

# **”Å våge å forholde seg til livets smerte”**

*En kvalitativ evaluering av Basal Eksponeringsterapi*

**Ingrid Solfjell Malin og Trude Henriette Alsos**



Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

**UNIVERSITETET I OSLO**

Våren 2011



# Sammendrag

**Forfattere:** Ingrid Solfjell Malin og Trude Henriette Alsos

**Tittel:** ”Å våge å forholde seg til livets smerte” – En kvalitativ evaluering av Basal Eksponeringsterapi

**Veileder:** Kirsten Benum

**Biveileder:** Sissel Reichelt

**Bakgrunn:** Enkelte mennesker lever store deler av sine liv i døgnavdelinger, og antas i behandlingssystemet ikke å profitere på den behandling som blir gitt. Basal Eksponeringsterapi (BET) er en behandling som er spesielt tilpasset for pasienter som har alvorlige, sammensatte psykiske lidelser og lavt funksjonsnivå. Formålet med studien var å evaluere behandlingsformen ved å belyse tidligere pasienters opplevelse av å gjennomgå BET-behandling, og hvordan de beskriver sin endringsprosess.

**Metode:** Studien er basert på 7 kvalitative intervjuer med tidligere pasienter, som har vært innlagt ved avdeling Spesialseksjon B (SSB), avd. Blakstad, Vestre Viken HF. Det ble benyttet en semistrukturert intervjuguide utviklet av forfatterne, og data er samlet inn på egenhånd. Datamaterialet ble analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering, som er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse. Studien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

**Resultater:** Resultatene viser at det har skjedd store positive forandringer for pasientgruppen som har gjennomgått behandlingsformen BET. Samtlige informanter opplever å ha det mye bedre nå, enn før behandlingen. Økning i funksjonsnivå, redusering av medikamenter, nedgang i selvskadende og suicidal adferd, og en holdning om at tanker og følelser ikke er farlige er noen av endringene som beskrives. Videre vektlegges de ansattes holdning til pasientene som viktige for at denne endringen skulle finne sted. Sentralt i disse opplevelsene var å bli møtt med respekt, bli tatt på alvor, validering, stødighet og toleranse.

**Avslutning:** Både BET-modellens spesifikke faktorer og dens fokus på relasjonelle aspekter ser ut til å være viktig i pasientenes endringsprosess. Studiens funn gir håp om at pasienter med lavt funksjonsnivå, høyt lidelsestrykk, og komplekse og sammensatte diagnoser kan få en behandling som nytter. Videre belyses viktigheten av å implementere en behandlingsform i døgnavdelinger, med fokus på at personalet jobber fokusert, systematisk og målrettet rundt hver pasient. Pasienters erfaringer fra å gjennomgå et behandlingsopplegg kan gi betydningsfulle bidrag til behandlingsforskning, slik at flere mennesker med lignende problematikk kan bli møtt med adekvat behandling i psykisk helsevern.



# Forord

Arbeidet med denne oppgaven har vært en svært lærerik prosess, og det er mange som skal takkes i den anledning. Først vil vi takke våre veiledere, Kirsten Benum og Sissel Reichelt, som har vært viktige bidragsyttere under hele prosessen. Deres oppmuntring, gode råd og ikke minst tro på prosjektet vårt har vært en viktig støtte og hjelp på veien. Vi vil også takke utvikler av BET-modellen, Didrik Heggdal, som har bistått med oppklaringer av begreper og verdifulle kommentarer og tilbakemeldinger. Vi ønsker også å takke Roar Fosse for faglige innspill. Til sist vil vi takke informantene som gjorde studien mulig å gjennomføre. Historiene deres har vært sterke og rørende, og vi er svært takknemlige for at de har delt sine erfaringer og opplevelser med oss.



# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Teori.....</b>	<b>4</b>
2.1	Grunnleggende forståelse av pasientgruppen i Basal Eksponeringsterapi (BET).....	4
2.2	Endringsforståelse i BET: Reformulering av problemet .....	5
2.2.1	<i>En ansvarliggjørende modell .....</i>	<i>7</i>
2.2.2	<i>Utsette seg for eksistensiell katastrofeangst.....</i>	<i>8</i>
2.3	Behandlingsfasene i BET .....	9
2.3.1	<i>Fase 1: Sikker base .....</i>	<i>10</i>
2.3.2	<i>Fase 2: Arbeidsallianse.....</i>	<i>11</i>
2.3.3	<i>Fase 3: Fokus på unnvikelse .....</i>	<i>11</i>
2.3.4	<i>Fase 4: Eksponering.....</i>	<i>12</i>
2.3.5	<i>Fase 5: Løsningsfokusert konsolidering .....</i>	<i>13</i>
2.4	Sentrale endringsbegreper fra psykoterapiforskningen .....	13
2.4.1	<i>Terapeutisk allianse .....</i>	<i>14</i>
2.4.2	<i>Alliansebrudd og reparasjon.....</i>	<i>15</i>
2.4.3	<i>Empati, positiv anerkjennelse og ekthet.....</i>	<i>16</i>
2.4.4	<i>Forventning og motstand .....</i>	<i>18</i>
<b>3</b>	<b>Metode .....</b>	<b>20</b>
3.1	Utvikling av intervjuguiden.....	20
3.2	Prosedyre .....	21
3.3	Utvalg .....	22
3.4	Etiske betraktninger .....	23
3.5	Transkripsjon .....	24
3.6	Valg av analysemetode .....	24
3.7	Analyseprosessen.....	25
3.8	Validitet og metodiske begrensninger .....	28
3.8.1	<i>Teoretisk referanseramme.....</i>	<i>28</i>
3.8.2	<i>Utvalget.....</i>	<i>28</i>
3.8.3	<i>Intervjuguiden .....</i>	<i>29</i>
3.8.4	<i>Behandling under utvikling .....</i>	<i>30</i>
<b>4</b>	<b>Resultater .....</b>	<b>31</b>

4.1	Holdning og væremåte blant de ansatte.....	34
4.1.1	<i>Respekt – ”Jeg ble respektert og tatt på alvor selv om jeg var syk”</i> .....	34
4.1.2	<i>Individorientert fokus – ”Jeg ble sett som et menneske og ikke bare en diagnose”</i> .....	35
4.1.3	<i>Stødighet og toleranse – ”Uansett hva jeg gjorde ble jeg ikke straffet”</i> .....	36
4.1.4	<i>Personalet viser seg også som medmennesker</i> .....	37
4.1.5	<i>Tid og tilgjengelighet</i> .....	37
4.2	Forståelse av egen unnvikelse .....	38
4.2.1	<i>Flukten fra og frykten for egne følelser</i> .....	39
4.2.2	<i>Bevisstgjøring av unnvikelse</i> .....	39
4.3	Opplevelsen av å bli utfordret til å ta ansvar og valg .....	40
4.3.1	<i>Omsorgsfull ansvarliggjøring</i> .....	41
4.3.2	<i>Tydeliggjøring av valg</i> .....	42
4.3.3	<i>Tøft å bli ansvarliggjort</i> .....	42
4.4	Utsette seg for sine egne følelser (eksponering).....	43
4.4.1	<i>Å tørre å forholde seg til det vonde</i> .....	43
4.4.2	<i>Utsette seg for følelser i relasjon</i> .....	44
4.4.3	<i>Vondt å stå i følelsene</i> .....	45
4.5	Hvordan pasientene opplever endring .....	45
4.5.1	<i>Redusering av medikamenter</i> .....	46
4.5.2	<i>Hvordan pasientene merket forandring</i> .....	47
4.5.3	<i>Endring tar tid og skjer gradvis</i> .....	48
4.5.4	<i>Oppfatter seg selv på en mer positiv måte</i> .....	48
4.5.5	<i>En ny holdning til tanker og følelser – ”de er ikke farlige”</i> .....	49
4.5.6	<i>Funksjonsnivå i dag</i> .....	50
<b>5</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>53</b>
5.1	Studiens funn i lys av BET-modellens endringsprinsipper om 2.ordens forandring.	53
5.2	Studiens funn om hva som er endringsbefordrende .....	55
5.2.1	<i>De ansattes betydning for informantenes behandlingsprosess</i> .....	55
5.2.2	<i>Unnvikelse</i> .....	56
5.2.3	<i>Eksponering</i> .....	56
5.2.4	<i>Valg og ansvarliggjøring</i> .....	57
5.2.5	<i>Redusering av medikamenter</i> .....	58



5.2.6	<i>Oppsummering</i> .....	59
5.3	Studiens funn i lys av psykoterapiforskningens syn på endring.....	59
5.3.1	<i>Terapeutisk allianse</i> .....	59
5.3.2	<i>Lave forventninger og høy motstand</i> .....	61
5.3.3	<i>Teori i psykoterapi</i> .....	63
5.3.4	<i>Oppsummering</i> .....	64
5.4	Avslutning: Kliniske implikasjoner og fremtidig forskning.....	64
<b>6</b>	<b>Litteraturliste</b> .....	<b>69</b>
<b>Vedlegg 1</b>	.....	<b>75</b>
<b>Vedlegg 2</b>	.....	<b>80</b>



# 1 Innledning

Denne oppgaven er en del av en evaluering av en ny behandlingsform, som er utviklet av psykologspesialist Didrik Heggdal i samarbeid med avdeling Spesialseksjon B<sup>1</sup> (SSB), Avd. Blakstad, Vestre Viken HF. Behandlingsformen har navnet *Basal Eksponeringsterapi* (BET), og er spesielt tilpasset for pasienter som har alvorlige, sammensatte psykiske lidelser og et symptom- og funksjonsnivå tilsvarende Global Assessment of Functioning (GAF) nivå på under 30 (Heggdal, 2008, 2009, 2010)<sup>2</sup>. Ofte får denne pasientgruppen merkelapper som ”behandlingsresistente”, ”svingdørspasienter” og/eller ”høyfrekvente brukere” (Botha et al., 2010; Geller, 1986; Heggdal, 2010).

I pasientgruppen dominerer selvmordsforsøk og hyppig selvskading det kliniske bildet, og pasientene betegnes ofte som kronisk suicidale. De fleste framviser symptomer som auditive hallusinasjoner, vrangforestillinger og dissosiasjon. Mange av pasientene har tidlig i sykdomsforløpet fått diagnoser innenfor det schizofrene spekteret eller bipolar lidelse. For andre pasienter har sykehistorien startet med mindre alvorlige diagnoser, før de videre i forløpet har fått en rekke diagnoser der skiftende eller fluktuerende symptomer gir antakelse om at det dreier seg om en komorbid lidelse. Ved mottak har de fleste BET-pasienter hoveddiagnose innen kategoriene F20, F25 og F31 i ICD-10 diagnosesystemet, og ofte med flere komorbide Akse I eller Akse II lidelser (D. Heggdal, personlig kommunikasjon, 03.03.11).

Pasientene som prioriteres for BET-behandling befinner seg nesten alltid i en kronisk krisetilstand, og mange av dem blir ”kasteballer” i behandlingssystemet (Heggdal, 2010). De har flere år bak seg i psykisk helsevern og har vært igjennom mange av behandlingstilbudene som hjelpeapparatet har å tilby. Ofte havner disse pasientene i et negativt samspill med behandlingsapparatet fordi de stadig ser ut til ikke å profitere på vanlig behandling, som i hovedsak handler om symptomdempende og adferdsregulerende tiltak. Med andre ord synes tidligere behandling i sykehus å ha liten effekt for denne pasientgruppen. Med et GAF-nivå under 30 regnes BET-pasientene som de dårligst fungerende blant pasienter som betegnes

---

<sup>1</sup> 4. april 2011 ble avdelingen slått sammen med en annen avdeling, og kalles i dag for Seksjon for psykoser og sammensatte lidelser (SPS). I denne oppgaven vil avdelingen benevnes ved SSB.

<sup>2</sup> BET-modellen er under revisjon og vi vil derfor i tillegg til BET-manualene som ligger tilgjengelig på internett benytte oss av informasjon som har fremkommet i dialog med utvikler av BET-modellen Didrik Heggdal.

som kronisk suicidale (Heggdal, 2010). I Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern beskrives pasienter med kronisk suicidalitet som en stor utfordring og trenger helsetjenester på flere nivåer (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Fordi pasientens grunnleggende problemer kan være langvarige og selvmordsrisikoen derfor er forhøyet på lang sikt, kreves en langsiktig behandlingsplan og behandlingsallianse, og faste behandlere over tid. Faktorer som akutte kriser og andre problemer som avbryter behandlingsforsøk kan imidlertid vanskeliggjøre gjennomføring av polikliniske tiltak hos pasienter med kronisk suicidalitet. Eksempelvis legges disse pasientene ofte inn i døgnenheter på grunn av akutt selvmordsrisiko. Samtidig er det i fagmiljøet vanlig å anta at innleggelse i døgnenhet ofte er lite hensiktsmessig for denne pasientgruppen, og retningslinjene anbefaler at varighet av opphold bør begrenses til å omfatte kun den akutte selvmordskrisen (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Det er få behandlingsformer som har gjennomført randomiserte kontrollstudier på pasientgrupper med lavt funksjonsnivå og kronisk suicidalitet, men det ser ut til at dialektisk adferdsterapi (DBT) og dagavdelingsbasert psykodynamisk terapi, som for eksempel mentaliseringsbasert terapi (MBT), kan være virkningsfulle (Bateman & Fonagy, 1999, 2006; Linehan et al., 2006; Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Dette er behandlingstilbud primært tilrettelagt for personer med diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, en diagnose som i utgangspunktet er et eksklusjonskriterium for å motta BET-behandling. En del av pasientene som tas imot til BET-behandling kan ha mange overlappende symptomer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, men den antatte grunnlidelsen vil ved behandlingsstart være en alvorlig Akse I lidelse, eventuelt en alvorlig, komorbid Akse I/Akse II lidelse. Både diagnostisk og funksjonsmessig skiller pasientene som prioriteres for BET seg derfor fra pasientgruppen som behandles med DBT og MBT (D. Heggdal, personlig kommunikasjon, 03.03.11).

BET er en intensiv og kontinuerlig behandling, som gjennomsnittlig tar ett til to år inkludert poliklinisk oppfølging etter utskrivelse. Dette har så langt vært en forutsetning for at behandlingen skal kunne være virksom, herunder for å forebygge framtidige reinnleggelser på sykehus (Heggdal, 2010). Det er i dag omtrent ti år siden BET-behandlingen ble tatt i bruk. Fordi implementeringsprosessen av behandlingsformen har tatt tid har foreløpig bare 10 pasienter gjennomgått behandlingen pr. 01.04.11. Det har over flere år blitt gjennomført pre-post tester av pasientene, som viser positive resultater. Kvantitative undersøkelser av pasientgruppen som mottar BET viser blant annet stor økning i GAF-skårer ved utskrivning,

og drastisk nedgang i selvskadende og suicidal adferd. GAF-nivå etter utskrivelse ligger på over 50, og oppfølgingsdata viser at dette øker ytterligere etter utskriving (Heggdal, 2011a). En undersøkelse av det subjektive opplevelsesaspektet ved å gjennomgå BET-behandling er derimot ikke blitt gjort, og for å få frem brukernes opplevelse av å gjennomgå behandlingsformen har man ønsket å gjennomføre en brukerundersøkelse. Siden pasientene som mottar BET-behandling representerer en gruppe som sjelden blir hørt, ønsker vi gjennom personlig intervju å gi deres oppfatning større plass. Å intervju personer som etter mange år på døgnenheter i psykisk helsevern opplever å ha blitt bedre etter en bestemt behandlingsform, kan gi viktig informasjon om hva som virker endringsfremmende. Videre kan dette bidra til mer kunnskap på området slik at flere kan få hjelp. Denne oppgaven representerer dermed en brukerundersøkelse og vår problemstilling er: *Hvordan opplever tidligere pasienter behandlingsformen Basal Eksponeringsterapi (BET), og hvordan beskriver de sin endringsprosess?*

I det videre presenteres sentrale elementer ved behandlingsformen og deretter dens endringsprinsipper. Vi vil så knytte denne behandlingsmodellen til nyere psykoterapiforskning og det syn på endring som gjenspeiles der. Deretter presenteres resultatene, før funnene diskuteres. Avslutningsvis redegjøres det for kliniske implikasjoner og fremtidig forskning.

## 2 Teori

### 2.1 Grunnleggende forståelse av pasientgruppen i Basal Eksponeringsterapi (BET)

I BET-modellen har man utviklet en forståelse av pasientgruppen som er beskrevet ovenfor ved å rette fokus mot pasientens indre opplevelsesverden. Hos disse pasientene fremkommer ulike variasjoner av det som i BET kalles for *eksistensiell katastrofeangst* (Heggdal, 2008, 2010, August, 2010). Denne angsten kan beskrives som frykten for å gå i oppløsning eller falle fra hverandre, bli sittende fast i evig smerte eller bli oppslukt av altomfattende tomhet. Katastrofeangst bunner i en fryktrespons knyttet til ødeleggelse og psykologisk og sosial død, og handler om frykt for affektiv aktivering i seg selv. Pasienten har altså en forestilling om at en total katastrofe vil inntreffe ved affektiv aktivering. På grunn av den lave toleransen for denne aktiveringen, er det lite som skal til for at stressende hendelser utløser fryktresponser som "fight", "flight" eller "freeze". Siden pasientene alltid flykter får de ikke testet ut om katastrofen inntreffer eller ikke. Man kan altså se på pasientens forhold til affektiv aktivering i seg selv som en fobisk tilstand. Det som i BET kalles eksistensiell katastrofeangst refererer til den opplevelsesmessige kvaliteten av denne tilstanden (D. Heggdal, personlig kommunikasjon, 17.02.11).

Eksistensiell katastrofeangst er en forventning om katastrofe, som er en variant av det McCullough-Vaillant (1997) kaller affektfobi. Affektfobi handler om frykt for opplevelsen av distinkte følelser, som for eksempel sinne, skyldfølelse og selvmedfølelse (McCullough-Vaillant, 1997; McCullough, Kuhn, & Andrews, 2003). Eksistensiell katastrofeangst kan forstås som en mer "grunnleggende" eller mer "primitiv" frykt. Det er en fysisk fornemmelse av alvorlig fare uten at den kan identifiseres som en følelse (D. Heggdal, personlig kommunikasjon, 17.02.11). Selv om innholdet i begrepene eksistensiell katastrofeangst og affektfobi ikke er identiske, er forståelsen av affekter som en indre fobi den samme. På samme måte som enkelte har fobier for høyder, slanger etc., viser andre mennesker frykt for sine egne følelser (McCullough, 1999). Det handler om en indre fobi hos mennesket til forskjell fra en ytre fobi som for eksempel heisfrykt. Også i aksept- og forpliktelsesteori

(ACT) forstås pasientens vansker som unngåelse av opplevelse, en indre fobi. I ACT forklares for eksempel intensjonell selvskading som en unnvikelse eller flukt fra ubehagelig og uønsket emosjonell smerte (Chapman, Gratz, & Brown, 2006; Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). I følge Wachtel (2008) kan det være vanskelig å identifisere angsten når den handler om indre fobier, da det er vanskeligere å finne ut hva man skal eksponere klienten for. Det meste av forskningen tar for seg ytre fobier fremfor frykten for tanker og følelser, som kan forstås som kjernen i mer komplekse lidelser. For enkelte klienter er forsvaret så sterkt at det er vanskelig å oppdage hva som unngås. Selv om terapeuten antar å vite hvilken opplevelse eller følelse det bør eksponeres for, kan klienten likevel ubevisst forsvare seg mot dette (Wachtel, 2008). I BET finnes det teknikker som fokuserer på unnvikelse og gjør pasienten bevisst sine unnvikelsesstrategier, samt teknikker som legger til rette for eksponering (Heggdal, 2008).

## **2.2 Endringsforståelse i BET: Reformulering av problemet**

BET kan sies å være en modell innenfor kognitiv adferdsterapeutisk tradisjon (D. Heggdal, personlig kommunikasjon, 18.02.11), men har sin teoretiske grunnforankring i kybernetikken. I BET benyttes også utviklingspsykologiske og eksistensialistiske perspektiver (Heggdal, 2010). Kybernetikk handler om reguleringsmekanismer i systemer, og kan beskrive hvordan menneskelig adferd, og også fysiske/materielle fenomener, opprettholdes og vedlikeholdes i systemer (Nichols & Schwartz, 2008). I BET-modellen ses problemet til pasientene som sviktende evne til funksjonell selvregulering av affekt og adferd. Dette innebærer at pasientens strategier ikke fremmer langsiktig funksjonell tilpasning i forhold til eget indre liv, og i forhold til det å være del av et sosialt system. Sviktende evne til funksjonell selvregulering kan komme til uttrykk i adferdsforstyrrelser og symptomer som ulike typer selvskading, aggressiv utagering eller dissosiering. Disse handlingene er forsøk på selvregulering fra pasientens side, det vil si forsøk på å opprettholde balanse. Fordi pasientene ikke klarer å ta ansvar for seg selv overtar andre, for eksempel en sykehusavdeling. Dette gjøres i et forsøk på å regulere pasienten som ikke klarer å regulere seg selv.

I BET tenker man seg at selvregulering kan oppnås gjennom 1. ordens eller 2. ordens forandring (Heggdal, 2010). Dette er begreper som er hentet fra kybernetikken. 1. ordens forandring handler om å løse problemet ved å fjerne og/eller dempe det som oppleves som et problem. Når hjelpere og pasient benytter seg av ”mer av det samme” som løsningsstrategi uten hell, kan dette føre til selvforsterkende sirkler (positive feedback loops) hvor forsøkene på løsning til slutt blir en del av problemet. 2. ordensforandring handler om å endre sitt forhold til det som oppleves som et problem (Watzlawick, Weakland, & Fisch, 1974). En god og fleksibel tilpasnings- og omstillingsevne krever tilgang til både 1. ordens og 2. ordens forandring (Nichols & Schwartz, 2008).

Pasientens unngåelse av smerte er forsøk på å oppnå 1. ordens forandring. Ofte blir unnvikelsesstrategiene mer og mer dramatiske og dysfunksjonelle, og forutsetningene for selvregulering forverres ettersom forsøkene på mestring i økende grad underminerer personens likevekt. I BET tenker man seg at intervensjoner fra behandlingssystemet som har gått på å fjerne problemet, redusere symptomer og stabilisere pasienten ikke har økt evnen til selvregulering. Tvert i mot har behandlingssystemet bidratt til at pasienten kjører seg ytterligere fast i 1. ordens løsningsstrategier, som igjen vil vanskeliggjøre langsiktig bedring. I BET beskrives hjelpeapparatets forsøk på å dempe smerte hos pasienten som forsøk på ”mer av det samme”, som fører til *marginalisering* av pasienten (Heggdal, 2010). Begrepet *marginaliserte pasienter* brukes om prosesser der pasient og helsevesen som ”samarbeidende” aktører utvikler en økologisk krisetilstand: ”*En marginalisert pasient er en person som har et vedvarende behov og ofte økende behov for ytre regulering, som følge av marginaliserende samhandling med hjelpeapparatet*” (Heggdal, 2010, p. 16). I BET-modellen antas det at fordi livet alltid vil være smertefullt, vil unngåelse av smerte være en umulighet. 1. ordens tiltak vil derfor gi kortvarig opplevelse av lindring, som etter hvert kan føre behandlingsprosessen inn i en destruktiv ond sirkel. Problemet i seg selv er ikke smerten og frykten som oppleves av pasientene, men forestillingen om at man må unngå denne smerten og frykten. Pasientens idealiserte tilstand, smertefrihet, blir enda mer uoppnåelig. I BET tenker man seg at disse pasientene trenger en tilpasning basert på 2. ordens forandring, hvor holdningen til problemet endres. Problemet reformuleres fra å unngå smerte til å akseptere smerte, og fokus i behandlingstilnærmingen skifter. Målet i BET er ikke å regulere affekt, men å akseptere/romme den. En aksept for at livet er smertefullt og at unngåelse opprettholder



dysfunksjonell adferd og hindrer bedring, vil etter hvert bryte den onde sirkelen (Heggdal, 2010).

Vi skal i det følgende beskrive hvordan man med denne endringsforståelsen som utgangspunkt i BET-behandling, fokuserer på to sentrale elementer; ansvarliggjøring og eksponering.

### 2.2.1 En ansvarliggjørende modell

BET-modellen er en ansvarliggjørende modell, som legger vekt på at pasienten selv må ta ansvaret for både problem og løsning for at behandlingen skal være effektiv. Det hjelper ikke med årsaksforklaringer som umyndiggjør pasienten som endringsagent, som nevrobiologiske forhold, gener, traumer eller en annen sykdomsforståelse som plasserer pasienten i en offerrolle (Heggdal, 2011b). BET-modellen er her inspirert av Yaloms tanker om ansvarliggjøring som et viktig element i behandlingen (Heggdal, 2010; Yalom, 1980). I BET poengteres det at i tilfeller med alvorlig psykisk lidelse kan årsaksforklaringer rettes mot enten helsevesenets ”feilgrep”, eller pasienten kan få stempelen ”behandlingsresistent”. Ingen av disse årsaksforklaringene er terapeutisk sett hensiktsmessige. Å bli stemplet som ”behandlingsresistent” øker sjansen for ytterligere marginalisering av pasienten. På den andre siden vil pasienten som offer for helsevesenets feilgrep ha vanskelig for å ta ansvar for problem og løsning, noe som er nødvendig for at behandlingen skal være effektiv. Reformuleringen i BET fører til at pasienten ansvarliggjøres: ”*Psykisk lidelse er et resultat av pasientens unngivelse av eksistensiell katastrofeangst*” (Heggdal, 2010, p. 16). Det er imidlertid viktig å presisere at ansvar for problemet ikke betyr at det er pasientens skyld at problemet oppstod i utgangspunktet. I BET-modellen gjøres det derfor et viktig skille mellom skyld og ansvar. Krav om å ta ansvar kan for disse pasientene føre til regressive reaksjoner, og det er derfor viktig med bekreftelse fra terapeut i forhold til pasientens følelser knyttet til relasjonstraumer. Alle forsøk på mestring anerkjennes, selv om forsøkene har vist seg å være dysfunksjonelle. Når pasienten innstiller seg på at løsningen er å utsette seg for det som fryktes, vil lidelsen avta. Pasientens handlinger for å unngå smerte, handlinger som i virkeligheten vedlikeholder smerten, vil bli overflødige. Pasienten er nå ansvarlig for sin situasjon og tilstand, og også for å løse problemet (Heggdal, 2010).

I reformuleringen av problemet vektlegges valget. Pasienten kan velge å fortsette å unnvike, eller velge å eksponere seg for det som fryktes. Den terapeutiske retorikk i BET tydeliggjør for pasienten at det nå handler om et avgjørende veivalg, og at pasientens valg er det sentrale for at forandring skal kunne skje. På denne måten åpnes en mulighet til samhandling hvor pasienten får anledning til å bryte patologivedlikeholdende adferdsmønstre. Pasienten kan velge å være en velgende person, og tar på den måten steget ut av offerrollen (Heggdal, 2010).

### **2.2.2 Utsette seg for eksistensiell katastrofeangst**

Som nevnt over, kan eksistensiell katastrofeangst forstås som en indre fobi og kan derfor behandles gjennom eksponering. I BET går eksponeringen ut på at pasienten utsetter seg for den affektive aktiveringen som oppleves å kunne føre til eksistensiell katastrofe. Uten eksponeringen vil pasienten opprettholde sin unnvikelsesadferd, som igjen bidrar til å opprettholde den eksistensielle katastrofeangsten. Gjennom gjentatte eksponeringer i trygge relasjoner vil pasienten få erfaringer med at den forventede katastrofen ikke inntreffer. Det er disse erfaringene som muliggjør en framtidig funksjonell selvregulering (Heggdal, 2008, 2010).

BET-modellen har hentet inspirasjon fra adferdsterapien, og benytter systematisk desensitivisering og ”flooding” som elementer i eksponeringsprosessen (Heggdal, 2008). Den vanligste fremgangsmåten ved systematisk desensitivisering er å oppfordre til en gradvis tilnærming til det fobiske stimulus. På den måten blir angsten minst mulig på hvert trinn, og man forhindrer flukt eller unnvikelsesresponser. I BET benyttes ”mindfulness” (oppmerksomt nærvær) eller funksjonell avledning (bevisst valgt unnvikelse) som intervensjoner i desensitiveringsprosessen. I BET handler ”flooding” om at pasienten velger enten å la det stå til og lar seg overvelde av angsten. Det hender også av og til i desensitiveringsprosessen at pasienten er så sliten at han/hun blir overveldet og ikke klarer å unnvike, og at dette blir en vei inn i ”floodingen” (D. Heggdal, personlig kommunikasjon, 01.03.11).

## 2.3 Behandlingsfasene i BET

Behandlingsprosessen i BET forløper gjennom fem faser: 1) Sikker base, 2) arbeidsallianse, 3) fokus på unnvikelse, 4) eksponering og 5) løsningsfokusert konsolidering (Heggdal, 2008, 2010). De fem fasene gjennomføres steg for steg, men overlapper likevel en del. Før vi introduserer de fem fasene vil vi redegjøre for primærintervensjonene bekreftende kommunikasjon og tilpasset ytre regulering, som benyttes gjennom hele behandlingsforløpet.

Bekreftende kommunikasjon benyttes for å gi et relasjonelt rom til følelsene pasienten ikke håndterer. Om pasienten opplever å ikke stole på eller være trygg på behandleren, kan for eksempel bekreftende kommunikasjon være ”jeg forstår at du ikke stoler på meg” eller ”jeg forstår at du ikke føler deg trygg” (Heggdal, August, 2010). Gjennom bekreftelse kan pasienten føle seg sett og inkludert i en aksepterende relasjon, noe som kan gi korrigerende emosjonelle erfaringer. Slik utfordres rigide reaksjonsmønstre, og det etableres nye måter å forholde seg til seg selv og andre på. Ved å slippe følelsene frem i det relasjonelle rommet, kan pasientens affekt- og adferdsregulering bli mer fleksibel (Heggdal, 2010).

Tilpasset ytre regulering, eller det som i BET kalles komplementær ytre regulering (KYR), er den andre primærintervensjonen. I pasientenes tidligere sykehusbehandling har ytre regulering i hovedsak handlet om å regulere pasientenes affekter og adferd. Dette har imidlertid ikke forbedret evnen til langvarig funksjonell selvregulering. I BET er et viktig element å ”dosere” mengden ytre regulering på en måte som gjør at regulerende tiltak fremmer den terapeutiske prosess. Dette skjer gjennom polarisering av oppfølgingsstrategier, som innebærer en veksling mellom underregulering og overregulering av pasienten.

*Underregulering* er den strategien som benyttes mest, og kjennetegnes ved blant annet lavere oppfølgingsstatus i avdelingen eller friere utgang enn det som er vanlig praksis på feltet.

Dersom underregulering fører til at pasienten destabiliseres og ikke er innstilt på eller i stand til å prøve ut andre handlingsstrategier, vil overregulering tas i bruk. *Overregulering* innebærer at stimuli reduseres og tempoet senkes, for eksempel ved at personalet snakker langsomt og det legges inn ventetid når det gjelder gjøremål. Hensikten er at pasienten skal få en opplevelse av kjedsomhet, og dermed på eget initiativ gå inn i en dialog om endring av de ytre rammene. Endring av reguleringsstrategi kan også brukes for å skape bevegelse ved

stillstand, eller dersom pasienten blir for passiv til behandlingen. Pasienten kan oppleve den brå skiftningen som utfordrende og forstyrrende, men gjennom brått å øke eller redusere ytre regulering åpnes det opp for en ansvarliggjørende dialog med pasienten. Denne dialogen går blant annet ut på hva pasienten ønsker og har behov for selv. Uavhengig av hvilken strategi som er i bruk, er det viktig at det gjøres med en empatisk holdning og validering av pasientens reaksjoner. Selvregulerende adferd anerkjennes og berømmes (Heggdal, 2010, August, 2010).

### **2.3.1 Fase 1: Sikker base**

Denne fasen bygger på Crittendens (2008) ideer om sikker base: ”... *becoming a ‘secure base’ might be a goal in therapy, but it is a distant one in most cases. Instead, therapy is about making that transition. If that is accurate, the issue becomes whether the therapist can tolerate not being accepted as a secure base. The challenge is to remain available as a possible secure base even while the patient repeatedly fails to reciprocate that understanding of the relationship*” (p. 305). Målet i denne fasen er at personalet og avdelingen skal fungere som en sikker base i pasientens utforskning rundt hva som er hensiktsmessige og mindre hensiktsmessige mestringsstrategier. Sikker base handler om at pasienten i større eller mindre grad vil føle seg utrygg, men vil alltid vite at personalet er tilstede uansett hva pasienten opplever og gjør (Heggdal, August, 2010).

I denne fasen vektlegges ivaretagelse og omsorg, hvor personalet ser pasienten i sin opplevde frykt og smerte. Det pasienten opplever blir tatt i mot som en reell og virkelig opplevelse, og selvdestruktiv adferd blir regulert med en nøktern, men empatisk holdning. Pasienten ansvarliggjøres fra første stund i behandlingsprosessen ved bruk av underregulering, men dersom det er alvorlig fare for liv og helse vil overregulering som strategi benyttes. Målet er å mobilisere pasientens ressurser slik at han/hun kan ta ansvar for seg selv, for til slutt å bli funksjonelt selvregulerende. Videre i denne fasen identifiseres og bekreftes pasientens ønske og forsøk på å endre sin situasjon eller tilstand gjennom flukt. Det formidles at ingen kan fjerne pasientens smerte eller frykt, og at medikamenter bare kan stabilisere og dempe symptomene. Neste fase, arbeidsallianse, etableres så ut fra holdepunktene om at ingen kan fjerne frykt og smerte, og at pasienten faktisk ønsker at noe skal bli annerledes (Heggdal, 2008)

### **2.3.2 Fase 2: Arbeidsallianse**

I arbeidsalliansefasen gis pasienten mer ansvar for det som skal foregå videre i prosessen, og oppgaver mellom terapeut og pasient fordeles. Det formidles en holdning om at pasienten selv er ansvarlig for sitt eget liv, og at det er pasientens valg som avgjør om tilstanden eller situasjonen skal fortsette slik den tidligere har gjort. Det tydeliggjøres at pasienten kan velge mellom å fortsette å flykte/unnvike fra frykten og smerten, eller velge å samarbeide med personalet for å bryte unnvikelsesmønstrene sine. Sentralt i denne prosessen er psykoedukasjon om angst og frykt, samt problemforståelsen om at psykisk lidelse er et resultat av unnvikelse. Personalet må være tålmodige og engasjerte i en slik prosess, da etablering av en arbeidsallianse med pasienter med lavt funksjonsnivå kan være krevende. Den ambivalensen og motstanden som dukker opp i pasienten underveis, aksepteres av personalet. Det er viktig å være forberedt på at noen av pasientene vil oppleve relasjonen til personalet som utrygg. Om pasienten trekker seg fra samarbeidet vil det være personalets ansvar å reetablere arbeidsalliansen. Dersom pasienten velger å ikke samarbeide med personalet og ikke ønsker å motta BET-behandling, skal dette respekteres. Pasienten orienteres om mulighet for fortsatt symptomdempende behandling og at det er fullt mulig å basere seg på et liv med relativt høy grad av ytre regulering. Dette brukes i hovedsak retorisk for å forebygge at pasienten velger bort tilbudet om BET, og heller velger å være aktiv aktør i eget liv. Dersom pasienten likevel takker nei til BET, tilrettelegges det for psykoterapi og miljøterapi med vekt på utvikling av mestring (Heggdal, 2008, 2009).

### **2.3.3 Fase 3: Fokus på unnvikelse**

I denne fasen fortsetter ansvarliggjøring av pasienten gjennom formidling av at symptomer og funksjonssvikt er forårsaket av pasientens unnvikelser. Unnvikelse kan blant annet være selvskading, overspising, det å forlate vanskelige samtaler, eller overtrening. Pasienten gjøres oppmerksom på unnvikelsesmønstrene sine, og både ubevisst og bevisst unnvikelsesadferd identifiseres. Sammen med personalet utforsker pasienten hva slags funksjon unnvikelsen har hatt, og denne innsikten åpner for å bryte gamle, problemskapende mønstre. Pasientens behov for unnvikelsesmønstrene aksepteres av personalet gjennom anerkjenning og empatisk bekreftelse. I denne fasen vil det vanligvis være slik at pasienten foreløpig ikke er klar for å gi

slipp på gamle adferdsmønstre, og fokuset er derfor bare på bevisstgjøring og utforskning av unnvikelse. Når pasienten gjøres oppmerksom på automatisert unnvikelse vil unnvikelsesadferden gradvis miste sin effekt. Fortsatt gjøres det tydelig at det er pasientens valg som er avgjørende for at endring og progresjon skal finne sted. Etter hvert som unnvikelsesmønstrene blir mer oversiktelige vil pasientens valgmuligheter om ikke å unnvike komme tydeligere frem. Å unnvike vil da si å utsette forandringen pasienten ønsker (Heggdal, 2008). For mange av pasientene er tanker, følelser og virkelighet blitt ett, noe som i ACT kalles kognitiv fusjon (Hayes, et al., 2006). I BET jobbes det aktivt med å skille mellom reell fare og følelse av fare, og her kan defusjonsintervensjoner fra ACT benyttes. Dette skillet må være klart for pasienten før en kan intervensjonere med eksponering. Dersom pasienten er villig til å gi slipp på unnvikelsesstrategier, vil situasjonen tilrettelegges for eksponering av affektiv aktivering.

#### **2.3.4 Fase 4: Eksponering**

Pasienten samarbeider og eksperimenterer i denne fasen med terapeuten om å gå inn og ut av ulike affekter for å fremme evnen til affektregulering og opplevelse av kontroll. Dette betraktes som en gradvis tilnærming (systematisk desensitivering) til pasientens eksistensielle katastrofeangst. Dersom pasienten opplever å komme i ubalanse som følge av eksponering, benyttes funksjonell avledning. Funksjonell avledning er bevisst valgt unnvikelse, som for eksempel at pasienten velger å gjøre noe som han/hun opplever som hyggelig, det vil si en kontrast til eksponering. Dette brukes for å gi pasienten en pause fra den intensive behandlingen. Etter hvert vil det legges til rette for at pasienten kan la seg overvelde av affektene ("flooding"). Når pasienten lar seg overvelde av affektiv aktivering og erfarer at katastrofen ikke skjer, vil ustabiliteten avta og psykiske symptomer reduseres. Pasienten lærer at eksponeringen ikke er farlig, men vil tvert i mot redusere frykten og smerten. Unnvikelse blir dermed overflødig (Heggdal, 2008, 2009).

### **2.3.5 Fase 5: Løsningsfokusert konsolidering**

I den siste fasen fokuseres det på at fravær av symptomer og hevet funksjonsnivå er en konsekvens av pasientens valgte handlinger (eksponering), og æren for denne forandringen tildeles pasienten. I denne fasen er målet at pasienten skal utøve selvregulerende adferd uavhengig av en sikker base. Fokus flyttes fra eksponering i terapirommet til selveksponering i livet utenfor avdelingen. Etter hvert vil pasienten i økende grad kunne eksponere seg selv i stedet for å unnvike. Eksponeringen internaliseres i pasienten og danner grunnlaget for automatisering av nye og mer funksjonelle adferdsmønstre. Etter hvert som pasientens autonomi styrkes og konsolideres vil utskrivning planlegges og gjennomføres (Heggdal, 2008).

Vi har nå gjort rede for hvordan en kan forstå og hjelpe pasientgrupper med lavt funksjonsnivå i lys av 1) den grunnleggende forståelse av pasientgruppen i BET, 2) endringsforståelsen i BET, og 3) gjennom de fem fasene som kjennetegner BET-behandling. Sentrale terapeutiske elementer i BET er som beskrevet over empati, arbeidsallianse, validering, ansvarliggjøring, samt fokus på affekt, unnvikelse, eksponering og mestring. Flere av disse er beskrevet som viktige endringsfaktorer i psykoterapiforskningen (Duncan, Miller, Wampold, & Hubble, 2010; Lambert, 2004; Norcross, 2002). En del av vår hensikt med denne studien er å oppnå en forståelse for hva informantene opplever som viktig for sin endringprosess i BET-behandling. Før vi gjør rede for resultatene av den kvalitative undersøkelsen vil vi først se på hva psykoterapiforskningen sier om hva som påvirker endring, og da særlig hva som er endringsfremmende på tvers av ulike terapietninger.

## **2.4 Sentrale endringsbegreper fra psykoterapiforskningen**

I psykoterapiforskningen brukes begrepet fellesfaktorer som betegnelse for variabler som bidrar til det endelige terapeutiske resultatet uavhengig av hvilket teoretisk ståsted terapeuten har (Lambert & Ogles, 2004). Motsatt vil en spesifikk faktor være en terapeutisk teknikk som er unik for en bestemt terapietning. Resultater av studier gjort innenfor den enkelte behandlingsmetode, tyder på at det ikke er de spesifikke metodene innenfor de forskjellige

behandlingsformene som er mest virksomme i terapi. Når resultatene i de ulike terapiretningene sammenlignes er det som regel liten forskjell. Metaanalyser av ulike terapiretninger har konkludert med at effekten er lik uavhengig av terapiform, noe som er blitt kjent som *"the Dodo-bird verdict"*: *"Everybody has won and all must have prizes"* (Lambert & Ogles, 2004; Stiles, Shapiro, & Elliott, 1986).

Psykoterapiforskningen har viet mye oppmerksomhet til hvordan mellommenneskelige prosesser, som for eksempel den terapeutiske alliansen, tillit, og forventninger hos terapeut og klient, virker inn på terapiutfall. *The Division 29 Task Force* konkluderte med at terapeutisk allianse, empati, enighet om mål, samarbeid mellom terapeut og pasient, opplevelse av sammenheng og samhørighet mellom terapeut og klient bidrar til endring (Norcross, 2002). Kvaliteten på den terapeutiske alliansen nevnes som en fellesfaktor i et flertall av studier, og har vist seg å være en av de viktigste faktorene som bidrar til terapiutfall (Lambert & Ogles, 2004; Norcross, 2002; Weinberger & Rasco, 2007). Videre antas terapeutvariablene empati, varme og ekthet, samt å tilby en rimelig forståelse av problemet å være sentrale endringsfremmende faktorer (Norcross, 2002; Wampold, 2010). Ressurser klienten selv bringer inn som kan bidra til positivt terapieresultat, er eksempelvis faktorer som engasjement og forpliktelse overfor egen forandringsprosess (Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2004). Weinberger og Rasco (2007) inkluderer eksponering som en av de viktige fellesfaktorene, men hevder at dette er mer erkjent innenfor kognitiv- og adferdsterapeutisk terapiteori. Eksponering vil i følge Hartmann (2009) benyttes i større grad i årene som kommer for å hjelpe klienter til å overkomme fobier og andre unngåelsesstrategier. Vi vil i det følgende se nærmere på noen av de faktorene som i psykoterapiforskningen fremheves som viktig for endring.

### **2.4.1 Terapeutisk allianse**

Det er flere måter å definere terapeutisk allianse på, men det er Bordins (1979) definisjon som er mest brukt og som de fleste er enige om (Castonguay, Constantino, & Holtforth, 2006). Bordins definisjon inneholder tre viktige gjensidige elementer: Oppgaver, mål og bånd. Oppgaver er den prosessen og de handlinger som terapeuten og klienten utøver, altså det arbeidet som utgjøres i selve terapien. Både terapeuten og klienten må se på disse oppgavene



som relevante og viktige for at en sterk allianse skal være tilstede. Målet med terapien er den felles forståelse av hva begge parter ønsker å oppnå. Båndet inkluderer den positive mellommenneskelige tilknytningen mellom terapeuten og klienten, som er basert på gjensidig tillit, trygghet og aksept (Bordin, 1979).

Forskning viser at det særlig er klientens opplevelse av den terapeutiske alliansen som er av betydning for behandlingsresultatet (Horvath & Bedi, 2002). Hvis klienten oppfatter terapeuten som forståelsesfull og empatisk, i tillegg til at han/hun viser respekt, formidler håp og realistisk optimisme, vil dette øke sannsynligheten for et godt utfall (Berge, Repål, Ryum, & Samoilo, 2008). Det kan se ut til at det er spesielt viktig å utvikle en sterk allianse i begynnelsen av terapien (Horvath & Bedi, 2002). Det vil derfor være betydningsfullt at terapeuten vektlegger å utvikle en allianse med klienten så tidlig som mulig i terapiforløpet, og være oppmerksom på alliansebrudd dersom det oppstår (Castonguay, et al., 2006). Slik kan det terapeutiske forholdet sikres ytterligere for unngå at klienten dropper ut av behandlingen. Vi vil i det følgende gå nærmere inn på hva man kan gjøre for å styrke alliansen dersom alliansebrudd oppstår.

## **2.4.2 Alliansebrudd og reparasjon**

Alliansebrudd kan defineres som en spenning eller brist/brudd i samarbeidet mellom terapeuten og klienten. Brudd kan oppstå i forskjellige faser i behandlingen med ulik frekvens (Safran, Muran, & Proskurov, 2009), og bruddet kan variere fra mindre spenninger mellom terapeut og klient til større kommunikasjonsproblemer (Safran, Muran, Samstag, & Stevens, 2002). Den sistnevnte kan bidra til tidlig frafall, eller negative behandlingsresultater. Tatt i betraktning Bordins definisjon av allianse kan en forstå alliansebrudd som uenighet om oppgaver og mål i tillegg til belastning på det emosjonelle båndet mellom terapeuten og klienten (Safran, et al., 2002). Forskning viser at vellykket reparasjon av brudd i alliansen både styrker alliansen og kan predikere utfallet i terapien (Golden & Robbins, 1990; Kivlighan, 2000; Lansford, 1986; Safran, et al., 2002). Alliansebrudd er derfor ikke nødvendigvis ødeleggende for behandlingsresultatet, men det avgjørende er hvordan terapeuten og klienten forhandler videre i prosessen dersom alliansebrudd oppstår.

Svakheter i alliansen kan ha sammenheng med at klienten ofte unngår å fortelle om negative følelser overfor terapeuten og terapiprosessen (Safran, et al., 2002). Dette kan skyldes klientens frykt for å kritisere terapeuten, behovet for å møte terapeutens antatte forventninger, aksept for terapeutens begrensninger, og frykt for å true terapeutens selvfølelse (Rennie, 1994). Det kan dermed være vanskelig for terapeuten å oppdage svakheter i alliansen når klienten unngår å snakke åpent om det for å beskytte terapeuten. Rhodes, Hill, Thompson og Elliot (1994) fant i sin studie at enkelte klienter ikke fortalte om misnøyen ved terapien før de avsluttet den, og at terapeuten ikke var klar over klientens misnøye før klienten var i ferd med å avslutte. Selv erfarne terapeuter har vanskeligheter med å oppdage problemer i forholdet sitt til klienten (Safran, et al., 2009).

Misforståelser som skjer ved dårlig allianse hvor klienten ikke er i stand til å fortelle om negative følelser i forhold til det å bli misforstått, vil etter hvert kunne resultere i avslutning av terapien. Innenfor en god allianse vil klientene i større grad være villig til å konfrontere terapeuten om de negative følelsene som oppstår rundt misforståelser. Da kan en gjensidig reparasjonsprosess skje over tid, misforståelsene bli oppklart, som igjen kan styrke forholdet mellom terapeuten og klienten (Rhodes, et al., 1994; Safran, et al., 2009). Andre variabler som har blitt assosiert med vanskelige terapiforløp som har blitt avsluttet er klientens historie knyttet til mellommenneskelige problemer, overføring, mulige terapeutiske feiltakelser og terapeutens personlige vansker (Hill, Nutt-Williams, Heaton, Thompson, & Rhodes, 1996).

Ut fra denne kunnskapen om hva som kan føre til brudd, burde terapeuten være oppmerksom på at klienter kan sitte inne med negative følelser om terapien og det terapeutiske forholdet. Om terapeuten har mistanker om problemer i alliansen er det viktig at terapeuten tar initiativ til å utforske hva som har skjedd. Dersom klientene uttrykker negative følelser til terapeuten bør terapeuten være åpen for disse, ikke gå i forsvar, og ta på seg ansvaret for sitt bidrag til relasjonen (Safran, et al., 2002).

### **2.4.3 Empati, positiv anerkjennelse og ekthet**

Rogers (1957) la vekt på flere nødvendige og tilstrekkelige kjernebetingelser for god terapi. Både empati, genuin positiv anerkjennelse og ekthet er viktige elementer for at personlig

forandring skal finne sted i klienten (Klein, Kolden, Michels, & Chisholm-Stockard, 2002). For terapeuten vil det å være empatisk innebære: “ (...) *experiencing an accurate, empathic understanding of the clients awareness of his own experience. To sense the client's private world as if it were your own, but without ever losing the "as if" quality*” (Rogers, 1957, p. 99). Empatibegrepet kan videre deles inn i en affektiv- og kognitiv komponent (Bohart, Elliot, Greenberg, & Watson, 2002). Den affektive delen innebærer at terapeuten forstår og validerer klientens følelsesmessige vansker, og den kognitive delen innebærer å forstå klientens måte og oppleve verden på.

I følge Bohart et al. (2002) er det flere potensielle faktorer som tenkes å kunne forklare forholdet mellom empati og terapiutfall. Empati kan for eksempel virke inn som en relasjonsbetingelse ved å skape trygghet og åpne opp for selvavsløring. Klientene vil også føle seg tryggere i forhold til det å tilnærme seg personlige vansker. Det at klienten føler seg forstått kan øke klientens tilfredshet med terapien og øke viljen til å følge det terapeutiske opplegget. Det er også evidens for at empati har sammenheng med at klientene blir værende i behandlingen. En annen grunn til at terapeuten burde inneha en empatisk holdning, er at det kan gi klienten mulighet for en korrigerende emosjonell erfaring. Et empatisk forhold kan lære klientene at de er verdig respekt og det å bli hørt. I tillegg kan de få en opplevelse av at deres følelser og adferd har en logikk, slik at de kan utrykke følelser og behov i relasjoner. Empati er også viktig i terapisammenheng fordi det ser ut til å stimulere klientens evne til selvempati, selvmedfølelse, selvbekreftelse og egenstøtte (Berge, et al., 2008). For at klienten skal kunne nyttiggjøre seg av terapeutens empatiske holdning i terapisammenheng er det viktig at klienten opplever at terapeuten er empatisk. De terapeutene som er bevisst sine egne følelser og har høy toleranse for konfliktfylte følelser oppleves som mer empatiske. Motsatt vil det å avbryte klienten, unngå øyekontakt samt avvise klientens posisjon kunne oppleves som uempatisk (Bohart, et al., 2002).

Positiv anerkjennelse og ekthet er to faktorer som er beslektet med empati (Bohart, et al., 2002). På samme måte som empatibegrepet kan positiv anerkjennelse defineres på ulike måter. Rogers (1957) la vekt på at aksept for alle aspekter ved klientens opplevelse og uttrykk er viktig ved positiv anerkjennelse. Videre er varme, omsorg og det å like klienten viktig. Farber og Lane (2002) foreslår at positiv anerkjennelse fremmer effekten av andre

intervensjoner og at den i noen tilfeller vil være tilstrekkelig nok i seg selv til å påvirke positiv forandring.

I følge Rogers (1957) innebærer ekthet at terapeuten er selvbevisst i forhold til sine egne opplevelser og følelser, og ikke gjemmer seg bak en fasade. Dette betyr at terapeuten er “ (...) *freely and deeply himself, with his actual experience accurately represented by his awareness of himself*” (Rogers, 1957, p. 97). Dette innebærer ikke at terapeuten ukritisk skal fortelle om det han/hun føler og tenker, men å ta det opp med klienten hvis det er til hinder for terapeutens positive anerkjennelse og empati. Ekthet kan videre se ut til å utløse positiv affekt, fremme tilknytning og korrigerende relasjonelle erfaringer (Klein, et al., 2002). Norcross (2010) beskriver at det er vanskelig å skille ekthet, empati og positiv anerkjennelse fra hverandre da de ser ut til å ha en felles innvirkning på det terapeutiske resultat. Dette støtter Rogers’ antagelse om at empati, positiv anerkjennelse og ekthet virker sammen i den terapeutiske prosessen.

#### **2.4.4 Forventning og motstand**

Som nevnt vil det klienten tar med seg inn av ressurser i terapien være viktig for det terapeutiske resultatet. Er klienten engasjert, aktiv og forpliktet i sin egen endringsprosess vil dette være betydningsfullt for et positivt resultat (Orlinsky, et al., 2004). Forventning ser også ut til å ha sammenheng med positiv forandring, og kan være med på å redusere klientens ubehag. Klientens forventning handler om han/hun tror at behandlingen vil ha effekt (Arnkoff, Glass, & Shapiro, 2002; Weinberger & Rasco, 2007). Bohart og Tallman (2010) foreslår at forventning kan gi effekt ved at det stimulerer klientens evne til å lege seg selv. Arnkoff et al. (2002) beskriver forskjellige fremgangsmåter terapeuten kan benytte for å bidra til positive forventninger hos klienten. Det er imidlertid viktig å ikke formidle urealistiske forventninger om hva terapien kan bidra med. Klientens opplevelse av små endringer kan være viktig for at klienten skal få tro på behandlingen, og klientens erfaring med at terapi virker vil senere kunne bidra til forandring. Positive forventninger kan redusere følelse av håpløshet, øke tillit og håp, og kan ha en øyeblikkelig effekt på bedring (Arnkoff, et al., 2002).

I psykoterapifeltet blir motstandsbegrepet brukt forskjellig innenfor ulike terapeutiske referanserammer, fra noe som er til hinder for endring til noe som kan skaffe terapeuten viktig informasjon om klienten (Arkowitz & Engle, 2007). Andre måter å forstå motstand på er som en egenskap ved klienten, terapeutens manglende dyktighet eller som målestokk på den terapeutiske relasjonen (Johansen, 1988). Forskning viser at psykoterapi virker bedre hvis motstand kan unngås, og å hjelpe klienten å overkomme motstand anses som viktig for å oppnå et bedre terapieresultat (Arkowitz & Engle, 2007). Enkelte klienter er mer skeptiske til terapi og har vansker med å vise engasjement og delaktighet i behandlingen. I slike tilfeller er det viktig at terapeuten er empatisk i forhold til klientens usikkerhet og normaliserer dette. Motstand behøver imidlertid ikke nødvendigvis å reflektere psykopatologisk adferd. Det kan være en normal respons til stress og trussel. Allikevel er det viktig med så liten motstand som mulig for å fremme endring hos klienten (Beutler, Moleiro, & Talebi, 2002).

## 3 Metode

Studien tar for seg kvaliteter ved informantenes subjektive opplevelse av behandlingen de har gjennomgått. Valget av metode har falt på en fenomenologisk, kvalitativ tilnærming som er et godt redskap for å tilegne seg kunnskap om menneskelige erfaringer og opplevelser (Malterud, 2003). Kvalitativ metode har som mål å bære frem deltakernes perspektiv (Postholm, 2010), og hypotesene og problemstillingene kan dannes og endres underveis ved datainnsamling og analyse (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009). Ved datainnsamling benyttet vi oss av en semistrukturert intervjuguide med bestemte hovedtema (vedlegg 1).

### 3.1 Utvikling av intervjuguiden

Intervjuguiden ble utviklet av forfatterne i samhandling med veiledere og BET-utvikler og behandler ved avdeling SSB, Didrik Heggdal. Ved gjennomgang av BET-behandlingens endringsteori og behandlingsprinsipper fant vi bestemte temaer som kunne være relevante i forhold til vår problemstilling. Vi kom frem til fire grove kjernetemaer som omhandlet hvordan informantene har det i dag, ulike aspekter ved behandlingsmodellen (unntak, eksponering og ansvarliggjøring), læringsutbytte og endringsopplevelse. I tillegg utviklet vi noen spørsmål som tok for seg forholdet til de ansatte og seg selv, samt om de opplevde at denne behandlingen skilte seg ut sammenlignet med annen behandling de hadde mottatt. Intervjuguiden ble konstruert som et semistrukturert intervju for få tak i områdene ved informantenes opplevelser som vi var interessert i uten å standardisere intervjusituasjonen. Intervjuguiden inneholder 35 hovedspørsmål, med tilhørende hjelpespørsmål som kunne benyttes ved behov. Vårt fokus var å komme så nær informantenes opplevelser som mulig, og la informantene komme med sin historie slik de opplevde den. Vi hadde ikke nok informanter til å gjennomføre pilotintervjuer (som anbefales av blant annet Hill, Thompson, & Williams, 1997), men utførte to ”pilotintervjuer” på hverandre for å tilføre endringer dersom vi oppdaget at noen av spørsmålene ikke var gode nok. Etter hvert som vi gjennomførte intervjuene med informantene reviderte vi intervjuguiden noe for å snevre inn fokuset. Malterud (2003) anbefaler at man i intervjusituasjonen tilpasser seg den enkelte informant, og vi imøtekom dette ved å la informantene styre forhold som tempo, hvor dypt vi kunne gå inn i

ulike tema, samt at rekkefølge av spørsmålene i intervjuguiden i noen grad ble bestemt av hvordan informanten fortalte om behandlingsopplegget.

## 3.2 Prosedyre

Av de 10 personer som har vært igjennom BET-behandlingen, var 9 personer aktuelle for å være med i studien. Informantene ble først kontaktet av behandler ved avdeling SSB og informert om at dette var en evaluering av BET-behandlingen de hadde vært igjennom, og at det var bakgrunnen til at de ble kontaktet. Samtidig ble de informert om at intervjuerne ville skrive hovedoppgave basert på informasjonen de ga. De ble forespurt om de ville ha tilsendt et informasjonsskriv og samtykkeskjema (vedlegg 2) i posten. Det ble vektlagt at deltagelse i prosjektet var frivillig og at de ikke var forpliktet til å delta selv om de kom til å skrive under på og returnere samtykkeskjemaet. 8 personer takket ja til å delta, og av disse ble 7 kontaktet av forfatterne på telefon med forespørsel om å bli intervjuet<sup>3</sup>. De ble da informert mer inngående om hva prosjektet gikk ut på, og det ble avtalt et møte for intervjugjennomføring. Intervjuene ble gjennomført med begge forfatterne tilstede, hvor den ene hadde hovedansvar for selve intervjugjennomføringen og den andre i større grad var observatør som kunne komme med tilleggsspørsmål. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, og de fleste intervjuene varte i gjennomsnitt to timer. De ble gjennomført enten i hjemmet hos informantene, på Blakstad sykehus, eller ved en utdanningsinstitusjon. Intervjuene ble gjennomført i perioden november 2010 til mars 2011. Transkriberingen ble foretatt fortløpende etter hvert intervju. Etter seks gjennomførte intervjuer merket vi oss at det ikke dukket opp noen nye temaer i intervjuet. Vi valgte å gjennomføre et syvende intervju for å forsikre oss om at metningskriteriet var oppnådd, og da ingen nye temaer dukket opp i henhold til problemstillingen valgte vi å ikke transkribere det siste intervjuet (Hill, et al., 1997).

---

<sup>3</sup> Vi oppnådde et metningskriterium etter det syvende intervjuet, og valgte derfor å ikke kontakte den siste aktuelle informanten.

### 3.3 Utvalg

Utvalget består av 7 kvinner i alderen 24 til 38 år som har vært i behandling ved avdeling Spesialseksjon B, Avd. Blakstad, Vestre Viken HF i perioden 2000-2011. To av informantene ble skrevet ut i 2002-2003, resten ble skrevet ut fra 2009 og frem til januar 2011. Samtlige av pasientene har mottatt og gjennomført BET-behandlingen, og det er totalt 10 som har gjennomført behandlingen pr. 01.04.11. Ved innsøking til BET har pasientene hatt en eller flere diagnoser som schizofren lidelse, schizoaffektiv lidelse, OCD-lidelse, personlighetsforstyrrelse (primært emosjonelt ustabil-, avhengig-, unnvikende-, eller dramatiserende personlighetsforstyrrelse), bipolar lidelse, tilbakevendende depresjon, posttraumatisk stress, dissosiativ lidelse og spiseforstyrrelse (Heggdal, August, 2010).

Ved inntak til BET-behandlingen benyttes følgende inklusjonskriterier (Heggdal, August, 2010):

- 1) Vedvarende lavt funksjonsnivå tilsvarende GAF-nivå på under 30, eller dramatisk svingende funksjonsnivå med periodvis GAF-nivå på under 30.
- 2) Alvorlig Akse I lidelse, eller komorbid problematikk ved to eller flere Akse I lidelser eller Akse I i tillegg til Akse II lidelser. Symptomene varierer fra hallusinasjoner og vrangforestillinger til dissosiasjon, angst, tvang og stemningsforstyrrelser.
- 3) Hyppig forekommende suicidal adferd inkludert både selvskading og suicidforsøk.
- 4) Behandlingsforløpet er preget av dramatikk og/ eller dyp resignasjon.
- 5) En holdning i behandlingsapparatet om at "alt er prøvd og ingenting nytter".
- 6) Fallende eller vedvarende lavt / dramatisk svingende funksjonsnivå tross kostnadsintensiv behandling.
- 7) Minimum to år siden første opphold i døgnavdeling, men pasienter kan vurderes for BET tidligere i forløpet hvis det er klare indikasjoner på at de er inne i en utvikling som vil føre til alvorlig marginalisering.
- 8) 50 % av tiden innlagt siden første innleggelse, eller svært hyppige innleggelse over lang tid uten varig funksjonsheving.

Eksklusjonskriterier (Heggdal, August, 2010):

- 1) De aller fleste pasientene med diagnostisert personlighetsforstyrrelse cluster B eller C uten komorbid Akse I lidelse. Disse skal ut fra faglitteratur og behandlingslitteratur



primært behandles poliklinisk og evt. sykehusbehandling skal begrenses til korte opphold ved kriser.

- 2) Pasienter som vil kunne oppnå langsiktig stabilisering/ funksjonsheving ved poliklinikk eller døgnbehandling som er mindre omfattende/ kostbar enn den som tilbys gjennom BET programmet.
- 3) I tillegg er det flere kriterier som vil vanskeliggjøre BET- behandlingen, som progredierende hjerneorganisk lidelse, personlighet sterkt preget av paranoide, antisosiale eller schizoide trekk og/ eller vedvarende fiendtlighet og en historie preget av alvorlig og omfattende rusmisbruk og stor kognitiv funksjonssvikt. Tilstandsbilder som er preget av manifeste vrangforestillinger, som ikke modereres ved reduksjon av stress, eller vedvarende mental fragmentering (hebefren fungering) vil også kunne vanskeliggjøre behandling.

## 3.4 Ethiske betraktninger

Det var nødvendig å reflektere rundt etiske problemstillinger i forhold til gjennomføring av den kvalitative studien. Informantene vi intervjuet kunne betegnes som sårbare i den forstand at de tidligere hadde vært igjennom en omfattende behandling, og at noen av dem fortsatt gikk i poliklinisk behandling. De hadde også en lang sykehistorie med lavt funksjonsnivå, og informasjonen fra dem ville derfor kunne være svært sensitiv. Malterud (2003) legger vekt på at man som forskere må være klar over at enhver datainnsamling representerer en potensiell intervensjon som kan åpne for en prosess og aktivere psykisk uro. Vi ønsket å redusere denne effekten, og informantene ville få tilbud om terapeutisk behandling dersom intervjusituasjonen satte i gang reaksjoner som var uheldige for dem. Vi var bevisste på dette da vi utviklet intervjuguiden, og vi ønsket ikke å gå inn i tema som det ville være vanskelig å snakke om. For å ivareta informantenes konfidensialitet ble alt datamaterialet innelåst i arkivskap ved Universitet i Oslo. Ved resultatfremstilling sensurerte og/eller anonymiserte vi personlig informasjon som kunne spores tilbake til informantene. På grunn av det sensitive innholdet i intervjuene var det kun forfatterne av oppgaven som hadde tilgang på datamaterialet og gjorde transkripsjonsarbeidet. Det var ingen spesielle fordeler med å delta i studien, men vi håpet at informantene ville oppleve intervjuet som nyttig ved at de fikk

fortelle om sine egne opplevelser. Studien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

### 3.5 Transkripsjon

Lydbåndene ble transkribert fortløpende etter hvert intervju. Vi transkriberte all muntlig dialog, unntatt kommentarer fra intervjuerne som ”ja”, ”mm”, ”hm” etc., samt enkelte fyllord som ”okei”, ”liksom”, ”ikke sant” etc. (Hill, et al., 1997). Der vi var usikre på hva informantene formidlet gikk vi gjennom opptakene sammen for å sikre at transkripsjonen ble så riktig som mulig. Flere av informantene brukte mye ironi, og vi noterte da dette i teksten. Non-verbal kommunikasjon som gestikulering, latter og sukking ble også notert i teksten. Når informantene fortalte historier som ikke belyste problemstillingen vår, valgte vi å ikke transkribere. Dette kunne for eksempel være beskrivelser om hendelser som ikke besvarte spørsmålene i intervjuguiden. Hvilke deler av intervjuene dette gjaldt avgjorde vi sammen, og dersom vi var usikre eller uenige valgte vi å transkribere for sikkerhets skyld. Da alle intervjuene var transkribert hadde vi et datamateriale på 152 sider tettskrevet tekst.

### 3.6 Valg av analysemetode

Som nevnt har vi valgt et fenomenologisk perspektiv hvor informantene har blitt intervjuet om sin opplevelse av sin erfaring med BET-behandling. Med dette som utgangspunkt har vi forsøkt å innta en beskrivende holdning når vi representerer informantenes stemme. I analysen benyttet vi oss av systematisk tekstkondensering (Malterud, 2003). Denne analysemetoden er inspirert av Giorgis (1985) fenomenologiske analyse og modifisert av Malterud (2003). Metoden har også mange likhetstrekk med metodeprosedyren ”grounded theory”, og er i følge Malterud (2003) godt egnet for analyse av fenomener som beskrives i et materiale fra mange ulike informanter for å utvikle nye beskrivelser. Det var nettopp nye beskrivelser vi ønsket å få tak i da vi intervjuet våre informanter om deres opplevelse av å være i BET-behandling. I følge Giorgi (1985) er formålet med den fenomenologiske analysen å utvikle kunnskap om informantens erfaringer og livsverden innen et bestemt felt, og det er viktig å ha et reflektert forhold til sin egen innflytelse på materialet. Giorgis analyse

gjennomføres i fire trinn: 1) å få et helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsbærende enheter, 3) å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene, og 4) å sammenfatte betydningen av dette (Giorgi, 1985). Disse trinnene er sentrale i analysemetoden systematisk tekstkondensering som vi baserer vår analyse på (Malterud, 2003). Giorgi (1985) bruker begrepet empirisk fenomenologi, og beskriver analysen som en todelt prosess hvor man først tar for seg den spesifikke beskrivelsen fra deltakerne som til sist munnar ut i en tekst hvor forskeren har kommet frem til den generelle essensen i informantenes opplevelse.

### 3.7 Analyseprosessen

Etter transkripsjonen av de fem første intervjuene hadde vi ca 126 tettskrevne sider med tekst. I følge Malterud (2003) vil mer enn dette være i lengste laget for både gjennomføring og følelse av at arbeidet er meningsfullt, og vi valgte å begynne analyseprosessen før vi transkriberte flere intervjuer. Vi startet med det lengste intervjuet som vi antok kom til å dekke en rekke viktige temaer. For å danne oss et helhetsinntrykk av datamaterialet, leste vi gjennom intervjuet hver for oss og skrev notater i margin der vi oppdaget viktige temaer og gode beskrivelser. Vi merket oss også mulige sitater vi kunne bruke. I dette steget i analysen er hovedfokuset å få et helhetsinntrykk, og notatene vi skrev var bare intuitive tanker og temaer som kunne bli et utgangspunkt i neste analysetrinn. Etter første gjennomlesing av det lengste intervjuet oppdaget vi at intervjuguiden var såpass bred at vi satt igjen med svært mange tema som i neste analysetrinn skulle bli mulige kategorier<sup>4</sup>. For å øke oppgavens reliabilitet lot vi oss inspirere av elementer fra ”Consensual Qualitative Research”, som blant annet anbefaler bruk av flere kodere for å komme frem til en felles konsensus av kategoriene (Hill, et al., 1997). Vi jobbet derfor individuelt i dette steget i analysen, uten å diskutere med hverandre angående hva slags tema som dukket opp.

Malterud (2003) anbefaler å lese gjennom alt datamaterialet før man går til steg to i analysen, hvor temaene fra steg en blir til kategorier. Da vi hadde lest det første intervjuet valgte vi imidlertid å gå direkte til steg to i analyseprosessen uten å lese gjennom de resterende intervjuene. Hovedgrunnen til dette var at intervjuet var svært langt (44 sider), og ved å gå direkte til kategoriseringsdelen kunne vi ha disse kategoriene som et utgangspunkt ved

---

<sup>4</sup> Malterud (2003) bruker betegnelsen kode, men vi velger å kalle det for kategori.

gjennomgang av de neste intervjuene. Vi visste heller ikke hvor lang tid analysen av samtlige intervjuer ville ta. Vi ville derfor sikre oss at vi rakk en grundig analyse av de intervjuene som så ut til å ha gitt oss mest informasjon. Fordi flere av intervjuene var blitt lengre enn vi hadde antatt på forhånd, satt vi igjen med mye mer tekst enn vi hadde forventet. Vi fortsatte derfor vårt arbeid med det første intervjuet inn i steg to, som var å gjennomgå teksten på nytt for å identifisere meningsbærende enheter og plassere dem under kategorier. Meningsbærende enheter er tekstbiter som kan beskrive en kategori. Vi brukte temaene som dukket opp i første trinn som utgangspunkt og utviklet disse til mer presise kategorier. I dette steget jobbet vi mer detaljert og sorterte den delen av teksten som kunne belyse vår problemstilling (Malterud, 2003). Vi markerte de meningsbærende enhetene i ulike farger, og foreslo kategorier i marginen. Vi laget en matrise med alle kategoriene, og de markerte tekstbitene ble så klippet ut av rådatamaterialet og plassert i matrisen under den kategorien som passet. Vi sensurerte sensitive utsagn, og ved behov ble den transkriberte teksten skrevet om til mer sammenhengende tekst. Frem til nå hadde vi jobbet individuelt og visste ikke hvilke kategorier eller deler av tekst som var sentralt hos den andre. Da vi begge hadde laget oss en matrise av kategorier med sine tilhørende meningsbærende enheter, sammenlignet vi matrisene våre. I stor grad var mye likt, både når det gjaldt kategorier og meningsbærende enheter. Der vi hadde ulike oppfatninger, diskuterte vi oss frem til enighet om hva vi skulle ha med videre. Dette kunne være uenighet om navn på kategoriene, hvilke kategorier vi skulle fjerne, splitte eller slå sammen, og hvilke meningsbærende enheter som hørte til under de ulike kategoriene.

Vi gikk så gjennom de resterende fem intervjuene på samme måte som med første intervju, men med kategoriene fra det første intervjuet som utgangspunkt. Hver informants meningsbærende enheter fikk sin egen tekstfarge i matrisen, slik at vi kunne se hvilken informant utsagnet tilhørte. Informasjonen vi fikk fra de resterende intervjuene kunne noen ganger føres inn under de eksisterende kategoriene fra det første intervjuet, eller den førte til at de gamle ble endret eller nye kategorier ble utviklet.

Da alle seks intervjuer var gjennomgått begynte vi med det tredje steget i analysen. På dette tidspunkt satt vi med et stort antall kategorier som måtte kuttes ned for at det skulle være overkommelig i en resultatdel. Kategorier med få meningsbærende enheter ble slått sammen eller fjernet, eller vi oppdaget at de hørte til under en annen kategori. Vi gikk så gjennom

kategoriene på nytt, for å finne ut om noen kategorier var overordnet andre eller om noen kategorier omhandlet samme tema og trengte en overordnet kategori. Materialet ble redusert til et utvalg på 6 overordnede kategorier med til sammen 20 underkategorier. Vi gjennomgikk så de meningsbærende enhetene i hver underkategori og forkortet innholdet slik at det ble til et arbeidsnotat vi kunne bruke som utgangspunkt for resultatpresentasjonen i neste analysetrinn. Denne sammenfatningen av de meningsbærende enhetene representerte en kortere gjenfortelling av informantenes historie basert på deres egne ord og beskrivelser (Malterud, 2003). Vi valgte oss også ut noen sitater som vi ønsket å bruke senere i resultatpresentasjonen.

I den fjerde og siste delen i analyseprosessen skulle resultatene presenteres. Med utgangspunkt i arbeidsnotatet og sitatene fra forrige trinn, laget vi innholdsbeskrivelser for hver av de overordnede kategoriene og hver av underkategoriene. Disse innholdsbeskrivelsene skulle formidle hva materialet vårt fortalte om de ulike sidene av problemstillingen vår. Vi tok først for oss underkategoriene, hvor vi oppsummerte hva informantene hadde formidlet. For å tydeliggjøre hvem som hadde bidratt til de ulike beskrivelsene og sitatene, ble hver informant representert med en tilfeldig bokstav i parentes. I materialet vårt fantes det mange gode beskrivelser, og vi valgte derfor å bruke mange sitater for å illustrere informantenes opplevelser så fenomennært som mulig. For at innholdsbeskrivelsene skulle representere informantenes stemme på en lojal måte, gikk vi hele tiden tilbake til rådataene for å forsikre oss om sitatene vi brukte ikke avvek fra den sammenhengen de opprinnelig var hentet fra. Underveis i denne prosessen oppdaget vi at et par underkategorier ikke hadde nok meningsbærende enheter til å lage en slik innholdsbeskrivelse, og vi valgte å slå disse sammen med andre underkategorier som omhandlet samme tema. Noen overordnede kategorier ble også slått sammen, og en underkategori gjort om til to. Da denne prosessen var gjennomført på alle underkategorier, laget vi en mer generell innholdsbeskrivelse for de overordnede kategoriene. Enkelte kategorier ble illustrert med et sitat for å løfte frem kategoriens tittel. Til slutt satt vi igjen med 5 overordnede kategorier og 19 underkategorier. På dette tidspunkt gikk vi tilbake til matrisen og originalutskriftene for å validere funnene våre i forhold til den sammenheng de var hentet fra, og for å se om vi oppdaget utsagn som talte i mot konklusjonene våre (Malterud, 2003).

## **3.8 Validitet og metodiske begrensninger**

### **3.8.1 Teoretisk referanseramme**

Vår teoretiske referanseramme, eller bakgrunnen for hvordan vi leser våre data (Malterud, 2003), er i stor grad basert på den teoretiske forankringen til BET (Heggdal, 2008, 2010). Fordi dette intervjuet blant annet var en del av en evaluering av BET-behandlingen, var det naturlig at vi satte oss inn i behandlingsmetoden og utviklet spørsmålene basert på den behandlingen informantene hadde vært igjennom. Vår teoretiske referanseramme er også preget av forskjellig psykoterapilitteratur, eksempelvis McCulloughs-Vaillant (1997) affektborteori og kognitiv terapi (Berge & Repål, 2008). Videre har psykoterapiforskningens litteratur (se for eksempel Bordin, 1979; Lambert, 2004) vært sentral i vårt arbeid. I analyseprosessen har vi vært oppmerksomme på ikke å lese vår forhåndskunnskap inn i informantenes svar, og under intervjuene har vi vært nøye med å be om utfyllende beskrivelser for å unngå forhastede slutninger.

### **3.8.2 Utvalget**

De fleste kvalitative studier har et materiale på 8-25 informanter (Hill, et al., 1997; Malterud, 2003), mens vår studie bare har 7 informanter. Fordi BET er en forholdsvis ny behandlingsform som fortsatt er under utvikling, er det pr. 01.04.11 bare 10 personer som har mottatt denne behandlingen og utvalget var derfor svært begrenset. Dette er en mulig svakhet når det gjelder gyldigheten av resultatene. Vi vurderte imidlertid at vi nådde et metningskriterium etter det sjette intervjuet, da vår vurdering etter å ha gjennomgått det syvende var at det ikke kom frem noen nye tema (Hill, et al., 1997). Vi valgte derfor ikke å kontakte den åttende aktuelle informanten. En annen mulig svakhet er at vi ikke vet noe om de 3 tidligere pasientene som ikke har deltatt i studien. Det kan spekuleres i om disse ville gitt andre svar enn informantene vi intervjuet.

En annen begrensning er at 2 av informantene hadde vært utskrevet i ca. 8-10 år, og hadde ikke behandlingen like friskt i minnet sammenlignet med de som nylig var blitt utskrevet. Vi merket oss at de som nylig var utskrevet hadde mer detaljerte beskrivelser, lettere kunne gi

eksempler fra konkrete situasjoner, eller si noe om hvordan en typisk terapitime forløp seg. På den andre siden kunne imidlertid de som hadde vært utskrevet i mange år fortelle mye mer om hvordan livet var blitt annerledes etter behandlingen.

En av informantene har i ettertid forelest om BET på ulike behandlings- og/eller undervisningsinstitusjoner sammen med ansatte ved avdelingen SSB, og har dermed lest seg opp på modellen og visste mye om hensikten bak intervensjonene. Vi var oppmerksomme på dette i analyseprosessen, slik at vi kunne reflektere rundt om svarene var påvirket av hennes kunnskap om BET.

Det er også verdt å nevne at det bare er kvinner som har gjennomgått behandlingen, noe som gjør at studien ikke kan si noe om mulige kjønnsforskjeller vedrørende opplevelsen av å gjennomgå behandlingen, samt om menn ville oppnå endringer i samme grad som våre informanter har gjort.

Fordi utvalget diagnostisk sett er en heterogen gruppe, har det vært problematisk å definere gruppen. Det har derfor vært vanskelig å finne forskning som har tatt for seg akkurat denne gruppen, da forskning på lignende problematikk i hovedsak omhandler bestemte diagnoser som for eksempel emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, schizofreni, psykoser, bipolar lidelse, etc. Studier som tar for seg komorbide lidelser synes å ha bestemte kriterier for hva slags komorbiditet som inkluderes i studien. Inklusjonskriteriene i BET er dermed vanskelig å sammenligne med forskning på området.

### **3.8.3 Intervjuguiden**

En mulig svakhet med intervjuguiden er at vi ikke spør direkte om begrepet ”eksistensiell katastrofeangst”. Vi valgte å vinkle spørsmålene mot hva de forsøkte å unngå, for å gi informantene mulighet til å komme med sine egne beskrivelser av denne unngåelsen. Konsekvensen av dette var at vi fikk beskrivelser som i stor grad handlet om unngåelse av følelser og tanker, og få informanter kom med beskrivelser som lignet BET-manualens beskrivelser av eksistensiell katastrofeangst. Det er mulig vi hadde fått slike beskrivelser dersom vi hadde spurt direkte om de opplevde eksistensiell katastrofeangst, eller hadde spurt

mer inngående om hva som ville skje hvis de hadde utsatt seg for det de fryktet. En annen mulighet er at dette kan tyde på at informantene ikke opplever eksistensiell katastrofeangst som et fenomen de kjenner seg igjen i. I så tilfelle kan dette være et signal til BET-modellen om at begrepet bør revideres eller forklares på en måte som er mer nærliggende informantenes fenomenologiske opplevelser.

### **3.8.4 Behandling under utvikling**

En metodisk begrensning er at det ikke er publisert artikler om BET, og vi fant ingen studier som refererer til denne behandlingsformen. All informasjon er derfor hentet fra manualene som ligger på internett, eller via personlige meddelelser fra Heggdal. For oss har det vært en utfordring at manualene ikke alltid har vært oppdaterte og presise i forhold til dagens praksis, og underveis i arbeidet har vi mottatt oppdateringer fra Heggdal. Fordi manualen har endret seg i løpet av denne tiårsperioden, kan en spørre seg om det er forskjeller i behandlingen gitt til de første pasientene sammenlignet med de siste. Vår opplevelse er imidlertid at den største forskjellen handler om ulike ordformuleringer når informantene beskriver behandlingsforløpet, og ikke innholdet i behandlingen. Dette kan skyldes at terapeutene har videreutviklet retorikken ved bruk av intervensjoner og hvordan de snakker om BET.



## 4 Resultater

Før vi presenterer resultatene fra undersøkelsen vil vi gi et bilde av informantenes situasjon, motivasjon og innstilling da de kom til avdeling SSB, som igjen sier noe om hvilket utgangspunkt både pasient og behandlere<sup>5</sup> hadde å forholde seg til ved oppstart av behandling. Vi tenker at dette er viktig informasjon for å belyse endringsprosessen de har vært gjennom.

Alle informantene fortalte om et sykdomsbilde preget av gjentatte suicidforsøk og selvskadingsproblematikk da de kom til avdelingen. Flere hadde slitt med vansker fra ungdomsårene, som begynte med eksempelvis depresjoner eller spiseforstyrrelser, men som stadig eskalerte til alvorligere former for psykiske lidelser. *”Alt var vondt og jævlig rett og slett. Jeg begynte å skade meg mer og mer. (...) Og jeg klarte ikke å fungere i sosiale sammenhenger. Jeg klarte ikke holde på med skole eller jobb. Jeg kjørte meg lenger og lenger ned i en selvdestruktiv spiral. Hele livet mitt ble bare kun om å ødelegge meg selv å prøve å ta livet mitt”*. Til slutt hadde de mottatt et stort spekter av hva behandlingssystemet hadde å tilby av diagnoser, avdelinger og medisiner. Ingen av informantene opplevde at behandlingen de hittil hadde fått fungerte, og de ble ikke bedre. De ble lagt inn for en periode, skrevet ut noen dager, for så å bli lagt inn igjen fordi de ikke klarte livet utenfor sykehus. Flere forteller at de bare ville dø, og var derfor ikke motiverte for behandling da de kom til SSB. *”Jeg fikk høre fra andre at det var bra behandling og sånn, men jeg hadde bare lyst til å dø så for meg spilte det ingen rolle. (...) Jeg orket ikke mer”*. Flere forteller at både behandlingsapparat, familie og venner hadde mistet troen på at de skulle bli bedre, og noen fikk beskjed om at de aldri kom til å bli bra. *”Jeg kunne ikke se for meg det den gangen [at jeg skulle bli frisk]. De fleste andre kunne heller ikke det. Verken legene eller psykologene eller familien min eller noen. Det så ganske mørkt ut”*. Noen forteller om nedbrutt selvtillit etter å ha vært så lenge i systemet. En kvinne forteller at hun var i opposisjon til alle behandlere etter å ha vært syk så lenge uten å oppleve å få hjelp, og mange forteller om episoder hvor de har blitt dårlig behandlet på andre avdelinger. De opplevde å bli gitt opp, de var pasienter som ingen kunne hjelpe. Slike holdninger førte til at håpet forsvant. Flere forteller at de hadde ikke troen på at noen kunne

---

<sup>5</sup> Når vi omtaler de som jobber og er tilknyttet avdelingen SSB benytter vi betegnelsen ansatt, behandler og personal om hverandre. Dette gjør vi fordi informantene bruker ulike betegnelser, og vi ønsker å gjenspeile disse. Som oftest referer disse betegnelse til primærkontakter og psykolog eller andre som hadde en behandlerfunksjon.

hjelp dem. ”Til å begynne med hadde jeg ikke tro på at behandlingen skulle hjelpe når ingen andre klarte det. (...) Hvorfor skulle jeg ha troen på det når jeg trodde alt annet var prøvd? I starten tenkte jeg at behandleren ved SSB bare var nok en fyr som ville bevise et eller annet”.

Disse beskrivelsene viser at erfaringer med behandlingssystemet hadde ført til håpløshet, lav selvtillit, liten tro på at noen ville eller kunne hjelpe, og opposisjon til behandlere generelt. Motivasjonen for å inngå i et behandlingssamarbeid var derfor ikke særlig høy, og mange ønsket bare å dø.

Vi vil i det følge presentere resultatene fra den kvalitative undersøkelsen. Etter gjennomgang av datamaterialet fremkom tre hovedområder som beskriver 1) opplevelsen av møtet med BET-behandlerne, 2) opplevelsen av BET-behandlingen, og 3) informantenes endringsopplevelse. Disse hovedområdene består av 5 kategorier med 19 tilhørende underkategorier, som vist i tabell 1 på neste side. Bokstavene L, S, Ø, B, R, og U representerer de forskjellige informantene. Resultatene presenteres i en rekkefølge som i stor grad gjenspeiler behandlingsforløpet fra begynnelse til slutt.

Tabell 1: *Hovedområder med kategorier og tilhørende underkategorier.*

Hovedområde	Opplevelsen av møtet med BET-behandlerne
<b>1. Kategori</b>	<b>Holdning og væremåte blant de ansatte</b>
Underkategori	Respekt – ”Jeg ble respektert og tatt på alvor selv om jeg var syk” Individorientert fokus – ”Jeg ble sett som et menneske og ikke bare en diagnose” Stødighet og toleranse – ”Uansett hva jeg gjorde ble jeg ikke straffet” Personalet viser seg også som medmennesker Tid og tilgjengelighet
Hovedområde	Opplevelsen av å være i BET-behandlingen
<b>2. Kategori</b>	<b>Forståelse av egen unnvikelse</b>
Underkategori	Flukten fra og frykten for egne følelser Bevisstgjøring av unnvikelse
<b>3. Kategori</b>	<b>Opplevelsen av å bli utfordret til å ta ansvar og valg</b>
Underkategori	Omsorgsfull ansvarliggjøring Tydeliggjøring av valg Tøft å bli ansvarliggjort
<b>4. Kategori</b>	<b>Utsette seg for sine egne følelser (eksponering)</b>
Underkategori	Å tørre å forholde seg til det vonde Utsette seg for følelser i relasjon Vondt å stå i følelsene
Hovedområde	Informantenes endringsopplevelse
<b>5. Kategori</b>	<b>Hvordan pasientene opplever endring</b>
Underkategori	Redusering av medikamenter Hvordan pasientene merket forandring Endring tar tid og skjer gradvis Oppfatter seg selv på en mer positiv måte En ny holdning til tanker og følelser - ”de er ikke farlige” Funksjonsnivå i dag

## 4.1 Holdning og væremåte blant de ansatte

*”Det der med veldig mye respekt for det mennesket som er der. Vi er mennesker. Du får ikke den der pleier-pasient følelsen. Det er ikke noen som jobber og noen som er syke. Man får respekt selv om man er syk. Respekt for det mennesket”.*

Denne kategorien omhandler pasientenes opplevelser av hvordan de ble møtt av behandlerne på avdelingen. Informantene forteller at det var viktig at de ble møtt med respekt og ble sett for den personen de var. Dette var med på å gi informantene tro på seg selv, og en følelse av at de kunne hjelpes. Flere opplevde at de ansatte tilpasset seg hvert enkelt menneske, og at de hadde toleranse og viste stødighet når pasientene opplevde å ha det vanskelig. At de ansatte viste åpenhet var for enkelte med på å skape trygghet, tillit og en følelse av at de var tilstede som mennesker. Flere beskriver at det var viktig med mange samtaler fordi de da opplevde å bli tatt på alvor og at noe ble gjort. Enkelte fremhevet at de ansatte hadde god tid og var tilgjengelige, og at det var viktig for å kunne bli trygg.

### 4.1.1 Respekt – ”Jeg ble respektert og tatt på alvor selv om jeg var syk”

Mange (S, B, Ø, U, L) informanter fortalte at de opplevde å bli respektert og tatt på alvor.

*”Psykologen møtte opp til hver eneste samtale og det var veldig nytt. Andre steder jeg var på kom aldri psykologen, det var viktigere ting å prioritere. Men ved SSB følte jeg at jeg var like viktig som overlegen. Det gjorde noe med min selvrespekt og selvfølelse, og lysten til å orke å jobbe med meg selv videre. Så det med respekt har utrolig mye å si” (S).* Flere (S, B, U) forteller videre at de ble sett mer som et menneske, og at det gjorde at de følte seg respektert. De forteller videre at de fikk følelsen av at de ansatte virkelig ønsket å hjelpe dem, og at dette var viktig for å oppnå tillit og respekt. *”Det som kanskje var viktigst var at jeg ble sett som meg. Ble respektert som menneske. Den følelsen jeg sitter igjen med, at det var så viktig at de respekterte meg og så hele meg. Ikke bare den syke delen. (...) Jeg fikk følelsen at de virkelig skulle gå inn for å hjelpe meg, det var ikke bare brannslukking og så sende meg hjem. De skulle stå løpet sammen med meg, og det husker jeg var veldig trygt og godt. Å få den følelsen at nå blir det kanskje endelig orden på ting. Det hadde vært så mange år ut og inn” (B).* En

kvinne (S) beskriver at måten hun ble behandlet på gjorde at hun fikk troen på seg selv. Videre forteller hun at de diskuterte med henne om hvordan behandlingen skulle være, og at hun følte at de behandlet henne veldig voksent. *”Endelig var det noen som hadde troen på meg, som spurte meg om ting og diskuterte med meg hvordan behandlingen skulle være. Jeg ble tatt med på råd selv om jeg oppførte meg provoserende. Det med å føle at du får respekt, du kan være med å velge å ta tak i livet ditt. Jeg hadde aldri fått høre det før. Jeg fikk medisiner så ble det nok bra. Det er den der følelsen at de hadde troen på at jeg kunne velge”*. En kvinne (Ø) beskriver at de jobbet med tingene som var årsak til problemet, og så fremover. *”De tok tak i de tingene som var årsak til problemene, det var liksom rettet fremover, sånn at jeg skulle klare meg utenfor sykehuset. Jeg følte at jeg ble tatt på alvor, at de satte seg inn i min situasjon og skjønnte mine problemer”*. En annen beskriver viktigheten av at behandlerne ser pasientenes smerte. *”De aksepterte følelsene og så hva jeg sa. Det var ingen som sa at de var feil eller prøvde å ta det bort. De validerte hele tiden at det var vondt å ha den følelsen, og da ble jeg jo sett. Og det er det jeg mener med respekt, du ser plutselig at de faktisk ser det jeg sier. De så det jeg var i, og prøvde ikke å bagatellisere. Og det var så godt for da trengte jeg ikke så mye dramatik heller”* (S).

#### **4.1.2 Individorientert fokus – ”Jeg ble sett som et menneske og ikke bare en diagnose”**

Flere (S, B, L, U) beskriver at de opplevde å bli sett som noe mer enn bare diagnoser og sykdom, og at det ikke var noen fordommer eller stigmatisering. *”Behandlerne fokuserte på det å finne det jeg var god til. At alt ved meg var ikke bare symptomer. Det var ting ved meg som andre behandlere kunne sett på som et symptom, men som faktisk var en del av meg da. Og det å klare å skille litt på meg og sykdommen. Alt var ikke bare symptomer. Noen var mine særtrekk som jeg fremdeles har med meg i dag. At de symptomene skulle tones litt ned”* (B). Noen (Ø, U) forteller at behandlingen var tilpasset den enkelte pasienten, og flere (Ø, U, B, S) mente at det handlet ikke bare om å få pasienten utskrevet så raskt som mulig. *”Det er en behandling som er tilpasset for deg, og det du trenger hjelp med. Ikke bare nå skal du få komme over dumpa også ut igjen”* (U). En kvinne (S) beskriver at hun tidligere hadde fått mange ulike diagnoser, men da hun kom til avdeling SSB forsvant diagnosefokuset. *”Han sa at han så innmari mye smerte hos meg. Og den gikk rett inn hos meg, fordi her kom det*

*endelig en som så mennesket, og ikke bare diagnoser. Han så at jeg hadde det vondt. Og det gjorde noe med tilliten til han, at han så noe mer enn bare en gal jente”.*

#### **4.1.3 Stødighet og toleranse – ”Uansett hva jeg gjorde ble jeg ikke straffet”**

Flere informanter (S, B, Ø) opplevde at de ansatte tålte hele dem og at de var stødige. Det ble ikke noe oppstyr rundt utageringer, som det kunne bli på andre avdelinger. To (S, Ø) forteller at personalet heller var opptatt av å jobbe videre, og se fremover. *”De ansatte på SSB var mer tolerante. De tålte mer av meg rett og slett. Jeg holdt på med mye utagering, og det ble mye beltelegginger og selvskading og sånn. De mista ikke besinnelsen, de bare var der og var trygge og gode midt oppi alle de tingene. Det er ganske utrolig at de orker, for jeg ser jo nå hvor forferdelig slitsomt det må ha vært. Det at de tålte meg liksom. Det syns jeg kanskje var en stor forskjell fra for eksempel akuttavdelingen, hvor jeg fikk inntrykk av at de ikke tålte meg. De tålte hele meg hele tiden, og jeg var bare glad for å være et sted de ikke kasta meg ut”* (B). En kvinne (S) beskriver at hun ubevisst testet personalet flere ganger for å se om de fremdeles ville hjelpe henne eller gi henne opp slik hun var vant til, men at de var stødige og ikke laget noe oppstyr. *”I ettertid har jeg skjønt at da jeg kom dit drev jeg og testet dem hele tiden og gjorde alt jeg ikke skulle for å sjekke om de fremdeles ville hjelpe meg, og om de stod for det de sa. Jeg hadde ikke tro på at jeg var bra nok, eller at noen kunne eller ville hjelpe meg. (...) Jeg forstod jo ikke hvorfor de ikke ga meg opp. (...) Da jeg gjorde det suicidforsøket ca et år ut i forløpet var de veldig rolige på det. Vi hadde liksom snublet litt i skogen og skulle videre”.* En annen kvinne (Ø) forteller at personalet støttet henne i vanskelige perioder, og at de ikke ble sinte på henne når hun gjorde noe hun ikke skulle gjøre. *”Jeg opplevde at jeg ikke ble straffet når jeg gjorde ting jeg ikke skulle gjøre. Da jeg tok overdose da jeg var ute en tur så ble jeg ikke straffet. Jeg fikk ikke noe straff eller de ble ikke sinte på meg eller noe slikt. De støttet meg og hjalp meg videre likevel. (...) De fortsatte videre neste dag eller ved neste mulighet, og det syns jeg var veldig bra”.* Hun forteller videre at det var større rom og toleranse for at hun hadde det veldig vanskelig. Eksempelvis kunne de gå inn på skjermet avdeling slik at hun fikk ropt ut, uten at hun nødvendigvis ble lagt i belter, så var de der til hun roet seg.

#### 4.1.4 Personalet viser seg også som medmennesker

To av informantene (S, U) opplevde at de ansatte ved avdeling SSB var mer private og åpne om livene sine. Det at de ansatte kunne fortelle litt om livene sine gjorde at informantene følte at de ansatte var mer tilstede, og at de ble mer kjent med dem enn på andre avdelinger de hadde vært på. *”Jeg tror det er veldig viktig at de drar seg selv inn, uten at det blir overtramp i deres privatliv. Da får man jo et reelt forhold til de menneskene. Jeg bodde jo der, det var jo som om de var min familie. Det funker ikke hvis de skal holde avstand hele tiden”* (S). Flere informanter (S, U, L) legger vekt på viktigheten av gjensidig tillit til de ansatte for å kunne samarbeide. *”Og man må også klare å ha tillit til behandler før man klarer og være sårbar og åpen med behandler. For det klarer man ikke hvis man ikke klarer å ha tillit og ikke klarer å kommunisere ordentlig. (...) Og så var det det at de stolte på oss og vi stolte på dem. Det er mye lettere å gi tillit til noen som du blir gitt tillit av. Det er noe helt annet”* (L). Flere av informantene (B, U, Ø, L) forteller at det var viktig med god kjemi med primærkontaktene, for at de kunne åpne seg for dem. Mange (Ø, L, S, B) trekker frem at noen ansatte var viktige samtalepartnere. En kvinne (U) opplevde at det tok lang tid før hun følte at hun ble kjent med de ansatte og behandlerne, og at hun skulle ønske det var satt av mer tid til å bli kjent slik at hun raskere kunne begynt å samarbeide. For to informanter (S, B) var det viktig at de ansatte fokuserte på at også de bare var mennesker som hadde følelser som alle andre. Den ene av disse (S) forteller at de ansatte formidlet at også de kunne gjøre feil og ha det vondt av og til. De prøvde ikke å fremstå som feilfrie supermennesker. *”De dro inn at de også hadde dårlige dager, og de kunne være mennesker og si dumme ting og drite seg ut som gjorde at vi kunne le av dem av og til. (...) De forklarte hele tiden at det er ikke bare godt å leve, og også de hadde smerte i livet og hadde det jævlig noen ganger, og at det er slik for alle. Jeg trodde det var bare oss gjerne som hadde det. De andre var jo så perfekte. Og jeg trodde jo det var sånn at alle vi andre var mislykka”*.

#### 4.1.5 Tid og tilgjengelighet

*”Det var veldig bra med daglige samtaler, først og fremst fordi de var der for deg. På andre avdelinger følte man seg satt på vent. Det skjedde ikke noe. (...) På SSB tok de seg tid og man kunne sette seg ned med dem og prate med dem om alt”*.

For mange (B, S, L, Ø) var det viktig med mange terapisaamtaler, fordi det da ble satt av tid til dem, de følte seg tatt på alvor, og det skjedde noe hele tiden. *”Det var kjempefint med mange samtaler, det var kanskje det beste. At man hadde så mye tid til det. Fordi det blir jo mye dødtid når man går rundt på avdelingen. Så da følte man jo at man fikk gjort noe da. Følte at man kom kanskje litt videre. Det var ikke bare å snakke av og til. Det var det beste med det hele, at det var så mye terapi, sånn ordentlig”* (B). Flere (Ø, S, L) forteller at de opplevde at de ansatte var veldig tilgjengelige når de trengte en samtale. Dette var noe de ikke opplevde på akuttavdelinger, hvor fokuset i større grad var å komme videre og ut. *”Jeg fikk bedre tid på SSB og det synes jeg var veldig fint. Jeg synes stort sett at de hadde veldig god tid. Jeg hadde ofte behov for at noen så inn til meg på rommet mitt, og det hadde de ofte tid til. De kunne sitte der hvis jeg var redd, så satt de der og holdt meg i hånden, og bare var der og snakket med meg. De kunne sitte der til jeg sovnet på kvelden, og bare var der”* (Ø). Flere (L, Ø, B) forteller om viktigheten av at de ansatte tok seg tid til å gjøre andre ting med pasientene utenfor avdelingen, som handleturer, kafé, etc. At det ble lagt til rette for å gå på arbeidstrening og teatergruppe var også viktig. *”De stilte veldig opp for meg og vi gjorde litt ting utenom avdelingen. Vi var ute på kjøreturer, skiturer, handleturer og kafé når jeg var i form til det. (...) Jeg synes det var veldig fint. (...) Det har du ikke mulighet til på akutt”* (Ø). For (U) var det veldig viktig at de ansatte ga henne en form for frihet, slik at de imøtekom hennes ønsker om å gjøre ting utenfor avdelingen, og kjørte henne til og fra. Dette var med på at hun klarte å ta i mot hjelpen fra dem slik at hun etter hvert kunne hjelpe seg selv.

## 4.2 Forståelse av egen unnvikelse

Informantene forteller at de var godt kjent med bruken av ordet unnvikelse i behandlingen. For de fleste handlet unnvikelse om flukten fra sine egne følelser, som for mange var helt uutholdelige og smertefulle. Flere beskriver at de etter hvert i behandlingen ble oppmerksom på sine egne fluktmetoder, og at de da jobbet mye med å velge andre måter å forholde seg til vanskelige følelser på.



## 4.2.1 Flukten fra og frykten for egne følelser

Alle forteller om at det å ikke flykte fra sine egne følelser var en stor del av arbeidet i behandlingen. De forteller at de hadde behov for å flykte når de opplevde noe som var vanskelig eller opplevde vonde, ubehagelige følelser. *"Hvis det ble for mye tanker, eller jeg fikk en telefon jeg ikke likte, og hvis det var noe som gikk i mot, så ville jeg komme meg bort"* (Ø). Alle beskriver fluktmetoder som selvmordsforsøk og ulike former for selvskading som å kutte seg og/eller slutte å spise. Enkelte informanter (S, U) forteller at de opplevde å bli nærmest avhengig av selvskadingen. *"Det var følelsene mine jeg var redd for. Fordi jeg ikke taklet følelsene mine begynte jeg med selvskading og spiseproblemer. Så ble det sterkere og det ble mer dramatisk. Det blir som narkotika, man får behov for mer agering for å klare å leve og kjenne at du lever, og også for å holde unna følelsene som du er redd for"* (S). En kvinne (L) forteller at hun var redd for å kjenne på følelsene sine da hun følte at hun kunne komme til å miste kontrollen over seg selv. Hun forteller at hun intellektuelt sett ikke var redd for følelsene sine, men *"(...) når jeg står der så slutter hodet og funke, og det eneste jeg klarte å fokusere på var at jeg måtte vekk"*. (S) forteller at hun ikke klarer å sette ord på hva det var som var så skummelt, hun opplevde bare å ha panikk for å kjenne på det, og jo mer redd hun var for å ha det vondt jo verre ble det. *"Det er frykten som er så innmari stor, det er jo egentlig ikke så skummelt. (...) Det er frykten for noe som jeg kjenner vokser, så da må jeg gjøre noe panisk hele tiden. (...) Katastrofeangst er jo en god beskrivelse, men jeg har aldri trodd at jeg skulle eksplodere eller noe sånt. Jeg har bare fått panikk for å kjenne på det"*. (U) forteller om en episode der hun opplevde det veldig vanskelig og brukte selvskadingen for å unngå de vonde følelsene og for å flytte smerten hun opplevde til en smerte hun kunne se. I tillegg handlet hennes flukt mye om å komme bort fra virkeligheten, og alle følelsene som hun ikke visste hva var. *"For det var bare masse rot, følelsene mine var liksom et garnnøste som hadde rota seg sammen. (...) Jeg hadde bare ubehagelige følelser. Det var det eneste jeg hadde. Fant ikke noen andre"*.

## 4.2.2 Bevisstgjøring av unnvikelse

Mange av informantene (S, B, L, R, U) beskriver at temaet unnvikelse ble tatt opp i samtaler med de ansatte på avdelingen. En av informantene (R) forteller at hun fikk mye undervisning

om unnvikelsesmønstre. Tre av informantene (B, S, L) forteller at de ble oppmerksom på sin egen unnvikelse i samtaler med psykologen. (S) forteller at hun og psykologen snakket mye rundt unnvikelse, og begynte i det små og så på hva som skjedde når hun ikke flyktet. Det kunne for eksempel skje når hun var uenig med behandleren og var på vei til å gå ut midt i en samtale. *”Når jeg gikk ut fra en samtale så spurte de meg om hvorfor jeg gikk ut der, hva som skjedde der, hva hadde skjedd hvis jeg ble der”* (S). Videre forteller hun at det var viktig å fokusere på de små flukter i det daglige, og at det først var da hun ble gjort oppmerksom på situasjonene at det gikk opp for henne at hun unnvek. *”Jeg så at det jeg egentlig gjør er å stikke av fra alt. Jeg begynte å skjønne det, det var ikke lenger bare noen som sa det”*. Informant (L) forteller at det var mye fokus på unnvikelse i behandlingen. *”Jeg hørte om unnvikelse hele tiden: ”Nå unngår du, nå unnviker du, nå flykter du”. (...) ”Du unnviker ved å kutte deg opp, du unnviker ved å ikke spise”* (L). Videre forteller hun at de også gikk gjennom hvordan hun hadde håndtert det siste døgnet, om det hadde vært unnvikelse eller planlagt avledning. Informant (U) forteller at hun ikke alltid var enig i hva som var unnvikelse og ikke, og at hun i begynnelsen ikke helt forsto hva de ansatte mente med det.

### **4.3 Opplevelsen av å bli utfordret til å ta ansvar og valg**

*”Det var bare mitt ansvar hele tiden, det var bare jeg som kunne gjøre noe med livet mitt”*.

Informantene forteller at de opplevde å få tildelt store deler av ansvaret for seg selv og sitt eget liv når de kom til avdelingen. For mange var dette vanskelig og skremmende når de i så mange år hadde opplevd det motsatte, at andre overtok ansvaret for dem. For informantene handlet behandlingen i stor grad om å oppleve å kunne velge på flere områder der de tidligere ikke trodde de hadde noe valg. Særlig ble valget mellom å slutte å flykte og heller forholde seg til vanskelige følelser fremhevet. For noen var det provoserende å høre at de hadde et valg og at ansvaret ble lagt på dem.

### 4.3.1 Omsorgsfull ansvarliggjøring

Flere informanter (S, B, R, U) fikk høre at de selv måtte gjøre en jobb når de kom til avdelingen, men at de kom til å få støtte og hjelp på veien for å klare det. *”Det ble sagt at de ikke kunne hjelpe meg hvis jeg ikke ville det selv. At jeg måtte gi de lov til å hjelpe meg. Hvis jeg bare strittet i mot eller ikke ville, så var det ingenting de kunne gjøre. Hvis jeg ville at de skulle hjelpe meg så skulle de støtte meg og hjelpe meg gjennom ting. Da skulle de være der for meg. For de sa at det kom til å bli vanskelig og tøft, men at de skulle være der ved siden av meg. (...) Men jeg måtte ville det selv”* (Ø). Noen av informantene (R, U, L) forteller at da de innså at de måtte gjøre noe selv begynte det å gå fremover. De fleste (S, R, B, U) beskriver at de på andre avdelinger hadde opplevd å bli fratatt alt ansvaret og tok passivt i mot det de ble tilbydd av behandling. *”Som pasient på mange andre poster tenker man at nå kan andre ta ansvaret for meg, nå blir jeg lagt inn og da slipper jeg å ta ansvaret selv”* (R). For noen (S, L, R) var det viktig at de ansatte krevde at pasientene måtte gjøre en innsats selv for å komme videre, og ikke bare formidle at alt kom til å gå bra. *”Jeg trengte hardt mot hardt. For ved å sette hardt mot hardt så blir jeg ofte sittende etterpå når jeg har roet meg ned, og tenke over ting”* (L). En kvinne (S) beskriver at det var stor omsorg i kravet om at hun måtte gjøre jobben selv, for sånn lærte hun å klare seg selv i livet. *”De andre avdelingene er veldig opptatt av å stabilisere. Du skal ha det godt og bake vafler. (...) Jeg trengte egentlig ikke varme og omsorg på den måten. Jeg trengte at noen tok tak i og hadde troen på meg og gjorde begge deler. (...) På SSB utfordra de meg. De tok tak i meg som menneske og ville noe med meg”*. Informant (B) forteller at hun opplevde at det ble mer alvor når hun fikk høre at hun måtte gjøre jobben selv. Det var første gang hun var blitt stilt til ansvar på den måten. (R) forteller at *”(...) det handlet om å forstå min egen situasjon og at jeg er den eneste som kan gjøre noe med dette, selvfølgelig i samarbeid og relasjon med andre, men det er på en måte jeg som må rette fokus inn på meg selv og hva det er jeg gjør galt som gjør at jeg ikke fungerer i verden, og ikke hva alle andre gjør galt”*. Hun forteller videre at de ansatte ikke var opptatt av å formidle håp slik de gjorde på andre avdelinger. Det opplevde hun som den største forskjellen sammenlignet med andre avdelinger hun har vært på. Formidling av håp kunne føre til at hun satte seg på gjerdet og tenkte at hun ikke trengte gjøre noe selv, siden de sa at det kom til å gå bra. Informant (U) forteller at det var når hun begynte å spille med behandlingen og ikke i mot at det begynte å skje noe.

### 4.3.2 Tydeliggjøring av valg

Flere (S, R, L, U) forteller at behandlingen fokuserte mye på at man alltid har et valg i forhold til handlingene sine, og at de måtte velge å reagere annerledes. For dem var dette en ny måte å tenke på. *"I begynnelsen trodde jeg ikke jeg kunne velge. Reaksjonene bare kom og jeg ante ikke at det var noe annet å gjøre. Det var det eneste jeg kunne. Nå kan jeg velge hva jeg vil gjøre for nå har jeg jo en valgmulighet. Det å skjønne at man har et valg og forholde seg til det i stedet for å løpe. Det visste jeg jo ikke før så jeg bare løp"* (S). Flere (S, U, L, Ø) forteller at de måtte lære å handle annerledes, og at det var ingen som hadde fortalt dem hvordan de kunne velge bort flukten. Nå fikk de høre at de kunne velge å flykte, stå i det, eller avlede. Alt var opp til dem. (R) forteller om valg i lys av ulike metaforer hun husker fra samtalene i avdelingen. *"Du kan gå den beinharde turen gjennom tømmerkogen og det er steinhardt arbeid, eller du kan gå søndagstur rundt skogen i solen til du plutselig kommer til et stup. (...) Det å tenke at man kan ikke smette unna og fantasere om at man skal leve et smerteløst liv i himmelen, at jeg klarte å lukke den døren og tenke at det var bare en vei og jeg kunne ikke smette unna ved å dø"* (R). En annen (U) forteller at hun i dagliglivet ofte bruker det psykologen har sagt om valg. Det siste året etter utskriving var det mange vanskelige ting som skjedde rundt henne, men at hun valgte å ikke stikke fra det. *"Det var bare å velge riktig. Det med valg og sånn det bruker jeg mye tid på. (...) Jeg er ikke like spontan som jeg var. Jeg tenker over ting og jeg tenker på hva konsekvensen er, fordeler og ulemper"* (U).

### 4.3.3 Tøft å bli ansvarliggjort

Flere av informantene (S, R, L, U) opplevde at det var utfordrende å høre at de kunne velge å handle annerledes enn de tidligere hadde gjort. *"Det er vanskelig å ta det valget om å grave frem følelser, når det er lettere å flykte og bare kutte meg opp og unngå følelser"* (L). Flere (R, L, U, S) forteller at de ble provoserte da de fikk høre at de måtte ta ansvar for seg selv, fordi det virket som om de ansatte trodde de ønsket eller hadde valgt å ha det vanskelig. *"Hver gang jeg fikk motstand gikk jeg inn i en psykose. Det er provoserende å høre at du velger den selv. Den kommer jo bare, jeg velger jo ikke å klikke. (...) Jeg hadde jo ikke valgt å bli syk. Hadde jeg kunnet velge hadde jeg studert og hatt en jobb. Men jeg skjønnte etter hvert*

*at det var ikke det at jeg hadde valgt å bli syk, men at jeg kan velge nå” (S). (R) forteller at hun ble overrasket over å få lagt ansvaret over på seg, og at hun ikke visste hvordan hun skulle greie det. På de andre postene hun hadde vært på var hun vant til at de tok over ansvaret. ”Så kommer du til BET-behandling og fortsetter å tro at de skal jo ta ansvaret for meg, også blir hele ansvaret plassert hos deg. Da tenker du at dette er jo helt nytt, det er ikke som det har vært før, hva gjør jeg nå?”.*

## **4.4 Utsette seg for sine egne følelser (eksponering)**

*”Å tåle å forholde meg til det jeg fryktet mest i hele verden, mine egne følelser”.*

Alle informantene beskriver at det å skulle forholde seg til følelsene sine var veldig vanskelig og tøft. Det å forholde seg til følelser handlet om å ikke flykte, og ikke være redd for å kjenne på dem når de oppstod. De ansatte fokuserte på at de ville bli veiledet underveis og at de ikke skulle stå alene i vanskelige situasjoner. Noen opplevde dette som trygt og godt, mens andre syntes det var vanskelig å skulle stå i sine egne følelser sammen med andre.

### **4.4.1 Å tørre å forholde seg til det vonde**

For alle informantene handlet eksponeringen om å forholde seg til det vanskelige som skjedde og kjenne på følelsene, og ikke stikke av fra det med for eksempel selvskadning. Det handlet om å tåle å stå i det. *”Jeg var veldig irritert på en ansatt og hadde skjelt han ut, så var jeg veldig sint og ville storme ut av posten. Så sa de at nå fikk jeg ikke gå ut, jeg måtte forholde meg. Så måtte jeg bare velge å forholde meg. Til følelsene mine, til alt. Det kunne ikke bare forsvinne ut og bare ikke forholde seg. Forhold deg, det er sånn det fungerer, forhold deg” (R). To informanter (R, Ø) beskriver at den psykiske smerten slo ut fysisk og de fikk vondt i magen. ”Så vi startet ofte samtalen med at jeg la hånda på magen og gikk inn i ting. Og psykologen begynte å snakke om ting som jeg syntes var vanskelig. Jeg ble veldig redd noen ganger, og jeg sa litt om det som var vanskelig. (...) Vi brukte en angstkurve fra 1-10. Noen ganger bestemte vi på forhånd hvor høyt jeg skulle gå, andre ganger gikk jeg helt opp. Jeg kunne hele tiden si at jeg ville gå ut av det. Hvis jeg ikke sa noe, og kom opp på sånn 7-8 og*

var veldig urolig, så kunne psykologen spørre meg om jeg ville fortsette eller om jeg ville bruke avledning og gå ut av det” (Ø). Flere (S, L, Ø) forteller at de kunne bruke avledning hvis det ble for vanskelig i timene. I de tyngste samtalene hadde (Ø) ofte med seg noen av primærkontaktene sine for å føle seg trygg. Informant (S) forteller at hun turte å gå inn i følelsene sine fordi de snakket mye om det på forhånd. Eksponering kunne også skje gjennom å utsette et sterkt behov (S, Ø). ”Hvis jeg hadde behov for å gå en tur, kunne de utsette det en halv time. Jeg måtte kjenne på det ubehagelige, for behovet var der veldig sterkt nå. Det var sånn jeg agerte, at jeg måtte knuse noe eller skade meg akkurat nå. Men der måtte jeg vente og stå i det. (...) Det skjedde noe med toleransegrensen min” (S). To (L, S) forteller at eksponeringen ikke var så vond som de hadde forestilt seg, og at det er frykten for det som skal komme som er verst. ”Det å utsette meg for følelsene var faktisk ikke så ille når jeg klarte det. Det var bare å slippe barrierene mine nok til å klare å stå i det” (L). Noen (Ø, S, L) av informantene husker flere episoder hvor de turte å kjenne på ting, og klarte å være i følelsene i stedet for å flykte. ”Jeg skulle avlede og gå fra, men så ombestemte jeg meg og så slapp det bare. (...) Jeg tror ikke jeg gråt, jeg husker bare at luften gikk ut. (...) Jeg var i det og det var ikke noe farlig. (...) Det var godt å slippe å panisk finne en måte å flykte fra det på” (S). (L) forteller at de ofte jobbet med å beskrive følelsene med ord, hvordan de hadde sett ut, hva de gjorde med kroppen hennes, hva hun kjente at følelsene gjorde med henne der og da, om det var farlig og hvor hun kjente det.

#### **4.4.2 Utsette seg for følelser i relasjon**

Flere av informantene (S, B, Ø, R) forteller at de ansatte var der sammen med dem når de opplevde noe vanskelig, og noen (S, B, Ø) fortalte at det bidro til å skape trygghet. (S) forteller at da hun var syk følte hun seg veldig ensom og alene. Hun forteller at ingen forsto henne eller skjønnte hvordan hun hadde det. Men når hun delte de vonde følelsene sammen med noen opplevde hun at den vonde ensomhetsfølelsen ble borte: ” (...) så kanskje det å få lov til å ha det helt jævlig, og at noen er der sammen med deg i det. Å bli sett også for det som er vondt. Da blir ensomheten litt borte. For jeg følte meg helt alene i verden”. For (L) var det veldig vanskelig å skulle være sårbar sammen med noen andre, og hun forteller at hvis hun skulle klare det var det viktig å først ha tillit til den personen. ”Det er jo egentlig ingen som liker å være på sitt mest sårbare foran andre mennesker, uansett hvem det er, så har man ikke

*lyst til å være sårbar foran andre. (...) For å stå i det sammen med noen så må man først slappe av og be om hjelp og være åpen sammen med noen. Og hvis du skal klare det må du først få tillit til den personen, og det tar tid".* Noen av informantene (S, Ø, L) forteller at de etter hvert begynte å be oftere om hjelp når de hadde det vondt. To av informantene (L, S) forteller at det var veldig vanskelig å skulle be om hjelp, og for (S) handlet det om at hun ikke ville føle seg svak. Hun forteller at hun alltid skulle være så sterk og flink. (L) jobbet lenge med å lære å be om hjelp når hun hadde det vanskelig og akseptere at det var greit.

#### **4.4.3 Vondt å stå i følelsene**

Alle informantene beskriver behandlingen som vanskelig og tøff, og mange (B, S, Ø, R) beskriver det som vondt å skulle forholde seg til seg selv og følelsene sine. *"Det var helt forferdelig å være i behandlingen. Eller, det var jo en forferdelig tid. Det var jo så uutholdelig å være i meg da, og da ble det jo veldig uutholdelig å bli tvunget til å være i meg på en måte. Å måtte takle det"* (B). (S, L, B) forteller at det var vanskelig å slippe tak i alle fluktrutene. (Ø) forteller at hun ofte måtte legge seg etter å ha vært i samtalene, fordi det var så slitsomt å være i den vonde følelsen. To informanter (S, R) forteller at selv om det er smertefullt er det noe som gjør at man fortsetter. *"Akkurat når det stod på så var det så vondt inne i kroppen, det var bare fysisk vondt. Og jeg kunne ikke forklare hvorfor jeg hadde vondt, jeg skjønnte ikke hvorfor. (...) Men det var en rød tråd gjennom hele behandlingen som gjorde at jeg ønsket å fortsette av en eller annen grunn, fordi jeg følte at det var det eneste valget jeg hadde"*(R). Videre forteller (S) at selv om det var smertefullt og vanskelig, så var det bedre enn alle de tidligere årene hun hadde vært innlagt, fordi hun merket at noe var i endring. *"Det blir vondt og håpløst på en annen måte. Jeg skjønnte hele tiden at de jobbet mot et mål. Selv om det målet var skremmende, det med utskriving, så var det bedre å jobbe hardt og effektivt og vondt enn å bare sitte og være stabla bort"* (S).

## **4.5 Hvordan pasientene opplever endring**

Denne kategorien beskriver hvordan informantene merket endring i terapien. Alle informantene forteller om ulike episoder der de merket at det skjedde forandringer ved dem

selv. Det kunne være episoder fra avdelingen, eller forandringer de merket etter at de ble utskrevet. Det kunne være at de forholdt seg annerledes til sine egne følelser ved at de ikke flyktet så mye, at de fant nye mestringsstrategier, eller at de merket forandring når de selv begynte å ta mer ansvar for seg selv og livet sitt. De forteller også at reduisering av medikamenter var viktig for å klare å jobbe med seg selv. Endringen skjedde stort sett gradvis, men de forteller også om større gjennombrudd. Etter hvert merket de endringer som bedre impuls kontroll, større handlingsmuligheter, bedre innsikt i følelsene, aksept for følelser og tanker, samt et mer positivt syn på seg selv.

#### 4.5.1 Redusering av medikamenter

De fleste (S, B, Ø, R, L) forteller at de brukte mange medikamenter da de kom til avdelingen, og alle informantene opplevde at medisinerne ble trappet ned når de kom dit. Flere (S, Ø, B) beskriver at de opplevde å bli sløvet av medisinerne og at det var veldig godt å slippe det. (Ø) forteller at hun trappet ned fra omtrent 16 tabletter i døgnet, til noen få på kvelden da hun ble skrevet ut. Hun forteller videre at de ansatte var flinke til å tilby henne andre alternativer når hun ba om medisiner. *”Noen ganger fikk jeg spørsmål om jeg ville gå på skjermet, fordi jeg ville ha medisiner, beroligende og sånn, og da kunne de noen ganger spørre om jeg ville bli med inn dit i stedet for og prøve det. Så gjorde vi det, så trengte jeg ikke å ta noen medisiner. (...) Altså de gjorde mer sanne ting, ja brukte mer tid i stedet for at du blir dopa ned som du blir på akutt”*. To av informantene (S, B) opplevde at de begynte å tenke klarere når medisinerne ble tatt bort. (S) forteller: *”Da jeg kom dit var jeg veldig tungt medisinert og da fungerer man ofte dårlig. Da de begynte å ta bort medisiner som førte til at jeg letnet litt, og de stolte på at jeg var verdt å hjelpe, da begynte det å skje ting. Jeg begynte å stole på dem, og jeg kunne samarbeide”*. (S) forteller videre at da medisinerne ble trappet ned og hun ikke alltid fikk medisiner når hun spurte om det, måtte hun etter hvert forholde seg til følelsene sine. (B) forteller at hun fikk mer kontakt med seg selv da medisinerne ble trappet ned. *”Til slutt så ble alle medisinerne tatt bort. Jeg bare husker jeg våkna opp liksom. Det var en veldig spesiell følelse når medisiner blir tatt bort. Alt ble mye mer virkelig. Det skjedde noe da liksom. Så jeg tror det også var viktig for at jeg fikk mer kontakt med meg da”*. Informant (U) forteller at hun opplevde at avdelingen var mer ordentlig og ryddig når det kom til bruk av medikamenter. For eksempel opplevde hun at oppstart og nedtrapping skjedde gradvis og



over lengre tid sammenlignet med andre avdelinger hun har vært på. Nesten alle informantene forteller at de er medisinfri i dag.

#### 4.5.2 Hvordan pasientene merket forandring

To informanter (L, S) forteller om gjennombrudd i samtale med psykologen hvor de husker at de for alvor klarte å være i følelsene sine. De hadde tidligere opplevd mye motstand i forhold til det å gå inn i vanskelige følelser, men opplevde under samtalen at det plutselig slapp taket. *”Vi skulle skape et visuelt rom av følelsene mine. Plutselig, istedenfor å få helt panikk når jeg skulle gå inn i det rommet som følelsene var innenfor, så var det en sklie ned istedenfor en trapp ned, for vanligvis så var det en trapp ned. Også var det plutselig morsomt å skli. Da gikk det opp for meg at det finnes jo faktisk positive følelser inni meg. Dette var jo gøy, dette her er jo ikke farlig i det hele tatt, og jeg fikk en så god følelse, og det gikk bare så greit den samtalen. Jeg bare kjente etterpå at ting er annerledes”* (L). En annen kvinne (Ø) forteller at etter hvert som hun utsatte seg for de vanskelige følelsene merket hun at det hjalp. *”Jeg merket det etter hvert at det ble lenger mellom gangene at jeg ville skade meg for eksempel. Jeg ba mer om hjelp sånn at vi kunne ta en samtale om det før ting ble vanskelig. Jeg sa mer fra”*. Noen (R, U) forteller at endring skjedde da de begynte å tenke over hvordan de kunne hjelpe seg selv, i stedet for å tenke at det var andres skyld at de hadde det vondt. *”Det var liksom når jeg sparka meg selv i ræva at ting begynte å forandre seg. Det var når jeg sluttet å synes synd på meg selv og verden måtte hjelpe meg, men at jeg faktisk måtte begynne å hjelpe meg selv at det begynte å forandre seg”* (U). Flere (B, R, L) forteller at de merket forandringer i sosiale sammenhenger, og at de endelig kunne være med på sosiale ting. *”Nå får jeg med meg hva folk faktisk sier, det har jeg ikke gjort på mange år. Jeg har flere antenner oppe i forhold til å få inn inntrykk. For jeg har bare lukket dem før for jeg har ikke orket. Det er kanskje den største forandringen”* (R). En informant (B) forteller at hun opplevde forandringen best da hun var utskrevet. *”Jeg merket det kanskje først, eller best, når jeg var utskrevet. Jeg klarte plutselig mye mer enn jeg hadde klart før. Og følte kanskje litt mer ansvar for mitt eget liv. Før spilte det ikke noen rolle liksom. Men nå var det mitt ansvar å kunne ha det bra. Å sørge for meg selv i livet”*. (U) forteller at etter hvert som følelsene begynte å komme fikk hun også skyldfølelse, og hun tenkte mye på hvordan familien hennes hadde hatt det da hun var syk. En av informantene (R) merket forandring da hun klarte å

akseptere symptomene sine. *"Først sa de at jeg måtte akseptere at jeg hadde stemmer i hodet, og akseptere at de kom alltid til å være der. Så ble jeg mer fortrolig etter hvert med at sånn kom det til å være. Så forsvant det sakte men sikkert"*.

#### **4.5.3 Endring tar tid og skjer gradvis**

Enkelte (S, Ø, B) beskriver at det var viktig at de hadde god tid, og at de ikke ble skrevet ut før de ble klar for det. *"Jeg tror det er vanskelig å behandle hvis man ikke skal få lov til å bruke den tiden det tar. Du kan ikke kurere kreft på en dag og det samme gjelder for dette (...) man må først trygges og forberedes innmari godt, og det tar tid. Jeg tror jeg brukte det første året kun på å trygges, så begynte ting å skje etter det"* (S). To (B, S) forteller at de fikk høre at de skulle være på avdelingen til de ble friske, og ikke ble pushet på tiden. *"Alt er jo mye mer langtidstenkende. På akuttavdeling visste jeg jo aldri om jeg skulle være der til i morgen. På SSB fikk jeg vite at her skulle jeg være til jeg var frisk. Så tar det den tiden det tar"* (B). En kvinne (Ø) forteller om viktigheten av å ha god tid da hun øvde seg på å gå til kiosken i nærområdet fordi hun var redd for å gå ute. Hun forteller at de brukte ett år på å øve seg på det, og at hun i begynnelsen bare gikk noen meter sammen med to ansatte. Denne eksponeringstreningen gjorde at hun nå klarer å gå i butikken alene. Alle forteller at de opplevde at forandringen skjedde gradvis. *"Jeg hadde jo vært inne på sykehuset nesten et år da en av de ansatte sa at nå var jeg jo nesten frisk. Jeg vet ikke hva som skjedde, det var gradvis. Men da jeg hørte de sa det så tenkte jeg at det stemte. Jeg bare merket at ting fungerte. Det var en sånn gradvis forandring"* (R).

#### **4.5.4 Oppfatter seg selv på en mer positiv måte**

De fleste (S, B, R, L, U) forteller at de nå opplever seg selv på en mer positiv måte. Flere (B, S, L) beskriver at de er mer fornøyde med seg selv i dag, og at de ikke er så selvkritiske lenger. *"Før var jeg veldig kritisk til meg selv. Ting som det egentlig ikke var noe å være kritisk til. Det var veldig mye selvhat og selvforrakt, og veldig lite ved meg selv som jeg likte. Jeg har fått mer tålmodighet og klarer å se flere positive sider ved meg selv"* (L). To informanter (S, U) beskriver at de følte seg veldig verdiløse etter en så lang periode med

mange innleggelses, men at det ble annerledes etter behandlingen. Enkelte (U, R) beskriver at de klarer å gi mer til mennesker rundt dem, og at de har en annen styrke i seg nå enn før.

*"Jeg vil si at jeg er mye sterkere enn jeg var før. Jeg har alltid vært snill og omtenkstom, men jeg tenker at det kanskje forsvinner litt når man er syk, for da blir man så selvopptatt. Det kjente jeg jo at jeg ikke likte. Jeg har kanskje fått tilbake mer de gode egenskapene jeg hadde før jeg ble ordenlig syk"* (R). (U) beskriver at hun i dag har mer ressurser som gjør at hun klarer mer, og at hun har en trang til å hjelpe andre.

#### **4.5.5 En ny holdning til tanker og følelser – "de er ikke farlige"**

I behandlingen fikk alle erfaringer med at de klarte å kjenne på ubehagelige følelser og være i dem, og at de gikk over etter hvert hvis man klarte å eksponere seg. Mange (S, Ø, L, R) kan i dag si til seg selv at følelsene ikke er farlige. *"Jeg har lært at følelser ikke kan drepe meg. Følelser er ikke farlige. (...) Da er det plutselig ikke så innmari farlig å leve heller"* (S). Når de opplever ubehagelige følelser kan flere si til seg selv at de vil forsvinne og at man bare må vente til de går over. *"Jeg har jo veldig mange erfaringer nå med at jeg vet at det går over. At det går bestandig over. For det trodde jeg ikke i starten"* (Ø). Flere (R, U, L, Ø) forteller at hvis de opplever å ha det vanskelig nå så er de ikke redde for å bli overveldet av den tanken eller følelsen. *"Jeg har lært å ikke agere på følelsene mine, men heller puste ut, tenke og bruke hodet. Før handlet jeg jo rett ut fra følelsene mine jeg tenkte ikke i det hele tatt. Nå så klarer jeg mye mer og puster, slapper av og tenker at det går greit"* (L). (R, Ø) forteller at de har jobbet med aksept for tanker og følelser, og dette har endret hvordan de forholder seg til dem. *"Du kan tenke den tanken og trenger ikke agere ut fra alt du tenker. En følelse er bare en følelse, og det kan du leve med. (...) Jeg ønsker følelsen velkommen og tar den til meg og sitter og kjenner litt på den. Så er det greit"* (R). Flere (R, S, Ø) forteller også at behandlingen har fått dem til å tenke at alle har smerte i livet sitt, og det må man godta. Man kommer videre selv om ting er vanskelig. *"Det er greit å ha det litt kjipt, alle har det litt kjipt, sånn er det bare. Og ikke begynne å kave seg bort fra det, eller tenke at nå blir jeg syk igjen. Heller tenke at sånn er det bare. Jeg bruker det hele tiden. Hvis jeg tenker at nå orker jeg ikke leve mer, så er det bare en tanke. Det er ikke alltid jeg vil leve da. Så er det bare å leve med det, og ikke sykliggjøre det"* (R). Flere (U, S, B) beskriver at følelsene etter hvert ble lettere å forstå. *"Om jeg er glad eller trist eller redd. (...) Jeg følte at jeg lærte å kjenne til de følelsene, og*

vite hva de betydde, og at jeg ikke trengte å være redd for dem. Og får jeg panikk så vet jeg at det er en følelse, får jeg angst eller blir redd så vet jeg at det er normalt og ha den følelsen”(U). (B, S) forteller videre at hvis de blir lei seg i dag så er det en grunn til det, og da kan de slippe tårene og skjønne hva de gråter for. Tidligere hadde de mange følelser uten grunn. Både (U, L) forteller å ha mer kontroll på temperamentet sitt, har det bedre følelsesmessig og er mer tålmodige.

#### 4.5.6 Funksjonsnivå i dag

Alle seks informantene beskriver at det har skjedd store positive forandringer i livene deres etter at de ble skrevet ut, og at de fungerer mye bedre nå enn før innleggelsen. Noen forteller at de har stiftet familie eller er tilbake i jobb, mens andre planlegger å få en jobb eller studere. Enkelte er fortsatt i poliklinisk behandling eller har akkurat avsluttet denne. Informantene ga rike beskrivelser av hvordan de opplever å ha det i dag, og vi velger å illustrere dette med et lengre sitat fra hver informant.

**Sitat 1:** ”Jeg har aldri hatt noen psykologsamtale etter at jeg ble frisk og aldri brukt noen medisiner. Jeg har familie, familieliv, barn, jobb og hus. (...) Det er forferdelig rart å tenke tilbake på alle de ekstreme tingene jeg gjorde. Jeg lever så normalt i dag. Jeg synes livet er vanvittig mye lettere nå. (...) Livet mitt kan jo ikke sammenlignes i det hele tatt med livet da jeg var syk. Det er et helt annet liv.(...) Før jeg ble syk var jeg veldig oppegående og normal. Jeg opplevdes ikke som rar, hadde gode karakterer og verv på skolen. En normal flink jente. Og det er jeg på en måte igjen nå, men jeg gjør det med en god følelse”.

**Sitat 2:** ”Problemene er helt borte i dag. Jeg klarer ikke å forholde meg til de følelsene i det hele tatt. Det ønsket om å dø, det er noe jeg ikke klarer å hente frem. Det er ikke der. Det er helt borte. Og det er veldig deilig. Jeg blir rørt når jeg prater om det. Det er veldig fint. (...) Alt ble jo annerledes etter behandlingen. Jeg klarte livet. Det gjorde jeg ikke før, jeg klarte jo ikke å være i livet alene. (...) Jeg føler hele tiden at jeg blir stadig bedre”.

**Sitat 3:** ”I dag fungerer jeg ganske bra, og klarer meg selv. Jeg klarer sånne dagligdagse ting jeg ikke klarte før. Jeg klarer å håndtere vanskelige ting på en mye bedre måte. Jeg får

*fortsatt sånne tanker og sånn, men jeg gjør ingenting med det. Det har jeg ikke gjort på lenge nå. (...) Jeg har ikke gjort noen selvmordsforsøk etter behandlingen. Akkurat nå ser jeg liksom hvor godt jeg kan ha det utenfor sykehuset, og det er en veldig motivasjon for at jeg ikke vil bli lagt inn igjen. Jeg vil klare meg utenfor sykehuset, for det er jo ikke akkurat så mye liv å være innlagt. Det er ikke det jeg vil. (...) Det har vært en lang vei, men jeg har jo klart det. Jeg er godt fornøyd med sånn som jeg har det i dag, det var ingen selvfølge”.*

**Sitat 4:** *”I dag er det en helt annen verden. Det er helt utrolig å tenke tilbake på at ting var sånn som det var for tre år siden, og hvordan ting er nå. (...) Det er helt utrolig stor forskjell og veldig, veldig bra. Jeg vil ikke si at jeg har noen av de samme problemene. Jeg tenker på en helt annen måte. (...) Jeg synes det er sykt at jeg var på sykehus i to år da, før jeg kom på SSB, og i de to årene har jeg trodd at ”du har en alvorlig psykisk lidelse, som du må leve med resten av livet. Du må basere deg på å ta medisiner resten av livet ditt”. Og, at jeg kommer på SSB og fullfører behandlingen der og kommer ut uten diagnose, uten medisiner, uten noen ting. Det er en litt sånn tankevekker, som jeg tenker innimellom”.*

**Sitat 5:** *”Jeg har ikke kuttet meg på halvannet år. Det er egentlig helt utrolig. (...) Jeg kjenner at jeg er på vei ut i livet igjen. Og det er veldig deilig. (...) Jeg har begynt å få meg et normalt sosialt liv. (...) Terapien har funket. Jeg tenker mye på hvordan jeg reagerer nå kontra hvordan jeg reagerte før. Opplever jeg noe vanskelig så takler jeg det annerledes. Jeg merker at jeg er mer avslappet i forhold til det jeg ikke kan gjøre noe med. (...) Jeg har mye mer selvkontroll, og i tillegg har jeg det bedre følelsesmessig, jeg er ikke livredd for at ting kan gå til helvete. Når ting begynner å gjøre vondt så er det ikke så farlig lenger, og da gjør det faktisk ikke så vondt lenger heller”.*

**Sitat 6:** *”Fra en som ikke fungerer i det hele tatt til en som fungerer mer enn det jeg trodde jeg kunne. (...) Jeg har funnet tilbake til meg selv, den jeg var før jeg var syk. Det er jo selvfølgelig nedturer, det kan bli tungt og da merker jeg at jeg kan bli sånn at jeg ikke har lyst til å stå opp, jeg vil bli i senga, jeg har det ikke bra, blir fort sint, og begynner å gråte. Men selvmordstanker, selvskading og sykehus, det er langt borte for meg nå. Det er liksom en helt annen verden det der. Jeg skjønner mye mer hvordan jeg fungerer som en person da enn det jeg noen gang har gjort. Før så følte jeg meg jo verdiløs, etter å ha vært i psykiatrien så lenge og blitt slengt fram og tilbake fra den ene til den andre, til å da komme ut av det å faktisk*

*klare å stå på egne ben å liksom klare ting. Så det er jo så stor forandring som det går an å få egentlig. Jeg har et liv, det hadde jeg ikke før”.*

Det kan betegnes som bemerkelsesverdig at så lavt fungerende pasienter oppnår slike endringer som beskrevet over. Felles for alle er at de har beveget seg fra en tilstand preget av selvdestruktiv adferd og suicidalitet, til å bli velfungerende på mange arenaer i livet og oppleve å ha det mye bedre med seg selv. Dette beskriver en endringsprosess som verken behandlingsapparat, pårørende eller de selv trodde var mulig.

## 5 Diskusjon

Oppgaven har til formål å belyse hvordan tidligere pasienter opplevde å være i BET-behandlingen, og hvilken forståelse og tanker de hadde om sin endringsprosess. Dette vil kunne gi en forståelse som antas å tilføre ny kunnskap om hva som virker i terapi for lavt fungerende pasienter. Alle våre informanter har formidlet gripende historier om hvordan livet deres var før og etter BET, og uttrykker stor takknemlighet over å ha mottatt denne behandlingen. Resultatene viser at informantene har beveget seg fra en tilstand med høyt lidelsestrykk, lav motivasjon og liten tro på endring, til en livssituasjon som beskrives som bedre enn de hadde våget å håpe på. Sentralt i deres beskrivelser fremkommer blant annet hvordan de ble møtt av de ansatte, opplevelse av at de ansatte ønsket å hjelpe dem, at de ble ansvarliggjort og hvordan de opplevde eksponering. Endringene de beskriver viser at de i dag har et svært annerledes forhold til tanker og følelser enn de hadde før behandlingen, og at de ikke flykter lenger. Når ubehagelige følelser og/eller tanker oppstår kan de la dem være der og akseptere dem. I tråd med den kybernetiske endringsforståelsen i BET representerer dette endringer på 2. ordens nivå, det vil si at holdningen til problemet er endret. Det innebærer at det som tidligere ble opplevd som et problem, det vil si smerten, i bunn og grunn fremdeles er der. Vi vil nå se nærmere på hvordan informantenes endringsopplevelse kan forstås som 2. ordens forandring, hvordan denne endringstanken gjenspeiles i de ulike fasene i modellen, samt se resultatene i lys av psykoterapiforskningens perspektiver på endring. Til sist vil vi ta for oss mulige kliniske implikasjoner av studien og hva som vil være nyttig å se på i fremtidig forskning.

### 5.1 Studiens funn i lys av BET-modellens endringsprinsipper om 2.ordens forandring

Med forankringen i kybernetikk legges det i BET opp til å reformulere problemet for å endre pasientenes holdning til det som oppleves som et problem – en 2. ordens forandring. I et kybernetisk språk kalles denne forandringen en endring av ”termostatens innstilling”, eller ”en kalibrering av systemets termostat”. For å opprettholde systemets (det vil si pasientens) eksistens, kommuniseres det til pasienten i BET-behandling at årsaken til lidelse og

funksjonssvikt er innstillingen om at smerte og frykt må unngås (Heggdal, 2010). Som det fremkommer i resultatdelen har informantene en helt annen holdning til tanker og følelser etter behandlingen. De tok inn over seg reformuleringen om at det var unnvikelsen deres som var problemet, og at løsningen var å velge ikke å unnvike. Med denne forståelsen ble de i større grad aktører i sine egne liv, i den forstand at de kunne velge hvordan de skulle forholde seg til sine følelser. Informantenes erfaringer med at de kunne velge å handle annerledes, det vil si ikke unnvike, viser et bilde av en endring på 2. ordens nivå. Dette representerer en rammebryting, en ny holdning til problemet (Watzlawick, et al., 1974). Videre forteller informantene at de lærte og erfarte at følelser ikke er farlige, og at hvis man eksponerer seg for dem vil de gå over (habituering). Det beskrives en aksept for de vonde følelsene, de vet at alle mennesker har det vondt av og til, og de trenger ikke gjøre selvdestruktive handlinger på grunn av en vond tanke eller følelse. Dette er i tråd med målet i BET om at reformuleringen skal skape en holdning om *”aksept for at livet er smertefullt”*, og *”aksept for opplevelsen av det smertefulle som livet måtte bringe”* (Heggdal, 2010). Holdningen informantene formidler om at alle har smerte i livet sitt er i samsvar med presiseringen i BET om at et liv uten smerte er uopnåelig, og at pasientene må akseptere smerten i stedet for å flykte fra den.

Informantene beskriver også at følelsene nå er lettere å forstå. Om de er triste, glade eller redde, så vet de at dette er normale følelser og at det ofte er grunner til at de føler det slik. Med en slik innsikt er følelsene blitt lettere å forholde seg til. Når vonde følelser oppstår kan de benytte seg av instruksjoner som *”slapp av”*, *”pust”*, *”ønsk følelsene og tankene velkommen”*, *”de er ikke farlige”*, og *”det går over”*. Informantene agerer ikke lenger ut fra følelsene, og flere forteller også at de er mer avslappet i forhold til uforutsette hendelser. At informantene etter hvert opplevde å ha flere valgmuligheter peker mot økt fleksibilitet og toleranse i forhold til å møte utfordringer. Dette kan beskrives som en økt terskel for stress, som igjen er i samsvar med det overordnede målet i BET om at pasientene skal bli funksjonelt selvregulerende og ha en høyere terskel for å komme i ubalanse (Heggdal, 2008). Når pasientene velger og repeterer handlinger som bryter med habituelle unnvikelsesmønstre vil de utvikle et utvidet og mer fleksibelt mestringsrepertoar. Disse korrigerende emosjonelle erfaringene som de erverver innenfor rammen av en sikker base, gir pasientene en forbedret evne til funksjonell og fleksibel tilpasning til både ytre og indre omgivelser (Heggdal, 2010). Vi vil nå se nærmere på informantenes opplevelse av hva som har bidratt til at disse endringene kunne skje.



## 5.2 Studiens funn om hva som er endringsbefordrende

### 5.2.1 De ansattes betydning for informantenes behandlingsprosess

Sentralt i informantenes opplevelse av å være i BET-behandling var at de ansatte respekterte dem gjennom å fokusere på deres menneskelighet fremfor diagnoser. De ansatte viste seg som medmennesker, og informantene fikk inntrykk av at de virkelig ønsket å hjelpe. Dette bidro til å skape tillit og trygghet hos pasientene, samt følelsen av å bli tatt på alvor og akseptert for den de var. Det beskrives at disse egenskapene var mer fremtredende hos ansatte ved avdeling SSB sammenlignet med andre avdelinger de hadde vært på. Dette hadde innvirkning på informantenes tro på seg selv og deres evne til å samarbeide i behandlingen. Disse beskrivelsene kan ses i sammenheng med arbeidsalliansefasen i BET hvor det vektlegges at de ansatte skal ha en empatisk holdning overfor pasientene. Holdninger, innstillinger og reaksjoner som dukker opp hos pasienten ses ikke på som ”forstyrrelser” som skal forsøkes fjernet, og pasientens ambivalens og motstand aksepteres (Heggdal, 2010). Kun én av informantene forteller at psykologen var den eneste hun følte hun kunne samarbeide med og hadde god kjemi med, og forteller at det var uheldig at hun ikke klarte å dra nytte av samtalene med miljøkontaktene sine. Dette understreker viktigheten av å oppleve at personalet er allierte som man kan jobbe sammen med.

Videre beskrives de ansatte som stødige og tolerante når pasientene hadde det vanskelig, og at de tok seg god tid og var tilgjengelige. Slik informantene formidler sin opplevelse, kan det se ut til at de bekrefter holdningen i BET om at en sikker base er nødvendig for endring. Uansett hva informantene gjorde stod personalet der like stødig, og de ble ikke straffet selv om de kunne skade seg selv eller være utagerende. Personalet fokuserte på å jobbe videre sammen med pasientene helt til de selv opplevde at de var klare til å skrives ut. Sikker base handler som nevnt ikke om at pasientene føler en indre trygghet, men at de er trygge på at personalet vil være tilstede uansett hvilken tilstand de er i, uansett hva de gjør eller hva som skjer (Crittenden, 2008).

## 5.2.2 Unnvikelse

Informantene beskriver at de flyktet fra uutholdelige følelser, og at selvskading var en måte å komme bort fra det vonde på. De fleste informantene kunne fortelle at de i behandlingen jobbet med å bevisstgjøre alle slags former for unnvikelse, både bevisste og ubevisste handlinger. Slik ble de mer oppmerksomme på situasjoner hvor de var unnvikende, noe som ga dem mulighet til etter hvert å velge bort automatiske unnvikelsesstrategier. Dette er i samsvar med den tredje fasen i BET, ”fokus på unnvikelse”, der målet er å bevisstgjøre automatisert unnvikelsesadferd og konkrete handlinger, samt hvilken effekt unnvikelsen har. I denne fasen utforsker man hva pasienten ubevisst gjør som kan være med på å opprettholde eller vedlikeholde problemet, og ikke på hva andre gjør (Heggdal, 2008). Informantene bekrefter at behandlerne rettet oppmerksomhet mot unnvikelse som oppstod her og nå, samt utforskning av andre situasjoner hvor unnvikelse kunne vært til stede. De beskriver blant annet utforskning av hva de unnvek og hva som ville skjje hvis de ikke unnvek. Informantene opplevde bevisstgjøringen som viktig for å gi dem en forståelse av at unnvikelsen var kilden til problemene deres. Mange av informantene forteller at de brukte lang tid på å bli trygge nok til å tørre å eksponere seg. I BET tas det hensyn til denne utryggheten ved å presisere at skillet mellom innbilt og reell fare må være klart før eksponering kan skjje. I tillegg poengteres det at pasientene skal føle en trygghet på at avdelingen og de ansatte er der som en sikker base i prosessen der de velger eksponering og utforskning (Heggdal, 2008).

## 5.2.3 Eksponering

I BET tenker man seg at pasientene er sensitiviserte i forhold til affektiv aktivering, og den fundamentale endringsskapende komponent er eksponering for den affektive aktiveringen som oppstår. Tanken er at eksponeringen vil føre til at affektiv aktivering ikke oppleves som farlig, unnvikelse blir overflødig, og etter hvert vil personen utvikle aksept og bli selvregulerende (Heggdal, 2010). Som vi har sett bekrefter resultatene at informantenes opplevelse er i samsvar med denne tankegangen, og de forteller at eksponering førte til at ting begynte å falle på plass. I følge informantene handlet eksponeringen om å klare å stå i følelsene, og ikke flykte hver gang noe ble vondt. Eksponeringen skjjedde med de ansatte tilstede, i terapitimer eller i andre situasjoner på avdelingen. Det beskrives at eksponering i

terapitimene handlet om å gå inn i følelser, og kjenne på hvordan det var. Eksponering i avdelingen handlet i større grad om å utsette behov, og/eller måtte forholde seg til vanskelige situasjoner som oppstod. Etter hvert ble selvdestruktiv adferd gradvis redusert, de kunne i større grad si fra når de trengte hjelp, og de ble mer fleksible i den forstand at de hadde flere valgmuligheter når vonde følelser oppstod. Ikke minst ga eksponeringen en erfaring med at angstnivået gikk ned igjen dersom man bare forholder seg til det som er vondt. Dette viser et bilde av at toleransegrensen stadig ble utvidet. Informantene forteller om ulike opplevelser og fremgangsmåter i forhold til det å eksponere seg, men felles er at da de sluttet å unnvike fikk de erfaring med at følelsene ikke var farlige og at de gikk over. I BET vil man si at den eksistensielle katastrofen ikke inntraff, og at dette representerer en korrigerende emosjonell erfaring. Samtlige poengterer at dette var hardt arbeid, men at de opplevde at det hjalp. Jo flere erfaringer de fikk med dette, jo tryggere ble de på at de kunne velge ikke å unnvike. I BET tenker man seg at valget om ikke å unnvike fører til en ny vei ut av lidelsen. Informantenes historier synes å bekrefte at det stemte i deres tilfelle. I tillegg førte eksponeringen til en innsikt om at de ikke bare hadde vonde følelser, men et helt spekter av ulike følelser. Andre fikk oppleve at de ikke var følelsesløse.

I BET poengteres det at eksponeringen fram til siste behandlingsfase, ”løsningsfokusert konsolidering”, primært gjennomføres i samarbeid med helsepersonell innenfor rammen av en sikker base (Heggdal, 2008). I følge informantene var det viktig at de fikk veiledning og hjelp til å gjennomføre og holde ut eksponeringen, siden de ikke kunne noe annet enn å flykte. Samtidig var det for noen vanskelig å eksponere seg med andre tilstede. Fokuset i BET på å validere pasientenes opplevelser av ikke å ha tillit overfor de ansatte kan derfor synes å være viktig.

#### **5.2.4 Valg og ansvarliggjøring**

I følge informantene hadde andre avdelinger fratatt dem alt ansvar, og da de kom til avdeling SSB hadde de derfor en holdning om at de ikke trengte gjøre noe selv for å bli bedre. De var vant til at behandlingen handlet om å stabilisere og lindre, for deretter å skrives ut så fort som mulig. Som en ansvarliggjørende modell som helt fra begynnelsen av behandlingen legger ansvaret på pasienten, legges det i BET opp til å representere en motvekt til behandlingen

pasientene hittil har mottatt. Reformuleringen av problemet gir pasienten mulighet til å ta valget om ikke lenger å være offer for sin egen forventning om eksistensiell katastrofe, og det poengteres at det er pasientens valg som er avgjørende for at forandring skal kunne skje. Informantenes historier bekrefter at det ved avdeling SSB ikke handlet om stabilisering og deretter utskrivelse, men om å bli i stand til å takle motgang på egenhånd på mer funksjonelle måter. De fikk beskjed om at verken behandler eller personale kunne fjerne deres smerte og frykt, og at forandring bare kunne skje ved at de selv tok ansvar for endring og valgte å handle annerledes. Selv om det opplevdes som skremmende, uforståelig og provoserende å høre at de selv hadde ansvaret og kunne velge annerledes, var dette viktig for å få i gang endringsprosessen. Det var da de innså at det bare var de selv som kunne gjøre noe med problemet og valgte å stå i følelsene at en positiv forandring fant sted. Dette er i tråd med tankegangen i BET om at det er ansvarliggjøringen som fører til valget om å eksponere seg, som igjen bidrar til en korrigerende emosjonell erfaring om at følelsene ikke kan skade dem (Heggdal, 2008, 2010).

### **5.2.5 Redusering av medikamenter**

Informantene opplevde at det ved avdeling SSB var fokus på å redusere medikamentbruk hos pasientene, noe som beskrives som veldig positivt. Det førte til mer kontakt med seg selv som gjorde det lettere å være tilstede i behandlingen. Å bli møtt med andre løsningsalternativer førte til nye erfaringer om at det fantes andre valgmuligheter enn medikamenter når de hadde det vondt. Dette var nytt for de fleste, sammenlignet med andre avdelinger de hadde vært på. Informantenes fortellinger tyder på at tidligere behandling i større grad har vektlagt medikamentell behandling. I BET ses medikamentell behandling som støtte i en prosess mot økende selvregulering. Etter hvert som pasientene utsetter seg for det som fryktes vil det skje en reduksjon av symptomer, og pasientenes behov for medikamentell støtte reduseres (D. Heggdal, personlig kommunikasjon, 04.02.11). Det at nesten alle informantene var medikamentfri ved utskrivning peker mot at dette har vært tilfelle.

## 5.2.6 Oppsummering

Viktigheten av de ansattes holdning og væremåte under behandlingen kommer tydelig frem i resultatdelen. Elementer som medmenneskelighet, respekt og bekreftelse kan se ut til å ha vært et nødvendig grunnlag for at eksponering skulle kunne skje. I BET skjer endringer ofte relativt brått når pasienten tar det endelige valget om ikke å unnvike (D. Heggdal, personlig kommunikasjon, 17.02.11). Resultatene bekrefter at ansvarliggjøring og vektlegging av valg var viktig, og at valget om eksponering og påfølgende erfaring om at det ikke var farlig førte til positiv endring. Mange av informantene kan fortelle om enkeltepisoder som står frem som viktige, hvor de tok avgjørende valg som førte dem på rett kurs. Samtidig forteller informantene at endringen var en gradvis prosess, og ikke alle beskriver en brå endring. Dette kan skyldes at de opplevde å ta små skritt om gangen, som gradvis førte til at de kunne velge å la seg overvelde av affektiv aktivering eller gradvis desensitiviseres for affekt. Det er også tydelig at mange opplever redusering av medikamenter som viktig for deres endringsprosess.

Slik vi tolker resultatene i lys av BET-modellen handler informantenes endring om et gjensidig samspill mellom både spesifikke faktorer i BET-modellen i tillegg til fellesfaktorer som blant annet empati og validering. Flere forskere støtter det at både spesifikke faktorer og fellesfaktorer ser ut til å være avhengig av hverandre (Goldfried & Davila, 2006; Horvath, 2006), og vi vil i det følgende se nærmere på resultatene i lys av psykoterapiforskningens syn på endring.

## 5.3 Studiens funn i lys av psykoterapiforskningens syn på endring

### 5.3.1 Terapeutisk allianse

Kategorien ”holdning og væremåte blant de ansatte” inneholder flere kjente elementer som i psykoterapiforskningen fremheves som viktig for utvikling av en god allianse og et godt terapieresultat. Forskning viser at terapeuter med egenskaper som respekt, troverdighet, varme, fleksibilitet og selvsikkerhet bidrar positivt til den terapeutiske allianse (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Motsatt vil terapeuter som er rigide, fraværende, kritiske og usikre bidra

negativt (Ackerman & Hilsenroth, 2001). Videre vil det å være positiv anerkjennende og fremstå som ekte og empatisk henge sammen med et positivt behandlingsresultat (Castonguay, et al., 2006; Farber & Lane, 2002; Klein, et al., 2002). Informantene fremhever som nevnt at de ansatte viste respekt, kunne være personlige og så pasientene som noe mer enn bare diagnoser. Mye tyder på at dette bidro til at pasientene følte seg tryggere, mer forstått og ivaretatt, som igjen kan ha sammenheng med at pasientene klarte å jobbe med det som var vanskelig. Gjennom møtet med de ansatte fikk pasientene tro på seg selv og tillit til å kunne motta behandlingen og jobbe med det den krevde. De ble etter hvert aktør i egen behandlingsprosess, noe som viser seg å være essensielt for å oppnå et godt terapieresultat (Orlinsky, et al., 2004).

Selv om de fleste av informantene hadde en positiv opplevelse av de ansatte, opplevde mange av dem at behandlingen var tøff og utfordrende. Informantene beskriver at det var vondt å skulle forholde seg til seg selv og sine egne følelser, og å få høre at de kunne velge å handle annerledes. Samtidig visste pasientene at alternativet var å falle tilbake i det gamle mønsteret av selvdestruktivitet og suicidalitet, og de beskriver derfor at de trengte at det ble satt hardt mot hardt. I BET er tanken at behandlingen virker nettopp fordi den utfordrer pasientene. Det er dermed ikke usannsynlig at utfordringene pasientene møtte i behandlingen antageligvis har satt forholdet mellom pasientene og de ansatte på prøve. Flere forteller om selvskadingsepisoder og suicidforsøk i behandlingen, noe som nødvendiggjorde bruk av ulike tvangsmidler. Både for pasientene og de ansatte må dette ha vært krevende og utfordrende å stå i. I følge psykoterapiforskningen ser det ut til at alliansebrudd på sikt kan føre til en styrket allianse, avhengig av hvordan den blir forsøkt reparert (Safran, et al., 2002). I BET-modellen fokuseres det på at det er personalet som har ansvaret for å etablere en arbeidsallianse sammen med pasientene. Deres oppgave er å kontinuerlig vedlikeholde og styrke arbeidsalliansen, og reetablere/reparere den dersom pasientene trekker seg fra samarbeidet. De ansatte er klare over utfordringene som kan oppstå underveis, og det vektlegges derfor at de er tålmodige og engasjerte, samt jobber systematisk. Måten de ansatte har forholdt seg til pasientene på under og etter vanskelige og utfordrende episoder, har sannsynligvis vært viktig for at pasientene valgte å fortsette behandlingen. Dette kommer blant annet frem i beskrivelsene av de ansatte som stødige og tolerante uansett hvor vanskelig informantene hadde det eller hva de gjorde.

Som tidligere nevnt inneholder Bordins definisjon av arbeidsallianse enighet om oppgaver og felles mål, i tillegg til et emosjonelt bånd mellom terapeut og pasient. I arbeidsalliansefasen i BET er allerede målet og oppgavene definerte uavhengig av hva pasientens subjektive opplevelse av sine problemer er. Det er opp til pasienten å ta valget om å ta i mot tilbudet om BET-behandling, men da akseptere forståelsen om at problemet til pasienten er unnvikelse og løsningen er eksponering. Oppgaven til pasientene er å slutte å flykte fra det de opplever som en trussel, og heller eksponere seg for det i relasjon til de ansatte. For terapeuten vil oppgaven handle om å guide og veilede pasienten gjennom blant annet lytting, bevisstgjøring av unnvikelse, respekt for valg, samt ivaretagelse dersom pasienten ikke klarer det selv. Målet handler for begge parter om at pasienten etter hvert skal kunne klare seg utenfor sykehuset. I arbeidsalliansefasen får pasientene en forståelse av hva som forårsaker problemet deres, og hva de selv kan gjøre for å komme ut av gamle adferdsmønstre som har vist seg å være uhensiktsmessige. Den forutinntatte definisjonen i BET av mål og oppgaver kan ha bidratt til at pasientene ikke ville samarbeide om behandlingen i starten. Enkelte av informantene ble som nevnt provoserte da de fikk høre at ”problemet ditt er at du unnviker og løsningen er at du må velge å eksponere deg for det du frykter”. Selv om de ansatte og pasientene kunne være uenige om mål og oppgaver i starten av behandlingen, kan de ansattes holdning og væremåte ha åpnet opp for og bidratt til samarbeid. Det er også slik at en klar definisjon av mål og oppgaver bidrar til at avdelingen står mer samlet og jobber mer fokusert med pasientene. Slik kan pasientene ha fått en opplevelse av sammenheng og mening i sin egen behandling. I den kaotiske tilværelsen som pasientene befant seg i da de kom til avdelingen kan dette ha vært med på å skape et klart fokus og en vei ut av pasientenes håpløshet.

### **5.3.2 Lave forventninger og høy motstand**

Informantene vi intervjuet hadde ikke tro på at behandlingen ville hjelpe i begynnelsen, noe som kan være forståelig ettersom de fleste hadde vært over flere år i behandlingssystemet uten å bli bedre. De hadde ingen forventning til behandlingen, og mange av informantene forteller at det eneste de ville var å dø for å slippe den smerten de opplevde. Som vi ser fra psykoterapiforskningens syn på endring, har forventning og motstand til behandlingen betydning for behandlingsresultatet (Arkowitz & Engle, 2007; Arnkoff, et al., 2002; Weinberger & Rasco, 2007).

Pasientgruppen som mottar BET-behandling er så dårlig fungerende og har et så høyt symptomtrykk at et krav om høy motivasjon og forventning til behandling er nytteløst. I motsetning til mange andre pasienter har ikke BET-pasientene selv valgt å søke behandling. Det er naturlig å tenke seg at motstanden derfor var høy da de kom til avdelingen. Motstand og lav forventning blir validert og bekreftet av de ansatte. Opposisjon til behandlingen blir ikke sett på som noe negativt, men tvert i mot som en styrke fordi det for pasientene handler om å beskytte seg selv. De blir med andre ord akseptert for den de er og de vanskene de opplever, uten å bli gitt opp av systemet slik de har erfart så mange ganger under tidligere behandling. At behandlingen ser ut til å gi gode resultater på tross av lav motivasjon, høy motstand og lave forventninger kan sies å ikke stemme overens med antakelsen om at grad av forventning har sammenheng med terapiutfall. Imidlertid fremkommer det i informantenes fortellinger at motivasjon og forventning utvikles underveis i behandlingsforløpet, noe som kan tyde på at forventning spilte en rolle for informantenes endringsprosess.

Hos pasienter med høy motstand kan behandlere som benytter direkte og styrende behandlingsmetoder bidra til at pasienten ikke vil inngå i et samarbeid og i verste fall ender opp med å avslutte behandlingen (Beutler, et al., 2002). Pasientene som mottar BET-behandling er en gruppe som føler seg gitt opp av behandlingssystemet, og har mange dårlige erfaringer med autoritære behandlere som kan ha ført til skepsis til behandling generelt. Motstanden de har når de kommer til avdelingen er der av en god grunn. En kan tenke seg at motstanden ikke handler om at de ikke vil, men at de ikke våger på grunn av tidligere mislykkede behandlingsforsøk. I BET-behandlingen benyttes intervensjoner som er forholdsvis direkte og autoritative, men samtidig støttende. Behandlerne møter pasientene med en annen holdning og et annet syn på endring enn de har opplevd tidligere. De ansatte skal ikke bestemme hva pasientene skal gjøre, de skal bestemme over seg selv. Det tydeliggjøres at de kan ta valget om å eksponere seg eller å fortsette å tilbringe store deler av livet sitt innenfor psykisk helsevern som tidligere. I denne prosessen kan de ansatte være direkte og konfronterende for å skape endringer i pasienten. I BET-behandlingen ser dette ut til å være nyttige intervensjoner for at pasienten skal kunne velge bedre løsninger for seg selv. Slike intervensjoner kan være med på å vekke større motstand hos pasientene, men i BET tenker man seg at pasientene underveis vil velge å slutte seg til behandlingen (D. Heggdal, Personlig kommunikasjon, 01.04.11).



### 5.3.3 Teori i psykoterapi

Ifølge Wampold (2010) er teori i psykoterapi viktig for både prosessen og utfallet i terapi. Teoriens viktighet belyser han gjennom Franks fellesfaktormodell (Frank & Frank, 1991). I modellen vektlegges et godt forhold mellom terapeut og pasient, at terapeuten har en spesiell status og blir sett på som en som kan hjelpe, en sterk og overbevisende rasjonale for terapeutens handlinger og til slutt et sett med terapeutiske handlinger som er i samsvar med rasjonalen. Disse faktorene vil i følge Wampold (2010) ikke gi mening uten en teori, og han tydeliggjør teoriens betydning i psykoterapi med å fastslå: ” (...) *simply, there is no therapy without theory*” (p. 43).

Felles for alle teorier innen psykoterapi er at de på forskjellige måter beskriver hva som kan være kilden til pasientens psykologiske problem og dysfunksjon. I tillegg sier teorier noe om hvordan en kan planlegge, hjelpe og jobbe med klientens vansker. Om en teori er overlegen en annen når det kommer til behandling av en bestemt pasient kan en ikke si noe sikkert om. Det som imidlertid synes å være viktig er at terapeuten er komfortabel med å benytte teorien, synes den er attraktiv og er interessert i den. Videre bør teorien passe med terapeuten eget verdisyn og holdninger. Det ser ut til at terapeuter som har tro på at den behandlingen de gir er effektiv, henger sammen med et godt terapeutisk resultat (Wampold, 2010).

BET-modellen er en behandlingsform med forankring i kybernetikk, i tillegg til at modellen bygger på eksistensialisme og utviklings-, lærings- og adferdsteoretiske perspektiver. Med denne teoretiske bakgrunnen forstås pasientens problem som resultat av unnvikelse av smerte, og løsningen er å tilby pasienten en ny holdning til problemet som skal føre til at pasienten velger eksponering. Informantenes beskrivelser av hvordan de ansatte jobbet tyder på at denne forståelsen hele tiden har vært i fokus. Det teoretiske perspektivet i BET-modellen ser også ut til å gi en adaptiv forklaring på de problemene pasientene opplever, noe som viser seg å være viktig for at en behandling skal være effektiv (Wampold, 2010). Denne forklaringen kan nettopp gi pasientene en ny forventning til behandlingen og en annen måte å se de vanskene de opplever på. På denne måten kan pasientene få en forventning om at problemene ikke er umulig å få gjort noe med. Spørsmålet, som ikke kan besvares i denne undersøkelsen, er om forandringen informantene beskriver kunne ha blitt oppnådd med en annen behandlingsform med ulik teoretisk forankring.

### 5.3.4 Oppsummering

Ut fra resultatene i studien er det vanskelig å si noe om hva som har vært mest betydningsfullt i informantenes opplevelse av BET-behandling. Informantene legger vekt på både såkalte fellesfaktorer som de ansattes holdning og væremåte, så vel som spesifikke faktorer. Det kommer tydelig frem at de spesifikke faktorene som for eksempel reformulering av problemet, gjør at de i dag velger ikke å unngå. Dette beskrives å ha stor betydning for hvordan de takler vanskelige følelser i dag. Samtidig er det vanskelig å tenke seg at eksponering kunne latt seg gjennomføre for pasientene uten at de ansatte ble opplevd som bekræftende og respektfulle, og at informantene var trygge på at de ville hjelpe dem gjennom behandlingsforløpet. En viktig del av behandlingen som informantene trekker frem er hvordan de i relasjon til de ansatte ble veiledet og utfordret til å skulle klare å stå i det som var vanskelig. Om de ansatte hadde vært kritiske, fraværende og rigide i en slik prosess ville dette sannsynligvis gått på bekostning av samarbeidet. Det ser også ut til at det å presentere en teori om hva som var problemet og en rasjonale for hvordan oppgavene ble fordelt mellom behandler og pasient, kan ha ført til en bedre forståelse for hva som måtte til for at endring skulle skje. Det å få presentert en forklaring på hva som er årsaken til problemet kan dermed tenkes å ha gitt informantene en opplevelse av å bli forstått og tatt på alvor, noe de ikke hadde opplevd tidligere.

Det kan dermed se ut til at det er lite hensiktsmessig å skille mellom hva som virker mest og minst i terapiprosessen, da de ulike faktorene kan se ut til å påvirke hverandre. Det som er viktig er hvordan man syr det hele sammen, hvordan man integrerer forholdet mellom relasjon og de spesifikke intervensjoner. I BET-modellen inkluderes både det relasjonelle aspektet og terapeutisk teknikk, og integrerer det på en måte som ser ut til å være tilpasset hver enkelt pasient.

## 5.4 Avslutning: Kliniske implikasjoner og fremtidig forskning

Studiens funn er viktige og relevante fordi de gir håp om at pasienter kan hjelpes på tross av lav fungering, høyt lidelsestrykk og komplekse og sammensatte diagnoser. Studien viser at

svært lavt fungerende pasienter har blitt betraktelig bedre etter å ha mottatt BET-behandling. Hittil har BET-pasientene hatt svært få tilbakefall, og foreløpige kvantitative pilotdata tyder på at psykososial funksjon ytterligere bedres etter utskrivning (Heggdal, 2011a). Vi tenker at studien har viktige kliniske implikasjoner ved at den gir håp om at antatt behandlingsresistente pasienter kan bli bedre hvis de tilbys riktig behandling. Det kan betegnes som oppsiktsvekkende at pasienter med en så lang sykehistorie, og med så mange erfaringer med at behandling ikke nytter, øker funksjonsnivået så betraktelig etter denne behandlingen. Dette er et sterkt signal om at behandling ser ut til å nytte hvis man finner frem til den rette måten å behandle på, og at man for ofte attribuerer mislykket behandling til pasientens behandlingsresistens.

Studien belyser viktigheten av å samordne avdelingens personale på en måte som gjør at en strukturert behandling kan gjennomføres. Det vil være nyttig å finne mer ut om hva som er fellestrekk ved behandlinger som synes å være effektive for pasienter med lignende problematikk. Bateman og Fonagy (2000) har systematisert kriterier som ser ut til å være overordnede fellestrekk i virkningsfulle behandlinger av pasienter med lav fungering. De foreslo at effektive behandlinger kjennetegnes ved å være strukturerte, fokuserer på å øke samarbeidsvilje, har et klart fokus, har en teoretisk sammenhengende behandlingstilnærming, har lengre varighet, vektlegger en trygg relasjon mellom terapeut og pasient, tilrettelegger for at terapeuten er aktiv, og samarbeider med andre instanser som har å gjøre med pasienten. Mange av disse faktorene synes å være virksomme i BET-prosessen. Ved avdelingen SSB har de brukt mye tid på å samkjøre og opplære hele personalet for at behandlingen skulle kunne la seg gjennomføre. BET en helhetlig behandling hvor behandlere og andre ansatte jobber aktivt og fokusert omkring felles oppgaver og mål, og det jobbes systematisk og kollektivt rundt hver pasient. Informantenes egne erfaringer fra behandlingen belyser viktigheten av at avdelingen jobber samlet i behandlingen. Samtidig trekkes tidsaspektet også frem som viktig for informantene. I BET virker det som om pasientene får den tiden de trenger for å klare å bli bedre, noe som gjør at reinnleggelser unngås.

I tillegg til at det i BET vektlegges faktorer som omhandler at personalet skal være samkjørte og koordinerte i arbeidet med pasientene, tyder studien på at også de spesifikke elementene ved behandlingen var nødvendige for endring. Imidlertid er ikke BET-modellen med tilhørende spesifikke faktorer nødvendigvis den eneste behandlingen som hjelper for disse

pasientene. Også andre behandlingsmodeller som vektlegger andre spesifikke faktorer kan tenkes å gi samme resultater, dersom forholdene for å gjennomføre behandlingen legges til rette. Fordi dette er pasienter som har lange perioder med lidelse og påkjenninger bak seg, kan for eksempel et spørsmål til BET-modellen være hvorfor man ikke har mer fokus på for eksempel pasientenes tidligere erfaringer og ser dette i sammenheng med dagens vansker. Videre kan en tenke seg at BET også kunne hatt nytte av å inkludere elementer fra andre behandlingsformer som har vist seg å være effektive for pasienter med alvorlig problematikk, som for eksempel mentaliseringsbasert terapi og dialektisk adferdsterapi. Imidlertid kan det tenkes at man ikke bør tilføre elementer som kan svekke det klare fokuset i BET-modellen, men at det er mulig man kan supplere med elementer fra andre modeller når behandlingsmetoden er mer innarbeidet.

Gjeldende studie gir informasjon om at fokus på pasientens diagnose ikke nødvendigvis er viktig ved behandling av alvorlig problematikk. Mye av psykoterapiforskningen tar ofte for seg hva som er virkningsfullt for de ulike diagnosegruppene, noe som kan være uheldig for denne gruppen med komplekse og sammensatte diagnoser. Særlig gjelder dette i forhold til RCT-design hvor det er krav om avgrensede diagnostiske kriterier (Beutler, et al., 2002). For å motta BET-behandling vektlegges også andre kriterier enn diagnoser, og man tar i større grad utgangspunkt i funksjonsnivå og hvor lang tid eller hvor ofte pasientene har vært innlagt på sykehusavdelinger.

Å lytte til tidligere pasienters egne erfaringer kan gi mulighet for å utvikle nye og bedre behandlingsformer. Evalueringsforskningen bør derfor inkludere studier som tar for seg fenomennære beskrivelser av menneskers erfaringer med et behandlingsopplegg. Ved å ta deres opplevelse av å gjennomgå en virkningsfull behandling på alvor, kan man få tak i viktig kunnskap om hva som fører til endring. For en gruppe som har prøvd så mye behandling uten å lykkes, er BET en behandlingsform som ser ut til å gi gode resultater. Det gir håp om at mennesker med alvorlige og kompliserte tilstandsbilder kan hjelpes, og at uheldige begreper som ”behandlingsresistente” og ”svingdørspasienter” ikke lenger bør følge denne pasientgruppen. At det finnes håp og muligheter for at endring skal kunne skje med riktig behandling er viktig å vite både for pasient og behandler. Gjennom å dokumentere effekten av den type behandlingsformer som BET representerer, kan formodentlig flere mennesker med

lignende problematikk bli møtt med adekvat og effektiv behandling i psykisk helsevern og få den hjelp de har rett til.



## 6 Litteraturliste

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 38(2), 171-185.
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33. doi: 10.1016/s0272-7358(02)00146-0
- Arkowitz, H., & Engle, D. (2007). Understanding and working with resistant ambivalence in psychotherapy. An integrative approach. In S. G. Hofmann & J. Weinberger (Eds.), *The art and science of psychotherapy* (pp. 171-188). New York: Routledge.
- Arnkoff, D. B., Glass, C. R., & Shapiro, S. J. (2002). Expectations and preferences. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 335-356). New York: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1563-1569.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 177(2), 138-143.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Focus*, 4(2), 244-252.
- Berge, T., & Repål, A. (Eds.). (2008). *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Berge, T., Repål, A., Ryum, T., & Samoilow, D. K. (2008). Behandlingsalliansen i kognitiv terapi. In T. Berge & A. Repål (Eds.), *Håndbok i kognitiv terapi* (pp. 24-60). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Beutler, L. E., Moleiro, C. M., & Talebi, H. (2002). Resistance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 129-143). New York: Oxford University Press.
- Bohart, A. C., Elliot, R., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2002). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 89-108). New York: Oxford University Press.

- Bohart, A. C., & Tallmann, K. (2010). Clients: The neglected common factor in psychotherapy. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: delivering what works in therapy* (2 ed., pp. 83-111). Washington, DC: American Psychological Association.
- 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
- Botha, U., Koen, L., Joska, J., Parker, J., Horn, N., Hering, L., & Oosthuizen, P. (2010). The revolving door phenomenon in psychiatry: comparing low-frequency and high-frequency users of psychiatric inpatient services in a developing country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *45*(4), 461-468. doi: 10.1007/s00127-009-0085-6
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: where we are and where we should go. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *43*(3), 271-279. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.271
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(3), 371-394. doi: 10.1016/j.brat.2005.03.005
- Crittenden, P. M. (2008). *Raising parents: attachment, parenting and child safety*. Cullompton: Willan Publishing.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (Eds.). (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2 ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Farber, B. A., & Lane, J. S. (2002). Positive regard. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 175-194). New York: Oxford University Press.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3 ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Geller, J. L. (1986). In again, out again: preliminary evaluation of a state hospital's worst recidivists. *Hospital and Community Psychiatry*, *37*(4), 386-390.
- Giorgi, A. (1985). Sketch of a psychological phenomenological method. In A. Giorgi (Ed.), *Phenomenology and psychological research* (pp. 8-22). Pittsburgh: Duquesne University Press.



- Golden, B. R., & Robbins, S. B. (1990). The working alliance within time-limited therapy: A case analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(6), 476-481.
- Goldfried, M. R., & Davila, J. (2006). The role of relationship and technique in therapeutic change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 42(4), 421-430.
- Hartmann, E. (2009). Det kliniske intervjuet i et interpersonlig psykoanalytisk perspektiv. In M. H. Rønnestad & A. von der Lippe (Eds.), *Det kliniske intervjuet* (2 ed., pp. 73-88). Oslo: Gyldendal akademisk
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006
- Heggdal, D. (2008). Basal eksponerings-terapi. Grunnleggende prinsipper og retningslinjer. Behandlingsmanual - Versjon 1. Retrieved 11.03.11  
[http://old.sabhf.no/modules/module\\_123/proxy.asp?D=2&C=151&I=3587](http://old.sabhf.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=151&I=3587)
- Heggdal, D. (2009). Basal eksponeringsterapi. Etablering av arbeidsallianse. Veileder med eksempler. Retrieved 11.03.11  
[http://old.sabhf.no/modules/module\\_123/proxy.asp?D=2&C=151&I=3587](http://old.sabhf.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=151&I=3587)
- Heggdal, D. (2010). Basal eksponeringsterapi. Teoretisk forankring - del 1. Kybernetikk som grunnlag for forståelse og intervensjon. Retrieved 11.03.11  
[http://old.sabhf.no/modules/module\\_123/proxy.asp?D=2&C=151&I=3587](http://old.sabhf.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=151&I=3587)
- Heggdal, D. (2011a). *Basal eksponeringsterapi (BET)*. Upublisert manuskript.
- Heggdal, D. (2011b). På vei til et liv det går an å leve - om basal eksponeringsterapi (BET). *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48(4), 344-349.
- Heggdal, D. (August, 2010). *Basal exposure therapy (BET). Attachment based treatment for severely disturbed and mentally ill in-patients*. Foredrag presentert på 2nd International association for the study of attachment (IASA) Biennial Conference, St. John's College, Cambridge. Abstract retrieved from <http://www.iasa-dmm.org/images/uploads/Didrik%20Heggdal,%20Basal%20Exposure%20Therapy.pdf>
- Hill, C. E., Nutt-Williams, E., Heaton, K. J., Thompson, B. J., & Rhodes, R. H. (1996). Therapist retrospective recall of impasses in long-term psychotherapy: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 43(2), 207-217. doi: 10.1037/0022-0167.43.2.207

- Hill, C. E., Thompson, B. J., & Williams, E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist*, 25(4), 517-572. doi: 10.1177/0011000097254001
- Horvath, A. O. (2006). The alliance in context: Accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 43(3), 258-263. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.258
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). New York: Oxford University Press.
- Johansen, B. (1988). Terapeutiske tilnærminger til motstand. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 25(7), 459-467.
- Kivlighan, D. M. (2000). Patterns of working alliance development: A typology of client's working alliance ratings. *Journal of Counseling Psychology*, 47(3), 362-371.
- Klein, M. H., Kolden, G. G., Michels, J. L., & Chisholm-Stockard, S. (2002). Congruence. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 195-215). New York: Oxford University Press.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lambert, M. J. (Ed.). (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5 ed.). New York: Wiley
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5 ed., pp. 139-193). New York: Wiley.
- Lansford, E. (1986). Weakenings and repairs of the working alliance in short-term psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17(4), 364-366.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., . . . Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757-766.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring* (2 ed.). Oslo: Universitetsforlaget.

- McCullough-Vaillant, L. (1997). *Changing character: Short-term anxiety-regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects, and attachment*. New York: Basic Books.
- McCullough, L. (1999). Short-term psychodynamic therapy as a form of desensitization: Treating affect phobias. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 4(4), 35-53.
- McCullough, L., Kuhn, N., & Andrews, S. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (2008). *Family therapy: concepts and methods* (8 ed.). Boston: Pearson/Allyn & Bacon.
- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2 ed., pp. 113-141). Washington, DC: American Psychological Association.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Orlinsky, D., Rønnestad, H. M., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcomes research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5 ed., pp. 307-389). New York: Wiley.
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* (2 ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Rennie, D. L. (1994). Clients' deference in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 41(4), 427-437.
- Rhodes, R. H., Hill, C. E., Thompson, B. J., & Elliott, R. (1994). Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events. *Journal of Counseling Psychology*, 41(4), 473-483.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Proskurov, B. (2009). Alliance, negotiation, and rupture resolution. In R. A. Levy & J. S. Ablon (Eds.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: Bridging the gap between science and practice* (pp. 201-225). New York: Humana Press, c/o Springer Science+Business Media.

- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Stevens, C. (2002). Repairing alliance ruptures. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 235-254). New York: Oxford University Press.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. (Rapport 15-1511). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., & Elliott, R. (1986). "Are all psychotherapies equivalent?". *American Psychologist*, *41*(2), 165-180. doi: 10.1037/0003-066X.41.2.165
- Wachtel, P. L. (2008). *Relational theory and the practice of psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Wampold, B. E. (2010). *The basics of psychotherapy: An introduction to theory and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton & Company. Inc.
- Weinberger, J., & Rasco, C. (2007). Empirically supported common factors. In S. G. Hofmann & J. Weinberger (Eds.), *The art and science of psychotherapy* (pp. 104-129). New York: Routledge.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential Psychotherapy*. New York: Basic Books.

# Intervjuguide

## Introduksjon

Hei,

Vi er ønsket å høre om din opplevelse knyttet til det å ha vært i behandling ved Blakstad sykehus, Spesialseksjon B. Det ingen svar som er riktige eller gale, det vi er interessert i er å høre om dine erfaringer. Om du trenger en pause under intervjuet så er det bare å si ifra, så tar vi en pause...

## Generelle spørsmål

1. Hva heter du?
2. Hvor gammel er du?
3. Hvor lenge siden er det du var i behandling ved SSB?
4. Hvor lenge var du innlagt?
5. Kan du si noe om bakgrunnen til at du ble innlagt på SSB?
  - Noe som gjorde det vanskelig å fungere utenfor sykehuset?
6. Hvordan er det med deg i dag i forhold til.....(fyll inn med ord informant bruker) de vanskene du opplevde den gangen?
  - Har du fremdeles noen av de problemene som var grunnen til at du den gang trengte sykehusbehandling?

## Om ulike aspekter ved behandlingen

7. Hvis du tenker tilbake på den første tida på SSB, hvordan opplevde du det å komme dit?
8. Hadde du noen forventninger til behandlingen ved SSB?
  - Var det noe du hadde sett for deg før du kom til avdelingen?
  - Hadde du hørt noe om behandlingen/avdelingen av noen andre

9. Hva synes du var det viktigste dere jobbet med i din terapi?

- Har du tenkt noe på hva behandlerne dine ville formidle til deg, eller om det var noe som var sentralt i din behandling?
- Kan du si noe om hvordan det var for deg å være i selve behandlingen?
- Hvis du skulle beskrive behandlingen, hvordan ville du beskrive den?

10. I BET-behandling er det jo mange terapisaamtaler og miljøkontaktsamtaler, ofte daglig. Hvordan var dette for deg?

- Var du noen ganger i konflikt med deg selv om du skulle fortsette?
- hvordan var det å være der over så lang tid?

Nå skal vi gå litt inn på enkelte aspekter som er sentrale i BET-behandling.

11. BET modellen fokuserer mye på at det er pasienten som i hovedsak har ansvaret for sitt problem og sin løsning. (En annen måte å si det på er at pasienten alltid har et valg når det gjelder sine egne handlinger).

- Hvordan ble dette formidlet til deg?
- Har du noen tanker om dette var sentralt i din behandling?
- Kan du fortelle litt mer om hvordan dette var for deg?
- Hva var det som eventuelt var vanskelig med dette? Hvordan reagerte du da?

12. Et annet viktig tema i BET-behandling er fokus på unnvikelse/unngåelse for det man frykter.

- Hvordan ble dette formidlet til deg?
- Hvis vi skulle bruke ordet unnvikelse, kan du si noe om hva som var din unnvikelse?
- Kan du komme med et eksempel der dette var i fokus, og du forsøkte å gjøre noe med det?
- Hva var det som eventuelt var vanskelig med dette?
- Hvordan forholder du deg til unnvikelse i dag?

13. Behandlingen ved SSB går blant annet ut på å utsette seg for ubehagelige følelser og på å gradvis akseptere opplevelsen av smerte.

Har du noen tanker rundt dette, i forhold til din egen behandlings prosess?

- Hvordan ble dette formidlet til deg?
- Hvordan opplevde du det å utsette deg selv for ubehagelige følelser?
- Hva var det som gjorde at du klarte det?
- Kan du komme på en situasjon som kunne beskrive det?
- Hvordan forholder du deg til dette i dag (ubehagelige følelser/smerte)?

14. Enkelte pasienter kan ha vansker med å fullføre denne behandlingen. Hva tenker du kan være grunnen til dette?

- Det at du har fullført denne type behandling, er det noe du spesielt du tenker har vært med på å bidra til at akkurat du klarte det? (egenskaper ved deg selv etc., noe spesielt for denne type behandling etc.)

## Om forholdet til de ansatte på avdelingen

15. Hvis du sammenligner SSB med andre avdelinger du har vært innlagt på, opplever du at SSB skilte seg ut på noen måte?

16. I forhold til andre avdelinger, hvordan opplevde du de ansatte (både terapeuter og andre ansatte) ved SSB?

- Er det noen av de ansatte ved SSB som har vært mer betydningsfulle for deg enn andre?
- På hvilken måte har de vært mer betydningsfulle/ikke betydningsfulle?

17. Hvordan opplevde du miljøet i avdelingen?

18. Hvordan var forholdet ditt til de andre innlagte pasientene ved SSB?

19. Er det noe annet du vil tilføye om hvordan det var å være i avdelingen?

- Er det noe du tenker skulle vært gjort annerledes?

## Gode og dårlige erfaringer

20. Mens du var i behandling, gjorde du deg noen erfaringer som du opplevde som gode?

- Husker du en spesiell situasjon som kunne beskrive det?

21. Mens du var i behandling, gjorde du deg noen erfaringer som du opplevde som dårlige?

- Husker du en spesiell situasjon som kunne beskrive det?
- Var det noe som var ubehagelig/skremmende?

## Endringsopplevelse

22. Da du kom til SSB, hva var det du trengte å jobbe med (du nevnte noe innledningsvis....)?

23. Hva ble annerledes for deg etter behandlingen?

24. Er det noe spesielt ved behandlingen du tenker har bidratt til denne forandringen?

- Hvordan oppdaget du at det begynte å skje en forandring?

25. Er det noe (annet) du sitter igjen med som du har opplevd å bli bedre/ lettere for deg etter behandlingen?

26. Er det noe du sitter igjen med som du har opplevd å bli verre/ vanskeligere for deg etter behandlingen?

- Har du noen eksempler som kunne beskrive det?
- Var det noe du ikke oppnådde som du hadde håpet å oppnå?

## Funksjon

27. Hvis du sammenligner med hvordan hverdagen din er nå med hvordan den var før behandlingen – Er det noe som har forandret seg?

- Positive forandringer/Negative forandringer

## Læringsutbytte

28. Vil du si at du har lært noe av å være i BET behandling?

- Når du opplever å ha det vanskelig i dag, er det noe du lærte i behandlingen som du kan bruke?
- Kan du gi et eksempel på hvordan du bruker det?
- Er det noe du sitter igjen med som har vært betydningsfullt for deg i etterkant?

## Forholdet til seg selv

29. Hvis du ser tilbake på perioden før du ble innlagt på SSB, har synet ditt på deg selv endret seg etter behandlingen?

- Er det noen gode sider ved deg selv som du opplever å ha blitt styrket?
- Motgang (hvordan forholder du deg til motgang i dag sammenlignet med før).

## Forholdet til andre

30. Mange personer som kommer til avdelingen SSB har ofte vansker i nære relasjoner. (Hvis det stemmer for deg...) Tenker du at dine nære relasjoner har endret seg etter behandlingen?

## Avslutning

Nå er vi snart ferdig med intervjuet, vi har bare noen få spørsmål igjen.

31. Har du vært innlagt noen andre steder enn ved SSB?

- Hvis du tenker tilbake, hvordan opplevde du behandlingen/terapien ved SSB sammenlignet med annen type behandling du har vært igjennom?
- Er det for eksempel en bestemt situasjon som kunne beskrive det?

32. Dette intervjuet er en del av en evaluering av BET-behandlingen. Hva slags råd eller tips vil du komme med til behandlerne?

- Hva kunne vært gjort mer/mindre av?



33. Hvis du tenker tilbake på den behandlingen du har vært igjennom, er det noe som står frem som har vært spesielt betydningsfullt (det kan være hva som helst, en situasjon, terapitime, sosiale aktiviteter etc.)?

34. Hvordan har det vært å bli intervjuet?

35. Er det noe du har tenkt på som ikke du har fått sagt/nevnt?

- Angående behandlingen eller andre ting?

Takk for at du har tatt deg tid og stilt opp på dette intervjuet. Vi er veldig takknemlige for dette, og hvis du har noen spørsmål om eller om du ønsker informasjon i etterkant av intervjuet kan du ta kontakt med Roar Fosse eller Didrik Heggdal, som er prosjektledere. Opplevelsen du har beskrevet vil være til stor hjelp for vårt arbeid og det vil være til stor hjelp for videreutviklingen av behandlingstilbudet ved SSB.

## **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

### *Kvalitativ evaluering av Basal Eksponeringsterapi*

#### **Bakgrunn og hensikt**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en studie om erfaringene til pasienter som har gjennomgått behandlingsformen "Basal Eksponeringsterapi (BET)". Prosjektet gjennomføres i regi av divisjon for psykisk helse ved Vestre Viken helseforetak. Psykologstudentene, Trude Henriette Alsos og Ingrid Solfjell Malin, vil bruke dataene i deres hovedoppgave ved Universitetet i Oslo. En gruppe tidligere pasienter som har fullført behandlingen, inkludert deg, får nå denne forespørselen.

#### **Hva innebærer studien?**

Studien gjennomføres som intervju. Intervjuet vil ta omlag 1-1 ½ time, og vil gjennomføres av ovennevnte psykologstudenter. Selve intervjuet vil bli tatt opp på bånd slik at informasjonen du gir i best mulig grad vil gjenspeile din opplevelse slik du fremstiller den.

#### **Mulige fordeler og ulemper**

Du vil ikke ha noen spesielle fordeler eller ulemper av studien, men erfaringer og resultater fra studien vil senere kunne hjelpe andre med samme diagnose og lignende problemer.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Det skal så langt som mulig søkes å publisere resultatene slik at ikke identiteten din kommer frem. Opplysningene blir senest slettet innen utgangen av 2015.

#### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på neste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte prosjektansvarlig Roar Fosse på tlf 95008051 eller klinisk ansvarlig Didrik Heggdal på tlf 97603838.

# Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

---

(Signert, rolle i studien, dato)

Trude Henriette Alsos  
Prosjektmedarbeider  
Psykologstudent v/UiO