten tar vare på relasjonen gjennom ivaretagelse av egen subjektivitet. Å lykkes med å finne en annen der hvor han er forutsetter at terapeuten er klar over sitt eget utgangspunkt i sin egen tilstedeværelse. Relasjonens betydning i terapi er, som vi har sett, veletablert i forskningen. Det intersubjektive perspektivet på relasjonen forutsetter to subjekter. Det betyr at dersom terapeuten mister seg selv, vil den intersubjektive relasjonen falle sammen. En slik forståelse innebærer at terapeuten har et ansvar for å bære sin egen subjektivitet for at relasjonen skal bevares. Selvomsorg styrker vår subjektivitet slik at vi har et stødig subjekt å møte den andre med.

Å vise sårbarhet er en verdifull tilnærming til selvomsorg ettersom det handler om å anerkjenne terapeutens menneskelighet og slik også anerkjenne relasjonens betydning. Dersom en ikke anerkjenner det menneskelige hos terapeuten, kan en ikke fullt ut se mulighetene verken i seg selv eller hos andre. Iblant vil vi kjenne oss overveldet av trykket i den andres lidelse (Binder, 2014). Vi har tidligere i diskusjonen tatt opp en mulig beskyttelsesstrategi gjennom å distansere oss og ta på «det harde skallet». I noen situasjoner er et slikt indre selvforsvar en konstruktiv måte å selvregulere på. Derimot er det uheldig hvis vi ikke får kontakt med «den myke siden» vår etterpå. Binder (2014) skriver at «Gjør vi oss ufølsomme for andres lidelse, vil vi også gjøre oss ufølsomme for vår egen. Innkapslingen av følelser som gjør deg robust i den

akutte situasjonen, vil kunne gjøre deg mindre robust i det lange løp” (s.113). Han skriver videre at etter en akutt situasjon er det viktig “å slippe pusten til, sanse kroppen, kjenne smerten og ubehaget som har samlet seg der, og påminne deg om at dette er en rimelig menneskelig reaksjon. Hvordan trenger du da best mulig å utvise vennlighet overfor deg selv?» (s. 113). Ved å ta på «det harde skallet» vil vi beskytte oss selv mot vonde følelser, men det vil også føre til at vi i mindre grad klarer å kjenne på gode følelser. Det kan også gå utover pasienten, for eksempel ved at terapeuten vegrer seg for å stille barn spørsmål om traumatiske opplevelser for å beskytte seg selv mot vikarierende traumatisering (Hesse, 2002). Videre vil nummenhet gjøre det vanskelig å vite om vi gjør skade (Lipsky & Burk, 2009).

Terapeuten kan for mange pasienter bli en trygg base hvor de kan komme med sin innerste, dypeste smerte (Pistole & Watkins, 1995). Forutsetningen for at terapeuten skal kunne være en slik trygg base er at pasienten har tillit til terapeuten som en genuin person (Emde, 1990; Fonagy & Allison, 2014). Dette er i tråd med betydningen av terapeutens autenticitet for terapirelasjonen (Rogers, 1992). Rogers skriver at de andre kjernebetingelsene, empati og ubetinget positiv anerkjennelse, ikke kan ha den ønskede effekten uten autenticitet. Hva skjer da i terapien når terapeuten uttrykker flinkhet og at hun har det bra, hvis dette ikke er tilfellet? I tråd med dette refererer Nissen-Lie i sin artikkel (2012) til Balint (1968) som skriver i sin bok “The Basic Fault” at når terapeuten uttrykker for mye flinkhet kan pasienten føle seg som et lite skrøpelig barn ved siden av en altfor perfekt foreldrefigur. Vi stiller oss bak Nissen-Lie (2012) som skriver videre at “man kan tenke seg at pasienten har bedre av å delta i en mer gjensidig (dog ikke symmetrisk) relasjon med et ekte menneske som også har feil og mangler, for å tørre å åpne opp hele seg” (s. 26). Således vil det å ha kontakt med egen sårbarhet og usikkerhet som terapeut, og gi slipp på haget etter å være så dyktig, være et uttrykk for modenhet og noe som vil virke tillitsvekkende for pasienten.

Vi tror de profesjonelle og personlige barrierene mot selvomsorg kan bygges ned nettopp gjennom kraften av sårbarhet. Brené Brown har gjort et omfattende doktorgradsarbeid på skam, perfeksjonisme, sårbarhet, mot og verdifullhet. Hun skriver at sårbarhet – definert som usikkerhet, risiko og emosjonell blottstillelse (2016, s. 47) – er fødestedet til kjærlighet, tilhørighet, mot, empati og kreativitet. Det er kilden til håp, medfølelse, ansvar og autenticitet. Sårbarhet er å være modig. Å leve *helhjertet* forutsetter at vi tør å vedkjenne oss sårbarhet, skam og skyld, følelser som ofte blir undertrykt. Ekte fellesskap og nære relasjoner forutsetter at vi viser frem vår autentiske og ufullkomne side til verden. Vår følelse av tilhørighet blir derfor aldri større enn vår grad av selvaksept. Det er skammen – frykten for isolasjon, at vi ikke er verdt å

elske og ikke hører til (s. 107) – som knuser vår toleranse for sårbarhet. Skam får sin kraft gjennom stillhet, dom og hemmelighold, men motvirkes gjennom å gjenkjenne den, forstå hva som utløser den, vurdere innholdet i den, ta kontakt med andre for å søke empati og snakke om skammen. Psykiater Ranvik Jensen sier at for å våge å være åpen om det vi ikke får til i terapirommet, vår opplevelse av mislykkethet som hjelpere, må det skapes en kultur for at dette er et nødvendig gode for å utvikle oss som hjelpere (Dønnestad, 2015). Det må bli verdsatt at hjelpere er ærlige om sine egne begrensninger. Faglig fellesskap og gruppeveiledning hvor terapeuter kan utveksle og dele sine sårbarhetserfaringer vil fostre følelser av samhold i yrket der det er lov, akseptabelt og naturlig å kjenne på utfordringer, gjøre feil og be om hjelp. Å vise sårbarhet ved å være åpen om at vi preges av arbeidet er ikke svakhet, det er å vise mot, styrke og profesjonalitet. Isdal (2017) er opptatt av at tabuet om belastningskonsekvensene for hjelpere må brytes ved å tales i hjel. På den måten kan skam forandre seg til kollektiv sårbarhet som skaper fellesskap og tilhørighet (Huseby, 2015). Alternativet er isolasjon, ensomhet og utbrenthet.

De senere årene har det vært et økt politisk fokus på forbedring av tjenester for mennesker med psykiske lidelser i Norge. Nåværende helse- og omsorgsminister Bent Høie har lenge hatt som prosjekt å skape «Pasientens helsetjeneste» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Å skape pasientens helsetjeneste gjøres ved å også ta vare på de ansatte, blant annet ved å anerkjenne hvor belastende arbeidet kan være. Selvomsorg er viktig for at terapeuten skal klare å hente styrke til å være en trygg base i møte med pasienten. En bevisst selvomsorgspraksis er ikke bare en metode for å overleve i yrket, men bidrar til å skape resiliente og trygge terapeuter som trives og blomstrer i jobben (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016; Wise et al., 2012). I lys av belastningene jobben kan medføre er det et tydelig behov for tiltak. Ettersom det kan være utfordrende å behandle de negative effektene når de først har blitt kroniske (Van Dam, Keijsers, Eling & Becker, 2011), er det bedre å fokusere på forebygging. I dagens samfunnsøkonomiske situasjon er det allmenn politisk enighet om at forebygging er langt mindre kostbart enn alternativet. Selvomsorg anbefales som en forebyggende tilnærming av bedriftshelseforskere (Barnett et al. 2007), mesterterapeuter (Jennings & Skovholt, 1996) og støttes av forskning (Colman et al. 2016). Gjennom å pleie ulike områder av selvomsorg, som belyst i oppgaven, vil terapeuter kunne forebygge den nedadgående spiralen av stress, utbrenthet og profesjonell forringelse, og i stedet fremme en oppadgående spiral av trivsel og resiliens (Posluns & Gall, 2019). Selvomsorgens betydning handler til syvende og sist om at psykologer kan trives i jobben som terapeuter over tid, og at mennesker får hjelp for sine psykiske vansker.

4.3 Et gjensyn med yrkesetikken

Innledningsvis i denne oppgaven gjorde vi rede for selvomsorg som et etisk imperativ. Selvomsorg er en essensiell del av å fremme praksis som er i tråd med etiske retningslinjer (Barnett & Cooper, 2009), i vårt tilfelle de etiske prinsippene for nordiske psykologer (1998). I forbindelse med selvomsorg trakk vi frem de fagetiske prinsippene som går på kompetanse (II.2) og ansvar (II.3). I lys av vår diskusjon er det interessant å se nærmere på to underpunkter til disse prinsippene. Under kompetanse finner vi punktet «Begrensninger i rammebetingelsene». Her heter det at «Psykologen er oppmerksom på hvordan samfunnsmessige og arbeidsmessige betingelser kan fremme eller hemme hensiktsmessig bruk av hans/hennes kompetanse og metoder» (s. 4). Vi stiller spørsmålsteget ved om dagens rammer fremmer hensiktsmessig bruk av psykologers kompetanse. Under ansvar finner vi et punkt som tematiserer kontinuitet i tjenester, «Hvis psykologen har påtatt seg det profesjonelle ansvaret for et tiltak og påbegynt dette, treffer han/hun så vidt mulig en tilfredsstillende avtale med pasienten om tiltakets avslutning eller viderehenviser til annen kompetent person før ansvaret oppgis.» (s. 5). Med dagens krav til korte ventelister og fortløpende behandling kan det tenkes at dette prinsippet oppleves som utfordrende for psykologer å etterleve. I undersøkelsen gjennomført av Norsk psykologforening (2019) rapporterte mange psykologer om for tidlige avslutninger av behandling og manglende behandlingshyppighet for flere pasienter. Det kan medføre et etisk dilemma dersom psykologen mener at å gi god og forsvarlig behandling vil bety at du ikke følger de rammene som er pålagt deg å jobbe under. Dersom rammene psykologer arbeider innenfor begrenser deres muligheter til å handle i samsvar med de etiske prinsippene, bør dette være av bekymring. Lipsky (2010) sin forskning understreker det sterke behovet for arbeidsmiljøer som hjelper yrkesutøveren til å trives og til å gjøre en god jobb. Han fremholder videre at et arbeidsmiljø som ikke støtter sine ansatte, vil ha vansker med å fremme etisk arbeid. For at psykologer skal erkjenne at selvomsorg er en essensiell del av etisk fundert praksis, er det viktig med et apparat som erkjenner det. Norsk psykologforening har en kollegastøtteordning som har til hensikt å bistå medlemmer som i kraft av sitt virke opplever å være i en vanskelig situasjon (Norsk psykologforening, 2018). Dette fremstår som et tilbud som kan bidra til anerkjennelsen av yrket som belastende, og oss selv som feilbarlige. De etiske prinsippene er i stor grad rettet mot beskyttelse av pasienten. Basert på forskningen på belastninger og på terapeutens innvirkning på relasjonen, lurer vi på om prinsippene i større grad burde inkludere terapeuten selv, for å kunne gjøre en god jobb.

Konklusjon

Formålet med denne oppgaven har vært å løfte frem selvomsorg som en essensiell del av etisk profesjonell praksis for terapeuter. Yrkesutøvelsen kan virke inn på terapeuter på betydelige måter. Videre kan terapeutens personlige kvaliteter, indre opplevelser, og liv utenfor terapirommet virke inn på pasientopplevd arbeidsallianse. Samlet forutsetter dette at terapeuter tar en proaktiv og forebyggende holdning gjennom utøvelsen av selvomsorg. Sentrale tilnærminger til selvomsorg kan oppsummeres bredt med Skovholt og Trotter-Mathisons (2016) «Orkanens øye»-modell, bestående av terapeutens vitalitet, mestring av omsorgssyklusen, og en intens vilje til å lære og vokse.

Forskningsfeltet på selvomsorg hos terapeuter, og hos psykologer mer spesifikt, er fremdeles begrenset, og det er behov for mer forskning. I en tid hvor rammene for terapeuters arbeid i offentlige helsetjenester er i endring, vil vi oppfordre til forskning som ser nærmere på hvordan disse kan virke inn på terapeutenes opplevelse av både berikelser og belastninger.

Forskning på terapeutens betydning for terapiutfall impliserer et større fokus på terapeutens reaksjoner og tilsvarende behov for selvomsorg, enn det som – etter vår mening - reflekteres i terapeutkulturer, profesjonsutdannelsen i psykologi, eller organiseringen av psykiske helsetjenester. En manglende anerkjennelse av terapeuters sårbarhet kan være en mulig forklaring på denne diskrepansen. Selvomsorg for terapeuter handler om å være i stand til å hjelpe pasienter over tid, både gjennom å fremme trivsel og forebygge belastningslidelser. På bakgrunn av vår undersøkelse vil vi slutte oss til synet på selvomsorg som et etisk imperativ for terapeuter. Mulige implikasjoner av dette er at selvomsorg bør tematiseres i større grad, både på terapeutnivå, i profesjonsutdannelsen, og direkte i de fagetiske prinsippene som veileder yrkesutøvelsen vår.

Balansegangen mellom selvomsorg og andre-omsorg i hjelperyrkene har blitt sammenlignet med en dumphuske (Skovholt & Trotter-Mathison, 2013). På den ene siden har vi energien terapeuten legger inn i arbeidet med pasienten, og på den andre har vi terapeutens egne behov, håp, og drømmer. Disse inngår i en bevegelig balanse, da dumphusken sjelden står perfekt balansert på midten. På samme måte som at vi jobber mot å være “gode nok terapeuter”, kan det være hensiktsmessig å jobbe mot å være “gode nok” på selvomsorg, og å akseptere at dette vil variere i perioder. I stedet for å snakke oss ned hvis vi har satt av lite tid til oss selv en periode, kan vi prøve å komme oss selv i møte med en vennlig omtanke.

Litteraturliste

- Ackerley, G. D., Burnell, J., Holder, D. C., & Kurdek, L. A. (1988). Burnout among licensed psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 19*(6), 624-631. doi:10.1037/0735-7028.19.6.624
- Ainsworth, M. S. (1979). Infant–mother attachment. *American Psychologist, 34*(10), 932–937. doi:10.1037/0003-066x.34.10.932
- Alexander, F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy*. New York: Ronald Press.
- Alnes, J. H. (2019). techne. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/techne>
- American Psychological Association. (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct. Hentet fra <http://apa.org/ethics/code>
- Anderson, T., Ogles, B., Patterson, C., Lambert, M., & Vermeersch, D. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology, 65*(7), 755-768. doi:10.1002/jclp.20583
- Baker, E. K. (2003). *Caring for ourselves: A therapist's guide to personal and professional well-being*. Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10482-000
- Baldwin, S., Wampold, B., & Imel, Z. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(6), 842-852. doi:10.1037/0022-006x.75.6.842
- Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: findings and methods. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (s. 258-397). New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Bang, S. (2013). *Rørt, rammet og rystet: Faglig vekst gjennom veiledning*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Barnett, J. E. (2008). Impaired professionals: Distress, professional impairment, self-care and psychological wellness. I M. Herson & A. M. Gross (Red.), *Handbook of clinical psychology* (Vol. 1, s. 857-884). New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Barnett, J. E., Baker, E. K., Elman, N. S., & Schoener, G. R. (2007). In pursuit of wellness: The self-care imperative. *Professional Psychology: Research and Practice, 38*(6), 603-612. doi:10.1037/0735-7028.38.6.603
- Barnett, J. E., & Cooper, N. (2009). Creating a culture of self-care. *Clinical Psychology: Science and Practice, 16*(1). doi:10.1111/j.1468-2850.2009.01138.x
- Barrett-Lennard, G. T. (1997). The recovery of empathy - Toward others and self. I A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Red.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (103-121). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10226-004
- Bibeau, M., Dionne, F., & Leblanc, J. (2016). Can compassion meditation contribute to the development of psychotherapists' empathy? A review. *Mindfulness, 7*(1), 255-263. doi:10.1007/s12671-015-0439-y
- Batson, C. D., Sager, K., Garst, E., Kang, M., Rubchinsky, K., & Dawson, K. (1997). Is empathy-induced helping due to self–other merging? *Journal of Personality and Social Psychology, 73*(3), 495-509. doi:10.1037/0022-3514.73.3.495
- Berge, T. (2005). Sekundær traumatisering, vikarierende traumatisering og omsorgstretthet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 42*(2), 125-127. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2005/02/sekundaer-traumatisering-vikarierende-traumatisering-og-omsorgstretthet>

- Bernhardt, I. S., Nissen-Lie, H., Moltu, C., McLeod, J., & Råbu, M (2019). "It's both a strength and a drawback." How therapists' personal qualities are experienced in their professional work. *Psychotherapy Research*, 29(7), 959-970. doi:10.1080/10503307.2018.1490972
- Bettney, L. (2017). Reflecting on self-care practices during clinical psychology training and beyond. *Reflective Practice*, 18(3), 369-380. doi:10.1080/14623943.2017.1294532
- Bibeau, M., Dionne, F., & Leblanc, J. (2016). Can compassion meditation contribute to the development of psychotherapists' empathy? A review. *Mindfulness* 7(1), 255-263. doi:10.1007/s12671-015-0439-y
- Binder, P-E. (2014). *Den som vil godt: Om medfølelsens psykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Buck, R. (1980). Nonverbal behavior and the theory of emotion: The facial feedback hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(5), 811-824. doi:10.1037/0022-3514.38.5.811
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260. doi:10.1037/h0085885
- Bowlby, J. (1969). *Attachment*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York, NY: Basic Books.
- Brown, B. (2016). *Uperfekt: våg å vise hvem du er*. (B. Windt-Val, Overs.). Oslo: Cappelen Damm.
- Canadian Psychological Association. (2017). Canadian code of ethics for psychologists (4. utg.). Hentet fra <https://cpa.ca/aboutcpa/committees/ethics/codeofethics/>
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Goldfried, M. R., & Hill, C. E. (2010). Training implications of harmful effects of psychological treatments. *American Psychologist*, 65(1), 34-49. doi:10.1037/a0017330
- Chartrand, T. L., & Bargh, J. A. (1999). The chameleon effect: The perception-behavior link and social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(6), 893-910. doi:10.1037/0022-3514.76.6.893
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-Based Stress Reduction for stress management in healthy people: A review and meta-analysis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(5), 593-600. doi:10.1089/acm.2008.0495
- Colman, D., Echon, R., Lemay, M., McDonald, J., Smith, K., Spencer, J., & Swift, J. (2016). The efficacy of self-care for graduate students in professional psychology: A meta-analysis. *Training and Education in Professional Psychology*, 10(4), 188-197. doi:10.1037/tep0000130
- Colosimo, K. A., & Pos, A. E. (2015). A rational model of expressed therapeutic presence. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25(2), 100-114. doi:10.1037/a0038879
- Cozolino, L. (2004). *The making of a therapist: A practical guide for the inner journey*. New York, NY: W.W. Norton.
- Csikszentmihalyi, M. (1997). *The masterminds series. Finding flow: The psychology of engagement with everyday life*. New York, NY: Basic Books.
- Csikszentmihalyi, M. (2001). Preface. I K. Sheldon, & P. Schmuck (Red.), *Life goals and well-being: Towards a positive psychology of human striving*. Seattle, WA: Hogrefe & Huber.
- Darwin, C. R. (1872). *The Expression of the Emotions in Man and Animals*. London: Murray.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J. F., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S., . . . Sheridan, J. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-570. doi:10.1097/01.psy.0000077505.67574.e3
- De Vignemont, F., & Singer, T. (2006). The empathic brain: How, when and why? *Trends in Cognitive Sciences*, 10(10), 435-441. doi:10.1016/j.tics.2006.08.008

- Dimmen, Ø., & Ødegård, A. (2012). Du må vite hvordan kassaapparatet virker: En kvalitativ studie om endringer i et poliklinisk tjenestetilbud innenfor psykisk helse for voksne. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(11), 1061-1066. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2012/11/du-ma-vite-hvordan-kassaapparatet-virker-en-kvalitativ-studie-om-endringer-i-et>
- di Pellegrino, G., Fadiga, L., Fogassi, L., Gallese, V., & Rizzolatti, G. (1992). Understanding motor events: A neurophysiological study. *Experimental Brain Research*, 91(1), 176-180. doi:10.1007/bf00230027
- Dorociak, K. E., Rupert, P. A., Bryant, F. B., & Zahniser, E. (2017). Development of a self-care assessment for psychologists. *Journal of Counseling Psychology*, 64(3), 325-334. doi:10.1037/cou0000206
- Dowling, T. (2018). Compassion does not fatigue! *Canadian Veterinary Journal*, 59(7), 749-750. Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6005077/>
- D'Souza, F., Egan, S., & Rees, C. (2011). The relationship between perfectionism, stress and burnout in clinical psychologists. *Behaviour Change*, 28(1), 17-27. Hentet fra <https://www.cambridge-org.ezproxy.uio.no/core/journals/behaviour-change/article/relationship-between-perfectionism-stress-and-burnout-in-clinical-psychologists/46E3EE385FC009C78D6FF5C5AD02D71E>
- Dreison, K. C., Luther, L., Bonfils, K. A., Sliter, M. T., McGrew, J. H., & Salyers, M. P. (2018). Job burnout in mental health providers: A meta-analysis of 35 years of intervention research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 23(1), 18-30. doi:10.1037/ocp0000047
- Dunkle, J., & Friedlander, M. (1996). Contribution of therapist experience and personal characteristics to the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 43(4), 456-460. doi:10.1037/0022-0167.43.4.456
- Dønnestad, E. (2015, 21. januar). Hjelper - kjenn deg selv. *RVTS Sør*. Hentet fra: <https://rvtssor.no/aktuelt/102/hjelper-kjenn-deg-selv/>
- Edwards, D., Hannigan, B., Fothergill, A., & Burdard, P. (2002). Stress-management for mental health professionals: A review of effective techniques. *Stress & Health*, 18(5), 203-215. doi:10.1002/smi.947
- Ekeland, T.-J. (2004). *Autonomi og evidensbasert praksis* (Arbeidsnotat nr. 6/2014). Senter for profesjonsstudier, Høgskolen i Oslo. Hentet fra http://stiftelsen-hvasser.no/documents/Autonomi_Evidensbasert_Tor_Johan_Ekeland.pdf
- Ekeland, T.-J., Stefansen, J., & Steinthø, N.-O. (2011). Klinisk autonomi i evidensens tid - Styringspolitiske utfordringer for klinisk praksis. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 14(1), 2-14. Hentet fra https://www.researchgate.net/publication/274383260_Klinisk_autonomi_i_evidensens_tid_Styringspolitiske_utfordringer_for_klinisk_praksis_Tor-Johan_Ekeland_Jon_Stefansen_og_Nils-Olaf_Steinsto
- Ekman, P. (1973). Cross-cultural studies of facial expressions. I P. Ekman (Red.), *Darwin and facial expression: A century of research review*, (s. 162-222). New York, NY: Academic Press.
- Elkind, S. (1992). *Resolving impasses in therapeutic relationships*. New York: Guilford.
- Elliott, R., Bohart, A., Watson, J., & Greenberg, L. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43-49. doi:10.1037/a0022187
- Elliott, D., Guy, J., & Delworth, U. (1993). Mental health professionals versus non-mental-health professionals: Childhood trauma and adult functioning. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(1), 83-90. doi:10.1037/0735-7028.24.1.83

- Emde, R. (1990) Mobilizing fundamental modes of development: Empathic availability and therapeutic action. *Journal of the american psychoanalytic association*, 38(4), 881-913.
- Eriksson, T., Germundsjö, L., Åström, E., & Rönnlund, M. (2018). Mindful self-compassion training reduces stress and burnout symptoms among practicing psychologists: A randomized controlled trial of a brief web-based intervention. *Frontiers in Psychology*, 9, 2340. doi:10.3389/fpsyg.2018.02340
- Evangelista, L. S., & Shinnick, M. A. (2008). What do we know about adherence and self-care? *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(3), 250-257. doi:10.1097/01.jcn.0000317428.98844.4d
- Farber, B. (1990). Burnout in psychotherapists: Incidence, types, and trends. *Psychotherapy in Private Practice*, 8(1), 35-44. doi:10.1300/j294v08n01_07
- Farber, B. A., & Heifetz, L. J. (1982). The process and dimensions of burnout in psychotherapists. *Professional Psychology*, 13(2), 293-301. doi:10.1037/0735-7028.13.2.293
- Ferrari, P. F., & Coudé, G. (2018). Mirror neurons, embodied emotions, and empathy. I M, Ksenia, K. Ewelina (Red.), *Neuronal correlates of empathy: From rodent to human* (s. 67-77). San Diego, CA: Elsevier Academic Press. doi:10.1016/b978-0-12-805397-3.00006-1
- Figley, C. R. (1995). *Compassion Fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group
- Figley, C. R. & Figley, K. R. (2017). Compassion fatigue resilience. I E. M. Seppälä, E. Simon-Thomas, S. L. Brown, M. C. Worline, C. D. Cameron, & J. R. Doty. (Red.), *The Oxford handbook of compassion science*. (s. 387-399). New York, NY: Oxford University Press.
- Finzi, E., & Rosenthal, N. E. (2014). Treatment of depression with onabotulinumtoxinA: A randomized, double-blind, placebo controlled trial. *Journal of Psychiatric Research*, 52(1), 1-6. doi:10.1016/j.jpsychires.2013.11.006
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The Role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372-380. doi:10.1037/a0036505
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679-700. Hentet fra <https://www.cambridge.org/core/journals/development-and-psychopathology/article/attachment-and-reflective-function-their-role-in-selforganization/FEC1E2D572C1B3E4A96D2EBA08397562>
- Foucault, M. (1988). *Technologies of the self. A seminar with Michel Foucault*. Amherst, MA: The University of Massachusetts Press.
- Freud, S. (1910). The future prospects of psycho-analytic therapy. I J. Strachey (Red. & Overs.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 11, s. 139-152). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1933). Fragment of an analysis of a case of hysteria. I E. Jones (Red.), *Collected papers of Sigmund Freud* (Vol. 3). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1937). Analysis terminable and interminable. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 18, 373. Hentet fra <https://search-proquest-com.ezproxy.uio.no/docview/1298175711?accountid=14699>
- Freudenberger, H. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165. doi:10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.
- Friberg, J. H. (2015). New Public Management og helseprofesjonenes ansvar. *Matrix. Nordisk tidsskrift for psykoterapi* 32(2), 69-79. Hentet fra https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2008112404126?page=103&searchText=

- Friedman, K. (2017). Counselor Self-care and Mindfulness. *Contemporary Buddhism*, 18(2), 321-330. doi: 10.1080/14639947.2017.1373437
- Fulton, P. R. (2013). Mindfulness as clinical Training. I C. K. Germer, R. D. Siegel & P. R. Fulton (Red.), *Mindfulness and psychotherapy* (2. utg., s. 59-75). New York, NY: The Guilford Press.
- Fussell, F. W., & Bonney, W. C. (1990). A comparative study of childhood experiences of psychotherapists and physicists: Implications for clinical practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(4), 505-512. doi:10.1037/0033-3204.27.4.505
- Gabbard, G. (2001). A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *Journal of Clinical Psychology*, 57(8), 983-991. doi:10.1002/jclp.1065
- Geller, S. M. (2017). *A practical guide to cultivating therapeutic presence*. Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/0000025-000
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2012). *Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy*. Washington DC: American Psychological Association. doi:10.1037/13485-000
- Gelso, C., & Hayes, J. (1998). *The psychotherapy relationship: Theory, research, and practice*. New York; NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Gelso, C., Hill, C., Mohr, J., Rochlen, A., & Zack, J. (1999). Describing the Face of Transference: Psychodynamic Therapists' Recollections About Transference in Cases of Successful Long-Term Therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 46(2), 257-267. doi:10.1037/0022-0167.46.2.257
- Gelso, C. J., Latts, M. G., Gomez, M. J., & Fassinger, R. E. (2002). Countertransference management and therapy outcome: An initial evaluation. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 861-867. doi:10.1002/jclp.2010
- Gelso, C., & Perez-Rojas, A. (2017). Inner experience and the good therapist. I L. G. Castonguay & C. E. Hill (Red.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (s. 101-115). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/0000034-007
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. London: Routledge.
- Goldberg, C. (1991). *On being a psychotherapist*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Goleman, D. & Davidson, R. J. (2017). Altered traits. Science reveals how meditation changes your mind, brain, and body. New York, NY:
- Gullestad, S. E. (2018). Talende taushet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(6), 458-466. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2018/06/talende-taushet?redirected=1>
- Gullestad, S., & Killingmo, B. (2013). *Underteksten: Psykoanalytisk terapi i praksis* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Guy, J. (1987). *The personal life of the psychotherapist*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Hansen, B. R. (2000). Psykoterapi som utviklingsprosess: Sentrale bidrag fra to utviklingspsykologiske kunnskapsfelt. I A. Holte, M. H. Rønnestad & G. H. Nielsen (Red.), *Psykoterapi og psykoterapiveiledning: Teori, empiri, praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Hentet fra https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2008112404126?page=103&searchText=
- Hansen, T. I., Svendsen, B. & Hagen, R. (2010). Studentterapeuters bekymringer og opplevelse av profesjonsstudiet. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 47(6), 505-510. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2010/06/studentterapeuters-bekymringer-og-opplevelse-av-profesjonsstudiet>

- Harrison, R. L., & Westwood, M. J. (2009). Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: Identifying protective practices. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 46*(2), 203-219. doi:10.1037/a0016081
- Hatfield, E., Cacioppo, J., & Rapson, R. (1994). *Emotional contagion*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Hayes, J., Riker, J., & Ingram, K. (1997). Countertransference Behavior and Management in Brief Counseling: A Field Study. *Psychotherapy Research, 7*(2), 145-153. doi:10.1080/10503309712331331933
- Hayes, J. (2004). The inner world of the psychotherapist: A program of research on countertransference. *Psychotherapy Research, 14*(1), 21-36. doi: 10.1093/ptr/kph002
- Hayes, J., Gelso, C., & Hummel, A. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy, 48*(1), 88-97. doi: 10.1037/a0022182
- Hayes, J. A., & Vinca, M. (2017). Therapist presence, absence, and extraordinary presence. I L. G. Castonguay & C. E. Hill (Red.), *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects* (s. 85-99). Washington, DC: American Psychological Association.
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *The International Journal of Psycho-Analysis, 31*, 81-84. Hentet fra https://search-proquest-com.ezproxy.uio.no/docview/1298188273?rfr_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo
- Helseth, S. (2014). *Pasientens helsetjeneste* (Nr:1/2014). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/pasientens-helsetjeneste/id748854/>
- Hennenlotter, A., Dresel, C., Castrop, F., Ceballos-Baumann, A., Wohlschläger, A., & Haslinger, B. (2009). The link between facial feedback and neural activity within central circuitries of emotion - New insights from botulinum toxin-induced denervation of frown muscles. *Cerebral Cortex, 19*(3), 537-542. doi:10.1093/cercor/bhn104
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*(6), 768-774. doi:10.1037/0022-006X.58.6.768
- Hersoug, A., Høglend, P., Havik, O., Von der Lippe, A., & Monsen, J. (2009). Therapist characteristics influencing the quality of alliance in long-term psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 16*(2), 100-110. doi:10.1002/cpp.605
- Hesse, A. (2002). Secondary trauma: How working with trauma survivors affects therapists. *Clinical Social Work Journal, 30*(3), 293-309. doi:10.1023/A:1016049632545
- Hoffman, M. (1981). Is altruism part of human nature? *Journal of Personality and Social Psychology, 40*(1), 121-137. doi:10.1037/0022-3514.40.1.121
- Hofmann, S., Sawyer, A., Witt, A., & Oh, D. (2010). The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 169-183. doi:10.1037/a0018555
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Evans, K. C., Hoge, E. A., Dusek, J. A., Morgan, L., . . . Lazar, S. W. (2010). Stress reduction correlates with structural changes in the amygdala. *Social Cognitive and Affective Neuroscience, 5*(1), 11-17. doi:10.1093/scan/nsp034
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, M., Gard, T., & Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging, 191*(1), 36-43. doi:10.1016/j.pscychresns.2010.08.006
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 139-149. doi:10.1037/0022-0167.38.2.139

- Horvath, A., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*, 9–16.
<http://dx.doi.org.ezproxy.uio.no/10.1037/a0022186>
- Hycner, R., & Jacobs, L. (1995). *The Healing Relationship In Gestalt Therapy. A dialogic/self psychology approach*. New York, NY: The Gestalt Journal Press.
- Isdal, P. (2017). *Smittet av vold: Om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelpeyrkene*. Bergen: Fagbokforlag.
- James, W. (1884). What is an Emotion? *Mind, 9*(34), 188-205. Hentet fra
https://www.jstor.org/stable/2246769?seq=3#metadata_info_tab_contents
- Jansen, J. (2018, 2. november). Limbiske system. *I Store medisinske leksikon*. Hentet 7. august 2019 fra https://sml.snl.no/limbiske_system
- Jansen, J. & Glover, J. (2019, 9. mai). Det autonome nervesystemet. *I Store medisinske leksikon*. Hentet 12. oktober 2019 fra https://sml.snl.no/det_autonome_nervesystemet
- Jennings, L., & Skovholt, T. (1999). The cognitive, emotional, and relational characteristics of master therapists. *Journal of Counseling Psychology, 46*(1), 3-11. doi:10.1037/0022-0167.46.1.3
- Jennings, L., Skovholt, T. M., Goh, M., Lian, F. (2013) Master therapists: Exploration of expertise. I M. H. Rønnestad & T. M. Skovholt (Red.), *The developing practitioner: Growth and stagnation of therapists and counselors*. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group
- Johns, R. G., Barkham, M., Kellett, S. & Saxon, D. (2018). A systematic review of therapist effects: A critical narrative update and refinement to review. *Clinical Psychology Review, 67*, 78-93. doi:10.1016/j.cpr.2018.08.004
- Johnson, J., Hall, L. H., Berzins, K., Baker, J., Melling, K., & Thompson, C. (2018). Mental healthcare staff well-being and burnout: A narrative review of trends, causes, implications, and recommendations for future interventions. *International Journal of Mental Health Nursing, 27*(1), 20-32. doi:10.1111/inm.12416
- Jung, C. G. (1951). Fundamental questions of psychotherapy. I H. Read, M. Fordham, G. Adler & W. McGuire (Red.), *The collected works of C. G. Jung*, (Vol. 16). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 144-156. doi:10.1093/clipsy/bpg016
- Kabat-Zinn, J. (2015). *Livets katastrofer: Bruk kroppens og sinnets visdom til å håndtere stress, smerter og sykdom*. Oslo: Cappelen Damm.
- Kaeding, A., Sougleris, C., Reid, C., Vreeswijk, M. F., Hayes, C., Dorrian, J., & Simpson, S. (2017). Professional burnout, early maladaptive schemas, and physical health in clinical and counselling psychology trainees. *Journal of Clinical Psychology 73*(12), 1782-796. doi:10.1002/jclp.22485
- Kahn, M. Sheppes, G., & Sadeh, A. (2013). Sleep and emotions: Bidirectional links and underlying mechanisms. *International Journal of Psychophysiology, 89*(2), 218-228. doi:10.1016/j.ijpsycho.2013.05.010
- Kariagina, T. D. (2017). Where empathy in psychotherapy originated: C. Rogers, his psychoanalytic predecessors and followers. *Journal of Russian & East European Psychology, 54*(6), 498-526. doi:10.1080/10610405.2017.1448183
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review, 30*(7), 865-878. doi:10.1016/j.cpr.2010.03.001
- Kerr, M., & Bowen, M. (1988). *Family evaluation: An approach based on Bowen theory*. New York, NY: Norton.

- Kierkegaard, S. (1994). Synspunktet for min forfatter-virksomhed. I A. B. Drachmann, J. L. Heiberg, & H. O. Lange (Red.), *Søren Kierkegaard: Samlede Værker* (Vol 18 & 19, s. 81-143). København: Gyldendal.
- Kissil, K., & Niño, A. (2017). Does the Person-of-the-Therapist Training (POTT) promote self-care? Personal gains of MFT trainees following POTT: A retrospective thematic analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(3), 526-536. doi:10.1111/jmft.12213
- Klimecki, O., Leiberg, S., Ricard, M., & Singer, T. (2014). Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(6), 873-879. doi:10.1093/scan/nst060
- Klimecki, O., Singer, T. (2017). The compassionate brain. I E. Seppälä., E. Simon-Thomas., S. Brown., M. Worline., C. Cameron., J. Doty., . . . Singer, T. (Red.), *The Oxford Handbook of Compassion Science* (s. 109-120). New York, NY: Oxford University Press.
- Knapp, S., Gottlieb, M. C., & Handelsman, M. M. (2017). Enhancing professionalism through self-reflection. *Professional Psychology: Research and Practice*, 48(3), 167-174. doi:10.1037/pro0000135
- Kohler, E., Keysers, C., Umiltà, M., Fogassi, L., Gallese, V., & Rizzolatti, G. (2002). Hearing sounds, understanding actions: Action representation in mirror neurons. *Science* 297, 846-848. Hentet fra https://www-jstor-org.ezproxy.uio.no/stable/3832000?seq=1#metadata_info_tab_contents
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York, NY: International Universities Press.
- Kohut, H., & Wolf, E. (1978). The disorders of the self and their treatment: An outline. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 59, 413-425. Hentet fra https://search-proquest-com.ezproxy.uio.no/docview/1298190452?rfr_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo
- Kolden, G., Klein, M., Wang, C., & Austin, S. (2011). Congruence/genuineness. *Psychotherapy*, 48(1), 65-71. doi:10.1037/a0022064
- Kornfield, J. (1994). *Buddha's Little Instruction Book*. Chicago, IL: Bentam.
- Kornfield, J. (2000). *After the ecstasy, the laundry: How the heart grows wise on the spiritual path*. London: Rider.
- Kottler, J. A. (1986). *On being a therapist*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Kottler, J. A. (2014). *On being a master therapist: Practicing what you preach*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., . . . Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Research and Therapy*, 48(11), 1105-1112. doi:10.1016/j.brat.2010.08.003
- Lambert, M. J. (2005). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. I Norcross, J. & Goldfried, M. (Red.), *Handbook of psychotherapy integration* (2. utg.). Oxford: Oxford University Press.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. utg., s. 139-193). New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Lamm, C., Porges, E. C., Cacioppo, J. T., & Decety, J. (2008). Perspective taking is associated with specific facial responses during empathy for pain. *Brain Research*, 1227, 153-161. doi:10.1016/j.brainres.2008.06.066
- Lamm, C., & Tomova, L. (2018). The neural bases of empathy in humans. I K. Meyza & E. Knapska (Red.), *Neuronal Correlates of Empathy: From Rodent to Human* (s. 25-36). doi:10.1016/b978-0-12-805397-3.00003-6
- Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T., . . . Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *NeuroReport*, 16(17), 1893-1897. doi:10.1097/01.wnr.0000186598.66243.19

- Lazar, S. (2013). The neurobiology of mindfulness I C. K. Germer, R. D. Siegel & P. R. Fulton (Red.), *Mindfulness and psychotherapy* (2. utg, s. 282-294.). New York, NY: Guilford Press.
- LeRoy, A. (2007). Exhaustion, anger of caregiving get a name. *CNN*. Hentet fra <http://edition.cnn.com/2007/HEALTH/conditions/08/13/caregiver.syndrome/index.html>
- Ligiéro, D., & Gelso, C. J. (2002). Countertransference, attachment, and the working alliance: The therapist's contribution. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(1), 3-11. doi:10.1037/0033-3204.39.1.3
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Lipsky, L., & Burk, C. (2009). *Trauma stewardship: An everyday guide to caring for self while caring for others*. San Francisco, CA: Berrett-Koehler.
- Liverød, S. R. (2019, 27. mai). Pakkeforløp og bullshit. *Dagsavisen*. Hentet fra <https://www.dagsavisen.no/debatt/pakkeforlop-og-bullshit-1.1529670>
- Lockwood, P. (2016). The anatomy of empathy: Vicarious experience and disorders of social cognition. *Behavioural Brain Research*, 311, 255-266. doi:10.1016/j.bbr.2016.05.048
- Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T., Davidson, R., & Baune, B. (2008). Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: Effects of meditative expertise. *PLoS ONE*, 3(3), E1897. doi:10.1371/journal.pone.0001897
- Lutz, W., Leon, S. C., Martinovich, Z., Lyons, J. S., & Stiles, W. B. (2007). Therapist effects in outpatient psychotherapy: A three-level growth curve approach. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 32-39. doi:10.1037/0022-0167.54.1.32
- Lutz, A., Slagter, H., Dunne, J., & Davidson, R. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(4), 163-169. doi: 10.1016/j.tics.2008.01.005
- Løgstrup, K. E. (1956/2000): *Den etiske fordring*. Trondheim: AIT Trondheim AS.
- McCormack, H., Macintyre, T., O'Shea, D., Herring, M., & Campbell, M. (2018). The Prevalence and Cause(s) of Burnout Among Applied Psychologists: A Systematic Review. *Frontiers In Psychology*, 9, 1897. doi:10.3389/fpsyg.2018.01897
- MacDonald, R. A. R. (2013). Music, health, and well-being: A review. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 8(1). doi:10.3402/qhw.v8i0.20635
- Maier, S., Makwana, A., & Hare, T. (2015). Acute stress impairs self-control in goal-directed choice by altering multiple functional connections within the brain's decision circuits. *Neuron*, 87(3), 621-631. doi:10.1016/j.neuron.2015.07.005
- Maranzan, K. A., Kowatch, K. R., Mascioli, B. A., McGeown, L., Popowich, A. D., & Spiroiu, F. (2018). Self-care and the Canadian Code of Ethics: Implications for training in professional psychology. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 59(4), 361-368. doi:10.1037/cap0000153
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, K. M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450. doi:10.1037/0022-006x.68.3.438
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior* 9(5), 16-22.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The Measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99-113. doi:10.1002/job.4030020205
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397
- Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396. doi:10.1037/h0054346

- Mathieu, F. (2012). Compassion fatigue. I C. R. Figley (Red.), *Encyclopedia of trauma: An interdisciplinary guide* (s. 137-139). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. doi:10.4135/9781452218595.n46
- Miglis, M. G. (2017). Sleep and the autonomic nervous system. I M. G. Miglis (Red.), *Sleep and neurologic disease* (s. 227-244). doi:10.1016/b978-0-12-804074-4.00018-2
- Miller, B., & Sprang, G. (2017). A components-based practice and supervision model for reducing compassion fatigue by affecting clinician experience. *Traumatology*, 23(2), 153-164. doi:10.1037/trm0000058
- Molenberghs, P., Cunnington, R., & Mattingley, J. B. (2012). Brain regions with mirror properties: A meta-analysis of 125 human fMRI studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36(1), 341-349. doi:10.1016/j.neubiorev.2011.07.004
- Morse, G., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Monroe-DeVita, M., & Pfahler, C. (2012). Burnout in mental health services: A review of the problem and its remediation. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 39(5), 341-352. doi:10.1007/s10488-011-0352-1
- Moyers, T. B., & Miller, W. R. (2013). Is low therapist empathy toxic? *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(3), 878-884. doi:10.1037/a0030274
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101. doi:10.1080/15298860309032
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2012). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 1-17. doi:10.1002/jclp.21923
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2006). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139-154. doi:10.1016/j.jrp.2006.03.004
- Nienhuis, J. B., Owen, J., Valentine, J. C., Black S. W., Halford, T. C., Parazak, S. E., . . . Hilsenroth, M. (2018). Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 28(4), 593-605. doi: 10.1080/10503307.2016.1204023
- Nielsen, G. H., Vøllestad, J., Schanche, E., & Nielsen, M. B. (2009). Får jeg det til? En kartlegging av studentterapeuters bekymringer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(3), 240-245. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2009/03/far-jeg-det-til-en-kartlegging-av-studentterapeuters-bekymringer>
- Nissen-Lie, H. A. (2012). Hva kjennetegner gode og mindre gode psykoterapeuter? Betydningen av terapeutens selvforståelse for prosess og utfall av terapi. *Mellanrummet*, 26, 70- 81. Hentet fra <https://www.mellanrummet.net/nr26-2012/Forskning-Terapeutegenskaper.pdf>
- Nissen-Lie, H. A. (2014). Hvorfor velger noen å bli psykoterapeut? I A. L. von der Lippe, H. A. Nissen-Lie & H. W. Oddli (Red.), *Psykoterapeuten. En antologi om terapeutens rolle i psykoterapi* (s. 278-290). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nissen-Lie, H., Monsen, J., & Rønnestad, M. (2010). Therapist predictors of early patient-rated working alliance: A multilevel approach. *Psychotherapy Research*, 20(6), 627-646. doi:10.1080/10503307.2010.497633
- Nissen-Lie, H. A., Havik, O. E., Høglend, P. A., Monsen, J. T., & Rønnestad, M. H. (2013). The contribution of the quality of therapists' personal lives to the development of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 60(4), 483-495. doi:10.1037/a0033643
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., Ulleberg, P., & Rønnestad, M. H. (2013). Psychotherapists' self-reports of their interpersonal functioning and difficulties in practice as predictors of patient outcome. *Psychotherapy Research*, 23(1), 86-104. doi:10.1080/10503307.2012.735775

- Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C., & Monsen, J. T. (2015). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(1), 48–60. doi:10.1002/cpp.1977
- Norcross, J. C. (2000). Psychotherapist self-care: Practitioner-tested, research-informed strategies. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(6), 710-713. doi:10.1037/0735-7028.31.6.710
- Norcross, J. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York, NY: Oxford University Press.
- Norcross, J. (2005). The psychotherapist's own psychotherapy: Educating and developing psychologists. *American Psychologist*, 60(8), 840-850. Hentet fra: <https://psycnet-apa-org.ezproxy.uio.no/fulltext/1997-02162-003.html>
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2. utg, s. 3-21). New York, NY: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. & VandenBos, G. R. (2018) *Leaving it at the office. A guide to psychotherapist self-care* (2. utg.). New York, NY: Guilford Press.
- Norsk psykologforening. (1998). Etiske prinsipper for nordiske psykologer. Oslo: Norsk psykologforening. Hentet fra <https://www.psykologforeningen.no/medlem/etikk/etiske-prinsipper-for-nordiske-psykologer>
- Norsk psykologforening. (2018, 15. mai). Retningslinjer for kollegastøtte. Hentet fra <https://www.psykologforeningen.no/medlem/kollegastoette/retningslinjer-for-kollegastoette>
- Norsk psykologforening. (2019). *Rapport fra kartlegging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. Hentet fra [file://hume/student-u69/mariakmy/pc/Downloads/Rapport%20Kartlegging%20psykisk%20helsevern%20og%20TSB%20Juni%202019%20\(5\).pdf](file://hume/student-u69/mariakmy/pc/Downloads/Rapport%20Kartlegging%20psykisk%20helsevern%20og%20TSB%20Juni%202019%20(5).pdf)
- Nørmark, D., & Jensen, A. F. (2018). *Pseudoarbejde: Hvordan vi fik travlt med at lave ingenting*. København: Gyldendal.
- O'Connor, M. F. (2001). On the etiology and effective management of professional distress and impairment among psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(4), 345-350. doi:10.1037/0735-7028.32.4.345
- Orlinsky, D. E. (2012). The psychotherapeutic relationship, personal life, and modern culture. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(5), 442-449. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2012/05/psychotherapeutic-relationship-personal-life-and-modern-culture>
- Orlinsky, D. E., Botermans, J-F., & Rønnestad, M. H. (2001). Towards an empirically-grounded model of psychotherapy training. Four thousand therapists rate influences on their development. *Australian Psychologists*, 36(2), 139–148. doi:10.1080/00050060108259646
- Orlinsky, D., & Rønnestad, M. H. (2013). Positive and negative cycles of practitioner development: Evidence, concepts and implications from a collaborative quantitative study of psychotherapists. I M. H. Rønnestad & T. M. Skovholt (Red.), *The developing practitioner: Growth and stagnation of therapists and counselors* (s. 266-290). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Pargament, K. I. (1999). The psychology of religion and spirituality? Yes and no. *International Journal for the Psychology of Religion*, 9(1), 3-16. doi:10.1207/s15327582ijpr0901_2
- Paulsen, J., & Peel, H. T. (2013). Betydningen av terapeutens egenerapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(11), 1074-1079. Hentet fra:

- <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2013/10/betydningen-av-terapeutens-egenterapi?redirected=1>
- Pearlman, L., & Saakvitne, K. (1995). *Trauma and the therapist: countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York, NY: Norton.
- Penedo, F. J., & Dahn, J. R. (2005). Exercise and well-being: A review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry*, *18*(2), 189-193. Hentet fra <https://oce.ovid.com/article/00001504-200503000-00013/HTML>
- Pines, A. (1983). On burnout and the buffering effects of social support. I B. A. Farber (Red), *Stress and burnout in the human service professions* (s. 155-174). New York, NY: Pergamon Press.
- Pistole, M. C., & Watkins, C. E. (1995). Attachment theory, counseling process, and supervision. *The Counseling Psychologist*, *23*(3), 457-478. doi:10.1177/0011000095233004
- Pope, K. S., & Tabachnick, B. G. (1994). Therapists as patients: A national survey of psychologists' experiences, problems, and beliefs. *Professional Psychology: Research and Practice*, *25*(3), 247-258. doi:10.1037/0735-7028.25.3.247
- Posluns, K., & Gall, T. L. (2019). Dear mental health practitioners, take care of yourselves: A literature review on self-care. *International Journal for the Advancement of Counselling*. doi:10.1007/s10447-019-09382-w
- Radeke, J. T., & Mahoney, M. J. (2000). Comparing the personal lives of psychotherapists and research psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, *31*(1), 82-84. doi:10.1037/0735-7028.31.1.82
- Raquepaw, J., & Miller, R. (1989). Psychotherapist burnout: A componential analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, *20*(1), 32-36. doi:10.1037/0735-7028.20.1.32
- Richardson, C., Rice, K., & Devine, D. (2014). Perfectionism, emotion regulation, and the cortisol stress response. *Journal of Counseling Psychology*, *61*(1), 110-118. doi:10.1037/a0034446
- Riessman, F. (1965). The "Helper" Therapy Principle. *Social Work* *10*(2), 27-32. Hentet fra https://www.jstor.org/stable/23708219?seq=1#metadata_info_tab_contents
- Rogers, C. (1992). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*(6), 827-832. doi: 10.1037/0022-006x.60.6.827
- Rogers, C. (1980). *A way of being*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Rosenberger, E., & Hayes, J. (2002). Therapist as Subject: A Review of the Empirical Countertransference Literature. *Journal of Counseling & Development*, *80*(3), 264-270. doi:10.1002/j.1556-6678.2002.tb00190.x
- Rosenzweig, S. (1936). *Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy*. *American Journal of Orthopsychiatry*, *6*(3), 412-415. doi:10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x
- Rothschild, B., & Rand, M. (2006). *Help for the helper: The psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma*. New York, NY: Norton.
- Rupert, P. A., & Kent, J. S. (2007). Gender and work setting differences in career-sustaining behaviors and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, *38*(1), 88-96. doi:10.1037/0735-7028.38.1.88
- Rupert, P. A., & Morgan, D. J. (2005). Work setting and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, *36*(5), 544-550. doi:10.1037/0735-7028.36.5.544
- Ryum, T., and Stiles, T. C. (2005). Betydningen av den terapeutiske allianse: En studie av alliansens prediktive validitet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* *42*(11), 998-1003.

- Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2005/11/betydningen-av-den-terapeutiske-allianse-en-studie-av-alliansens-prediktive>
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2003). The journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career Development, 30*(1), 5-44. doi:10.1023/a:1025173508081
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2013). *The developing practitioner: Growth and stagnation of therapists and counselors*. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Råbu, M. (2014). Ettetanke. Hva har det å være terapeut gjort med livet mitt? I A. L. von der Lippe, H. A. Nissen-Lie & H. W. Oddli (Red.), *Psykoterapeuten. En antologi om terapeutens rolle i psykoterapi* (s. 291-306). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Råbu, M., Moltu, C., Binder, P-E., & Mcleod, J. (2016). How does practicing psychotherapy affect the personal life of the therapist? A qualitative inquiry of senior therapists' experiences. *Psychotherapy Research, 26*(6), 737- 749. doi:10.1080/10503307.2015.1065354
- Sagi, A., & Hoffman, M. (1976). Empathic distress in the newborn. *Developmental Psychology, 12*(2), 175-176. doi:10.1037/0012-1649.12.2.175
- Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLOS One, 12*(10). doi:10.1371/journal.pone.0185781
- Salzberg, S. (2014). *Real happiness at work: Meditations for accomplishment, achievement, and peace*. New York, NY: Workman Publishing.
- Sanchez-Reilly, S., Morrison, L. J., Carey, E., Bernacki, R., O'Neill, L., Kapo, J., ... Thomas, J. (2013). Caring for oneself to care for others: physicians and their self-care. *The Journal of Supportive Oncology, 11*(2), 75–81. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3974630/>
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology, 1*(2), 105-115. doi:10.1037/1931-3918.1.2.105
- Shapiro, S. L., & Carlson, L. E. (2009). *The art and science of mindfulness: Integrating mindfulness into psychology and the helping professions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Singer, B. A., & Luborsky, L. (1977). Countertransference: The status of clinical versus quantitative research. In A. Gurman & A. Razin (Red.), *Effective psychotherapy: Handbook of research* (s. 433-541). New York: Pergamon Press.
- Skovholt, T. M. (2005). The cycle of caring: A model of expertise in the helping professions. *Journal of Mental Health Counseling, 27*(1), 82-93. doi:10.17744/mehc.27.1.mj5rcvy6c713tafw
- Skovholt, T. M. & Trotter-Mathison, M. (2013). Therapist professional resilience. I M. H. Rønnestad & T. M. Skovholt (Red.), *The developing practitioner: Growth and stagnation of therapists and counselors*. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group
- Skovholt, T. M. & Trotter-Mathison, M. (2016). *The resilient practitioner: Burnout and compassion fatigue prevention and self-care strategies for the helping professions* (3. utg.). New York, NY: Routledge.
- Skre, I. B. (2018). Resiliens. *I Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/resiliens>

- Skårderud, F. (2012). Om (u)mulighetene av en radikal psykiatri: Historiske og samtidige betraktninger. I S. Gilbert., E. Stänicke & F. Engelstad (Red.), *Psyke, kultur og samfunn* (s. 101-119). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Spiritus - skrifttegn. (2018). I Store norske leksikon. Hentet fra https://snl.no/spiritus_-_skrifttegn
- Starcke, K., & Brand, M. (2012). Decision making under stress: A selective review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36(4), 1228-1248. doi:10.1016/j.neubiorev.2012.02.003
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York, NY: Basic Books
- Stevanovic, P., & Rupert, P. A. (2004). Career-sustaining, satisfactions, and stresses of professional psychologists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 301-309. doi:10.1037/0033-3204.41.3.301
- Strupp, H. H. (1958). The psychotherapist's contribution to the treatment process. *Behavioral Science*, 3, 34-67. doi:10.1002/bs.3830030105
- Sundet, R. (2019). Krise i spesialisthelse-tjenesten – noe mer enn en ressurskrise? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(9), 680-682. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/faglig-innspill/2019/08/krise-i-spesialisthelsetjenesten-noe-mer-enn-en-ressurskrise>
- Söderkvist, S., Ohlén, K., & Dimberg, U. (2018). How the experience of emotion is modulated by facial feedback. *Journal of Nonverbal Behavior*, 42(1), 129-151. doi:10.1007/s10919-017-0264-1
- Todaro-Franceschi, V. (2013). *Compassion fatigue and burnout in nursing: enhancing professional quality of life*. New York, NY: Springer
- Tomkins, S. (1962). *Affect, imagery, consciousness*. New York, NY: Springer Pub. Hentet fra <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015002623976&view=1up&seq=10>
- Thériault, A., Gazzola, N., Isenor, J., & Pascal, L. (2015). Imparting self-care practices to therapists: What the experts recommend. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 49(4), 379-400. Hentet fra https://search.proquest.com/docview/1784157215?rfr_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo
- van Dam, A., Keijsers, G., Eling, P., & Becker, E. (2011). Testing whether reduced cognitive performance in burnout can be reversed by a motivational intervention. *Work & Stress*, 25(3), 257-271. doi:10.1080/02678373.2011.613648
- van Wagoner, S. L., Gelso, C. J., Hayes, J. A., & Diemer, R. A. (1991). Countertransference and the reputedly excellent therapist. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28(3), 411-421. doi: 10.1037/0033-3204.28.3.411
- von der Lippe, A. L., Nissen-Lie, H. A., & Oddli, H. W. (2014). Forord. I A. L. von der Lippe, H. A. Nissen-Lie & H. W. Oddli (Red.), *Psykotereuten: en antologi om terapeutens rolle i psykoterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- von der Lippe, A., Monsen, J., Rønnestad, M., & Eilertsen, D. (2008). Treatment failure in psychotherapy: The pull of hostility. *Psychotherapy Research*, 18(4), 420-432. doi:10.1080/10503300701810793
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Wampold, B. E. (2014). *The contribution of the therapist to psychotherapy*. I A. L. von der Lippe, H. A. Nissen-Lie & H. W. Oddli (Red.), *Psykotereuten. En antologi om terapeutens rolle i psykoterapi* (s. 51-67). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wampold, B. E., & Budge, S. (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. doi:10.1177/0011000011432709

- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*. New York: Routledge.
- Warren, J., Morgan, M. M., Morris, L. B., & Morris, T. M. (2010). Breathing words slowly: Creative writing and counselor self-care - The writing workout. *Journal of Creativity in Mental Health*, 5(2), 109-124. doi:10.1080/15401383.2010.485074
- Watson, J. C. (2016). The role of empathy in psychotherapy: theory, research, and practice. I D. J. Kain, K. Keenan & S. Rubin (Red.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (2. utg, s. 115-145). American Psychological Association. doi:10.1037/14775-005
- Watson, J. C., & Geller, S. M. (2005). The relation among the relationship conditions, working alliance, and outcome in both process-experiential and cognitive-behavioral psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 25-33. doi:10.1080/10503300512331327010
- Wicks, R. J. (2008). *The resilient clinician*. New York: Oxford University Press.
- Winnicott, D. W. (1960a). The theory of the parent-infant relationship. *The International Journal of Psycho-analysis*, 41, 585-595. Hentet fra https://search-proquest-com.ezproxy.uio.no/docview/82588984?rfr_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo
- Winnicott, D. W. (1960b). Ego distortion in terms of true and false self. I D. W. Winnicott (Red.), *The maturational processes and the Facilitating environment: Studies in the Theory of Emotional Development* (s. 140–152). New York: International Universities Press.
- Wise, E., Hersh, M., & Gibson, C. (2012). Ethics, self-care and well-being for psychologists: reenvisioning the stress-distress continuum. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 487-494. doi:10.1037/a0029446
- Zachrisson, A. (2008). Motoverføring og endringer i synet på den psykoanalytiske relasjonen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(8), 939-948. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2008/08/motoverforing-og-endringer-i-synet-pa-den-psykoanalytiske-relasjonen>
- Zajonc, R., Murphy, S., & Inglehart, M. (1989). Feeling and facial efference: implications of the vascular theory of emotion. *Psychological Review*, 96(3), 395-416. doi:10.1037/0033-295x.96.3.395
- Øiestad, G. (2009). *Selvfølelsen*. Oslo: Gyldendal.
- Øiestad, G. (2015, 19. november). Sekundærvitalisering [Blogginnlegg]. Hentet fra <https://www.psykologforeningen.no/publikum/blogger/pingpong/sekundaervitalisering>