

Bekreftende kommunikasjon

*En kvalitativ studie om terapeutenes erfaringer
med bekreftende kommunikasjon
som terapeutisk verktøy*

Camilla Andersen og Katharina Goldsack



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Oktober 2015

Bekreftende kommunikasjon

En kvalitativ studie om terapeutenes erfaringer med bekreftende kommunikasjon som terapeutisk verktøy

Copyright Forfattere Camilla Andersen og Katharina Goldsack

År: 2015

Tittel: Bekreftende kommunikasjon – en kvalitativ studie om terapeutenes erfaringer med bekræftende kommunikasjon som terapeutisk verktøy

Forfattere: Camilla Andersen og Katharina Goldsack

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Forfattere: Camilla Andersen og Katharina Goldsack

Tittel: Bekreftende kommunikasjon - En kvalitativ studie om terapeutenes erfaringer med bekreftende kommunikasjon som terapeutisk verktøy

Hovedveileder: Guro Øiestad

Biveileder: Hanne Weie Oddli

Forskningsspørsmål: Hvilke erfaringer har miljøterapeutene gjort seg ved bruken av bekreftende kommunikasjon som verktøy, i møte med pasienter?

Bakgrunn og formål: Kongsberg distriktpsykiatriske senter (Kongsberg DPS) har siden 2014 arbeidet med implementering av *bekreftende kommunikasjon (BK)* som et terapeutisk verktøy. BK er en primærintervensjon innenfor behandlingsmodellen *Basal eksponeringsterapi*, og er et forsøk på å operasjonalisere viktige verdier som empati, respekt og likeverd. Hensikten med BK er å skape et “relasjonelt rom” der pasientenes vanskelige følelser kan få plass. Studien er gjennomført som et selvstendig forskningsprosjekt, men har sitt utspring i et prosjekt ved Kongsberg DPS, som er knyttet opp mot Vestre Vikens satsing på og videreutvikling av Basal eksponeringsterapi. Formålet har vært å få økt kunnskap om hvordan miljøterapeuter ved en DPS har opplevd å ta i bruk bekreftende kommunikasjon som et terapeutisk verktøy.

Metode: Studien er basert på syv kvalitative intervjuer av miljøterapeutene ved Kongsberg DPS, elektiv seksjon. Det ble benyttet en semistrukturert intervjuguide utviklet av forfatterne, og alt datamaterialet er samlet inn på egenhånd. Datamaterialet ble analysert ved bruk av Malteruds systematiske tekstkondensering. Studien er meldt inn til, og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Resultater: De syv informantenes opplevelser og erfaringer diskuteres innenfor følgende tre hovedområder: (1) *opplevd nytteverdi*, (2) *opplevde utfordringer*, og (3) *endring hos terapeut*. Terapeutene har erfart at BK er et relasjonsbyggende verktøy, som fremmer pasienters autonomi og evne til affektregulering. Ved at de gjennom BK formidler aksept, anerkjennelse og empati til pasientene, har de fått en større forståelse og toleranse for pasientenes strev. Samtidig har bruken av dette verktøyet utfordret terapeutenes syn på hva

det vil si å hjelpe. Terapeutene har også fått en mer positiv holdning til pasientens iboende endringspotensiale, etter å ha tatt i bruk BK.

Avslutning: Studiens funn og bearbeidelsen av disse, indikerer at terapeutenes opplevelse av og erfaring med BK kan forklares ut ifra både supplerende og alternative mekanismer enn de som blir beskrevet av BK i BET, ved å bli satt inn i en utvidet teoretisk referanseramme.

Dette taler for at BK er et verktøy som kan være egnet og virksomt, på tvers av ulike behandlingsmodeller og teoretiske retninger, da det ser ut til å favne grunnleggende terapeutiske endringsmekanismer.

Forord

Arbeidet med denne oppgaven har vært en svært lærerik prosess, og det er flere som skal takkes i den anledning. Først en stor takk til veilederne våre, Guro Øiestad og Hanne Weie Oddli, som har vært viktige bidragsyttere under hele prosessen. Deres kloke refleksjoner og entusiasme har vært helt uvurderlig.

Tusen takk til terapeutene ved Kongsberg DPS, for at dere ga av deres tid, og delte personlige opplevelser og erfaringer med oss. Takk også til prosjektansvarlig Heidi Gjerde, for gode innspill, velvillighet og praktisk hjelp.

En stor takk til våre fine familier og venner, for oppmuntring og hyggelige stunder, i en hektisk periode.

Til slutt ønsker vi å rette en stor takk til hverandre, for en fantastisk fin og hyggelig periode. Vi vil se tilbake på denne prosessen med takknemlighet.

Camilla Andersen og Katharina Goldsack

Universitetet i Oslo, oktober 2015

Innholdsfortegnelse

Bekreftende kommunikasjon	V
1 Innledning	1
2 Teori	3
2.1 Bekreftelse	3
2.1.1 Basal eksponeringsterapi som behandlingsmodell, med hovedvekt på bekreftende kommunikasjon som verktøy.....	3
2.1.2 Validering innenfor Dialektisk atferdsterapi.....	4
2.1.3 Bekreftelse i psykoanalytisk teori.....	6
2.2 Affektregulering som terapeutisk effekt av bekreftelse	7
2.2.1 Affektregulering i lys av tilknytningsteori.....	8
2.3 Sentrale endringsbegreper fra psykoterapiforskningen	12
2.3.1 Terapeutisk allianse.....	13
2.3.2 Empati, positiv anerkjennelse og ekthet.....	13
2.4 Oppsummering	15
3 Metode	16
3.1 En kvalitativ tilnærming	16
3.2 Forberedelse og gjennomføring av intervjuene	17
3.2.1 Utvikling av intervjuguiden.....	17
3.2.2 Rekruttering.....	17
3.2.3 Utvalg.....	18
3.2.4 Transkripsjon.....	18
3.2.5 Etske betraktninger.....	19
3.3 Analyseprosessen	20
3.3.1 Systematisk tekstkondensering.....	20
3.3.2 Danne et helhetsinntrykk.....	20
3.3.3 Identifisere meningsbærende enheter.....	21
3.3.4 Abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene.....	21
3.3.5 Sammenfatte betydningen av dette.....	22
3.4 Kritisk vurdering av forskningsprosessen	22
3.4.1 Relevans.....	22
3.4.2 Forskerens innvirkning på prosessen.....	23
3.4.3 Validitet.....	24
4 Resultater	25
4.1 Opplevd nytteverdi av BK	26
4.1.1 Underlettende for terapeut.....	26
4.1.2 Endringsbefordrende for pasient.....	29
4.1.3 Relasjonsbyggende.....	32
4.2 Opplevde utfordringer ved BK	33
4.2.1 Passivitet og usikkerhet.....	33
4.2.2 Ikke naturlig og intuitivt.....	35
4.2.3 Kanskje ikke for alle.....	35
4.3 Opplevd endring hos terapeut	37
4.3.1 Holdningsendring.....	37
5 Diskusjon	39

5.1	Et nyttig verktøy	39
5.1.1	Om å skape et relasjonelt rom	39
5.1.2	Om å romme egne følelser	40
5.1.3	Å forstå og bli forstått	42
5.1.4	Selvstendighet hviler på retten til å være avhengig	43
5.2	Om å bli utfordret på hjelperrollen	44
5.2.1	Hva vil det si å hjelpe	44
5.3	En holdningsendring	45
5.3.1	Pasienten er ekspert på seg selv	45
5.4	Oppsummering	46
5.5	Metodiske begrensninger	46
5.6	Kliniske implikasjoner og videre forskning	48
5.7	Konklusjon	48
	Litteraturliste	50
6	Vedlegg	55
6.1	Vedlegg 1. Intervjuguide	55
6.2	Vedlegg 2. Informasjonsskriv	57
6.3	Vedlegg 3. Samtykkeskjema	58
6.4	Vedlegg 4. Søknadssvar fra NSD	59

1 Innledning

Kongsberg distriktpsykiatriske senter har siden 2014 arbeidet med implementering av *bekreftende kommunikasjon* som et terapeutisk verktøy. Denne hovedoppgaven er en studie for å undersøke miljøterapeutenes opplevelse av å ta i bruk dette verktøyet.

Bekreftende kommunikasjon er en av to primærintervensjoner innenfor behandlingsmodellen *Basal eksponeringsterapi*. Gjennom bekreftende kommunikasjon søker man å skape et “relasjonelt rom” der pasientenes vanskelige følelser kan få plass. Det er også et forsøk på å operasjonalisere viktige verdier som empati, respekt og likeverd.

Implementeringen av bekreftende kommunikasjon ved Kongsberg DPS er et ledd i videreutviklingen av Basal eksponeringsterapi. Undervisningen av miljøpersonalet har i stor grad vektlagt bekreftende kommunikasjon som verktøy på et handlingsplan, slik det fremstilles i denne behandlingsmodellen. Imidlertid har forståelsen av bekreftende kommunikasjon blitt utvidet til også å gjelde bekreftelse som fenomen. *Validering i Dialektisk atferdsterapi* og *bekreftelse* i psykoanalytisk teori har i den forbindelse blitt brakt inn. I denne studien vil begrepet BK derfor innebefatte både verktøyet BK i Basal eksponeringsterapi og fenomenet bekreftelse, i tråd med slik det er undervist på Kongsberg DPS.

Studien er gjennomført som et selvstendig forskningsprosjekt. Den har sitt utspring i prosjektet ved Kongsberg DPS, som er knyttet opp mot Vestre Vikens satsning på videreutvikling av Basal Eksponeringsterapi. Leder for prosjektet ved Kongsberg DPS er fagrådgiver og psykolog ved elektiv seksjon, Heidi Gjerde. Prosjekteier er avdelingssjef Mona Grindrud ved Kongsberg DPS, og veileder er psykologspesialist og grunnlegger av BET, Didrik Heggdal ved seksjon for psykoser og sammensatte lidelser, avdeling Blakstad.

I en studie som undersøkte forvaltningen av den andre primærintervensjonen i Basal eksponeringsterapi, *komplementær ytre regulering*, fremkom det at bekreftende kommunikasjon opplevdes som det viktigste verktøyet innenfor denne behandlingsmodellen (Gjerde, 2013). Dette funnet er interessant i seg selv, og er derfor meningsfullt å undersøke videre. Det meste av litteraturen som omhandler *bekreftelse*, tar for seg det terapeutiske potensialet som ligger i bekreftelse mellom terapeut og pasient, ikke mellom miljøpersonale og pasient. Mye av den daglige, mellommenneskelige kontakten ved et DPS innebefatter imidlertid en interaksjon mellom nettopp miljøpersonale og pasienter. Det er derfor interessant å undersøke hvordan BK kan brukes som et verktøy i denne interaksjonen.

Formålet med denne studien er å undersøke kvaliteter ved miljøterapeutenes subjektive opplevelse av ta i bruk BK som et terapeutisk verktøy. Det overordnede forskningsspørsmålet har vært: **“Hvilke erfaringer har miljøterapeutene gjort seg ved bruken av *bekreftende kommunikasjon som verktøy, i møte med pasienter?*”** Bekreftende kommunikasjon vil i det følgende betegnes som BK og miljøterapeut vil heretter bli omtalt som terapeut.

I det videre presenteres BET som behandlingsmodell, med hovedvekt på BK som verktøy, slik det forstås i denne modellen. Bekreftelse som fenomen vil så bli satt inn i en større teoretisk kontekst, der validering innenfor Dialektisk atferdsterapi og bekreftelse i psykoanalytisk teori vektlegges. Deretter vil affektregulering som terapeutisk effekt av bekreftelse bli belyst gjennom tilknytningsteori. Videre vil bekreftelse bli knyttet opp mot psykoterapiforskningens funn på fellesfaktorene allianse og empati. Deretter redegjøres det for metodologi og analyseverktøy som har blitt anvendt i studien, før resultatene presenteres. Funnene vil deretter bli diskutert, før det avslutningsvis redegjøres for kliniske implikasjoner og fremtidig forskning.

2 Teori

2.1 Bekreftelse

Bekreftelse betegnes i psykoterapilitteraturen med flere mer eller mindre overlappende termer, både som fenomen, og som terapeutisk verktøy. I *Basal eksponeringsterapi* vektlegges betydningen av *bekreftende kommunikasjon* (Heggdal, 2010, 2012b) og *Dialektisk atferdsterapi* legger vekt på *validering* (Linehan, 1993, 1997). Psykoanalytiker Bjørn Killingmo (1995, 2006) poengterer betydningen av *affirmasjon* i terapi, men bruker betegnelsen *bekreftelse* i mye av litteraturen. Felles for de ovennevnte, er at de alle har utviklet konkrete beskrivelser av hvordan man aktivt kan bruke og praktisere bekreftelse i en terapeutisk setting. Det vil i det følgende bli redegjort for disse tilnærmingene, for å belyse bekreftende kommunikasjon ut ifra ulike teoretiske ståsted og undersøke noe av i bredden i begrepet.

2.1.1 Basal eksponeringsterapi som behandlingsmodell, med hovedvekt på bekreftende kommunikasjon som verktøy

Basal eksponeringsterapi er en behandlingsmodell innen tredje generasjons kognitiv atferdsterapi, utviklet av psykologspesialist Didrik Heggdal (Heggdal, 2010). Modellen ble i utgangspunktet utarbeidet for å gi et behandlingstilbud til sterkt lidende og symptombelastede pasienter, med mange innleggelse ved ulike institusjoner, og over lengre perioder. Modellen er forankret i respekt for enkeltmenneskets ansvar og evne til å skape et liv gjennom valgte handlinger. Målet for behandlingen er å utvikle pasienters evne til funksjonell selvregulering (Heggdal, 2012b). Selvregulering kan i følge denne modellen oppnås gjennom 1. eller 2. ordens forandring, som er begreper hentet fra kybernetikken (Heggdal, 2010). En 1. ordens forandring kjennetegnes ved at man forsøker å løse et problem ved å fjerne, eller redusere det som oppleves problematisk, mens en 2. ordens forandring vil si å endre forholdet man har til problemet (Watzlawick, Weakland, & Fisch, 1974). Når pasienten unngår vanskelige følelser, og hjelpeapparatet forsøker å fjerne pasientens strev ved å redusere symptomer, vil dette, i følge modellen, kunne være en lite hensiktsmessig 1. ordens endringsstrategi over tid. Forsøket på løsning blir da til slutt en del av problemet (Heggdal, 2010). I følge modellen trenger pasientene heller hjelp til å reformulere problemet, fra å forsøke å unngå smerte, til å akseptere den. På den måten endres holdningen til problemet. Tilgang til begge disse strategiene vil være viktig for en god tilpasnings- og omstillingsevne (Heggdal, 2010).

Pasienters problemer forstås innenfor denne modellen som en påtrengende frykt for å gå i oppløsning eller bli oppslukt av tomhet. Dette betegnes som en *eksistensiell katastrofeangst*, en forestilling om at affektiv aktivering fører til at en katastrofe inntreffer. Denne affektfobien ser man for seg at skapes og opprettholdes av å unngå vanskelige følelser. Gjennom basal eksponering av disse følelsene får pasientene erfare at katastrofen uteblir, og de korrigerende erfaringene fører på sikt til bedre evne til funksjonell selvregulering (Heggdal, 2012b).

Bekreftende kommunikasjon (BK) brukes som et ledd i denne eksponeringen, og er en primærintervensjon for å gi alle de vanskelige følelsene i pasientens eksistensielle ensomhet et “relasjonelt rom” (Heggdal, 2010, 2012b). Hensikten med BK er å gyldiggjøre pasientens følelser og opplevelser, helt uavhengig av sakens innhold. Det relasjonelle rommet er ment å fremme en mer fleksibel selvregulering hos pasientene, samtidig som det også har til hensikt å gi dem større innsikt i egne affekter. Gjennom å bli bekreftet kan pasientene utvikle mer fleksible måter å forholde seg til seg selv og andre på, og det kan bli lettere å sette ord på, og snakke om følelser. På denne måten tenker man seg innenfor denne modellen at kognitiv fungering styrkes, og at rigide reaksjonsmønstre utfordres (Heggdal, 2012b).

BK i BET består av flere trinn (Heggdal, 2012b), som har blitt vektlagt i undervisningen ved Kongsberg DPS. Terapeuten kommuniserer bekreftelse ved først å identifisere pasientens følelse eller tilstand. Dette krever at terapeuten klarer å inntone seg på pasientens affektive tilstand. Ved å bruke innsikten i pasientens tidligere og nåværende subjektive opplevelse, kan terapeuten danne en hypotese om hvilke følelsesmessige opplevelser pasienten har her og nå. Denne hypotesen blir deretter formidlet til pasienten gjennom både handling og ord, der metabudskapet er: *“jeg ser deg”*. Videre blir det vektlagt at terapeuten tar ansvar for sitt eget perspektiv. Terapeutens bekreftelse er subjektive observasjoner og tolkninger av pasientens følelser og opplevelser, og det skal komme tydelig frem for klienten at disse fortolkningene kan være helt forskjellig fra det han eller hun egentlig opplever. Dette kan uttrykkes ved å si for eksempel: *“det er mulig jeg tar feil, men for meg virker det som om du er sint”*. Ved å sette punktum fremfor å fortsette med utforskende spørsmål, tenker man at fokuset på det affektive innholdet bevares, og at følelsen av å bli anerkjent og bekreftet forsterkes (Heggdal, 2010, 2012b).

2.1.2 Validering innenfor Dialektisk atferdsterapi

Dialektisk atferdsterapi, heretter forkortet til DBT, er en behandlingsmodell utviklet av Marsha Linehan (Linehan, 1993, 1997). Kjernen i denne behandlingsmodellen består av tre

komponenter; validering, empatisk kommunikasjon og problemløsende intervensjoner i miljøet (Linehan, 1993, 1997). Validering anses i DBT for å være et nært beslektet begrep til bekreftelse, og Linehan (1993) beskriver essensen av validering slik:

Terapeuten kommuniserer til klienten at hennes responser gir mening og er forståelig i hennes nåværende kontekst og livssituasjon. Terapeuten aksepterer klienten aktivt, og kommuniserer denne aksepten til klienten. Terapeuten tar klientens responser på alvor, og bagatelliserer dem ikke. Valideringsstrategier krever at terapeuten leter etter, gjenkjenner og reflekterer den iboende validiteten i klientens respons til det som skjer (Linehan, 1993, s.222-223, vår oversettelse).

Validering består innenfor denne modellen av seks nivåer, der alle bygger på hverandre (Linehan, 1997). Essensen i det første trinnet i valideringen er at terapeuten viser interesse for hva pasienten sier, føler og gjør, gjennom å lytte og observere pasienten på en betingelsesløs måte. Terapeuten går aktivt inn for å prøve å forstå pasienten her og nå, og uttrykker at det som blir fortalt er viktig. Terapeuten må her veksle mellom å gå inn og være en deltaker i pasientens verden, og samtidig se det hele utenifra, med et observerende blikk. Valideringens andre trinn går ut på å reflektere tilbake til pasienten hans eller hennes følelser, tanker, antakelser og handlinger, på en ikke-dømmende måte. Målet er at terapeut og pasient kommer til enighet om hva som egentlig er essensen i det som blir fortalt, ved at terapeuten sjekker med pasienten om han eller hun har forstått riktig. I det tredje trinnet av valideringen formidler terapeuten en intuitiv forståelse av pasientens strev, på bakgrunn av det terapeuten har lest mellom linjene i pasientens beretninger. Dette er et viktig terapeutisk grep for å gi pasienten en bekreftelse på at han eller hun som person, er valid, i seg selv. Dette vil videre kunne kommunisere til pasienten at responsene til det som har skjedd er både normalt, forutsigbart og forsvarlig. I valideringens fjerde trinn er det pasientens handlinger som valideres og rettferdiggjøres, i lys av at disse er tilstrekkelig begrunnet i noe som har skjedd. Denne begrunnelsen kan være fundert i pasientens læringshistorie, og poenget er å vise at pasientens handlinger gir mening. I det femte trinnet av valideringen formidler terapeuten at pasientens handlinger er berettiget, rimelige, velbegrunnede, meningsfulle eller virksomme, i lys av *aktuelle* hendelser. Det høyeste nivået av validering, er å gjenkjenne pasientens virkelige "jeg", ved å se og respondere på pasientens styrker og evner, samtidig som terapeuten ivaretar en empatisk forståelse for pasientens reelle vansker. På dette nivået handler det om å validere individet i seg selv, fremfor et gitt handlingsmønster. Dette

innebærer at terapeuten har tro på pasienten, og tillitt til at pasienten kan skape et bedre liv for seg selv (Linehan, 1997).

Linehan (1997) beskriver flere grunner til hvorfor validering er et viktig terapeutisk verktøy innenfor DBT. Validering har for det første til hensikt å balansere ulike endringsstrategier. Hva som er riktig vektning mellom validering og fokus på endring vil variere fra pasient til pasient, og fra én terapitime til en annen. I begynnelsen av et terapiforløp er det særlig viktig å fokusere på validering før man har dannet en sterk allianse. Validering vil også kunne skape et positivt terapeutisk bånd mellom terapeut og klient. Etter hvert som pasienten blir validert i sin opplevelse, vil han eller hun kunne føle seg mindre truet og overveldet av et endringsfokus i terapien. Det kan dermed bli lettere for pasienten å komme med selvavsløringer, noe som er viktig i all form for psykoterapi (Linehan, 1997). For det andre vil det å bli validert kunne lære pasienten å validere seg selv (Linehan, 1997). Målet er å få pasienten til å stole på seg selv og sine egne reaksjoner. Grunnen til dette er at pasientens primære responser ofte *er* valide. I følge Linehan (1997) er det først når den sekundære responsen ugyldiggjør den første, at det skapes smerte og problemer for pasienten. Terapeutens validering modellerer hvordan man kan respondere til seg selv på en validerende måte, og det kan også styrke selvfølelsen. Videre kan validering styrke den kliniske prosessen, ved å fremme atferd som terapeuten ønsker å forsterke og valideringen kan også fungere som feedback (Linehan, 1997).

2.1.3 Bekreftelse i psykoanalytisk teori

Innenfor nyere psykoanalytisk teori veksler man mellom en tolkende og bekreftende intervensjon, avhengig av om pasientens problematikk forstås ut ifra *konflikt* eller *mangel* (Gullestad & Killingmo, 2013). Mennesket har et grunnleggende behov for at det skal føles meningsfylt å være til, og dersom pasientens mest påtrengende behov er å gjenopprette en følelse av *å være*, vil man innenfor denne teorien benytte seg av en bekreftende intervensjon (Gullestad & Killingmo, 2013). I følge Killingmo (1995, 2006) handler en bekreftende tilbakemelding om å fjerne tvil knyttet til validiteten i subjektets opplevelse. Terapeuten forsøker å formidle en forståelse av pasienten, og legitimerer på den måten pasientens selvopplevelse. Dette gjøres uten at terapeuten vurderer eller tar stilling til innholdet i det som blir bekreftet. Bekreftelse har innenfor psykoanalytisk tradisjon til hensikt å styrke følelsen av *at jeg er* (Gullestad & Killingmo, 2013). Killingmo (2006) beskriver videre den psykologiske effekten av å bli bekreftet langs fire dimensjoner. Dimensjonene innebefatter å bli *sett*, *forstått*, *lyttet til* og å bli *akseptert*. Pasienten som blir bekreftet går igjennom en

spontan, emosjonell slutningsprosess langs disse fire dimensjonene. Følelsen av å være til, styrkes ved å bli *sett*, mens følelsen av å være tilknyttet, styrkes av å bli *forstått*. Å bli *lyttet til*, forteller pasienten at han eller hun er verdt å høre på, og styrker gjennom dette følelsen av substans. Det å bli *akseptert* styrker følelsen av legitimitet. Bekreftelse sikter i så måte ikke bare mot å danne en mer stabil selvfølelse. Bekreftelse kan bidra til å fjerne pasientens følelse av emosjonell isolasjon og gjøre terapeuten emosjonelt tilgjengelig. Det kan videre redusere pasientens behov for terapeutens forsikringer, samt korrigere pasientens oppfatninger knyttet til skyld og ansvar, som har hindret tilgang til den autentiske selvopplevelsen (Gullestad & Killingmo, 2013).

Det foreligger ingen standard manual for den bekreftende intervensjonen innenfor denne tradisjonen (Gullestad & Killingmo, 2013). Terapeutens bekreftelse kan formidles på mange ulike måter, både non-verbalt og gjennom ord. Killingmo (1990) beskriver i forlengelsen av dette terapeutens intonasjon som særlig viktig. Enkle lyder som et “mhmm” kan gis helt ulik mening, avhengig av klangen i terapeutens stemme. Bekreftelsen må altså formidles på en autentisk måte for å kunne fungere som en terapeutisk intervensjon (Gullestad & Killingmo, 2013).

2.2 Affektregulering som terapeutisk effekt av bekreftelse

Bekreftelse av pasienters subjektive opplevelse kan ha en rekke terapeutiske effekter. Blant annet vil det kunne føre til økt affektbevissthet og styrket evne til affektregulering (Heggdal, 2012b; Killingmo, 1995, 2006; Linehan, 1993).

I de senere årene har det i det psykologiske fagfeltet blitt et økende fokus på affekt, gjennom anerkjennelsen av hvor stor betydning dette har for menneskelig atferd, motivasjon og interpersonlig samhandling. En rekke terapeutiske tilnæringer har i den forbindelse rettet fokuset mot integrering av affekt, kognisjon og atferd, som et hovedområde for terapeutisk endring (Solbakken, Hansen, & Monsen, 2011). *Dialektisk atferdsterapi* (Linehan, 1993), *Emosjonsfokusert terapi* (Greenberg, 2002), *Korttids psykodynamisk terapi* (McCullough Vaillant, 1997), *Skjemafokusert kognitiv terapi* (Young, 1994), *Affektbevissthetsterapi* (Monsen & Monsen, 1999), og *Mentaliseringsbasert terapi* (Bateman & Fonagy, 2004) har alle sine forståelser og tilnæringsmåter. Det er både paralleller og ulikheter i synet på de sentrale, underliggende endringsprosessene for å oppnå en mer adaptiv integrasjon, og det

mangler fortsatt en klarhet på feltet i hvordan de skal forstås og operasjonaliseres (Solbakken et al., 2011).

Tilknytningsteori tilbyr et av de viktigste konseptuelle rammeverk for å forstå både normative og individuelle forskjeller i evnen til effektiv affektregulering (Bowlby, 1973, 1982/1969). Variasjonen i personers affektreguleringsstrategier er i stor grad påvirket av tilknytningspersonens tilgjengelighet overfor den andres behov (Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003). Med utgangspunkt i dette, vil tilknytningsteori presenteres, for å potensielt utvide forståelsen av de underliggende mekanismene relatert til den affektregulerende effekten av bekræftelse.

2.2.1 Affektregulering i lys av tilknytningsteori

2.2.1.1 Tilknytningsteori

Tilknytningsteori tar for seg menneskets tilbøyelighet til å danne sterke, følelsesmessige bånd til utvalgte, nære personer, og søker å beskrive hvorfor dette har oppstått og hvordan utviklingen har foregått (Wennerberg, 2011). John Bowlby regnes som tilknytningsteoriens far (Wallin, 2007), og forstod tilknytning som et enkeltstående, biologisk fundert system. *Tilknytningssystemet* anses som avgjørende gjennom evolusjonen, på lik linje med menneskets basale behov for næring og reproduksjon (Bowlby, 1988). Dette iboende motivasjonssystemet fører til at barn holder seg i fysisk nærhet til *primære omsorgsgivere*, også betegnet som *tilknytningspersoner* (Bowlby, 1988). Bowlby (1973, 1980, 1982/1969) anså en slik *nærhetssøken* som en medfødt affektreguleringsmekanisme for å beskytte individet fra fysiske og psykiske trusler, samt lindre ubehag. Selv om menneskets behov for omsorg og beskyttelse er mest kritisk i den første fasen av livet, er disse mekanismene aktive gjennom hele livet (Bowlby, 1988). Individet er i alle faser avhengig av tilknytningspersoner som kan dekke nærhetsbehovet (Bowlby, 1982/1969, 1988). Gjennom å tilby støtte og omsorg for å redusere ubehag, vil tilknytningspersoner bli oppfattet som *sterkere og/eller klokere*, og fungere som en *trygg havn* som kan søkes ved behov. Videre vil tilknytningspersoner betraktes som en *sikker base*, hvorfra utforskning av verden kan foregå (Bowlby, 1988). Tilknytningssystemet sørger for en balanse mellom nærhetssøking og utforskningsatferd, der faktorer som potensielle trusler i omgivelsene og omsorgsgivers tilgjengelighet, spiller inn (Feeney & Noller, 1996).

2.2.1.2 Trygg tilknytning og primær tilknytningsstrategi

Tilknytningspersoners tilgjengelighet overfor en annens behov, vil påvirke variasjonen innen i affektreguleringsstrategier (Mikulincer et al., 2003). Interaksjon med tilgjengelige omsorgsgivere vil føre til en optimal fungering av tilknytningssystemet som fremmer en opplevelse av *trygg tilknytning* (Bowlby, 1973). Tilknytningspersonen vil da være sensitiv for den andres behov, og møte ubehag med tilstedeværelse i form av rolig stemmebruk og kroppskontakt (Schore, 2001). Når følelser uttrykkes og blir møtt med nærhet, gir det erfaring og informasjon om at andre mennesker er kilde til lindring og velbehag. Det gir videre erfaringer om at ulike følelser skaper forskjellige responser, som bidrar til en differensiering og et eierskap til spektret av følelser (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002). Dette samspillet gir også informasjon om at andre er tilgjengelige for ytre regulering (Mikulincer et al., 2003). Dermed skapes positive forventninger om at det er tillatt og nyttig å benytte relasjonen med andre til regulering av ubehag. I tillegg vil det gjennom et slikt relasjonelt samspill, utvikles tro på egne ressurser og en forståelse av *selvet* som et kompetent og verdifullt individ (Mikulincer et al., 2003). Slike positive erfaringer utvikler evnen til *selvregulering*, med solide affektreguleringsstrategier (Bowlby, 1973). Selvregulering handler om hvordan individet selv er i stand til å styre sin egen kropp, atferd eller affekt (Siegel, 2012). Nevrobiologisk forskning har gjort det mulig å avdekke hvordan tidlige erfaringer påvirker det nevralt nettverket i hjernen, relatert til nettopp reguleringsevnen (Schore, 2001). I følge Schore (2001) er den viktigste oppgaven til en omsorgsgiver nettopp det å regulere barns affekter og fysiologiske tilstander, for å sikre optimal stimulering av hjernens utvikling. Et hensiktsmessig samspill som fordrer trygg tilknytning, danner grunnlaget for utviklingen av det Main og Solomon (1990) kaller en *primær tilknytningsstrategi*.

2.2.1.3. Utrygg tilknytning og sekundær tilknytningsstrategi

Hvis tilknytningspersonen derimot ikke er tilgjengelig for nærhet, eller responderer med en mistilpasset respons som ikke skaper en opplevelse av trygghet, vil det i stedet danne grunnlaget for *utrygg tilknytning* (Bowlby, 1973), og utvikling av en *sekundær tilknytningsstrategi* (Wallin, 2007). Schore (2001) understreker at ytre regulering er avgjørende for at barn skal lære seg og internalisere at negative emosjoner ikke er overveldende. Hvis et barn opplever intens affekt, uten tilgang til en tilknytningsperson som kan tilby ytre regulering, vil det skape negative forventninger relatert til andres tilgjengelighet (Bowlby, 1973). Uten tilgang på ytre regulering og uten evne til indre

regulering, vil intens, ubehagelig affekt, ha negativ innvirkning på etableringen av nevralt nettverk i hjernen, spesielt i områder i prefrontal korteks og det limbiske system (Schoore, 2001). Dette vil kunne føre til redusert evne til selvregulering og at uhensiktsmessige affektreguleringsstrategier tas i bruk (Mikulincer et al., 2003).

2.2.1.4. Representasjoner av selv og andre i en indre arbeidsmodell

Samspillerfaringer med tilknytningspersoner påvirker hjernestrukturer, og danner grunnlaget for mentale representasjoner av selvet og andre, som lagres som en *indre arbeidsmodell* (Bowlby, 1973). Tidlige erfaringer med tilknytningspersoner skaper vedvarende forventninger, som igjen vil prege individets tanker, følelser og atferd i nære relasjoner gjennom hele livet (Bowlby, 1973). Bowlby (1988) påpekte at slike tankemønstre automatiseres, for så å foregå på et ubevisst plan. Disse vil dermed være relativt motstandsdyktige mot forandring. Videre forblir de mentale representasjonene relativt stabile over tid, da de integreres som en del av personlighetsstrukturen (Bowlby, 1980). Bowlby (1988) presiserer her at tilknytningsteorien ikke bare forklarer atferdsmønstre og karakteristikk hos barn i relasjon til primær omsorgsgiver. Teorien utvides til også å gjelde dannelsen av selvet, personlighetsfungering, stresshåndtering, affektregulering og mental helse, gjeldende gjennom hele livet (Bowlby, 1988).

2.2.1.5. Sekundære tilknytningsstiler

Tilknytningsstrategier tas i bruk for å sikre nærhet, og representeres altså som indre arbeidsmodeller. Dette er igjen nært knyttet opp mot *tilknytningsstil*, som gjenspeiler systematiske mønstre av relasjonelle forventninger, emosjoner og atferd som er å finne hos voksne, basert på deres tilknytningshistorie (Hazan & Shaver, 1987). I følge Mikulincer og Shaver (2012) viser studier at tilknytningsstil kan deles inn i to uavhengige dimensjoner; *angst og unngåelse*. Disse dimensjonene anses å reflektere personens tilknytning og måter å håndtere utfordringer og ubehag. Personer som skårer lavt på begge, har en trygg tilknytning. Voksne med en trygg tilknytningsstil vil ha opparbeidet seg gode psykiske ressurser. De har, gjennom et hensiktsmessig samspill med andre, opparbeidet seg en solid reguleringsevne i forhold til trusler og stress, og har tro på egen mestring av eksterne utfordringer. De vil oppleve mye positiv affekt, som bidrar til en gjennomgående tilfredshet og god mental helse (Mikulincer & Shaver, 2012). Høy skår på én eller begge av angst/unngåelsesdimensjonene, indikerer derimot en utrygg tilknytning og en tilbøyelighet til å bruke en av de to sekundære

tilknytningsstrategiene. Dette involverer enten en *deaktivering* eller en *hyperaktivering* av tilknytningssystemet (Wallin, 2007).

I følge Mikulincer og Shaver (2012) vil høy skåre på unngåelsesdimensjonen reflekteres i form av *deaktiveringsstrategier*. Da tilknytningspersonen ikke har vært i stand til å møte nærhetsbehovet og gjenopprette en emosjonell likevekt, har individet blitt overlatt til seg selv i en overaktivert tilstand (Wallin, 2007). For å forsøke å bevare tilknytningsrelasjonen foretas en kompensasjon i form av undertrykking av tilknytningsbehov. Atferden ses ofte i form av mindre nærhetssøking og redusert avhengighet av andre, og emosjonelt gir det seg utslag i et begrenset følelsesrepertoar (Wallin, 2007). Denne stilen omtales ofte som *avvisende* (Wallin, 2007). Dette er forenelig med det *engstelig-unnvikende (Type A)* atferdsmønsteret hos barn, kategorisert av Mary Ainsworth (1979) gjennom studier av mor-barninteraksjoner i *Fremmedsituasjonen*.

Personer som derimot skårer høyt på angstskaalen, vil i stedet ha en tilbøyelighet til å benytte *hyperaktiveringsstrategier* (Mikulincer & Shaver, 2007). De vil gjøre intense forsøk på å skape nærhet for å få støtte og kjærlighet (Cassidy & Kobak, 1988), og voksne med denne typen atferd betegnes ofte som *overopptatt* (Wallin, 2007; Wennerberg, 2011). En slik strategi samsvarer med atferdsmønsteret Ainsworth (1979) kategoriserte som *engstelig-ambivalent tilknytning (Type C)*. Strategien innebærer at de baserer seg på andre for å oppleve beskyttelse og lindre ubehag, da de ser på seg selv som hjelpeløse og inkompetente til selv å regulere sin affekt (Mikulincer et al., 2003). I og med at deres behov ikke blir tilstrekkelig møtt, vil de i sin streben etter nærhet, være kronisk aktivert og ha tilknytningssystemet konstant påkoblet (Wallin, 2007).

I tillegg til de tre atferdsmønstrene kategorisert av Ainsworth, avdekket Main (1990) et fjerde mønster, kalt *desorganisert tilknytning (Type D)*. Voksne med denne typen atferd veksler vanligvis mellom hyper- og deaktiveringstrategier, ofte omtalt som en *uavklart* strategi (Wallin, 2007). De har som regel en forhistorie med tilknytningspersoner som har forårsaket både unngåelse av nærhet og frykt for å bli forlatt (Mikulincer et al., 2003). På grunn av uforutsigbare omgivelser, har ikke reguleringsevnen blitt helhetlig integrert, og følelser oppleves ofte som overveldende og kaotiske (Wallin, 2007).

2.2.1.6. Utrygg tilknytning og psykopatologi

En tilknytningshistorie preget av inkonsistente, upålitelige og insensitive tilknytningsfigurer vil, som beskrevet, påvirke den ønskelige utviklingen av et stabilt mentalt fundament. Gjennom manglende utvikling av selvet og affektreguleringsevne, samt bruken av

uhensiktsmessige mestringsstrategier, vil utrygg tilknytning medføre en sårbarhet i forhold til utviklingen av mentale lidelser (Mikulincer & Shaver, 2007). Hvilken symptomer som kommer til uttrykk, vil være påvirket av både genetiske- og utviklingsmessige forhold, og personens omgivelser (Mikulincer & Shaver, 2012). En rekke studier (Mikulincer & Shaver, 2012) har avdekket at utrygg tilknytning går igjen hos personer diagnostisert med ulike psykiske lidelser. Slike korrelasjoner er å finne i alt fra milde depresjoner, angstlidelser og tvangslidelser til suicidale tendenser, spiseforstyrrelser og schizofreni.

2.2.1.7. Psykoterapi som kilde til effektiv selv- og affektregulering

Til tross for tidlige, problematiske tilknytningsrelasjoner, vil nye relasjoner kunne føre til utvikling av en trygg tilknytning (Mikulincer & Shaver, 2012). Gjennom nåtidig kontekst, opplevelser og relasjoner, vil tilknytningsstilen kunne formes og endres drastisk (Mikulincer & Shaver, 2012). Psykoterapi vil kunne tilby en korrigerende setting og en trygg relasjon, som vil kunne påvirke den eksisterende tilknytningsstilen (Mikulincer & Shaver, 2007). I den terapeutiske relasjonen utviser terapeuten støtte, oppmuntring og nærhet, og fungerer som en *sikker base* og en *trygg havn* (Bowlby, 1988). En utrygg tilknyttet person vil gjennom terapi kunne utforske utfordrende sin indre arbeidsmodell og aspekter ved sitt liv, som tidligere ikke har blitt håndtert og bearbeidet på en hensiktsmessig måte (Bowlby, 1988). Det vil gjøre det mulig å komme i kontakt med avstengte følelser, få hjelp til å regulere sterk affekt, eller endre og utvikle relasjonelle og emosjonelle ferdigheter (Bowlby, 1988). Pasienten vil få erfare å tolerere, modulere og kommunisere følelser som tidligere har blitt opplevd som uutholdelige (Wallin, 2007). Gjennom ny, korrigerende erfaring og forståelse, vil en pasient kunne restrukturere sitt indre representasjonssystem, utvikle evnen til effektiv selv- og affektregulering, og dermed bli sin egen sikre base (Bowlby, 1973, 1988).

2.3 Sentrale endringsbegreper fra psykoterapiforskningen

BK er ment å romme en empatisk holdning, og å fremme god relasjon mellom terapeut og pasient (Heggdal, 2012b; Killingmo, 1995; Linehan, 1993). Innen psykoterapiforskningen har det blitt undersøkt hva som er virksomme faktorer på tvers av de ulike psykoterapiretningene. Gjennom denne forskningen har man funnet at det er noen faktorer som er spesielt viktige for å oppnå endring i terapi, såkalte *fellesfaktorer* (Luborsky & Singer, 1975; Norcross & Lambert, 2011; Orlinsky, 2010; Rosenzweig, 1936; Wampold, 2010). Blant disse

fellesfaktorene er *arbeidsallianse* og terapeutens evne til å føle og formidle *empati*, sentrale endringsbegreper (Lambert, 2004; Norcross & Lambert, 2011). Det vil derfor i det videre redegjøres for disse begrepene.

2.3.1 Terapeutisk allianse

Forskning viser at den terapeutiske alliansen mellom terapeut og pasient er knyttet til positivt utfall i psykoterapi (Castonguay & Beutler, 2006; Horvath & Bedi, 2002; Lambert, 2004; Norcross & Lambert, 2011). Det hevdes videre at denne sammenhengen mellom allianse og utfall er et av de mest stabile funnene innenfor feltet (Norcross, 2010; Norcross & Lambert, 2011). Bordins (1979) definisjon av allianse er uavhengig av teoriretning, og mye av forskningen på dette feltet tar utgangspunkt i hans konseptualisering av begrepet (Benum & Halvorsen, 2013). Allianse, slik Bordin (1979) definerer det, består av de tre gjensidig avhengige komponentene *oppgave*, *terapeutisk bånd* og *mål*. De terapeutiske oppgavene er måten terapien forløper på, og hva den består av. Innholdet i terapien må oppleves relevant og effektivt for både terapeut og pasient. Et godt emosjonelt bånd mellom terapeut og pasient kjennetegnes ved en positiv personlig tilknytning dem imellom, og er preget av varme, gjensidig tillit og aksept (Bordin, 1979). Nyere forskning trekker videre frem gjensidig inntoning og affektiv holdning som kvalitative aspekter ved det terapeutiske båndet (Benum & Halvorsen, 2013). Målaspektet innebærer en felles oppfatning av hva en ønsker å oppnå med terapien (Bordin, 1979).

Pasientens opplevelse av den terapeutiske alliansen er av særlig betydning for utfallet av behandlingen, og utvikling av god allianse ser ut til å være spesielt viktig tidlig i terapiforløpet (Horvath & Bedi, 2002). Terapeutens evne til å etablere og opprettholde en god allianse eller relasjon er også av stor betydning for utfallet (Castonguay & Beutler, 2006; Norcross & Lambert, 2011). Wampold (2010) beskriver videre terapeutens sosiale ferdigheter og evne til å oppfatte pasientens emosjonelle tilstand som avgjørende for å danne et samarbeidende forhold. Rogers (1957, 1961) hevdet allerede på midten av 1900-tallet at den terapeutiske relasjonen er nødvendig og tilstrekkelig for endring. I følge Rogers (1957) fungerer terapeuten som en fasilitator for å danne denne relasjonen, ved å være empatisk, genuin og å gi positiv anerkjennelse.

2.3.2 Empati, positiv anerkjennelse og ekthet

Rogers (1957) ble med sitt fokus på terapeutens evne til vise empati, positiv anerkjennelse og ekthet, en pionér innenfor feltet. Han hevdet at disse faktorene virker sammen i den

terapeutiske prosessen. Norcross (2010) har senere understøttet denne antakelsen, og mener at disse faktorene ser ut til å ha en felles innvirkning på det terapeutiske resultatet, og at det er vanskelig å skille disse faktorene fra hverandre. Siden den gang har empatibegrepet blitt definert og konseptualisert på en rekke ulike måter, og mekanismene kan virke uklare. Det er likevel bred enighet om at empati inngår som et sentralt element i det terapeutiske arbeid (Bohart, Elliott, Greenberg, & Watson, 2002; Bohart & Greenberg, 1997).

Rogers (1957) beskriver empati som evnen og viljen til å forstå klientens tanker, følelser og problemstillinger fra deres synspunkt. I følge Bohart og Greenberg (1997) vil det å sette ord på dette, og undersøke om man har forstått rett, ha en kurativ effekt.

Det er flere potensielle faktorer som kan forklare sammenhengen mellom empati og terapiutfall (Bohart et al., 2002). Å bli møtt med en empatisk holdning fremmer ikke bare en bedre forståelse av seg selv, det bidrar også til at pasienten blir mer empatisk og medfølende overfor seg selv (Barrett-Lennard, 1997; Bohart & Greenberg, 1997). Psykisk lidelse henger ofte sammen med selvkritikk, selvforakt, skam- og skyldfølelse. Empati stimulerer til at pasienten kan ha konstruktive og støttende indre samtaler (Berge & Repål, 2004). Videre kan det å bli møtt som et selvstendig individ med autentiske erfaringer bidra til at negativ evaluering gradvis erstattes med en aksept for egne erfaringer og et større eierskap til disse. Pasientene blir bedre til å uttrykke hva de føler, og til å se seg selv om agent i eget liv. I følge Bohart et al. (2002) kan det å bli møtt på en empatisk måte også være en korrigerende relasjonell erfaring for pasienten. Følelsen av isolasjon kan brytes, og pasienten kan oppleve at han eller hun fortjener respekt og anerkjennelse. Å føle seg forstått kan videre hjelpe klienten med emosjonell bearbeiding, og øke pasientens tilfredshet med, og vilje til å samarbeide i terapien (Berge, Repål, Ryum, & Samoilow, 2008). Empati er på denne måten en viktig endringsmekanisme i terapi.

Positiv anerkjennelse og ekthet er nært beslektet med empatibegrepet (Berge et al., 2008). I følge Rogers (1957) handler positiv anerkjennelse om at terapeuten viser aksept for alle sider ved pasientens opplevelse. Berge et al. (2008) vektlegger at terapeuten bør inneha en omsorgsfull, respektfull og positiv holdning til klienten, og at pasientens grunnleggende verdi og selvfølelse på denne måten blir bekreftet. Forskning viser at positiv anerkjennelse fremmer effekten av andre intervensjoner, og at den i noen tilfeller også vil kunne fungere som en intervensjon i seg selv (Farber & Lane, 2002).

Ekthet innebærer i følge Rogers (1957) at terapeuten er bevisst egne indre opplevelser og følelser, og at han eller hun ikke gjemmer seg bak en fasade. Dette krever at terapeuten kan være seg selv i terapeutrelasjonen, og at følelsesmessige reaksjoner på pasientens

beretninger og atferd kan deles med pasienten, dersom dette blir et tema. På denne måten kan terapeuten også fungere som en modell på at det er mulig å være til stede i, og ærlig om, sin egen opplevelse (Berge et al., 2008). Ekthet kan også se ut til å fremme korrigerende erfaringer og tilknytning, samt skape positiv affekt (Klein, Kolden, Michels, & Chrisholm-Stockard, 2002).

2.4 Oppsummering

Den teoretiske gjennomgangen har belyst flere sider ved BK, fra hvordan dette blir definert og anvendt som terapeutisk verktøy innenfor BET, til hvordan bekreftelse blir forstått ut ifra Dialektisk atferdsterapi, samt innenfor psykoanalytisk tenkning. Affektregulering ser ut til å være en effekt av å bli bekreftet, og den teoretiske gjennomgangen har derfor også beskrevet hvordan affektregulering kan forstås ut ifra tilknytningsteorien. Videre har det blitt redegjort for flere underliggende mekanismer som settes i gang som følge av å både bekræfte, og å bli bekreftet, i lys av psykoterapiforskningens funn innenfor fellesfaktorene allianse og empati. Formålet med denne studien er å få en økt forståelse av terapeutenes erfaringsopplevelser relatert til bruken av BK som terapeutisk verktøy. Med dette som utgangspunkt, og med den teoretiske gjennomgangen som bakteppe, søker denne studien å belyse terapeutenes erfaringer, gjennom forskningsspørsmålet ”Hvilke erfaringer har miljøterapeutene gjort seg ved bruken av *bekreftende kommunikasjon* som verktøy, i møte med pasienter?”

3 Metode

Teoretisk bakgrunn for valg av metode og gjennomføringen av studien vil bli redegjort for i det følgende.

3.1 En kvalitativ tilnærming

Denne studien har til hensikt å undersøke kvaliteter ved informantenes subjektive opplevelse av, og erfaringer med å bruke BK som et terapeutisk verktøy, for å utvikle kunnskap som kan berike terapifeltet. Kunnskapsteori, også kalt *epistemologi*, omhandler hvordan kunnskap oppstår, og hvordan man forvisser seg om at den kunnskapen man får, er sann (Egidius, 2005). Valg av forskningsmetode kan dermed ses ut ifra forskernes epistemologiske posisjon, og danne grunnlag for evaluering av en kvalitativ studie (Willig, 2008).

Kvalitative forskningsmetoder bygger på teorier om menneskelig erfaring og fortolkning, også betegnet som henholdsvis *fenomenologi* og *hermeneutikk*. De er godt egnet dersom man ønsker å undersøke erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger (Malterud, 2011). Fenomenologi var opprinnelig en filosofisk retning med fokus på bevissthet og opplevelse, grunnlagt av Edmund Husserl, som senere ble utvidet til også å omfatte menneskets livsverden (Fløistad & Heidegger, 1968; Gadamer, 2006; Kvale & Brinkmann, 2014). Spiegelberg (1960) vektlegger at man innenfor denne retningen setter ens forhåndskunnskap i parentes, for på den måten kunne nå frem til selve *essensen* ved fenomenet. Fenomenologi, slik det blir forstått innen kvalitativ forskning, er et begrep som favner en interesse for å forstå og beskrive verden slik den oppleves av informantene. Den virkelige virkeligheten er den informanten selv oppfatter (Kvale & Brinkmann, 2014). Malterud (2011) hevder samtidig at forskeren er forpliktet til å sammenfatte en overordnet forståelse. Denne studiens mål om å beskrive informantenes sanne erfaringer samsvarer derfor i stor grad med det fenomenologiske synet på kunnskap.

Den videre fortolkningen av informantenes beretninger i denne studien vil være tett knyttet opp til hvordan disse blir beskrevet. Hermeneutikk kan beskrives som læren om fortolkning av mening (Kvale & Brinkmann, 2014), og innebefatter et hensyn til at fenomenet opptrer i en kontekst av menneskelige, historiske og sosiale sammenhenger (Egidius, 2005). Samtidig som denne studien har til hensikt å beskrive informantenes beretninger så lojalt som mulig overfor deres stemme, har forfatterne samtidig hatt et bevisst forhold til at den intervjubaserte kunnskapen kan beskrives som både *relasjonell* og *kontekstuell*, ved at den oppstår i et møte mellom informant og intervjuer, i en gitt kontekst

(Kvale & Brinkmann, 2014). Det er dermed også naturlig å innta en hermeneutisk posisjon i denne studien, og at funnene kan diskuteres i lys av en teoretisk referanseramme. En fenomenologisk metode med et fortolkende tilsnitt er derfor et naturlig og hensiktsmessig valg for danne kunnskap rundt terapeuters opplevelser knyttet til bruken av BK som terapeutisk verktøy.

3.2 Forberedelse og gjennomføring av intervjuene

3.2.1 Utvikling av intervjuguiden

Intervjuguiden (Vedlegg 1) ble utviklet av forfatterne, i samhandling med hoved- og biveileder. Den bestod av 26 åpne hovedspørsmål som omhandlet terapeutenes erfaringer med BK, og deres holdninger knyttet til dette verktøyet. Enkelte hjelpespørsmål var formulert i tillegg, som kunne benyttes ved behov. Innledningsvis bestod intervjuguiden av en kort presentasjon av forfatterne, hensikten med studien, samt deres rettigheter som informanter. Ønsket om å høre mer om hver enkeltes subjektive tanker og erfaringer ble vektlagt. Den avsluttende delen av intervjuet bestod av mer generelle spørsmål, blant annet for å åpne for at informantene kunne komme med tanker og refleksjoner som ikke allerede var belyst. Forfatterne gjennomførte ett pilotintervju på hverandre, og noen av spørsmålene ble revidert på bakgrunn av dette.

Intervjuguiden ble konstruert som et semistrukturert intervju for å peile fokuset i samtalen inn mot visse tema, samtidig som det åpnet for nyanserte beskrivelser og spesifikke eksempler som kunne belyse studiens problemstilling (Kvale & Brinkmann, 2014). For å ivareta flyten i samtalen, ble fleksibiliteten overfor rekkefølgen på de ulike temaene i intervjuguiden ivaretatt.

3.2.2 Rekruttering

Kongsberg DPS har to døgnsseksjoner, en akutt og en elektiv seksjon. Begge seksjonene har hatt opplæring i BK, men av ulikt omfang. Elektiv seksjon har hatt mest opplæring innenfor dette feltet, og det ble derfor valgt å rekruttere informanter fra kun denne seksjonen. Stillingsbrøken blant de ansatte varierer fra 50 til 100 prosent. Det ble valgt å kun rekruttere informanter i stillingen 80 til 100 prosent for å sikre at de hadde tatt del i tilstrekkelig BK-undervisning. Blant de terapeutene som har hatt opplæring i BK, var det ni aktuelle informanter til studien. Konstituert avdelingsleder ved Kongsberg DPS viderefremmet informasjonsskrivet til de aktuelle informantene (Vedlegg 2). Der stod det beskrevet at hensikten med studien var å høre mer om deres opplevelse av og erfaringer med å bruke BK,

og at intervjuene ville bli brukt som datamateriale til en hovedoppgave. Det ble vektlagt at all deltakelse var frivillig, og at de når som helst kunne trekke seg fra studien, uten å oppgi noen grunn. Syv personer takket ja til å delta. Dette er innenfor rammene av anbefalt antall informanter i kvalitativ forskning (Hill, Thompson, & Nutt-Williams, 1997; Malterud, 2011). I forbindelse med gjennomføringen av intervjuene, mottok informantene et samtykkeskjema som skulle signeres (Vedlegg 3). Tidspunkt for intervjuene var i arbeidstiden, og ble avtalt mellom seksjonsleder og informantene. Intervjuene ble fordelt, slik at én av forfatterne gjennomførte fire intervjuer, mens den andre forfatteren gjennomførte tre intervjuer. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, og alle varte i omlag en time. De fant sted på Kongsberg DPS, for å sikre minst mulig ulempe for informantene, og likest mulig betingelser. Intervjuene ble gjennomført i mai 2015.

3.2.3 Utvalg

Utvalget bestod av syv kvinner som var ansatt som miljøterapeuter ved Kongsberg DPS, elektiv avdeling, i 75 til 100 prosent stilling. Alle de ansatte ved denne avdelingen hadde undervisning i BK to timer i uken fra mars til juni 2014, og videre en og en halv time i uken fra og med august 2014 og frem til dags dato.

3.2.4 Transkripsjon

Intervjuene ble gjennomført rett etter hverandre, og til dels parallelt, samme dag. Etter hver gjennomførte intervjudag gav forskerne hverandre et muntlig innblikk i hverandres intervjuer. Deretter ble de respektive intervjuene fra dagen transkribert. Denne vekselvise prosessen mellom intervju og transkribering opplevdes svært nyttig og lærerik. Det gav større innsikt i styrker og svakheter ved egen intervjustil, og også en bedre forståelse av intervjuguiden. Dermed kunne små justeringer gjøres i både personlig stil og intervjuet forøvrig.

Transkriberingen skulle fordeles mellom forfatterne, og det ble derfor i forkant enighet rundt et sett retningslinjer vedrørende detaljnivå (Kvale & Brinkmann, 2014). Da intervjuene skulle analyseres ved hjelp av fenomenologisk tekstanalyse, var fokuset på innhold og mening, fremfor språklige faktorer. All muntlig dialog, bortsett fra fyllord som opplevdes overflødig for innholdet, ble likevel i utgangspunktet transkribert. Implisitte aspekter ved dialogen, som for eksempel pauser, nøling og tvil ble også notert. Etter å ha transkribert det første intervjuet fra start til slutt, ble det valgt å ikke transkribere den generelle innledningen ordrett fra de kommende intervjuene. Denne delen av intervjuet

bestod hovedsakelig av en presentasjon av studien og forfatterne, samt informantenes opplysninger knyttet til utdanningsbakgrunn og tidligere jobberfaring, og ble derfor ikke vurdert som relevant for den videre analysen. Denne delen ble heller sammenfattet i stikkordsform fra de resterende intervjuene. Hvert intervju varte i omlag en time, og rådatamaterialet var dermed på nærmere syv timer med dialog. Alle intervjuene ble transkribert, og utgjorde til sammen 69 tettskrevne sider med datamateriale.

3.2.5 Etiske betraktninger

Informert samtykke: Studien er meldt inn og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (Vedlegg 4) Alle potensielle informanter mottok et informasjonsskriv der det ble redegjort for studiens formål, at det skulle gjennomføres et semistrukturert intervju, at all deltakelse var frivillig, og at de når som helst, og uten å oppgi grunn, kunne trekke seg fra studien.

Konfidensialitet: Informantene fikk videre opplyst hvordan datamaterialet ble lagret, og hvem som hadde tilgang på dette i etterkant av intervjuene. Lydfilene ble kryptert, og informantene ble betegnet under pseudonym i transkripsjonene. Det ble også opplyst når prosjektet skulle avsluttes, og at materialet deretter ville bli destruert. Det ble vektlagt at alle personopplysninger ville bli behandlet konfidensielt og anonymisert. Samtidig ble det presisert at arbeidsplass og yrkesgruppe ville fremkomme i publikasjonen, men at ingen direkte personidentifiserbare opplysninger ville bli oppgitt. Utdrag fra intervjuene ville likevel kunne bli brukt i oppgaven. Utvalget er hentet fra kun én arbeidsplass, og består av en liten gruppe informanter. De vil derfor potensielt kunne gjenkjenne både egne og andres beretninger. Denne utfordringen gjorde at det ble vurdert å ikke opplyse om arbeidsplass i publikasjonen. Arbeidsplass fremkommer likevel, da det var Kongsberg DPS som tok initiativ til studien, og fordi de ytret ønske om å lage en artikkel basert på studien i ettertid.

Konsekvenser: Det var ingen fordeler knyttet til deltakelse i studien, ei heller ingen ulemper ved å frastå fra deltakelse. Samtidig var både prosjektleder og seksjonssjef ved Kongsberg DPS bindeleddet mellom forfatterne og de potensielle informantene. Dette var av rent praktiske grunner, men et ønske om ikke å delta kan ha gått på bekostning av ivaretagelse av lojaliteten til ledelsen.

3.3 Analyseprosessen

3.3.1 Systematisk tekstkondensering

En hermeneutisk fenomenologisk analyse, særlig inspirert av *Malteruds systematiske tekstkondensering* (Malterud, 2011) har blitt benyttet som analyseverktøy, for å bygge bro mellom rådatamaterialet og resultatene. Dette er en analysemetode inspirert av *Giorgis fenomenologiske analyse* (Giorgi, 1997). Denne analytiske fremgangsmåten er forankret i fenomenologisk filosofi (Giorgi, 1997), og har derfor mye til felles med beskrivelsen av fenomenologi i det foregående. I følge Giorgi (1997) er formålet med den fenomenologiske analysen å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt. Samtidig skal forskeren sette sin egen forståelse i parentes, i møte med data. Dette innebærer å ha et reflektert forhold til egen innflytelse på materialet, for på best mulig måte kunne gjenfortelle informantenes beretninger på en lojal måte. Dette er dermed et hensiktsmessig analyseverktøy, dersom studien har til hensikt å beskrive informantenes opplevelser, slik *de* faktisk opplevde det, noe som er helt i tråd med denne studiens formål. I tillegg har forfatterne innehatt en hermeneutisk posisjon, særlig for å kunne forvalte funnene i lys av en teoretisk referanseramme. Giorgis analyse består av fire trinn: (1) *få et helhetsinntrykk*, (2) *identifisere meningsbærende enheter*, (3) *abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene*, og (4) *sammenfatte betydningen av dette* (Giorgi, 1997). Systematisk tekstkondensering har også hovedvekt på disse fire analysetrinnene, og er godt egnet til utvikling av nye beskrivelser av fenomener (Malterud, 2011). Den systematiske analyseprosessen som blir beskrevet i det følgende er tett knyttet opp til den trinnvise oppbygningen som blir beskrevet av Malterud (2011).

3.3.2 Danne et helhetsinntrykk

Transkribering av intervjuene var første skritt mot dannelsen et helhetlig bilde av datamaterialet. Selv om noen hovedtema gikk igjen nokså tidlig i prosessen, dukket det likevel opp nye momenter etter å ha transkribert de fem første intervjuene. Det var avtalt at de to siste intervjuene skulle gjennomføres på samme dag, og det ble derfor ikke tatt stilling til potensiell metning før begge disse var gjennomført. Etter at det sjette intervjuet var blitt transkribert, dukket det ikke opp nye momenter, og metningskriteriet var derfor oppnådd (Malterud, 2011). Det syvende intervjuet ble likevel transkribert, da flere saker kunne styrke resultatene ytterligere. Alle intervjuene ble deretter lest av begge forfatterne, mens det fortløpende ble notert mulige temaer i marginen. Malterud (2011) anbefaler at man ikke tar for

seg hele datamaterialet til å begynne med, dersom dette er for omfattende, for å sikre at den trinnvise prosessen blir grundig og meningsfull. Da rådatamaterialet var overkommelig, på 69 sider, ble imidlertid alle intervjuene tatt med allerede fra første analysetrinn. Ved den muntlige gjennomgangen etter hver intervjudag var det særlig ett intervju som pekte seg ut innholdsmessig. Dette intervjuet ble derfor lest først. Malteruds (2011) anbefaling om å gå aktivt inn for ikke å la seg påvirke av ens teoretiske referanseramme, men heller stille seg så åpent som mulig for informantenes budskap, ble forsøkt fulgt. Etter at alle intervjuene var blitt lest, laget forfatterne hver sin liste over foreløpige temaer, basert på notatene i margin. Deretter ble de respektive listene gjennomgått i felleskap, for å utforske og drøfte hva som sammenfalt og hva som spriket av mulige temaer. Temaene viste seg å sammenfalle i stor grad. Der det i utgangspunktet var uenighet, ble temaets egnethet for å belyse studiens problemstilling diskutert, og det ble fattet konsensus om hva som skulle bringes videre til neste analysetrinn.

3.3.3 Identifisere meningsbærende enheter

Dette analysetrinnet begynte med en ny gjennomgang av alt datamaterialet, denne gangen på en mer systematisk måte. Det ble valgt ut tekst, såkalte *meningsbærende enheter*, som kunne knyttes til temaene som ble funnet i første analysetrinn, og som kunne belyse studiens problemstilling (Malterud, 2011). Tekstbiter som ikke var sammenhengende setninger ble omformulert og *kodet*, altså systematisert. Dette ble gjort ved å nummerere kodene manuelt. Temaene ble fortløpende i prosessen utviklet og justert til ulike *kategorier*. De meningsbærende enhetene ble kopiert fra sitt opprinnelige transkriberte intervju, limt inn i et eget kategoridokument og gitt samme nummer som sin tilhørende kategori. Noen av de meningsbærende enhetene ble plassert under flere kategorier, da de kunne beskrive flere sider ved problemstillingen. Etterhvert i denne prosessen ble det oppdaget at noen av de opprinnelige temaene fra trinn en egentlig beskrev to sider av samme sak, og disse kategoriene ble derfor slått sammen. Andre kategorier representerte i motsetning to egenskaper, og ble derfor delt opp. Der nye kategorier ble etablert, ble teksten gjennomgått på nytt, for å få med mulige meningsbærende enheter. På dette tidspunktet bestod analyse materialet av et stort antall kategorier.

3.3.4 Abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene

I det tredje analysetrinnet ble de ulike kategoriene med de tilhørende meningsbærende enhetene, gjennomgått en gang til. Antall kategorier var for stort til å kunne gjengis på en

meningsfull måte i resultatdelen, og kategorier med få meningsbærende enheter ble derfor fjernet eller slått sammen. Samtidig var enkelte kategorigrupper så omfangsrike at det ble mer hensiktsmessig å dele dem opp (Malterud, 2011). Under denne gjennomgangen ble det utviklet ulike *underkategorier*, for å nyansere innholdet ytterligere. Materialet ble dermed bestående av tre hovedområder, syv kategorier og 13 underkategorier. Underkategoriene til hver kategori ble deretter gjennomgått på nytt, og det ble laget et *kondensat*, et kunstig sitat. Hensikten med dette kondensatet var å omforme det konkrete datainnholdet i de ulike underkategoriene til mer generelle termer. Slik ble det laget en form for oppsummering av informantenes egne ord og beskrivelser innenfor de ulike meningsbærende enhetene, under hver underkategori. Dette gav et arbeidsnotat som kunne brukes som utgangspunkt for presentasjonen av resultatene i det siste analysetrinnet (Malterud, 2011).

3.3.5 Sammenfatte betydningen av dette

Med utgangspunkt i arbeidsnotatet og de utvalgte sitatene fra forrige analysetrinn, ble det deretter laget en *analytisk tekst* for hver kategorigruppe. Denne skulle videreformidle hvordan informantenes stemme belyste deler av problemstillingen, på en lojal måte (Malterud, 2011). Det ble laget et eget avsnitt til hver underkategori, der eksempler og sitater som nyanserte innholdet på en god måte ble inkludert. Den analytiske teksten representerer altså funnene fra studien, og vil bli presentert i det kommende.

3.4 Kritisk vurdering av forskningsprosessen

For at kunnskap skal kunne defineres som vitenskapelig, er det nødvendig med en systematisk, kritisk refleksjon (Malterud, 2011), og innenfor kvalitativ forskning er det flere ulike måter å foreta en vurdering av kvaliteten (Kvale & Brinkmann, 2014). Relevans, refleksivitet og validitet er viktige prinsipper å vurdere studiens funn opp mot (Malterud, 2011), og disse vil bli redegjort for i det kommende.

3.4.1 Relevans

Relevans omhandler hvorvidt kunnskapen fra studien tilfører noe nytt (Malterud, 2011). Både tema og fremgangsmåte for denne studien er relevant, da det foreligger få studier av BK som verktøy, med utgangspunkt i hvordan verktøyet blir forstått i BET. Kunnskapsgrunnlaget er dermed begrenset, både hva gjelder BK som verktøy og fenomen, og problemstillinger knyttet til hvordan det oppleves å ta i bruk et slikt verktøy ved en DPS, sett fra

miljøterapeuters side. En kvalitativ studie kan dermed bidra til ny kunnskap på feltet (Malterud, 2011).

3.4.2 Forskerens innvirkning på prosessen

Denne kvalitative studien har vært et selvstendig prosjekt, der forfatterne selv har stått for all innsamling og bearbeidelse av datamaterialet. Bevissthet, refleksjon og åpenhet knyttet til forskerens rolle i kvalitative studier er av stor betydning, da forskeren selv er det viktigste redskapet til å innhente kunnskapen, og dermed vil kunne føre til implikasjoner for funnene (Kvale & Brinkmann, 2014; Willig, 2008). Denne såkalte personlige refleksiviteten kan omhandle alt fra forskerens måte å være på, til forhåndskunnskap, mål, ideer og verdier (Nightingale & Cromby, 1999). For at forskningsresultatene skal kunne vurderes, har denne refleksiviteten blitt forsøkt ivaretatt gjennom hele forskningsprosessen.

I tråd med en hermeneutisk forståelse har forskernes teoretiske referanseramme vært en integrert del av metoden, som videre har blitt utviklet og modifisert underveis i prosessen (Rennie, 2000; Rennie & Fergus, 2006). Forfatternes opprinnelige terapiteoretiske ståsted har vært innenfor den integrative tradisjonen (Goldfried & Kiesler, 1980; Norcross, 2010), med en særlig interesse for den humanistiske retningen (Greenberg, 2002; Rogers, 1957, 1961). For å danne et teoretisk bakteppe til denne konkrete studien, var det naturlig å sette seg inn i litteratur innenfor BET og bekreftelse som fenomen (Gullestad & Killingmo, 2013; Killingmo, 1995, 2006; Linehan, 1993). I gjennomgangen av litteraturen på BET merket forfatterne seg at det ble brukt begreper som overlapper med tilknytningsteori, og at mekanismer som ble beskrevet kunne minne om mekanismer innenfor denne teorien (Bowlby, 1973, 1982/1969). Under gjennomføringen av intervjuene har forfatterne vært bevisst hvordan egne teoretiske forutsetninger kan farge både måten spørsmålene ble stilt på eller forståelsen av informantenes svar. Bevisstheten rundt dette ble tatt med videre inn i analysearbeidet.

Meningsdannelse forutsetter en tolkning, og Eatough og Smith (2008) beskriver fortolkning langs to ulike nivåer. Det første nivået innebærer en deskriptiv tilnærming, der man forsøker å nærme seg informantenes beretninger på deres egne premisser. Dette tolkningsnivået samsvarer i stor grad med den fenomenologiske posisjonen forskerne i denne studien har etterstrebet å inneha gjennom analyseprosessen av datamaterialet. Samtidig har det vært en hensikt å komme frem til kunnskapen som ligger bak informantenes egne ord, som kjennetegner det andre tolkningsnivået beskrevet av Eatough og Smith (2008). Disse to

tolkningsnivåene har blitt balansert opp mot hverandre, der det første nivået har vært mest gjeldende i den første delen av analyseprosessen, mens det andre nivået har kommet tydeligere frem der studiens funn blir drøftet i lys av en større teoretisk kontekst.

Det er en erkjennelse at man underveis i prosessen har stått overfor utallige veivalg og prioriteringer. Selv om ambisjonen har vært å være åpen for informantenes beretninger ut ifra deres egne premisser, har det vært utfordrende å ikke la foregående analyser påvirke ny informasjon. Tolkningene og funnene har imidlertid kontinuerlig blitt diskutert forfatterne imellom, i tillegg til å ha blitt drøftet med veilederne, for å ivareta den refleksive prosessen.

3.4.3 Validitet

Det har gjennom hele prosessen vært en ambisjon å bidra til ny kunnskapsdannelse som kan ha en potensiell overføringsverdi til andre DPSer. Studien har videre søkt å beskrive klinikknære fenomener, og bidra til en økt forståelse som kan være av nytteverdi for klinisk arbeid.

4 Resultater

Analyseprosessen resulterte i tre hovedområder, med til sammen syv kategorier og 13 tilhørende underkategorier (Tabell 1). Først presenteres hovedområdet som gjenspeiler informantenes opplevde *nytteverdi* av å ta i bruk BK. Deretter følger hovedområdene som gjenspeiler opplevde *utfordringer* og *endring hos terapeut*. Det brukes sitater i teksten for å direkte formidle hva informantene har sagt.

Tabell 1. Hovedområder med kategorier og tilhørende underkategorier

4.1 Hovedområde	Opplevd nytteverdi av BK
4.1.1 Kategori	<i>Underlettende for terapeut</i>
4.1.1.1 Underkategori	<i>Å romme egne og andres følelser (C1, C3, C4, K1, K2, K3)</i>
4.1.1.2	<i>Å forstå pasientene bedre (C1, C2, C4, K1, K2, K3)</i>
4.1.1.3	<i>Å gi ansvaret tilbake til pasient (C3, C4, K1, K2, K3)</i>
4.1.1.4	<i>Ved struktur favnes kaos (C1, C2, C3, C4, K1, K2, K3)</i>
4.1.2 Kategori	<i>Endringsbefordrende for pasient</i>
4.1.2.1 Underkategori	<i>Å bli møtt med anerkjennelse (C2, C3, K1, K2, K3)</i>
4.1.2.2	<i>Å tåle egne følelser bedre (C1, C3, C4, K1, K2, K3)</i>
4.1.2.3	<i>Å finne eksperten i seg selv (C2, C3, C4, K1, K2, K3)</i>
4.1.3 Kategori	<i>Relasjonsbyggende</i>
4.1.3.1 Underkategori	<i>Et tillitvekkende verktøy (C3, C4, K2, K3)</i>
4.2 Hovedområde	Opplevde utfordringer ved BK
4.2.1 Kategori	<i>Passivitet og usikkerhet</i>
4.2.1.1 Underkategori	<i>Å innta en mindre aktiv hjelperrolle (C1, C2, C3, C4, K1, K2, K3)</i>
4.2.2 Kategori	<i>Ikke naturlig og intuitivt</i>
4.2.2.1 Underkategori	<i>Å være genuin i formidlingen (C1, C2, C3, C4, K1, K2, K3)</i>
4.2.3 Kategori	<i>Kanskje ikke for alle</i>
4.2.3.1 Underkategori	<i>Tvil vedrørende hvilke pasientgrupper BK passer for (C1, C2, C3, C4, K1, K3)</i>
4.3 Hovedområde	Opplevd endring hos terapeut
4.3.1 Kategori	<i>Holdningsendring</i>
4.3.1.1 Underkategori	<i>Pasienten er ekspert på seg selv (C1, C2, C3, C4, K1, K2, K3)</i>
4.3.1.2	<i>Synet på hva det vil si å hjelpe (C1, C2, C3, C4, K1, K2)</i>

4.1 Opplevd nytteverdi av BK

Informantene fortalte om flere positive virkninger av BK, hos både dem selv, pasientene og i relasjonen dem imellom.

4.1.1 Underlettende for terapeut

Alle informantene har opplevd det som nyttig å møte pasientene med BK. De fortalte at de nå i mindre grad blir overveldet av pasientenes problematikk, og i stedet evner å være sammen med dem i deres vanskelige følelser. Gjennom denne kapasiteten har informantene opplevd å få en bedre forståelse av pasientenes strev.

4.1.1.1 Å romme egne og andres følelser

”Det som vil, kan komme, og det er helt greit”(C1).

Nesten alle (C1, C3, C4, K1, K2, K3) trakk frem at de anser BK som et nyttig verktøy, da det har bidratt til et økt fokus på følelser. *”Det er en måte å forholde seg til pasientens følelser på, og dette er viktig”(C1).* De fortalte at de tidligere syntes både det å snakke om og det å håndtere følelser, var utfordrende, men at de nå har fått en måte å forholde seg til pasientens følelser på.

Én informant (C1) beskrev at hun ikke bare var blitt mer fortrolig med å utforske og håndtere andres følelser, men også sine egne. *”Det er bra å være opptatt av følelser, og å være trygg i sine egne følelser. Min egen prosess i det har vært veldig bra. [...] Det å forholde seg til følelser er ikke farlig, det å kunne snakke om det. Jeg snakker mye mer om følelser hjemme, familien min får jo gjennomgå”(C1).* Videre fortalte hun at hun anser at dette igjen har hatt en positiv innvirkning på hvordan hun møter pasientene. *”Det at jeg er tryggere på meg selv tror jeg gjør at jeg blir bedre med pasientene”(C1).*

Informantene fortalte videre at mange av pasientene strever med affekthåndtering. De kan til tider være svært aktivert, noe som kan være utfordrende å forholde seg til.

Informantene beskrev at de gjennom det økte følelsesfokusset, nå bedre evner å regulere pasientene. De har opplevd BK som et nyttig verktøy i forhold til å forhindre at affekten eskalerer, samt til å roe pasienter med høy affekt. *”Det er veldig nyttig når affekten stiger, og det blir vanskelig for pasienten å romme dette”(C4).*

De trakk også frem at de har blitt tryggere på å være i pasientenes ubehag sammen med dem. Noen (C4, K1, K2) fortalte at de gjennom å lansere en svakere følelse enn det

pasientene egentlig formidler, lettere evner å være i strevet sammen med dem. *“Og så har jeg valgt å legge ned et hakk, de følelsene og tankene jeg ser, hvis de er veldig høye på det. Hvis en er rasende og sier "jeg blir så forbanna", kan jeg velge å si "jeg hører at du blir veldig sint." Da klarer jeg mer å romme det”(C4).* De beskrev videre at ved å presentere ord for pasientene som favner mye, blir det lettere å formidle anerkjennelse og aksept. *“Den beskrivelsen av følelsen[...] den er litt svakere. Jeg opplever at pasienten er, kanskje, sint. Da sier jeg irritert. Altså, hvis jeg sier "opplever at du er sint" så blir de kanskje "Jeg er ikke sint". Da blir det sånn kamp. Men hvis jeg sier, irritert eller frustrert eller. Så er jeg inne på noe. Og da. "Ja, irritert, jeg er jo sint." Ok. [...] Så da kan du liksom gå litt videre på det”(K2).*

Noen terapeuter (K1, K2) trakk også frem at de har blitt mer bevisste på hvordan de kan bruke non-verbal kommunikasjon for å inntone seg og regulere pasientene. *“At du prøver å roe den med å sette deg tilbake selv, og.. kjenne at du sitter godt i stolen. At du i hvert fall selv er litt, laid back og litt roligere. For det kan roe pasienten”(K1).*

4.1.1.2 Å forstå pasientene bedre

“Jeg får litt mer tak i pasientene, og hvordan jeg hjelpe dem”(C1).

De fleste informantene (C1, C2, C4, K1, K2, K3) formidlet at BK har ført til en større forståelse av pasientenes strev. De beskrev at det kan være lett å trekke slutninger om hva som plager pasientene, og at de da tar for gitt at de forstår dem. Når informantene tar ansvar for eget perspektiv, kan pasientene komme med korrigerende innspill. Dette har de opplevd at har fremmet en økt forståelse av pasientens subjektive opplevelse av egne utfordringer. *“At du viser at du ser den andre, da. Og enten få bekreftet eller avkreftet det du ser. Det er jo veldig fint. For det er jo ofte at jeg ser noe jeg tror, som ikke alltid nødvendigvis er sånn, eller er den opplevelsen den andre har, eller føler seg. Så det å få en bekreftelse på at han har det vanskelig, da(C2)”.*

Informantene har erfart at de har fått tilgang på ny informasjon ved å være sammen med pasientene i deres strev. I tillegg har de opplevd at pasientene da kommer med egne refleksjoner. *“Men det å lytte og la de fortelle og heller tåle den stillheten også, det er litt spennende [...] For da kommer det gjerne noe som de i utgangspunktet kanskje ville sitte inne med”(K1).* Informantene fortalte videre at pasientene heller skal jobbe med utfordringene i møte med behandler på avdelingen, fremfor at de, som miljøterapeuter, går videre inn i problematikken. De har tenkt at BK er et nyttig verktøy, da de likevel kan få innsikt i strevet og få formidlet en forståelse til pasientene. *“Ja, for de trenger ikke å måtte fortelle hele*

historien, men bare kunne si noe om overskriftene[...] Og det kjennes litt sånn godt ut. Kanskje både for pasienten og for meg[...] det er jo ikke meg pasienten skal begynne å prate om det med, nei. Og allikevel så forstår jeg”(K2). Informantene har opplevd det som positivt å ha et verktøy som formidler aksept og tilstedeværelse når det pasienten står i, verken kan, eller skal fikses. ”Det er gjerne problematikk som på en måte, ja, er vanskelig for pasienten, men ikke dermed sagt at en skal løse noe problem. Men bare forstå deres situasjon. Uten å komme med noen oppskrift på noe fix-it”(K2).

4.1.1.3 Å gi ansvaret tilbake til pasient

”Dette er ikke noe jeg eier, men jeg forstår at det er vanskelig for deg”(K2).

En del av pasientene på seksjonen har vært innenfor psykisk helsevern lenge, og flere er vant til at andre skal løse deres utfordringer. Informantene har derfor opplevd at pasientene kan forsøke å legge sine utfordringer over på dem. Flere av informantene (C3, C4, K1, K2, K3) fortalte at de etter implementeringen av BK, har kjent på at de i mindre grad blir sittende med ansvaret for pasientenes problematikk. ”At det ikke er så lett å pushe det over på oss, det ansvaret, men at det legges litt tilbake til dem”(K1).

Det at BK fremmer at pasientene skal ta mer ansvar selv, har gjort at terapeutene har syntes det er lettere å romme og håndtere vanskene. ”Jeg får det ikke servert, og så må jeg containe det alene, men jeg kan på en måte servere det tilbake, litt nyansert form da. Og det kjennes også bedre ut for meg. At jeg ikke bare overtar ”oi, dette blir min greie”, men at en på en måte bekrefter at det må være vanskelig for deg, så er det liksom hos deg det ligger”(K2). Informantene fortalte at det kan være utfordrende å ikke ta med seg pasientenes vansker hjem. Etter implementeringen av BK, er det imidlertid flere (C1, C3, K2) som har opplevd at de i større grad evner å legge fra seg problematikken på jobb. ”Det har ført til at jeg ikke bærer med meg så mye av pasientens problematikk, at jeg er mer avslappet i møtet med dette. Både hjemme, og der og da, faktisk. [...] At det har en positiv effekt. For det er flere ganger hvor man selv har blitt eier av det”(C3).

4.1.1.4 Ved struktur favnes kaos

”Hvis man da har en struktur, er det med på å favne kaoset”(C4).

Alle informantene fortalte at de opplever BK som et nyttig supplement i møte med pasientene. Det at verktøyet har konkrete beskrivelser av fremgangsmåten, har alle syv informantene opplevd som hensiktsmessig. De fortalte at det har vært fint å ha noe håndfast å forholde seg til, da blir det mindre usikkerhet rundt hvordan de skal møte pasientene. ”Jeg

liker nok det litt. [konkrete formuleringer] For det er mye som er diffust, i psykiatrien eller hva jeg skal si[...] Så det å ha liksom et verktøy som er litt sånn konkret det liker jeg nok egentlig”(K2). Én (C4) beskrev det slik: “Med struktur så innebærer det egentlig frihet. Man møter ofte mennesker med mye kaos. Og hvis man da har en struktur er det med på å favne kaoset”(C4). Én (C1) fortalte imidlertid at hun ikke har tatt elementene og hjelpesetningene i BK så bokstavelig.

Informantene formidlet også at verktøyet har gjort dem som terapeuter mer samkjørte. Dette har skapt en trygghet blant de ansatte, og forutsigbarhet og kontinuitet for pasientene. “Jeg synes det er veldig greit å ha noe sånt å forholde seg til, egentlig. For da vet man også at flere det gjør det samme. Og at pasientene møter litt av det samme i alle.”(K1).

4.1.2 Endringsbefordrende for pasient

Ja, jeg har brukt det en del på en dame med personlighetsforstyrrelse, overgrepssproblematikk og selvskading, hvor det skjer veldig mye, og det blir veldig dramatisk. [...] Der merker jeg at det roer seg, og at hun ser andre løsninger. Fra å være tårer og hyperventilering, uro og irritasjon, svart-hvitt tenkning, så roer det seg ofte ned, hun tar seg ofte en hvil etter samtalen, og kommer videre i sitt eget. Hun tåler at man ikke går inn og gir råd, men heller finner løsninger selv. Jeg har en opplevelse av at dette er en mye bedre måte å møte henne på, da jeg har kjent denne pasienten i mange år (C3).

Terapeutene fortalte at de har opplevd bruken av BK som endringsbefordrende for pasientene og utdraget gir et representativt bilde av flere av de potensielle virkningene. Informantene har opplevd at det kan virke anerkjennende, affektregulerende og fremme pasientenes autonomi.

4.1.2.1 Å bli møtt med anerkjennelse

“Jeg opplever jo at pasientene føler seg sett og hørt, i hvert fall, det de sier selv”(K1).

De fleste (C2, C3, K1, K2, K3) fortalte om erfaringer med at pasientene føler seg anerkjent, når de blir møtt med BK. “For det handler om å respektere pasienten, da, han er der han er”(C4). Informantene fortalte videre at pasientene føler seg respektert når de viser at de tåler å stå i vanskene, og ikke forsøker å endre noe. “Ja, eller at jeg bekrefter på en måte det jeg hører og jeg setter ord på at det må ha vært vanskelig for deg, men uten på en måte stille noe spørsmål, eller stille noe krav til de”(K1). I følge informantene har det at de har vist

tålmodighet, både der og da, men også i forhold til endringsprosessen som sådan, ført til at pasientene opplever å bli gyldiggjort. De fortalte videre at pasientene føler seg akseptert og tatt på alvor da de blir møtt i sin opplevelse. *“Det er liksom noe med å være der i settingen sammen med pasienten. [...] Og det her er med på å se pasienten, og å respektere, og høre på og bli tatt på alvor”*(K2).

I følge informantene har ikke pasientene alltid behov for en løsning. Noen ganger trenger de heller å få anerkjennelse på at de har det vanskelig her og nå, ved at det gis rom for det. *“Jeg tenker at det kan være hjelpsomt i den grad at noen forstår, og gir uttrykk for det, samtidig som, en ikke nødvendigvis må, må fortelle alt da. Men at det å vite at, “jeg har en tøff dag i forhold til det som skjedde i går,” det er forståelig, det må være vanskelig, og så stopper vi der.”*(K2). Informantene fortalte videre at de ved å ta ansvar for eget perspektiv, fokuserer på pasientenes subjektive opplevelse, uten at det legges føringer for hva de burde føle og hvordan de skal håndtere disse følelsene. Pasientene opplever dermed å bli akseptert, istedet for å bli devaluert i sin opplevelse. *“Jeg sier noe om hva jeg opplever fra mitt perspektiv da. Uten at jeg påstår at “du er jo sint” altså sånn. Men prøver å si noe om hva jeg opplever [...] De føler seg mer møtt”*(K2). Ved at informantene tar ansvar for eget perspektiv, gis det også rom for at pasientene kan komme med korreksjoner. *“Ja, det kan jo hende de sier at “nei, det er ikke sånn”. Jeg tenker at det kan være positivt, for veldig ofte tror vi så veldig mye om alle andre [...] Så det synes jeg er veldig bra å få klart svar [...] Da er det veldig åpnet også, for hva den andre kan svare”*(C4).

4.1.2.2 Å tåle egne følelser bedre

“Det er veldig nyttig når affekten stiger, og det blir vanskelig for pasienten å romme dette”(C4).

“Livet er ikke bare fryd og glede, og følelser er et stort spekter i mennesket, og alle følelsene hører til, om de er ubehagelige eller veldig fine, så er de nyttige uansett. Det er når alle disse blandes sammen til et stor sammensurium at det blir mindre greit å ha de” (C4). Seks av informantene (C1, C3, C4, K1, K2, K3) fortalte om erfaringer med at aktiverte pasienter ble roligere, når de ble møtt med BK. Ved å møte pasientene i deres opplevelse og affekt, gikk trykket ned og skuldrene senket seg. Uroen og irritasjonen ble borte, noe de anså som veldig hensiktsmessig for pasientene. *“Det var en pasient [...] Var kjempefortvilet. Og så tenker jeg at, nå skal jeg undre meg litt. Og så. Føyk rett i været. Affekten. Og det tenkte jeg. “Ja, neste gang prøver jeg BK” [...] Jeg bare, merket hvordan det er med på å senke”*(K3).

Flere av informantene (C1, C3, K2) beskrev hvordan de gjennom BK klarer å formidle til pasientene at de tåler følelsene deres, uten at de forsøker å tolke eller endre dem. De har tenkt at de ved å vie pasientenes følelser oppmerksomhet på denne måten, ufarliggjør det å tørre å stå i egne følelser. En av informantene beskrev det slik: *“Jeg tenker det er nok enda mer det at en viser at en tør å være der. Og at det. Vi holder det ut liksom. Vi klarer dette her”* (K2). Informantene tenker at dette er til stor nytte for pasientene, da de kan få større eierskap til følelsene sine, og på den måten lære å regulere seg selv bedre. *“Nå bruker vi mer tid på å bare være. [...] Og på en måte akseptere at det er ens eget, så er det jo til hjelp for dem. [...] At de tåler å romme litt av sitt eget”*(C3). Én annen av informantene (C4) fortalte videre: *“Ja, vi har jo en som har mye affekt. [...] Hvis det er noe hun ikke vil, har jeg bekreftet henne på dette [...] Da har hun trukket seg tilbake, affekten har gått ned”*(C4).

4.1.2.3 Å finne eksperten i seg selv

Det har vært en veldig dårlig pasient her, som har vært her i mange, mange år. [...] Etter at vi begynte å jobbe bekreftende med henne er hun nesten ikke her lenger. Hun mestrer livet sitt mye bedre. Det er ikke sånn at hun ikke har utfordringer, men hun er mer klar over at hun selv må ta grep, sammen med de hun har rundt seg. Hun har aldri innleggelse lenger, og selvskadingen har gått ned til nesten ingenting. Sluttet på masse medisiner. Hun har noen nedturer, men hun kommer seg raskere (C3).

Som beskrevet i dette utdraget, fortalte en av informantene (C3) om en pasient som ved å bli møtt med BK, var blitt klar over at hun selv må ta grep i livet. Majoriteten av informantene (C2, C3, C4, K1, K2, K3) fortalte at dette verktøyet er til hjelp for pasientene, da de tenker at det fremmer nettopp autonomi.

Flere av informantene har jobbet lenge i psykisk helsevern, og fortalte at pasientene ofte legger mye ansvar over på dem og er vant til at andre løser deres problemer. *“Noen av pasientene er veldig opptatt av at vi skal løse deres problemer. [...] De prøver ofte å legge det over på oss. At vi skal finne deres svar, men her legger man det jo tilbake igjen til dem, så de må på en måte jobbe med det mer selv”*(K1). Ved at pasientene i stedet blir møtt av en terapeut som går inn i vanskene sammen med dem, uten å forsøke å endre noe, tenker informantene at pasientene vil bli mer ansvarliggjort. *“Det at de blir forstått på at dette her er vanskelig. Eller slitsomt. Men likevel så er det, så legger en litt ansvaret over på de da. [...] Så det og er liksom en fin måte å ansvarliggjøre, men allikevel se pasienten”*(K2).

Informantene fortalte at BK fremmer at pasientene får tro på at det er dem som er den egentlige ekspert på hva de selv trenger. Gjennom dette tenker de at pasientene vil kunne få tillit til at de selv besitter ressursene som skal til for å skape endring og at ansvaret for å handle ligger hos dem. Ved å legge noe av ansvaret tilbake til pasientene, må de stå i sine egne utfordringer og eie seg selv. *“Spesielt det at folk får eie seg selv. For jeg tenker at folk har så mye ressurser i seg, uansett, at det lager et rom for å få lett selv i de ressursene, og på den måten åpner opp. [...] Ved å eie det selv, er det mulighet for endring”*(C4).

Noen (C3, K1) av informantene fortalte at ved å bekrefte pasientene, og gi dem rom og tid, kan de selv komme med egne løsninger. De trakk videre frem at de synes det er viktig at pasientene selv forstår at de har evner og myndighet til å ta egne valg. *“Men de ser også at det er nyttig fordi at de faktisk må velge selv.. Så det synes jeg er veldig, veldig ålreit å høre at de sier da”*(K1).

Informantene beskrev at det at pasientene får erfare at de er aktive agenter i eget liv, er gunstig på sikt. *“Jeg ser jo hvor fantastisk dette virker, sammenlignet med hvordan man jobbet før. Man kan godt sette regler for folk, og bestemme, men det varer vel sjeldent så lenge”*(C3). De trakk også frem at BK fremmer brukermedvirkning og at pasientene gjennom dette vil bli bedre rustet til å klare seg på egenhånd, utenfor et behandlingsopplegg. *“Ja, for det er noe med det at vi er ikke alltid der. Så det er jo noe med det at de skal greie seg når de kommer hjem og”*(K1).

4.1.3 Relasjonsbyggende

Informantene har opplevd at det å møte pasientene med BK virker relasjonsbyggende.

4.1.3.1 Et tillitvekkende verktøy

“Det gjør noe med tilliten, og man får respekt for at man respekterer den andre”(C4).

Tre av informantene (C3, K2, K3) trakk frem at de har vært usikre på om denne tilnærmingen potensielt kunne ødeleggende relasjonen. De har sett for seg at pasientene kunne bli både provoserte og irriterte. *“Jeg tenkte vel i starten at hvis jeg bare skal si at "det må være vanskelig" så tenkte jeg at da må jo den pasienten bli kjempeirritert. Fordi jeg gjør jo ikke noe. Jeg bare sier det. [...] Ja, kommer boksehanskene eller hva kommer”*(K2). De fortalte videre at det da ble en positiv overraskelse at pasientene ikke responderte slik. *“At ikke folk ble mer irritert. Det forundret meg litt. For folk vil jo gjerne ha et svar. I hvert fall har jeg tenkt det”*(C3). I stedet fortalte flere av informantene (C1, C4, K3) at de opplever

bruken av BK som relasjonsfremmende. *“Bekreftede, det er jo i det du får en allianse med pasienten”*(K3). Noen (C1, C4) fortalte at det er fokuset på følelser som har bidratt til dette. En av dem (C4) beskrev det å være sammen med pasientene i følelsen, som sentralt i relasjonsbyggingen, og trakk spesielt frem aksept og tillit som viktige momenter. *“Det det innebar, var at jeg opplevde større aksept av meg i det. Pasienten tålte meg mer, når jeg bekreftet pasientens følelser. Og det ser ut som om det skaper en tillit til oss også”*(C4).

4.2 Opplevde utfordringer ved BK

Alle informantene har kjent på utfordringer knyttet til bruken av BK. Det er i stor grad relatert til hvorvidt de er til hjelp for pasientene eller ikke, da de synes det kan være utfordrende å bare møte pasientene i strevet, i stedet for å iverksette tiltak. I forlengelsen av det, er de usikre på om det er hensiktsmessig å møte alle typer pasienter med BK.

4.2.1 Passivitet og usikkerhet

Flere av informantene opplever det som utfordrende å ikke skulle stille spørsmål, utforske eller iverksette tiltak og er usikre på om pasientene synes at de får hjelp.

4.2.1.1 Å innta en mindre aktiv hjelperrolle

“Bare å bekrefte og bekrefte, det er kanskje ikke nyttig i en hver sammenheng”(K3).

To av informantene (C1, K2) trakk frem at de var usikre på når det passer å bruke BK. *“Så kjenner jeg at det er litt sånn “skal jeg bruke det nå eller” ja. Det kan være litt sånn, vet ikke helt om det passer”*(K2). De fortalte at noe av denne usikkerheten kommer av at det fortsatt er nytt for dem. De har ikke fått kjenne på i hvilke situasjoner det passer å bruke og de er heller ikke trygge på hvordan pasientene vil respondere.

De fleste (C2, C3, C4, K1, K2, K3) syntes det går greit å gjennomføre de første elementene i BK, slik som å identifisere og beskrive pasientens tilstand, samt å bekrefte denne. *“Det virker som om du er trist”, den kan jeg godt ta, men det som kommer etter der, det er da jeg synes det begynner å bli veldig utfordrende, [...] ikke komme med spørsmål, for den trangten til å utforske det er jo veldig til stede”*(C2). Den store utfordringen har de opplevd at ligger i det å sette punktum etterpå. *“Det er lett å komme med råd og forslag. [...] En må trene på det, for å få det inn. Det å sette punktum”*(K3). De fortalte at de er vant til å utforske, stille spørsmål, komme med råd og iverksette tiltak. Dette ligger naturlig for dem, og de synes derfor det er vanskelig å i stedet bare være i situasjonen sammen med pasientene.

Noen informanter (C2, C3) beskrev at det ikke alltid føles som om de er til hjelp for pasientene, i og med at ikke skal komme med råd og løsninger. De har kjent på et ubehag i forhold til det å skulle være mer passiv i møtet med pasientene. *“Ja, det er jo det å tåle at det ikke er noen løsning, og at pasienten må sitte med sitt eget. At det ikke føles så hjelpsomt der og da. [...] Og tåle å vente på at ting tar tid” (C3)*. I forlengelsen av det, er det også usikkerhet knyttet til hvorvidt pasientene opplever at de får hjelp. Informantene fortalte at de er redde for at pasientene opplever seg overlatt til seg selv. *“Det er vel det at pasienten ikke skal oppleve at en ikke vil hjelpe dem. [...] En ikke vet helt om pasienten liker at jeg bruker det verktøyet da” (K2)*.

Andre (C1, K2, K3) har vært usikre på om de fremstår respektløse og provoserende ved at de kun bekrefter og ikke forsøker å lindre pasientenes ubehag. *“Skulle vi bare bekreftet pasientene uten å senere undre og sånn. [...] Jeg kan jo se for meg at jeg kunne blitt frustrert, hvis du bare liksom blir bekreftet på at det er vanskelig. Fader det vet jeg jo...” (K3)*. Denne informanten (K3) tenkte at pasientene potensielt vil bli frustrerte fordi terapeuten presenterer noe som er helt åpenlyst. Informantene fortalte at de kjenner på denne usikkerheten, men at de til gjengjeld ikke har erfart at pasientene har opplevd bekreftelsen på den måten.

Alle informantene sitter med spørsmål om hva som kommer etter at de har møtt pasientene med bekreftelse. Ved at BK ikke innebefatter at de skal stille spørsmål, utforske eller gi råd, har de tidvis følt seg i villrede i forhold til hva de skal gjøre videre. *“Men så er det der, når stopper man det, eller skal man stoppe, også er det ikke noe mer, og skal man da gå over på noe annet?” (C2)*. I forlengelsen av dette stilte de seg undrende til om det aldri er lov å utforske eller komme med råd. Videre fortalte de også at de er usikre på hvordan de skal forholde seg til formidling av håp, noe de anser som sentralt i god pasientbehandling.

“Dette er liksom et verktøy til. Som vi kan bruke. Ikke dermed sagt at alt annet er ubrukelig. Det tenker jeg og at man kan liksom bare tilpasse det” (K2). Selv om de fleste informantene har opplevd det som positivt å ha fått et fokus på bekreftelse, opplever de alle også BK som utilstrekkelig i møtet med pasienter. *“Samtidig kan man ikke bare bekrefte i det uendelige” (C4)*. De ser dermed på BK som et verktøy som blir et supplement til tidligere arbeidsmetoder. *“Veldig skeptisk til om en skulle brukt det konsekvent her, men ja.. Som en sånn, først å bekrefte, tenker jeg, riktig, men å bare bekrefte, og bekrefte og bekrefte [...] Så jeg tenker noen ganger så kan en ha nytte av å bruke de teknikkene vi innehar” (K3)*.

4.2.2 Ikke naturlig og intuitivt

Informantene har kjent på usikkerhet i forbindelse med formidlingen av BK. De har følt på at de ikke har et eierforhold til tilnærmingen, og har dermed vært bekymret for at pasientene ikke skal oppleve interaksjonen som genuin.

4.2.2.1 Å være genuin i formidlingen

”Det er mer det å ikke provosere, og få det til å virke ekte” (C1).

Gjennomgående fortalte de fleste informantene (C1, C2, C3, K1, K2, K3) at BK på dette tidspunktet ikke kjennes som en naturlig arbeidsmetode. De tilskrev det til at det fortsatt er relativt nytt, og at det må trenes på for at det skal integreres som en naturlig del av arbeidet med pasientene. Det å være ekte og genuin i formidlingen trakk noen (C1, C3, K1) frem som spesielt utfordrende. *”Du må være genuint interessert med hele deg” (C3).* Terapeutene beskrev videre at de opplever det som utfordrende å verbalisere det de opplever. For noen går dette på frykten for at det skal virke mekanisk og stivt. *”Det føles litt sånn mekanisk, [...] det er ikke naturlig for meg enda, å si det. Sånn at jeg må på en måte tenke over det litt godt før jeg sier noe. [...] jeg er liksom, redd for at pasienten skal føle at ”dette er noe hun har lært å si til meg” (K1).*

Andre (C2, C4) beskrev at det er *utfordrende å skulle formidle hva slags følelse og tilstand de egentlig opplever hos pasienten.* *”Det er jo det å ha et bevisst forhold til hvorvidt det faktisk er mitt eget perspektiv. [...] Jeg må bruke tid på å tenke, sånn at det ikke bare plumper ut” (C4)* Én (C2) fortalte også at hun synes det blir utfordrende hvis affekten er veldig fremtredende. *”Jeg har jo tenkt, i forhold til affekt, at hvis jeg skulle si til en person at ”det ser ut som at du er sint,” og så er det veldig tydelig, da, det hadde vært utfordrende” (C2).* En annen (C1) fortalte at hun opplever følelser som vanskelig å håndtere, og ønsker heller å jobbe i det praktiske. *”Nei for meg er det liksom ikke helt intuitivt, for jeg vil helst være konkret, jeg, og ikke forholde seg til følelser, det er jo det enkleste, ikke sant” (C1)*

4.2.3 Kanskje ikke for alle

Intervjuguiden inneholdt ikke direkte spørsmål vedrørende hvilke pasientgrupper BK kunne være egnet for. Likevel fremsto dette temaet som en tendens, da informantene formidlet tvil knyttet til hvem BK passer for.

4.2.3.1 Tvil vedørende hvilke pasientgrupper BK passer for

"Jeg tenker at det kan brukes mer der det er mye affekt" (K1).

Nesten alle informantene (C1, C3, C4, K1, K2, K3) har opplevd at det er et hensiktsmessig verktøy i forhold til å roe pasienter som opplever mye, og vanskelig affekt. *"Ja, der det er mye affekt og sånn "dette klarer jeg ikke, jeg tåler ikke dette her", der synes jeg det roer seg veldig bra" (C3).*

Hva gjelder personer diagnostisert med en personlighetsforstyrrelse, ble det formidlet ulike meninger. Én av informantene (K3) beskrev BK som et godt verktøy i forhold til personlighetsproblemtikk. *"Ja, tenker jeg, på de pasientene som har strevd over lang tid., har prøvd masse behandlinger, har kanskje litt personlighetsproblematikk og så videre. Fantastisk. Det tenker jeg nok." (K3)* Én annen (C1) var derimot litt skeptisk. *"Ustabil personlighetsforstyrrelse kan være en pasientgruppe det kan være litt utfordrende å jobbe bekreftende med" (C1).*

To av informantene (K2, K3) fortalte at de synes BK er en hensiktsmessig tilnærming til pasienter som har vært i behandlingssystemet lenge. *"Altså de som har, kanskje, vært igjennom behandlingsopplegg og behandlingsopplegg uten at det, det har hatt noen effekt. Så tenker jeg nok at det kan ha en funksjon" (K3).* Én av dem fortalte videre at hun tenker det er spesielt nyttig for pasienter som benytter seg av brukerstyrte innleggelser. *"Det er alltid er mye problematikk [...] hun kommer inn og skal på en måte ikke ha noe behandling i den forstand. Det er liksom ro, hvile. Bare en liten timeout. Og det å kunne bruke BK, har vært et veldig godt verktøy [...] Det fungerer" (K2).*

Én (C2) snakket om at det kreves en viss kognitiv kapasitet for å ha utbytte av BK. *"For jeg tenker at du må jo være på et visst sted kognitivt sett, for å kunne svare på det" (C2).* En annen (C3) understøttet dette gjennom å trekke frem personer med en alvorlig depresjon som en utfordrende pasientgruppe. Dette går både på den kognitive kapasiteten og utfordringen som ligger i å skulle bekrefte hvor vanskelig de faktisk har det. *"De dypt deprimerte er jo også veldig krevende, [...] fordi det er vanskelig å bekrefte hvor dypt og mørkt det er. Vi prøver å gi håp til disse pasientene" (C3).* I forlengelsen av dette, stilte flere (C1, C2, C3, K3) seg litt usikre i forhold til pasienter diagnostisert med en psykoselidelse. *"Med psykosepasienter skal man også være litt forsiktig" (C1).* De beskrev også at pasientene trenger å være motiverte for å jobbe med seg selv, ikke være aggressive og være verbale nok til å oppnå en dialog med terapeuten. *"For opplevelsen er at det kan være veldig fint på enkelte pasienter, som prater, og som klarer å få ord ut, mens veldig komplisert når den*

andre parten ikke kommer med noe, eller ikke helt forstår deg, altså at det ikke kommer noe tilbake, da”(C2).

4.3 Opplevd endring hos terapeut

4.3.1 Holdningsendring

Implementeringen av BK har i følge informantene påvirket deres oppfatning av hvilke iboende ressurser pasientene selv besitter. Det har også endret deres syn på hva som egentlig er god behandling og intervensjon i møte med mange pasienter.

4.3.1.1 Pasienten er ekspert på seg selv

“Jeg har kanskje fått større respekt for at pasienten er den som kjenner seg selv best”(C3).

Gjennom opplæring og arbeid med BK, har alle informantene opplevd at de har fått en annen holdning til pasientenes endringspotensiale. Dette er blant annet relatert mer håp og større optimisme i forhold til pasientenes egenkraft til endring. Noen har hatt denne holdningen lenge, men fått den forsterket gjennom BK. *“Men jeg har kanskje fått større respekt for at pasienten er den som kjenner seg selv best, og som er best på å finne sin måte å komme videre på”(C3).* En av komponentene i den forbindelse, er troen på at pasienten besitter store ressurser, og selv vil kunne bidra med kunnskap og løsninger for å få til endring.

Informantene fortalte at de har blitt bevisst på at de virkelige ekspertene på pasientene, er pasientene selv. *“Kanskje den indre kraften som folk får opp. At den er mye sterkere enn det vi har trodd - evnen til å hjelpe seg selv. Det er ikke nødvendigvis medisinerne og alle hjelperne rundt, men at det er pasienten selv og dens nettverk”(C3).* Informantene fortalte i forlengelsen av dette, at det ligger en ansvarliggjøring i å møte pasienter på denne måten. Nesten alle (C1, C2, C3, K1, K2, K3) fortalte at de nå tenker at ansvaret i større grad er pasientens, ikke deres, og at det er pasienten selv som skal jobbe med utfordringene. *“Jeg har jo hatt den holdningen i mange år, da, men det fikk jeg egentlig prentet inn med en gang jeg kom hit - at det var pasientens ansvar og ikke mitt”(C2).*

Noen (C3, K2, K3) fortalte at holdningen til pasientene, som likeverdige medmennesker med autonomi, har blitt forsterket gjennom innføringen av BK. *“Det er nok med på det. Det å møte pasienten, uten å skulle fikse alt, som en er veldig lært opp til på somatikken [...] så er det mye mer med ansvarliggjøring og møte pasienten på en litt annen måte”(K2).* Dette er en spesielt viktig endring i forhold til synet på pasienter som har vært i et behandlingsløp over lang tid. Det kan fort etablere seg en negativ holdning til disse, slik at de

ses på som behandlingsresistente. *”Og særlig på de typer som, de som har gjennomgått utallige behandlinger og ingenting har effekt, de blir ikke bedre, så tenker jeg at, da ligger, det ligger, hos pasienten, den evnen til endring og viljen til å”*(K3).

Holdningen til pasientenes egenkraft, gjør at noen (C1, C3, C4) beskrev BK som en mer etisk måte å jobbe på. *”Det her er noe som jeg føler kan brukes, og som virkelig er nyttig, og som jeg føler at er riktigere for meg”*(C1). De tenker at det er viktig at ikke terapeutene er de som blir sittende med makten over pasientene. *”Jeg liker ikke når andre definerer hvordan andre skal leve livet sitt. Så ja, å bekrefte pasienten er god pasientbehandling for meg. [...] Jeg kjenner på en tilfredshet. Da er ikke jeg inne og tar en utøvende makt.”*(C4)

4.3.1.2 Synet på hva vil det si å hjelpe

”Det går an å hjelpe pasienter på flere måter, at vi har et verktøy mer å bruke”(C1).

I forbindelse med innføringen av BK, har de fleste (C1, C2, C3, C4, K1, K2) reflektert mye rundt hva det egentlig vil si å hjelpe pasienter. Flere av informantene er sykepleiere med lang fartstid i somatikken, og er opplært til at pasientbehandling er relatert til å agere og iverksette tiltak. *”Jeg er ofte i det konkrete, liker å ha mål osv. [...] Mitt yrkesliv har vært litt sånn, hvordan fikse hverdagen, liksom”*(C1).

BK har imidlertid åpnet opp for at informantene ikke alltid tenker at tiltak er den beste måten å hjelpe pasientene på. *”Jeg tenker at tidligere så var jeg raskere på å agere, hvis noen truet med selvskading eller selvmord, f.eks. At man da ikke blir så skremt av det, og ikke nødvendigvis iverksetter en masse tiltak, men at man kan ta det litt med ro”*(C3). BK har altså bidratt til at de har fått et endret syn på hva som er god pasientbehandling. Fra å være aktive med intervensjoner, har det skjedd et skifte til en mer passiv terapeutrolle. Det å tørre å stå i vanskene, tillate at pasientene har det utfordrende, og å gi det tid og plass, ble trukket frem som endringsbefordrende elementer. *”Da må det være å tørre å stå i det, og vise og se, og være i det som er vanskelig, lenge”*(C2). Informantene (C1, C2, C3, C4, K1, K3) fortalte videre at de har blitt mer bevisst hva det er pasientene selv mener de trenger. *”Det er ikke alltid pasienten ønsker konkrete svar eller tilbakemeldinger, men ønsker kanskje bare å bli sett og bekrefte. Det er veldig lett å komme med fakta og konkrete svar, men det ser ikke ut som om det hjelper”*(C2).

5 Diskusjon

Formålet med denne studien var å undersøke kvaliteter ved miljøterapeutenes subjektive opplevelse av å ta i bruk BK som et terapeutisk verktøy i møte med pasienter, og adresserer i så måte samhandlingen mellom terapeut og pasient. Terapeutenes beretninger gjenspeiler både hvordan de har opplevd å ta i bruk dette verktøyet for sin egen del, og også deres opplevelse av pasientenes responser på å bli møtt med BK. Dette todelte perspektivet kom tydelig frem gjennom analysen, og vil derfor også bringes inn i diskusjonen av funnene. De syv informantenes opplevelser og erfaringer fordeler seg på tre hovedområder: (1) *opplevd nytteverdi*, (2) *opplevde utfordringer*, og (3) *endring hos terapeut*. Disse vil videreføres i diskusjonen. I det kommende vil funnene bli belyst på ulike konseptuelle nivåer, inspirert av Goldfrieds (2009; Goldfried & Kiesler, 1980) inndeling i abstraksjonsnivåer. Terapeutenes opplevelse av å ta i bruk BK vil bli knyttet opp mot teori og empiri om fellesfaktorer, for belyse hvordan BK kan sette i spill slike endringsmekanismer. Rasjonelen som ligger til grunn for BK i BET og teoriene knyttet opp mot bekreftelse som generelt fenomen, vil bli trukket inn. Diskusjonen vil også bringe inn det øvrige teoretiske rammeverket som ble presentert i teoridelen, tilknytningsteori. Dette for å diskutere om det kan være andre eller supplerende endringsmekanismer og forklaringsmodeller relatert til relasjonelle kvaliteter, som potensielt kan romme terapeutenes opplevelser og erfaringer med bruken av BK på en mer nyansert måte.

5.1 Et nyttig verktøy

5.1.1 Om å skape et relasjonelt rom

Til tross for at terapeutene i utgangspunktet fryktet at BK kunne komme til å svekke alliansen, har de opplevd det som et relasjonsbyggende verktøy. De har erfart at de gjennom BK formidler en aksept for pasientene, ved at de inntoner seg, og møter pasientene i deres følelser. Dette har de videre opplevd at skaper tillit, som igjen har fremmet god allianse.

Terapeutenes erfaringer med at BK virker relasjonsbyggende, er forenelig med litteraturen om bekreftelse. Linehan (1997) begrunner vektleggingen av validering innenfor DBT med at det skaper et positivt terapeutisk bånd. BK, slik det blir forstått i BET, har til hensikt å gi pasientenes vanskelige følelser et “relasjonelt rom”, og er et forsøk på å operasjonalisere en terapeutisk holdning basert på verdiene empati, respekt og likeverd (Heggdal, 2012b). Det “relasjonelle rommet” søker å skape en aksepterende relasjon, der det

gis plass til ubehagelige følelser som pasientene forsøker å unngå (Heggdal, 2012b). Operasjonaliseringen av viktige verdier gjennom BK er ansett som et pedagogisk grep i forhold til opplæring av personalet, gjenspeilet i handling i hverdagen. Forankringen ligger i så måte ikke i psykoterapiforskningens forskning på fellesfaktorer (D. Heggdal, Personlig kommunikasjon, 22.09.15).

Da begrepene empati og allianse også er sentrale begreper innenfor psykoterapiforskningens fokus på fellesfaktorer (Lambert, 2004; Norcross & Lambert, 2011), kan det være interessant å sette funnet om BK som relasjonsbyggende inn i en utvidet teoretisk kontekst. Terapeutens evne til empati anses som en viktig faktor i den terapeutiske prosessen (Bohart et al., 2002; Bohart & Greenberg, 1997; Norcross, 2010; Rogers, 1957) og alliansen mellom terapeut og pasient er knyttet til positivt utfall i psykoterapi (Castonguay & Beutler, 2006; Horvath & Bedi, 2002; Lambert, 2004; Norcross & Lambert, 2011). I samsvar med studiens funn, hevder Wampold (2010) at terapeutens evne til å oppfatte pasientens emosjonelle tilstand er avgjørende for å skape en slik god allianse. Videre kan funnet belyses gjennom Bordins (1979) transteoretiske, tredelte definisjon av allianse, der det kan se ut til at BK virker spesielt inn på det *terapeutiske båndet* mellom terapeut og pasient. Et godt emosjonelt bånd kjennetegnes av aksept, gjensidig tillit og varme, noe som i stor grad samsvarer med terapeutenes beskrivelser av hvordan de har opplevd effekten av BK.

5.1.2 Om å romme egne følelser

En klar tendens i studiens funn er terapeutenes opplevelse av at det å være sammen med pasientene i deres strev, har en affektregulerende effekt for pasientene. Terapeutene har tidligere erfart at det å utforske pasientenes strev eller be dem roe seg, bare har gjort affekten enda høyere. Pasientgruppen på elektiv seksjon ved Kongsberg DPS er variert, men består i stor grad av pasienter med høy aktivering og mye affekt. Det kan nærmest virke kontraintuitivt at pasientene blir roligere av å ikke bli forsøkt roet ned. Man kan i den forbindelse stille spørsmål ved hvorfor det å utforske kan virke mot sin hensikt. I følge BET, vil det å stille spørsmål kunne føre til at kontakten med det emosjonelle brytes, og det er nettopp unngåelsen av vanskelige følelser som ligger til grunn for utviklingen av psykiske problemer innenfor denne behandlingsmodellen (Heggdal, 2010). Ut i fra denne problemforståelsen brukes eksponeringsprinsippet som gjelder for ytre fobier, også i behandling av de "indre fobier", i det som i sin mest ekstreme form omtales som eksistensiell katastrofeangst (Heggdal, 2012b; McCullough Vaillant, 1997). Gjennom eksponering vil

pasientenes vanskelige følelser gis et “relasjonelt rom”, der de kan få erfare at de tåler affektiv aktivering. Dermed vil de opparbeide en økende toleranse for egne følelser, noe som i følge BET beskrives som en 2. ordens holdningsendring til vanskelige følelser (Heggdal, 2010). Ved eksponering for affektiv aktivering, gjør pasientene seg viktige korrigerende erfaringer, som på sikt vil kunne føre til bedre affektregulering (Heggdal, 2012b). Det at terapeutene har erfart BK som affektregulerende, er derfor helt i tråd med BETs rasjonale for hvorfor man ikke skal utforske, men heller romme pasientens følelser.

Sikker base er et begrep som er omtalt i BET, i forbindelse med fokuset på å skape forutsigbarhet og stabilitet i pasientens relasjoner (Heggdal, Lillelien, Johnsrud, & Paulsen, 2013). Begrepet er derimot ikke utdypet, og i forhold til problemforståelsen innen denne modellen er det eksponering, ikke relasjonen som sådan, som ligger til grunn for mer effektiv reguleringsevne. Dette er av interesse å trekke fram, da *sikker base* også er et sentralt begrep innenfor tilknytningsteorien (Bowlby, 1988). Da tilknytningsteorien tilbyr et konseptuelt rammeverk for å forstå forskjeller i evnen til affektregulering, kan det være relevant å ytterligere belyse funnet ut i fra dette ståstedet. I tilknytningsteorien omhandler *sikker base* og *trygg havn* at tilknytningspersonen er sensitiv og imøtekommer den andres nærhetssøken når behovet melder seg (Bowlby, 1988). Mange av pasientene innenfor psykisk helsevern har en vanskelig livshistorie, preget av utrygg tilknytning og konfliktfylte familierelasjoner. Skuffelser, svik og avvisning kan ha ført til at det er vanskelig å stole på andre mennesker, og mange pasienter beskriver mange, og til dels alvorlige, avmaktserfaringer (Lillevik & Øien, 2014). I en terapeutisk relasjon vil terapeuten kunne representere en tilgjengelig tilknytningsperson (Mikulincer & Shaver, 2007) og i følge Bowlby (1973, 1980) vil en slik trygghet legge til rette for et relasjonelt samspill, der evnen til selvregulering og hensiktsmessige affektreguleringsstrategier kan utvikles.

Satt i et slikt teoretisk rammeverk, kan dermed terapeutenes erfaring med den affektregulerende effekten av BK også forstås ut i fra andre endringsmekanismer. Kan det tenkes at det ikke bare er selve eksponeringen for ubehagelige følelser som fungerer som en korrigerende erfaring, men at det å bli møtt av en nærværende terapeut i seg selv også har en slik virkning? Korrigerende erfaringer blir ansett å være et sentralt element i all virksom psykoterapi, og kan være av både følelsesmessig, kognitiv eller interpersonlig karakter (Pachankis & Goldfried, 2007). Avhengig av pasientens problematikk og problemforståelsen innenfor det gitte terapeutiske miljøet, ser det ut til at man tillegger ulike erfaringer som pasienten gjør seg, ulik kurativ effekt. Dersom utrygg tilknytning forstås som den underliggende faktoren til pasientenes strev, synes det rimelig å anta at det er terapeuten

emosjonelle tilstedeværelse og empati som skaper den korrigerende erfaringen. At funnet potensielt kan forklares med supplerende eller alternative mekanismer ut over de som blir beskrevet av BK i BET, kan romme informantenes beretninger på en mer nyansert måte.

5.1.3 Å forstå og bli forstått

Et annet funn i studien er at terapeutene opplever økt forståelse av pasientenes vansker, etter å ha tatt i bruk BK. Terapeutene knytter dette spesielt opp mot to av trinnene i BK, henholdsvis det å ta *ansvar for eget perspektiv*, og det å *sette punktum*.

I det som ved Kongsberg DPS omtales som det andre trinnet i BK, tar altså terapeutene ansvar for eget perspektiv. Dette har terapeutene opplevd som positivt, da det har gitt dem større spillerom til å prøve og feile i sin tolkning av pasientene. De synes likevel det viktigste er at BK åpner for at pasientene kan komme med korrigerende tilbakemeldinger, som kan gi terapeutene verdifull informasjon om pasientens tilstand og strev. En slik økt forståelse er avgjørende for å kunne hjelpe (Lillevik & Øien, 2014). Funnet avdekker dermed en interessant terapeutisk effekt av det å ta ansvar for eget perspektiv.

Det er nærliggende å tenke at åpningen for korrigerende innspill fasiliterer en jevnbyrdig relasjon, der pasientene kan føle seg forstått, akseptert og anerkjent. Dette kan videre fremme pasientenes opplevelse av likeverd. Formidling av aksept og anerkjennelse kjennetegner i følge Norcross (2010) en støttende terapeutisk stil, som er klart relatert til positivt terapiutfall (Farber & Lane, 2002).

Det å sette punktum er det andre trinnet i BK som terapeutene opplever at fremmer økt forståelse av pasientenes strev. Forenelig med litteraturen på BET (Heggdal, 2012b), har terapeutene gjort seg erfaringer med at det å sette punktum, i stedet for å fortsette med spørsmål, fremmer en mobilisering hos pasientene. Ved å være tilstedeværende og gi pasientene tid, har terapeutene opplevd at pasientene kommer med egne løsninger og refleksjoner. I den forbindelse er det naturlig å løfte frem at pasientene i større grad selv kan bestemme hva de vil dele med terapeutene, noe terapeutene selv har opplevd som positivt. De tenker at de som miljøterapeuter ikke trenger å vite alt om pasientenes problematikk, da dette i hovedsak skal jobbes med sammen med ansvarlig behandler på seksjonen. Det er interessant å merke seg at til tross for at terapeutene ikke stiller spørsmål, likevel opplever en bedret forståelse av pasientenes problematikk. Dette kan i så måte anses som en side ved det kontrainuitive i terapeutenes erfaring med BK.

5.1.4 Selvstendighet hviler på retten til å være avhengig

Studiens funn viser også at terapeutene opplever BK som autonomifremmende, ved at pasientene selv må være aktive agenter i eget liv. Når terapeutene ikke overtar ansvaret for å løse pasientens problemer, men i stedet er empatisk nærværende og aksepterende, tenker de at pasientene blir mer ansvarliggjort. BET er forankret i respekt for enkeltmenneskets ansvar og evne til å skape et liv gjennom valgte handlinger, og er dermed en ansvarliggjørende modell. Det vektlegges at pasienten selv må ta ansvar for både problem og løsning (Heggdal, 2010, 2012b). Terapeutenes erfaringer samsvarer altså med BETs tilsiktede virkning av blant annet BK. Et fravær av løsningsfokus kan i så måte se ut til å forklare terapeutenes opplevelse av BK som selvstendigjørende.

Fokus på å fremme autonomi er gjennomgående innen ulike terapiretninger, og satt i en annen teoretisk ramme kan funnet også forstås ut i fra andre endringsmekanismer. Kan det være slik at veien til selvstendigjøring går gjennom bekreftelse av pasientens *selv*, og opparbeidelse av en styrket selvfølelse? I følge Linehan (1993, 1997) omhandler det høyeste nivået av validering at individet i seg selv blir validert. Gjennom dette formidler terapeuten en tro på pasienten, og tillit til at han eller hun kan skape et bedre liv for seg selv. Terapeutens validering virker modellerende på pasientens evne til å validere seg selv, og styrker også nettopp selvfølelsen (Linehan, 1997). Killingmo (1995) beskriver at terapeuten gjennom bekreftelse har til hensikt å legitimere pasientens selvopplevelse og styrke følelsen av å være til. På bakgrunn av dette, kan det være rimelig å sette effekten av BK som selvstendigjørende inn i en større forståelsesramme, der både utvikling av selvet og selvfølelsen kan være medvirkende faktorer.

Bekreftelse foregår i et relasjonelt samspill mellom terapeut og pasient, og innenfor tilknytningsteori tenker man at det er gjennom relasjoner at selvet blir utviklet (Bowlby, 1988). Tilknytningsteori kan dermed belyse hvordan BK fremmer selvstendigjøring, ytterligere. Grunntanken innenfor denne teorien er at man må få lov til å være i kontakt med tilknytningspersoner, for å kunne utvikle seg til et autonomt individ. Utviklingen skal ikke foregå fra avhengighet til uavhengighet, men langs en dimensjon fra umoden til moden avhengighet (Bowlby, 1988). Dermed er det viktig at terapeuten er tilgjengelig og tilbyr en emosjonell "påkobling". At BK ser ut til å fremme autonomi, kan dermed kanskje også forklares som et resultat av denne påkoblingen mellom terapeut og pasient, og ikke nødvendigvis ansvarligjøringen som sådan.

5.2 Om å bli utfordret på hjelperrollen

5.2.1 Hva vil det si å hjelpe

Studiens funn viser at enkelte sider ved BK utfordrer terapeutenes syn på hva det vil si å hjelpe, og at verktøyet nærmest virker litt kontraintuitivt. Nesten alle terapeutene beskriver det å *sette punktum* som spesielt utfordrende ved å bruke BK. Dette gir dem en følelse av å virke passive, i møte med pasientenes problemer. Terapeutene frykter at pasientene skal oppfatte dem som respektløse og provoserende, fordi de ikke intervensjonerer på en mer aktiv måte. Hva er det som gjør at terapeutene erfarer et verktøy som effektivt, samtidig som det oppleves kontraintuitivt? Terapeutene forteller i forlengelsen av dette at de har opplevd BK som utilstrekkelig som en rendyrke metode i seg selv, men at det er et nyttig og positivt supplement til andre arbeidsmetoder de allerede bruker.

Det at utvalget i studien består av miljøterapeuter, er en interessant faktor i denne sammenhengen. Miljøterapi har utviklet seg til et mangfold av ulike teoretiske retninger (Skorpen, Anderssen, Øye, & Bjelland, 2008), og beskrivelser av hva miljøterapi innebærer, kan virke både uklare og ulne (Skårderud & Sommerfeldt, 2013). Dette er en yrkesgruppe med tverrfaglig utdannings- og yrkesbakgrunn, der det er flere som har erfaring fra somatisk helsevesen. Terapeutene oppgir at de i sin "hjelperrolle" er vant til å utforske, stille spørsmål, komme med råd og iverksette tiltak, og mye av yrkesidentiteten deres kan sies å være knyttet opp mot det å hjelpe pasienter via lindring av ubehag. I den forbindelse synes det forståelig at det å ta i bruk et verktøy som i mindre grad baserer seg på aktiv interagering, kan oppleves kontraintuitivt.

Terapeutene selv knyttet mye av sin usikkerhet om hvorvidt de yter god hjelp til opplevelsen av manglende eierforhold til BK. Flere av dem hadde forholdsvis lite opplæring i, og erfaring med, denne tilnærmingen. Det følte ikke naturlig for dem å møte pasientene på denne måten, og det å virke ekte og genuin i formidlingen har vært særlig utfordrende. Det kan diskuteres om dette er spesielt for implementeringen av BK, eller om det er et kjennetegn ved innføringen av psykologiske intervensjoner generelt. Det gir mening at det kan være utfordrende å ta i bruk ny lærdom, uavhengig av verktøy, nettopp i egenskap av at lærdommen er ny og uvant.

Funnene kan tyde på at god implementering av BK setter høye krav til opplæringen og innføringen, både gjennom en teoretisk begrunnelse og praktisk erfaring. På denne måten kan terapeutene opparbeide seg en integrert teoretisk forståelse av, og rasjonale for, hvorfor de handler som de gjør. Det er forståelig at terapeutene stiller seg undrende til hva som

kommer i etterkant av en bekreftende samtale med pasienten, dersom fagutviklingen ved avdelingen lar opplæring av dette ene verktøyet gå på bekostning av opplæring og vedlikehold av andre terapeutiske intervensjoner. Terapeutene uttrykte at de ikke anså BK som en tilstrekkelig metode i møte med pasientene, men BK er i denne forbindelse forsøkt konkretisert som et verktøy på et handlingsplan, og er i så måte ment som et supplement til andre behandlingsformer. Hvis terapeutene i tillegg har lite erfaring innenfor psykisk helsevern, er det også naturlig at de ikke besitter et stort repertoar av andre terapeutiske verktøy, som påvirker deres evne til å tilpasse intervensjonen. Implementeringen av BK ved Kongsberg DPS har vektlagt både en utvidet teoretisk forståelse og praktisk gjennomføring, men hovedvekten har vært på BK, slik det blir beskrevet i BET.

5.3 En holdningsendring

5.3.1 Pasienten er ekspert på seg selv

Funnene viser at implementeringen av BK har gitt terapeutene en mer optimistisk holdning til pasientenes iboende endringspotensiale. Terapeutene forteller at de gjennom bruken av BK har blitt mer bevisst på at den virkelige eksperten på pasienten er pasienten selv, og trekker i den forbindelse frem at BK er et ansvarliggjørende terapeutisk verktøy. Selv om terapeutene oppga at synet på pasientene alltid har vært preget av likeverd, har dette blitt løftet frem og forsterket gjennom BK. Pasientpopulasjonen ved Kongsberg DPS er variert og til dels preget av dårlig fungerende pasienter, med hyppige innleggelse. Disse pasientene kan derfor bli oppfattet som behandlingsresistente i hjelpeapparatet (Heggdal, 2010). Det at terapeutene har fått et mer positivt syn på slike pasienters endringspotensiale kan derfor være ekstra viktig og nyttig, både for pasientene og terapeutene.

Denne holdningsendringen kan forstås i lys av fellesfaktorforskningen (Snyder, Michael, & Cheavens, 1999; Wampold, 2010). Større tiltro til pasienters endringspotensiale henger sammen med håp, som blir betegnet som en virksom faktor på tvers ulike teorier og behandlingsmodeller (Snyder et al., 1999). God evne til formidling av håp om at pasienten vil oppnå endring er et kjennetegn ved effektive terapeuter, og det ser ut til å øke sannsynligheten for godt terapiutfall (Wampold, 2010). Dyktige terapeuter kjennetegnes videre av at de forsøker å legge til rette for høy grad av samarbeid med pasient, og en holdning preget av blant annet toleranse, omsorg og aksept (Castonguay & Beutler, 2006). Dette underbygger verdien av terapeutenes opplevde holdningsendring.

Terapeut og pasient er i et tydelig asymmetrisk forhold til hverandre, og dette gjør at det hviler et særlig ansvar på terapeutene for å forvalte denne implisitte makten på en moralsk ansvarlig måte (Martinsen, 1991). Ved å møte pasientene med en positiv holdning til eget endringspotensiale, har terapeutene opplevd at pasientenes integritet ivaretas, og at autonomien forsterkes. Lillevik & Øien (2014) vektlegger at miljøterapi nettopp er forankret i et anerkjennende og bemyndigende verdigrunnlag, og BK ser dermed ut til å favne kjerneelementer ved god miljøterapi.

5.4 Oppsummering

Oppsummert kan funnene gi økt innsikt i flere hovedområder, langs ulike konseptuelle nivåer. De gir et innblikk i både positive og utfordrende prosesser direkte relatert til implementeringen av BK som terapeutisk verktøy. Terapeutene har erfart at BK fremmer flere endringsprinsipper, og disse har blitt knyttet opp mot fellesfaktorer slik som allianse, ulike korrigerende erfaringer og faktorer ved effektive terapeuter. Ved at de gjennom BK formidler aksept, anerkjennelse og empati til pasientene, har de dannet en god relasjon. Terapeutene har videre opplevd at BK fremmer autonomi og evne til affektregulering hos pasientene, og at det har utvidet deres forståelse og toleranse for pasientenes strev. Samtidig har bruken av BK utfordret terapeutenes syn på hva det vil si å hjelpe, og det har nærmest blitt opplevd som et konstraintuitivt verktøy. I tillegg har implementeringen av BK gitt terapeutene en mer positiv holdning til pasientens iboende endringspotensiale. Det har blitt redegjort for hvordan endringsmekanismene i BK kan forstås spesifikt ut i fra teori på bekreftelse, og denne forståelsen har så blitt utvidet gjennom å trekke inn et større teoretisk rammeverk bestående av tilknytningsteori.

5.5 Metodiske begrensninger

I seleksjon av informantene ble det vektlagt at de skulle ha tilnærmet likt lærings- og erfaringsgrunnlag innenfor BK. Dermed ble en høy stillingsbrøk lagt til grunn for utvelgelsen. Det kan diskuteres hvorvidt dette var det mest hensiktsmessige inklusjonskriteriumet. Utvalget ble bestående av en gruppe med sprikende utdannelses- og yrkesbakgrunn. Hvor lenge de ulike informantene hadde vært ansatt ved avdelingen varierte også. To av informantene hadde ingen tidligere yrkeserfaring innenfor psykisk helsevern, og hadde jobbet ved Kongsberg DPS i omlag et halvt år. De hadde derfor ikke hatt like mye opplæring i BK som de andre, og hadde heller ikke fått satt den nye kunnskapen like mye ut i

praksis. Det var vanskelig for disse informantene å skulle sammenligne tankegangen i BK med tidligere praksis, da dette var deres første møte med psykisk helsevern. Ved videre analyser kan det dermed være hensiktsmessig å studere informanter med et likere erfaringsgrunnlag for å undersøke om grad av erfaring vil nyansere eller endre funnene.

To personer valgte å avstå fra deltakelse i studien, og det er usikkert hvordan deres erfaringer og opplevelser kunne ha påvirket resultatene. Resultatene kunne også blitt annerledes, dersom de som jobber ved akuttseksjonen hadde blitt inkludert i utvalget. På denne avdelingen er pasientgruppen preget av dårligere fungerende pasienter, og terapeutene ville dermed kunne besitte andre erfaringer. Utvalget bestod kun av kvinnelige ansatte, og det kan derfor heller ikke sies noe om mulige kjønnsforskjeller i erfaringer med og opplevelse av å bruke dette verktøyet. Selv om det var en viss grad av variasjon innad i utvalget, bestod det utelukkende av miljøterapeuter, og ble derfor likevel ansett å være godt egnet til å belyse problemstillingen.

Intervjuguiden ble konstruert som et semistrukturert intervju, der fokuset i samtalen ble peilet inn mot visse tema, ut ifra studiens problemstilling og forfatterens forståelse av BK. Intervjuguiden ble utformet på en måte som hadde til hensikt å åpne opp for nyanserte beskrivelser og spesifikke eksempler. Den strukturerte likevel rammene og satte begrensninger for hvilke beretninger informantene kom med og på hvilken måte de ble fortalt. Svarene fra informantene vil alltid avhenge av hvilke spørsmål som har blitt stilt. Språkets makt er også verdt å nevne i denne sammenhengen. Det kan ligge både bevisste og ubevisste valg til grunn for informantenes måte å beskrive sine opplevelser på, som igjen kan ha påvirket forfatterens tolkning av informantenes beretninger.

Tiltro til metoden er et kjent fenomen innen psykoterapifeltet (Luborsky et al., 1999). Dette omhandler i hvilken grad terapeutene opplever metoden de bruker som virksom, og har vist seg å ha en sterk sammenheng med utfall i terapi (Luborsky et al., 1999; Messer & Wampold, 2002). Hvis terapeutene har stor tiltro til metoden, vil de ha større utbytte av å anvende den, og det vil også påvirke måten de omtaler den på (Wampold, 2001). Fokuset på implementeringen av BK kan ha gitt de ansatte en entusiasme både til verktøyet og til miljøterapi forøvrig. Dermed kan de ha investert sitt beste i terapien, og vil kunne tilskrive positive terapierfaringer til verktøyet. Dette perspektivet kan det derfor være nyttig å ta høyde for under tolkning av funnene, da det ikke kan utelukkes at terapeutenes svar har vært påvirket av denne effekten. Svarene deres bar imidlertid preg av at de i utgangspunktet var skeptiske til BK, men at de senere erfarte det som nyttig. I så måte kan det tenkes at svarene

bare i mindre grad har vært påvirket av denne effekten, som igjen kan bidra til å sette lit til funnene.

I et forsøk på å sikre det refleksive potensialet som ligger i den kvalitative analysen, har det fra utvikling av intervjuguide til ferdigstilte resultater, forløpende blitt ført en felles prosjektlogg. Tanker underveis, kommentarer, spørsmål og ulike grep som har blitt gjort, har blitt notert.

5.6 Kliniske implikasjoner og videre forskning

Terapeutene formidlet usikkerhet rundt bruken av BK, og flere formidlet at de ikke opplevde et eierforhold til verktøyet. Det kunne dermed være interessant å igjen undersøke deres erfaringer på et senere tidspunkt. I den forbindelse kunne man undersøkt om utfordringene som har blitt beskrevet, kan tilskrives verktøyet i seg selv, eller knyttes til lite erfaring blant terapeutene. I forlengelsen av det, er terapeututvikling et tema denne studien i liten grad har fokusert på. Da en av terapeutene imidlertid fortalte om en personlig utvikling, kunne det være av interesse å undersøke om dette er noe flere terapeuter har opplevd etter implementeringen av BK.

Da studien kun gjenspeiler terapeutenes erfaringer, kunne det på et senere tidspunkt være av interesse å undersøke pasientenes erfaringer med å bli møtt med BK. Hvordan opplever de å bli møtt av en terapeut som i stor grad bekrefter, fremfor å komme med råd og løsninger? Vil deres opplevelser samsvare med effekten som terapeutene har erfart?

At god implementering av BK setter høye krav til opplæringen og innføringen, kommer tydelig frem i studien, og kan knyttes opp mot at terapeutene opplever sider ved BK som kontraintuitive. Dette kan tale for at det er nyttig å sette BK som verktøy inn i en større teoretisk referanseramme, utover BK slik det forklares innen for BET. På den måten kan terapeutene opparbeide seg en integrert teoretisk forståelse av, og rasjonale for, hvorfor de handler som de gjør. Den utvidede forståelsesrammen av BK som har blitt presentert i denne studien kan i så måte være et bidrag i denne sammenhengen.

5.7 Konklusjon

Studien gir en kvalitativ beskrivelse av hvordan syv miljøterapeuter ved Kongsberg DPS har opplevd å ta i bruk BK som et verktøy i møte med pasienter. Terapeutenes forståelse baserer seg ikke bare på verktøyet BK, slik det beskrives i BET, men også på bekreftelse som generelt fenomen. I den forbindelse har deres erfaringer blitt belyst fra ulike teoretiske

innfallsvinkler, i et forsøk på å løfte frem potensielle underliggende mekanismer relatert til erfaringene deres. Ut over de ulike teorispesifikke forklaringsmodellene på bekreftelse, har også tilknytningsteori og psykoterapiforskningens funn på allianse, empati og korrigerende erfaringer blitt trukket frem for å ytterligere nyansere terapeutenes erfaringer med BK. Studiens funn og bearbeidelsen av disse, indikerer at terapeutenes opplevelse av og erfaring med BK kan forklares med både supplerende og alternative mekanismer utover de som blir beskrevet av BK i BET. Dette taler for at BK er et verktøy som kan være egnet og virksomt, på tvers av ulike behandlingsmodeller og teoretiske retninger, da det ser ut til å favne grunnleggende terapeutiske endringsmekanismer.

Litteraturliste

- Ainsworth, M.S. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932-937.
- Barrett-Lennard, G. T. (1997). The recovery of empathy - toward others and self. I L. S. Greenberg & A. C. Bohart (Red.), *Empathy reconsidered: new directions in psychotherapy* (s. 103-121). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Benum, K., & Halvorsen, M.S. (2013). Terapeuten som emosjonelt anker. I K. Benum, E. D. Axelsen & E. Hartmann (Red.), *God psykoterapi: et integrativt perspektiv* (s. 219-246). Oslo: Pax.
- Berge, T., & Repål, A. (2004). *Den indre samtalen: kognitiv terapi i praksis* (2 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Berge, T., Repål, A., Ryum, T., & Samoilow, D.K. (2008). Behandlingsalliansen i kognitiv terapi. I T. Berge & A. Repål (Red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (s. 24-55). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2002). Empathy. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work : therapist contributions and responsiveness to patients* (s. 89-108). New York: Oxford University Press.
- Bohart, A. C., & Greenberg, L. S. (1997). Empathy and psychotherapy: An introductory overview. I A.C. Bohart & L.S. Greenberg (Red.), *Empathy reconsidered: new directions in psychotherapy* (s. 3-31). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss. Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982/1969). *Attachment and loss. Vol. 1. Attachment* (2 utg.). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Cassidy, J., & Kobak, R. R. (1988). Cognitive representations of attachment: The structure and function of working models. I K. Bartholomew & D. Perlman (Red.), *Attachment processes in adulthood* (s. 53-92). London: Jessica Kingsley.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). Common and unique principles of therapeutic change: What do we know and what do we need to know. I L.G. Castonguay & L. E. Beutler (Red.), *Principles of therapeutic change that work* (s. 353-369). New York: Oxford University Press.
- Eatough, V., & Smith, J. A. (2008). Interpretative phenomenological analysis. I C. Willig & W. S. Rogers (Red.), *The Sage handbook of qualitative research in psychology* (s. 179-195). Los Angeles: Sage.
- Egidius, H. (2005). *Psykologisk leksikon* (2. udg. utg.). København: Hans Reitzels Forlag.

- Farber, B. A., & Lane, J. S. (2002). Positive regard. I John C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Feeney, Judith, & Noller, Patricia. (1996). *Adult attachment*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Fløistad, G., & Heidegger, M. (1968). *Heidegger: en innføring i hans filosofi* (Vol. 127). Oslo: Pax.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.J., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and development of the self*. New York: Other Press.
- Gadamer, H. (2006). Classical and philosophical hermeneutics. *Theory, Culture & Society*, 23(1), 29.
- Giorgi, A. (1997). The Theory, Practice, and Evaluation of the Phenomenological Method as a Qualitative Research Procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28(2), 235-260.
- Gjerde, H. M. (2013). *Bekreftede og Ansvarliggjøre. En kvalitativ studie av terapeutens opplevde utfordringer i forvaltningen av Komplementær Ytre Regulering*. (Hovedoppgave i psykologi), Universitet i Oslo, Oslo.
- Goldfried, M.R. (2009). Searching for therapy change principles: Are we there yet? *Applied and Preventive Psychology*, 13(1), 32-34.
- Goldfried, M.R., & Kiesler, C.A. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35(11), 991-999. doi: 10.1037/0003-066X.35.11.991
- Greenberg, L. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington DC: APA.
- Gullestad, Siri Erika, & Killingmo, Bjørn. (2013). *Underteksten: psykoanalytisk terapi i praksis* (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524.
- Heggdal, D. (2010). *Basal Eksponeringsterapi (BET). Teoretisk forankring-del 1. Kybernetikk som grunnlag for forståelse og intervensjon*. Asker: Trykkeriet på Blakstad sykehus.
- Heggdal, D. (2012b). *Basal Eksponeringsterapi (BET) Grunnleggende prinsipper og retningslinjer. Behandlingsmanual* Asker: Trykkeriet på Blakstad Sykehus.
- Heggdal, D., Lillelien, A., Johnsrud, S. S, & Paulsen, C. D. (2013). Basal eksponeringsterapi: en vei inn til seg selv og ut til at liv det går an å leve. *Dialog, Bulletin for SEPREP*, 23(3), 7-19.
- Hill, C. E., Thompson, B. J., & Nutt-Williams, E. (1997). A Guide to Conducting Consensual Qualitative Research. *The Counseling psychologist*, 25(4), 517-572.
- Horvath, A. O., & Bedi, R.P. (2002). The Alliance. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (s. 37-69). New York: Oxford University Press.
- Killingmo, B. (1990). Beyond semantics: A clinical and theoretical study of isolation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 71, 113-126.
- Killingmo, B. (1995). Affirmation in psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 503-518.
- Killingmo, B. (2006). A plea for affirmation Relating to states of unmentalised affects. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 29(1), 13-21.

- Klein, M. H., Kolden, G. G., Michels, J. L., & Chrisholm-Stockard, S. (2002). Congruence. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work : therapist contributions and responsiveness to patients* (s. 195-215). New York: Oxford University Press.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Det kvalitative forskningsintervju* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Lambert, M. J. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5 utg.). New York: Wiley.
- Lillevik, O. G., & Øien, L. (2014). *Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1997). Validation and Psychotherapy. I L. S. Greenberg & A. C. Bohart (Red.), *Empathy reconsidered: new directions in psychotherapy* (s. 353-393). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S., . . . Schweizer, E. (1999). The Researcher's Own Therapy Allegiances: A "Wild Card" in Comparisons of Treatment Efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(1), 95-106. doi: 10.1093/clipsy.6.1.95
- Luborsky, L., & Singer, B. (1975). Comparative studies of psychotherapies. Is it true that "everywon has one and all must have prizes"? *Archives of general psychiatry*, 32(8), 995-1008.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. I M.T. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (Red.), *Attachment in preschool years: Theory, research and intervention* (s. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (1991). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Tano.
- McCullough Vaillant, L. (1997). *Changing character: Short term anxiety-regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects, and attachment* New York: Basic Books.
- Messer, S. B., & Wampold, B. E. (2002). Let's Face Facts: Common Factors Are More Potent Than Specific Therapy Ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 21-25.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: structure, dynamics and change*. New York: The Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11(1), 11-15.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27(2), 77-102.
- Monsen, J.T., & Monsen, K. (1999). Affects and affect consciousness: A psychotherapy model integratiing Silvan Tomkins' affect and script theory within the framework of self-psychology. I A. Goldberg (Red.), *Pluralism in self-psychology: Progress in self psychology* (Vol. 15). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. I B. L. Duncan, S. B. E. Miller & M. A. Hubble (Red.), *The heart and soul of change. Delivering what works in theraoy* (2 utg., s. 113-141). Washington D.C.: American Psychological Association.

- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationships. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work* (s. 3-21). New York: Oxford University Press.
- Orlinsky, D. E. (2010). Foreword. I B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Red.), *The heart & soul of changes. Delivering what works in therapy* (2 utg.). Wahington, DC: American Psychological Association.
- Pachankis, J. E., & Goldfried, M. R. (2007). An integrative, principle-based approach to psychotherapy. I S. G. Hofmann & J. L. Weinberger (Red.), *The Art and science of psychotherapy* (s. 50-68). New York: Routledge.
- Rennie, D.L. (2000). Grounded Theory Methodology as Methodical Hermeneutics: Reconciling Realism and Relativism. *Theory & Psychology, 10*(4), 481-502. doi: 10.1177/0959354300104003
- Rennie, D.L., & Fergus, K.D. (2006). Embodied Categorizing in the Grounded Theory Method: Methodical Hermeneutics in Action. *Theory & Psychology, 16*(4), 483-503.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*(2), 95-103.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 6*(3), 412-415.
- Schore, A. N. (2001). Effects of secure attachment relationship on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant mental health journal, 22*(1-2), 7-66.
- Siegel, D.J. (2012). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are* (2 utg.). New York: Guilford Press.
- Skorpen, A., Anderssen, N., Øye, C., & Bjelland, A. K. (2008). Brukerperspektiv i norsk forskning om innlagte psykiatriske pasienter. En litteraturgjennomgang. *Vård i Norden, 28*(4), 19-23.
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2013). *Miljøterapi boken: mentalisering som holdning og handling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Snyder, C. R., Michael, S. T., & Cheavens, J. S. (1999). *Hope and psychotherapeutic foundation of common factors, placebos, and expectancies* (Vol. xxiv, s. 462). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Solbakken, O.A., Hansen, R.S., & Monsen, J.T. (2011). Affect integration and reflective function: Clarification of central conceptual issues. *Psychotherapy Research, 21*(4), 482-496.
- Spiegelberg, H. (1960). *The phenomenological movement: a historical introduction*. Haag: Nijhoff.
- Wallin, David J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings*. Mahwah, N.J: L. Erlbaum Associates.
- Wampold, B. E. (2010). *The basics of psychotherapy: an introduction to theory and practice*. Washington, D.C: American Psychological Association.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (1974). *Change : principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.
- Wennerberg, Tor. (2011). *Vi er våre relasjoner*. Oslo: Arneberg.
- Willig, C. (2008). *Introducing qualitative research in psychology : adventures in theory and method* (2nd ed. utg.). Maidenhead: Open University Press.

Young, J. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.

6 Vedlegg

6.1 Vedlegg 1. Intervjuguide

Intervjuguide

1. Introduksjon:

Som vi også nevnte i informasjonsskrivet, går Katharina / Camilla og jeg siste året på profesjonsstudiet i psykologi, der vi nå skriver hovedoppgave. Dere har jo det siste året hatt opplæring og økt fokus på *bekreftende kommunikasjon*, og vi tenker derfor at dere sitter på unik kunnskap og erfaring, som vi har veldig lyst til å høre mer om. Vi ønsker å få tak i *din* opplevelse - både hva du har erfart som nyttig og hva du har opplevd som utfordrende. Vi har noen spørsmål vi ønsker å få besvart, men se gjerne på den neste timen som en utforskende samtale, mer enn et intervju.

2. Presentasjon av den som blir intervjuet

Helt innledningsvis har vi lyst til å høre litt om yrkesbakgrunnen din, og nåværende arbeidssituasjon.

Bakgrunn

- Kan du si litt om din utdannelsesbakgrunn?
- Hva slags jobberfaring hadde du før du begynte her ved Kongsberg DPS?
- Hvor lenge har du jobbet her?

Nåværende arbeidssituasjon

- Hvilken stilling har du ved avdelingen?
(*stillingsbrøk*)
- Kan du beskrive arbeidsoppgavene dine?
- Kan du si litt om pasientkontakten din ilt en vanlig arbeidsdag?

3. Det første møtet med verktøyet

Vi har jo noen spørsmål som vi ønsker å få besvart, men aller først, hvis du skulle si noe helt kort og spontant om dine opplevelser rundt *bekreftende kommunikasjon*, hva vil du trekke frem da?

(*Hvis du skal oppsummere det du har snakket om nå, som bare en setning eller overskrift, hva vil du si da?*)

4. Nytteverdi

Eventuell nytteverdi er ett av temaene vi har lyst til å høre mer om. Da tenker vi både generelt, men også mer spesifikt, i forhold til hvilke elementer i *bekreftende kommunikasjon* som oppleves som mest hensiktsmessige.

- Opplever du *bekreftende kommunikasjon* som virksomt?
- Opplever det som positivt?
(*For hvem, Kan du si mer om det? På hvilken måte? Eksempler? Utforske og utfordre*)
- Tenker du at dette verktøyet er til hjelp for pasientene?
- Er det noen spesielle elementer du vil trekke frem i den forbindelse?

5. utfordringer

Nå har vi jo snakket litt om positive sider ved å bruke *bekreftende kommunikasjon*, og tenkte nå at vi kunne gå over til å snakke litt om eventuelle utfordringer. Igjen ønsker vi å høre mer om dette rent generelt, men også konkret i forhold til hvilke elementer som oppleves utfordrende.

- Opplever du at noe er eller har vært vanskelig og utfordrende ved å bruke dette verktøyet?
(Kan du fortelle mer om dette? På hvilken måte? Eksempler?)
- Er det noen spesielle elementer du vil trekke frem i den forbindelse?
(1) Affektiv inntoning, 2) reflektere/beskrive pasientens tanker, følelser, handlinger, 3) ta ansvar for eget perspektiv 4) ikke spørsmål, sette punktum)
- Hvordan forholder du deg til de utfordringene du møter?

6. Holdning

Vi har også lyst til å høre mer om holdningene dine, knyttet til bruken av *bekreftende kommunikasjon*.

- Har bruken av dette verktøyet endret holdningene dine til pasientene?
- Har det endret ditt syn på psykiske lidelser på noen måte?
- Har det påvirket din relasjon til pasientene?
- Har det påvirket oppfatningen din av hva som er god pasientbehandling?
- Kan du si noe om de følelsesmessige reaksjonene du kjenner på når du bruker *bekreftende kommunikasjon*?
- Føles det naturlig og intuitivt å møte pasientene på denne måten, eller har du kjent på motstridende følelser i disse møtene?
(når du møter pasientene i tråd med metoden, oppleves det da som den riktige/naturlige måten å gjøre det på, eller hender det at du ønsker å respondere på en annen måte?)

(Si mer om dette, på hvilken måte, eksempler)

7. Generelle spørsmål

Helt avslutningsvis ønsker vi å stille noen litt mer generelle spørsmål.

- Hvordan er det å forholde seg til et verktøy med så konkrete retningslinjer?
(Er det begrensende eller befriende?)
- Har det påvirket arbeidsmiljøet på noen måte?
- Sammenlignet med andre arbeidsmetoder du har erfaring med, er *bekreftende kommunikasjon* en tilnærming du vil anbefale andre DPSer å innføre?
- Har du noen andre betraktninger rundt dette som du ønsker å trekke frem før vi avslutter?

Tusen takk for at du tok deg tid til å dele dette med meg, det setter jeg veldig pris.

6.2 Vedlegg 2. Informasjonsskriv

Informasjon om hovedoppgave

Vi er to studenter som går siste året ved profesjonsstudiet i psykologi ved Universitetet i Oslo. Vi skal skrive hovedoppgave og ønsker å gjennomføre intervjuer for å undersøke deres erfaring med, og opplevelse av, å bruke bekreftende kommunikasjon som et verktøy i møte med pasienter.

Vi vil komme til å fordele intervjuene mellom oss. Det vil bli brukt båndopptaker under intervjuene, og lydfilene vil bli transkribert i etterkant. Informasjonen vil oppbevares i tråd med gjeldende lover og forskrifter. Det vil i oppgaven fremkomme arbeidsplass og at dere som gruppe er miljøpersonale, men alle personidentifiserbare opplysninger vil anonymiseres. Når oppgaven er godkjent, vil datamaterialet destrueres.

Dere kan når som helst trekke dere fra studien, og har selvfølgelig anledning til å reservere dere fra å delta.

Intervjuene vil bli satt opp i arbeidstiden, og beregnes til å vare i omlag én time.

Ved spørsmål, ta gjerne kontakt med oss på telefon 93229578 (Katharina) eller 47633922 (Camilla)

Med vennlig hilsen

Katharina Goldsack og Camilla Andersen

6.3 Vedlegg 3. Samtykkeskjema

Samtykke til deltagelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

6.4 Vedlegg 4. Søknadssvar fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Guro Øiestad
Psykologisk institutt Universitetet i Oslo
Postboks 1094 Blindern
0317 OSLO

Vår dato: 29.04.2015

Vår ref: 43037 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 07.04.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

43037	<i>Bekreftende kommunikasjon</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Guro Øiestad</i>
<i>Student</i>	<i>Katharina Goldsack</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.10.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrrsvarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

