

# Hvordan gikk det?

*En kvalitativ studie av pasientopplevd  
terapeutisk utfall ved 3-års oppfølging*

Martin Langvik Eilertsen



Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

18.10.2016

*And I want to know  
The same thing  
Everyone wants to know  
How's it going to end?*

- Tom Waits (2004)

# Hvordan gikk det?

En kvalitativ studie av pasientopplevd terapeutisk utfall ved 3-års oppfølging

Datamaterialet i denne oppgaven er hentet fra «*An intensive process-outcome study of the interpersonal aspects of psychotherapy*» ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo. Prosjektet ledes for tiden av Margrethe Seeger Halvorsen.

© Martin Langvik Eilertsen 2016

Hvordan gikk det? En kvalitativ studie av pasientopplevd terapeutisk utfall ved 3-års oppfølging.

Forfatter: Martin Langvik Eilertsen

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

# Sammendrag

**Forfatter:** Martin Langvik Eilertsen

**Tittel:** Hvordan gikk det? En kvalitativ studie av pasientopplevd terapeutisk utfall ved 3-års oppfølging.

**Veileder:** Hanne Weie Oddli

**Bakgrunn:** Denne studien utforsket terapeutisk utfall slik det opplevdes for seks tidligere pasienter som hadde gått i terapi hos svært erfarne terapeuter ca tre år etter at de hadde avsluttet behandlingen. Gjeldende forskning på terapeutisk utfall er i all hovedsak utført utifra et kvantitativt metodologisk perspektiv, noe som kan tildekke viktige nyanser i terapeutiske prosesser og utfall. Den høye andelen uforklart varians i eksisterende studier av denne typen kan tyde på det. Formålet med denne studien var å dybdebeskrive terapeutisk utfall slik det opplevdes tre år etter avsluttet terapi for en av de mest sentrale partene i det terapeutiske prosjektet (pasientene). Detaljerte, opplevelsesnære beskrivelser av dette vil kunne bidra til å kaste lys over vår forståelse av hvordan terapeutisk utfall kan arte seg etter naturalistiske terapiforløp, samt potensielle langtidseffekter av psykoterapi takket være sin lange oppfølgingstid.

**Metode:** Datamaterialet som danner grunnlag for denne studien bestod av lydopptak av semistrukturerte intervjuer utført med pasientene ca tre år etter at de hadde avsluttet behandling. For å oppnå målsetningen om detaljerte, opplevelsesnære beskrivelser av utfall, og dermed supplementere den eksisterende, kvantitative utfallslitteraturen, ble det inntatt en kvalitativ tilnærming i denne studien i form av en tilpasset versjon av grounded theory. Intervjuene ble transkribert og kodet, og meningsinnholdet i disse samlet i en kategoristruktur som fanget opp sentrale aspekter ved endringene pasientene opplevde ved intervjutidspunktet. Resultatene ble deretter sammenliknet med og diskutert i lys av eksisterende litteratur på feltet.

**Resultater:** Pasientene rapporterte om en rekke ulike endringer ved intervjutidspunktet. Majoriteten av disse kunne organiseres ved hjelp av fire kategorier: 1) Et fravær og ubehag og en økt opplevelse av ro sammenliknet med før/under terapien, 2) økt trygghet på et eller flere områder av livet (dette ble oppnådd gjennom enten økt innsikt

eller å tilegne seg ferdigheter), 3) interpersonlige endringer i form av å forholde seg annerledes til andre mennesker og 4) livshendelser i form av ytre omstendigheter i pasientens liv. Resultatene viste en stor bredde av mulige utfall, til tross for en beskjeden utvalgsstørrelse. Flere av disse endringene lot til å være relatert til hverandre, men det varierte i hvilken grad pasientene selv oppmerksomme på dette.

**Konklusjon:** Endringene pasientene beskrev er i stor grad sammenfallende med andre funn på feltet, og støtter opp om at terapeutisk utfall er et mangfoldig fenomen som vanskelig kan reduseres til ett, overgripende mål. Den foreliggende studien illustrerer verdien av kvalitative, opplevelsesnære beskrivelser av et fenomen ment for å generere forståelse som et supplement til den dominerende kvantitative måten å studere terapeutisk utfall på.



# Forord

Bakgrunnen for å skrive denne oppgaven, var et ønske om å lære mer om hvordan det går med mennesker som har gått i terapi. Som snart ferdig utfannet psykolog, er dette naturlig nok et spørsmål som jeg er opptatt av. På mange måter tror jeg at jeg ønsket å få en bekreftelse på at det kan «ende godt», selv om livet i blant skulle by på utfordringer. Underveis i arbeidet har jeg innsett at min idé om hva å «ende godt» innebar, nok var smalere og mer formet av egne forventninger enn jeg trodde. Terapeutisk endring og utfall var et langt mer mangefasettert og komplekst fenomen enn jeg hadde sett for meg, og i så måte har det vært enormt utvidende å arbeide med denne oppgaven.

Samtidig har det også vært en krevende prosess, all den stund jeg var mer eller mindre ukjent med kvalitative metoder og deres til dels komplekse filosofiske og epistemologiske røtter. Ofte kunne jeg savne å ha en medforfatter jeg kunne diskutere funnene og tolkningene mine med. Heldigvis har jeg fått god veiledning fra min veileder Hanne Weie Oddli på mange av disse områdene, noe jeg er takknemlig for. Ellers ønsker jeg å takke kollegaene på terapilaben hvor denne oppgaven har tatt form, Lene Susann Bjerknes og Meline Eriksson Skjæveland for uvurderlig faglig og personlig støtte underveis i prosessen. Uten dere hadde ikke denne oppgaven blitt ferdigstilt! Takk også til Mia for å ha holdt ut med at livet i perioder ble satt på pause for å ferdigstille dette prosjektet. Og til sist, takk til Margrethe Seeger Halvorsen og prosjektgruppen i forskningsprosjektet datamaterialet i denne studien er hentet fra for å ha stilt dette til min disposisjon.

Til sist en bemerkning om språket i denne oppgaven. I et forsøk på å gi en mer levende og interessant leseropplevelse, har jeg forsøkt å bruke et noe mer levende språk enn hva som kanskje er vanlig i formidlingen av vitenskapelige resultater. Dette er et bevisst valg utifra utallige opplevelser av å ha lest forskningslitteratur som er skrevet på en så nøytral og teknisk måte at selv de mest dramatiske og interessante funn fremstår som likegyldige ved første øyekast. Jeg anser ikke dette valget for å gå ut over formidlingen av resultatene oppgaven – tvert imot.





# Innholdsfortegnelse

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1     | Innledning .....  | 1  |
| 1.1   | «Midlene»: Mange veier til Rom .....                            | 2  |
| 1.2   | «Målet»: One size fits all?.....                                | 3  |
| 1.3   | Metodologisk ensretting.....                                    | 5  |
| 2     | Metode .....  | 10 |
| 2.1   | Valg av metode .....  | 10 |
| 2.1.1 | Grounded theory (GT) .....                                      | 10 |
| 2.2   | Verdi og generaliserbarhet av kvalitative funn .....            | 12 |
| 2.3   | Gjennomføring/prosedyre .....                                   | 14 |
| 2.3.1 | Datainnsamling .....  | 14 |
| 2.3.2 | Informanter .....   | 15 |
| 2.3.3 | Prosess/analyse .....   | 16 |
| 3     | Resultater .....  | 18 |
| 3.1   | Fra kaos til ro: Da vs. nå.....                                 | 18 |
| 3.2   | Livshendelser og –omstendigheter: Det levde liv .....           | 19 |
| 3.3   | Trygghet.....   | 22 |
| 3.3.1 | Å være trygg på egen verdi .....                                | 22 |
| 3.3.2 | Å være trygg på egne mestringsevner/egen styrke.....            | 24 |
| 3.3.3 | Å være trygg på at det finnes hjelp å få dersom det trengs..... | 26 |
| 3.4   | Interpersonlige virkninger .....                                | 26 |
| 4     | Diskusjon .....   | 29 |
| 4.1   | Begrensninger og veien videre .....                             | 35 |
| 4.2   | Til sist.....   | 37 |
|       | Litteraturliste .....   | 39 |
|       | Vedlegg 1 .....   | 42 |

# 1 Innledning

Psykiske plager og lidelser er en vesentlig bidragsyter til redusert helse og livskvalitet. Det er estimert at depresjon alene utgjør 4,3 % av den globale sykdomsbyrden, samt et av de største enkeltbidragene til arbeidsuførhet (WHO, 2013). Å utvikle kunnskap og metoder for å hankses med utfordringen psykiske lidelser og plager utgjør, er helt essensielt. Et alternativ som gjennom sin drøyt hundreårige historie har vist seg å være effektivt mot en rekke psykiske plager og lidelser, er psykoterapi<sup>1</sup> (Lambert, 2013, Wampold & Imel, 2015). «Psykoterapi» er en bred sekkebetegnelse som omfatter en lang rekke til dels svært forskjellige behandlingsmetoder. Kazdin (1986) estimerte antall ulike terapiformer anno 1986 til ca 400 – et tall som helt sikkert har rukket å stige betraktelig på de 30 årene som har gått siden da. Alle disse terapiformene hadde neppe eksistert dersom det var enighet om hva som virkelig er virksomt i terapi. Å finne ut av dette spørsmålet – hva som er virksomt (eller like viktig – *ikke* virksomt) – i psykoterapi vil være et viktig steg på veien mot å redusere lidelsesbyrden mental uhelse utgjør.

Denne utfordringen gjenspeiles i arbeidet til ulike fagorganer for psykologer. Den kanskje tydeligste manifestasjonen av dette, er ambisjonen om evidensbasert praksis (EBP). Den amerikanske psykologforeningen (APA) formulerte sin nåværende definisjon av EBP i 2005, og den ble publisert året etter (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Her defineres evidensbasert praksis i psykologisom «(...)integrasjonen av den beste tilgjengelige forskningen og klinisk ekspertise i kontekst av pasienters egenskaper, kultur og preferanser.» (s. 3, min oversettelse). Dette er en bred definisjon, som åpner opp for å søke kunnskap fra mange ulike områder og ved hjelp av mange ulike metoder (jf. «beste tilgjengelige forskning»). Den norske psykologforeningen (NPF) sluttet seg til APAs programerklæring i 2007 (NPF, 2007). Det er altså et uttalt mål at psykologisk praksis og behandling skal være evidensbasert, slik at man kan maksimere nyttepotensialet som ligger i for eksempel psykoterapi til befolkningens beste. For å oppnå dette, må man både ha en idé om hva målet er, og hvilke midler eller metoder som kan bringe en nærmere det.

---

<sup>1</sup> Begrepene «psykoterapi» og «terapi» vil bli brukt synonymt i denne oppgaven.

## 1.1 «Midlene»: Mange veier til Rom

Innen terapiforskning har man tradisjonelt vært langt mer opptatt av å besvare det siste enn det første av spørsmålene på slutten av forrige avsnitt. Man har vært mer opptatt av «midlene» enn av målet (Ogles, 2013). I den såkalt prosess-utfallsforskningen forsøker man å finne ut av hvilke «midler» som leder til målet (utfall). Dette gjøres ved å forsøke å knytte spesifikke terapiprosesser og -variabler opp mot resultatet av behandlingen (utfall), og gjennom dette se om visse variabler er sterkere assosiert med et godt utfall enn andre (se Crits-Cristoph, Gibbons & Mukherjee, 2013 eller Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004 for grundige oppsummeringer av denne forskningen). Som regel gjøres dette i form av korrelasjonsstudier basert på kvantitative utfallsmål (Ogles, 2013) – ideelt sett med et randomisert og kontrollert design (såkalte RCT-studier). Dessverre har mange tiår med denne typen forskning, inkludert flere store metaanalyser (se f.eks. Smith & Glass, 1977; Lipsey & Wilson, 1993), resultert i overraskende få konkrete funn når det kommer til å demonstrere effekten av spesifikke metoder eller intervensjoner («midler»). Gitt mangfoldet av psykologiske teorier og terapiformer, er dette et overraskende, men like fullt konsistent funn: Psykoterapi later til å ha effekt *på tvers* av ulike teoretiske modeller (Lambert, 2013; Wampold & Imel, 2015). Dette etter hvert velkjente faktumet har i terapiforskningslitteraturen blitt kjent som som *the Dodo bird effect*. Navnet henspiller på et sitat fra Lewis Carrolls historie om Alice i Eventyrland: «At last the Dodo said, 'Everybody has won, and all must have prizes'.» (Carroll, 1865, sitert i Rosenzweig, 1936). Saul Rosenzweig overførte sitatet til terapiforskningsfeltet som en allusjon over at forskjellige terapiformer lot til å være noenlunde like effektive. Rosenzweig forklarte dette med at alle terapier har visse ting til felles (fellesfaktorer) og at det er disse som er den virksomme komponenten i terapi, noe mye senere forskning også kan tyde på (Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2004; Wampold, 2010; Wampold & Imel, 2015).

Samtidig kan en spørre seg – kan disse manglende resultatene med tanke på å illustrere komparative effekter mellom ulike terapiformer komme av at man ikke er klar over (eller enige om) hva man faktisk måler? For å gjenta: For å oppnå et mål, må man både ha en idé om hva målet er, og hvilke metoder som kan bringe en nærmere det. Videre vil det å vite hvordan målet ser ut, i mange tilfeller kunne gi en pekepinn på hvordan man

kan oppnå det. Kan det være at prosess-utfallsforskerne har vært for raske i avtrekkeren og gitt seg i kast med å sammenlikne ulike midler for å nå et mål ingen egentlig vet hva er eller hvordan ser ut?

## 1.2 «Målet»: One size fits all?

«Målet» i terapiforskning kalles gjerne for «utfall» (outcome), og man ønsker fortrinnsvis et *godt* utfall. Men hva er dét? Hvordan ser det ut? Og hvem skal avgjøre hvorvidt man har oppnådd det? Langt færre forskere har befattet seg med å definere hva et godt utfall faktisk *er* enn hvordan man oppnår det (Ogles, 2013). Dette til tross – feltet står på ingen måte på bar bakke, og det har blitt lansert flere forslag til definisjoner av utfall (se Ogles, 2013, for en aktuell oversikt). En innflytelsesrik modell ble lansert av Strupp & Hadley (1977). De foreslo en tredeling av hvordan man definerer terapeutisk utfall. Ifølge Strupp og Hadley, avgjøres utfall (ideelt sett) utifra hva 1) samfunnet og omgivelsene (inkl. pårørende), 2) pasienten selv og 3) terapeuten mener om saken. Disse tre «investorene» kan ha nokså forskjellige forskjellige forestillinger om hvordan et godt utfall ser ut. Et oppdiktet eksempel:

En mannlig pasient søker hjelp på grunn av utbrenthet og depressive symptomer. Han arbeider som mellomleder i en større bedrift med høye krav til produktivitet, og lever i et samboerforhold som kan karakteriseres som destruktivt. Han sliter med lav selvfølelse, er konfliktsky og lite selvhevdende, og fortviler over å til stadighet finne seg selv i situasjoner hvor han føler at han må føye seg etter andres krav uten å tilsynelatende ha noe valg. Etter terapien sier han selv at han har det bedre. Blant annet bestemmer han seg for å bytte jobb (selv om han må gå ned i lønn), noe som hjelper på energinivået hans. Forholdet til samboeren er fremdeles vanskelig, men det går litt bedre, mye takket være at han i større grad enn tidligere kan si ifra til henne. Tanken på å forlate henne til fordel for en tilværelse alene er uansett for skremmende til at han vil gjøre det. «Jeg klarer ikke å være alene,» sier han.

Er dette et godt utfall? Pasienten sier selv at han ikke er utbrent eller deprimert lenger, selv om han tjener dårligere og fremdeles frykter å være alene i en slik grad at han velger å bli værende i et forhold han opplever som vanskelig. Hva vil terapeuten tenke

om de samme faktiske forholdene? Eller samboeren hans, som opplever at partneren hennes nå kan bli sint tilbake på henne? Og hva med hans tidligere arbeidsgiver som mistet en samvittighetsfull medarbeider?

Dette fiktive eksempelet tjener til å illustrere hva Hill, Chui og Baumann (2013) sier om vanskene knyttet til å skulle definere universelle utfallsmål: «Vi slår fast at det er et stort problem at utfall ikke kan sies å være én ting når man forsøker å definere og måle det: Utfall er *ikke* one-size-fits-all.» (s. 69, min oversettelse og kursivering). Dette gjelder også på det individuelle plan – hva som er godt for én pasient, er ikke nødvendigvis godt for en annen. Godt utfall trenger heller ikke bare å handle om å skulle *minske* smerte, angst eller ubehag. Yalom (2011/1980) argumenterer eksempelvis for hvordan å bli *mer* oppmerksom på sin egen dødsangst kan bidra til å skape retning og mening i livet.

Med tanke på spørsmålene stilt innledningsvis i denne seksjonen om hvordan et godt utfall ser ut, later det altså til å være mange mulige svar hva dette kan innebære. Mangfold og variasjon er vanligvis noe psykologer er opptatt av og ønsker velkommen (i det minste i klinisk sammenheng), men når det kommer til utfall av terapi har det vært en tendens til ensretting med tanke på hva som anses som et godt utfall: Reduksjon i forhåndsdefinerte, kvantitative symptomsmål (Hill et al., 2013; McLeod, 2001, 2013; Valkonen, Hanninen, & Lindfors, 2011). Hill og kollegaer (2013) spekulerer i hvorvidt denne ensrettingen kan springe ut av et ønske om å finne en «kur» mot menneskelig lidelse. I så måte risikerer forskere og klinikere å begå den samme feilen som driver mange av pasientene deres til å oppsøke hjelp: De unnlater å anerkjenne grunnleggende eksistensielle betingelser som at livet er komplekst og tidvis vanskelig, og at lidelse i møte med dette er en naturlig del av livet. I lys av dette, kan man spørre seg om forskningen som gjøres på terapeutisk utfall er for smal i sin nåværende form.

Samtidig har den også blitt kritisert for å være for *bred*: Selv om symptomsmål er et ofte benyttet utfallsmål, har det også blitt benyttet en rekke andre mål på terapeutisk utfall, og dette mangfoldet kan virke forvirrende. Froyd, Lambert og Froyd (1996) fant ikke mindre enn 1430(!) ulike utfallsmål i sin gjennomgang av praksis i feltet. Av disse ble 851 – altså godt over halvparten – brukt kun én gang. 278 var i tillegg ustandardiserte (dvs. manglet informasjon om reliabilitet og validitet). Dette er problematisk, noe Froyd

og kollegaer også påpeker: «Konsekvensene av et slikt mangfold er at å formidle et integrert bilde av psykoterapeutisk utfallsforskning blir tilnærmet umulig.» (s. 14, min oversettelse). Ogles (2013) slutter seg til denne kritikken i sin grundige oppsummering av utfallsforskning: «(...)den manglende organiseringen og retningslinjene for praksis og prosedyrer er slående, og måling av utfall [av terapi] fremstår i økende grad som kaotisk.» (s. 145, min oversettelse).

### **1.3 Metodologisk ensretting**

En tredje kilde til kritikk som kan rettes mot utfallsforskningen, omhandler metodene som benyttes for å undersøke hva et godt utfall er. Denne kritikken er ikke unik for utfallsforskningen (men rammer også denne), og springer ut av en bredere filosofisk og epistemologisk debatt om hvordan man kan/skal søke kunnskap (se f.eks. Flyvbjerg, 2006; Langdridge, 2006; McLeod, 2013; Rønnestad, 2008; Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2004). Hvilken side av denne debatten man står på (ens epistemologisk ståsted), påvirker sannsynligvis hvilket metodologisk utgangspunkt man inntar når man skal studere et fenomen. Dette legger føringer på hvilke metoder man anser som egnede for å undersøke det (Langdridge, 2006). Et klart flertall av utfallsstudier springer ut av den positivistiske vitenskapstradisjonen og benytter seg dermed i all hovedsak av kvantitative metoder (McLeod, 2013; Ogles, 2013). Ensretting av metoder for å søke ny kunnskap, er ikke i tråd med retningslinjene for evidensbasert praksis, noe som har blitt påpekt fra flere hold (Rønnestad, 2008; Westen, Novotny, & Thompson-Brenner, 2004). I tillegg kan det virke begrensende på hva slags kunnskap det er mulig å generere, og (i forlengelsen av dette) hvilke spørsmål man faktisk evner å besvare. Spørsmålet blir da om hva godt terapeutisk utfall er, er et av disse.

En hake ved å benytte seg av primært kvantitative metoder for å studere et fenomen, er at det oppstår et tap av data når man forsøker å tallfeste disse (Ogles, 2013). Mennesker er ikke digitale vesener som tenker i binære koder, og man kan spørre seg om tallfesting alltid er den beste måten å beskrive vår erfaring på. Michell (1999) taler klart imot dette og omtaler prosessen hvor man tallfester menneskelig erfaring på følgende vis: «Man forsøker, ufølsomt og uten å tenke seg om to ganger, å presse opplagt kvalitative egenskaper ved den menneskelige tilværelse inn i kvantitative rammer.» (s. xiv, min

oversettelse). Dette låter unektelig smertefullt, og kommer ikke uten en pris. Ogles (2013) omtaler dette som en byttehandel, hvor man oppgir noe av kompleksiteten i et datamateriale til fordel for mulighetene til å kunne manipulere og kontrollere variabler eksperimentelt gjennom statistiske analyser. Denne byttehandelen er et underliggende premiss i mye av den vestlige positivistiske vitenskapstradisjonen, inkludert psykologi (McLeod, 2013; Ogles, 2013), og har unektelig bidratt til viktige fremskritt på nær sagt alle områder for menneskelig aktivitet de siste 2 – 300 år. Men vil det si at kvantitative metoder er egnet til å studere et hvert fenomen – for eksempel utfall av terapi?

McLeod (2001) advarer mot at man ved å studere terapeutisk utfall utelukkende kvantitativt, risikerer å låse seg til en posisjon hvor man blir tvunget til å inngå en slik byttehandel som beskrevet over fordi metoden forutsetter det. Dermed risikerer man å gå glipp av potensielt viktige nyanser, og i verste fall «kaste barnet ut med badevannet»: Man ofrer selve fenomenet man ønsker å studere til fordel for statistisk styrke og kontroll. Det er i så fall en høy pris å betale for å kunne undersøke et fenomen kvantitativt. Enkelte har lansert dette som en alternativ forklaring på *the Dodo bird effect*: At et (for) ensidig metodisk fokus tildekker reelle forskjeller i utfall fordi dette på overflaten ser likt ut (Nilsson, Svensson, Sandell, & Clinton, 2007). Nilsson og kollegaer (2007) gjennomførte en kvalitativ komparativ utfallsstudie av dynamisk- og kognitiv orientert terapi og fant at selv om pasientene fra hver gruppe var ca like fornøyd med behandlingen, varierte *hvilke aspekter de var fornøyde med*. Dette var igjen knyttet til hvordan pasientene forstod årsakene til problemene sine i forkant av terapien, og hvilke forventninger de hadde til terapi. Dette kan i så måte tyde på at terapispesifikke variabler *spiller* en rolle, men at denne forskjellen forsvinner (*the Dodo bird effect*) når man studerer dette utelukkende kvantitativt.

Så hva da? Verken McLeod eller Nilsson og kollegaer tar til orde for å *slutte* å forske kvantitativt, men tar heller til orde for å supplere kvantitativ forskning med kvalitative undersøkelser. Særlig McLeod (2001, 2013) argumenterer tydelig for at dette kan tilføre vesentlig kunnskap om både terapeutisk prosess og utfall, blant annet fordi slike metoder evner å synliggjøre nyanser kvantitativ forskning *ikke* klarer å plukke opp. Eksempelet til Nilsson og kollegaer i forrige avsnitt er et eksempel på dette. Slike måter å studere utfall på kan føre oss nærmere et tydeligere svar på spørsmålet stilt



innledningsvis: Hvordan ser egentlig «målet» for terapi ut? En styrke ved kvalitative metoder er at de *ikke* foretar «byttehandelen» overgangen til kvantitative metoder innebærer. Fremfor å redusere kompleksiteten i data for å kunne trekke kausalslutninger, søker man å *oppretholde* kompleksitet og heller beskrive et fenomen i større detalj utifra et for eksempel konstruktivistisk eller hermeneutisk perspektiv (McLeod, 2013).

Videre åpner kvalitative tilnæringer opp for at flere «stemmer» (McLeod, 2001) kan bli hørt i sin fulle bredde, noe som også er i tråd med eksisterende modeller for utfallsmål (Strupp & Hadley, 1977) og retningslinjene for evidensbasert praksis som både APA og NPF søker å etterleve. McLeod (2001) påpeker at et av problemene med mye av den eksisterende utfallsforskningen er at den ofte baserer seg på kun én stemme (pasientens), og at andre «stemmer» (terapeuten, pårørende, samfunnet, etc.) ofte blir forbigått. I tillegg begrenses ofte pasientens stemme av å skulle tilpasses forhåndsdefinerte kategorier for eksempel i form av ledd på et spørreskjema (jf. Michells sitat på forrige side). Gjennom å gjøre dette, *tror* vi at vi studerer hvordan pasienter endrer seg som følge av terapi, mens vi i realiteten kanskje studerer hvor godt pasientens erfaringene stemmer overens med forskerens a priori antakelser om hvordan utfall bør se ut. Mulige utfall blir dermed prissgitt den enkelte forskers forståelsesrammer og fantasi.

Denne praksisen er en del av «byttehandelen» man inngår for å oppnå økt eksperimentell kontroll. I forlengelsen av dette, har det i tillegg vært en utbredt skepsis mot å *faktisk* slippe pasientenes stemme til i vurderingen av både behandling og utfall. Denne har blitt betraktet som upålitelig og sårbar for bias, ofte knyttet til pasientens patologi (Hartmann, 2013; Strupp, 1996). Derfor må hva pasienter rapporterer om seg selv «siles» av noen som virkelig vet hva som foregår (dvs. forskeren) for å bli mer objektiv. Denne skepsisen har kanskje vært mest fremtredende innenfor terapiformer som legger stor vekt på ubevisste prosesser (dvs. dynamiske terapiformer). Hele idéen om overføring, en sentral bærebjelke i dynamisk terapi (se Gullestad & Killingmo, 2005), bygger på nettopp en antakelse om at våre tanker og motivasjon ikke bestandig er bevisst tilgjengelig for oss, og at det er gjennom å arbeide med/i overføring-motoverføringsfeltet at pasienten kan oppnå innsikt og bli fristilt i forhold til sitt

opprinnelige problem. I dette arbeidet kan pasienten yte motstand og benytte seg av ulike former for forsvar for å beskytte seg mot psykisk smerte og angst som det terapeutiske arbeidet genererer. Et eksempel på en slik «fluktrute» kalles «flykt til sunnhet» (flight into health). Dette betegner fenomenet der en pasient responderer tilsynelatende for raskt eller for godt på behandling, og fremviser en slags illusorisk bedring/fungering for å slippe ytterligere «forfølgelse» fra terapeuten (Frick, 1999). Hva skal man tro om et slikt utfall...?

Begreper som «motstand» og «forsvar», eller å mistenkeliggjøre pasienters bedring ved å omtale det som en flukt, signaliserer en dyp skepsis mot å ta det pasienten sier på face value. Spørsmålet er om denne skepsisen er berettiget. Patrick Casement (2002) påpeker i sin bok *Learning from our Mistakes* hvordan adferd som kan tolkes som forsvar eller motstand utifra en psykodynamisk forståelse likeså godt kan være uttrykk for eksempelvis berettiget harme over en feil terapeuten har begått. I så måte vil denne adferden være et eksempel på det *motsatte* av patologi. Frick (1999) tilbyr en liknende forklaring på fenomenet flukt til sunnhet, og mener at dette ikke nødvendigvis er grunn til å mistenkeliggjøre dette som falsk alarm. Det kan rett og slett være at pasienten fikk hjelp på en rask og effektiv måte. Videre fant Orlinisky, Rønnestad & Willutzki (2004) i sin monumentale oppsummering av prosess-utfallsforskning at *pasientens* vurdering av behandlingen var en bedre prediktor for et godt utfall enn for eksempel terapeutens.

Alt dette gir grunn til å tro at det ikke er noen åpenbare årsaker til å skulle begrense eller forhåndsdefinere pasientenes egen stemme når det kommer til å vurdere terapeutisk utfall. Strupp (1996) sier at så lenge pasienten ikke har åpenbare vrangforestillinger, er det ingen grunn til å betvile evnen deres til å rapportere om dette. Gallegos (2005) slutter seg til den samme argumentasjonen i innledningen til et av de få, kvalitative utfallsstudiene som er gjort: «Når klienter *ikke* blir tvunget til å beskrive erfaringene sine i form av ferdig formulerte ledd i et spørreskjema, kan de fortelle oss hva som er effektivt i et hverdagslig, deskriptivt språk som er langt rikere en hva vi ville oppnådd ved å bruke det første alternativet.» (s. 359, min oversettelse og kursivering). Å spørre pasientene selv, på en åpen ikke-direktiv måte, kan altså være tilforlatelig dersom man ønsker å undersøke hva godt utfall er. Dette til tross – kvalitative utfallsstudier fremdeles sjelden vare (McLeod, 2001, 2013; Valkonen et al.,

2011). I tillegg tar en del av de som *har* et kvalitativt utgangspunkt ofte i bruk statistiske metoder i tillegg (Ogles, 2013), med de eventuelle begrensninger dette kan medføre.

Denne studien tar sikte på å studere terapeutisk utfall sett fra pasientenes ståsted. Dette blir gjort gjennom å undersøke hvordan seks tidligere pasienter konseptualiserer terapeutisk utfall ca 3 år etter at de har avsluttet behandlingen, i form av hvilke endringer de opplever ved intervju tidspunktet sammenliknet med før/under terapien. Dette vil også bidra til å kaste lys over mulige langtidseffekter av terapi. Dette vil bli gjort på en åpen, eksplorerende måte ved hjelp av kvalitative metoder, i tråd med McLeods (2001) anbefalinger for hvordan utfallsforskningen kan bringes videre. Å forske på utfall fra pasientens ståsted, representerer et viktig perspektiv som ofte har blitt nedprioritert i den eksisterende forskningslitteraturen (Bohart & Tallman, 2010; Bohart & Wade, 2013). Wampold (2010) påpeker at i samtlige prosess-utfallsstudier som er gjort, evner man kun å forklare kun en minoritetsandel av variansen utifra variablene man har valgt å studere. Resten, altså størsteparten, betegnes som «feilvarians». Ifølge Wampold dreier dette seg egentlig om aspekter som har med pasienten å gjøre. Dette har fått enkelte til å omtale pasienten som «den ignorerte fellesfaktoren» i terapiforskningen (Bohart & Tallman, 2010). Å forske på utfall gjennom å utforske pasientens perspektiv blir dermed relevant, og er i tråd med både en etterlysning av kvalitativ utfallsforskning og en generell oppfordring i feltet om å undersøke pasientvariabler knyttet til terapeutisk utfall og prosess nærmere (Bohart & Tallman, 2010; Bohart & Wade, 2013).

## 2 Metode

### 2.1 Valg av metode

Elliott, Fischer og Rennie (1999) skriver følgende i sin artikkel om bruk av kvalitative metoder i psykologi: «Målet med kvalitativ forskning er å forstå og representere menneskers opplevelser og handlinger i de ulike situasjonene de måtte befinne seg i. Forskeren søker å utvikle forståelse av det aktuelle fenomenet basert, så langt det lar seg gjøre, på erfaringene til menneskene som blir studert.» (s. 216, min oversettelse). Det er utviklet en rekke ulike kvalitative forskningsmetoder, herunder tematisk analyse, etnografi, fortolkende fenomenologisk analyse, diskursanalyse og grounded theory (se Langdridge, 2006 for en norsk innføring). Elliott og kollegaer (1999) argumenterer videre for at kvalitativ forskning egner seg til å besvare andre typer spørsmål enn det kvantitativ forskning kan gjøre. De skriver: «Kvalitativ forskning åpner for at deltakerne og deres perspektiver får definere et aktuelt fenomen, i form av deres meningsdannelse og opplevelse av dette fenomenet, samt å generere teori fra feltarbeid» (s. 216, min oversettelse).

#### 2.1.1 Grounded theory (GT)

I lys av kritikken av den eksisterende, kvantitative utfallsforskningen (McLeod, 2001, 2013), sentrale konseptualiseringer av terapeutisk utfall (Strupp & Hadley, 1977) og den generelle etterlysningen innen terapiforskningen av forskning på pasientvariabler (Bohart & Tallmann, 2010; Bohart & Wade, 2013), fremstår det som naturlig å velge en kvalitativ tilnærming for å studere terapeutisk utfall. Blant variasjonen av tilgjengelige kvalitative metoder, falt valget for gjennomføringen av denne studien på en tilpasset versjon av grounded theory (GT) (Charmaz, 1996; Glaser & Strauss, 1967; McLeod, 2001). Siden «oppdagelsen» i 1967 (Glaser & Strauss, 1967), har GT vokst frem som en ofte anvendt metode blant forskere som ønsker å studere et fenomen kvalitativt og i dybden. GT ble utviklet innenfor sosiologien (Glaser og Strauss var begge sosiologer), men har etter hvert blitt tatt i bruk mer generelt innen samfunnsvitenskapene (herunder psykologi) (McLeod, 2001; Rennie, 2000). En av metodens umiddelbare

appeller, er at den tilbyr forskeren et sett med konkrete prosedyrer for gjennomføringen av et kvalitativt forskningsprosjekt fra A til Å – prosedyrer som før formuleringen av GT hadde vært mer implisitte innen den kvalitative forskningen (Charmaz, 1996; Glaser & Strauss, 1967). Formuleringen av GT som en egen metode bidro også til å utfordre synet på kvalitative metoder som usystematiske forløpere til mer «ordentlige» (dvs. kvantitative) måter å undersøke et fenomen på (Charmaz, 1996).

Mer detaljert, kjennetegnes GT av at 1) man stiller brede, åpne forskings spørsmål, 2) datainnsamling og -analyse foregår parallelt og lar seg informere av hverandre gjennom konstant komparativ metode, 3) midlertidige teorier for å forklare funn i data (som igjen kan ha implikasjoner for pkt. 1), 4) kontinuerlig notatskriving om analysen etter hvert som den tar form, 5) teoretisk sampling (fremfor randomisering/stratifisering), altså at informantene velges ut basert på teoretisk interesse og 6) utsatt litteraturgjennomgang. (Charmaz, 1996; Glaser & Strauss, 1967; McLeod, 2001). Gjennom hele prosessen etterstrebes nærhet til data – abstraksjonsnivåene i analysen skal ikke på noe tidspunkt unnlate å være fundert i datamaterialet (jf. *grounded* theory). GT har i så måte nærmest et diametralt motsatt utgangspunkt enn kvantitative metoder – fremfor å teste ut en eksisterende teori eksperimentelt og se hvor godt den passer med data, søker GT å generere teori direkte fra data (Rennie, 2000). Resultatet blir, ideelt sett, «tykke konseptuelle analyser av empiriske problemer og verdener» (Charmaz, 1996, s. 28, min oversettelse).

Med tanke på å studere terapeutisk utfall, vil implikasjonene fra forrige avsnitt bety at fremfor å undersøke om utfall tilsvare for eksempel endringer i pasienters svar på et spørreskjema før/etter terapi, begynner man i motsatt ende og oppsøker det man anser som et teoretisk sett interessant utvalg (f.eks. tidligere pasienter) for å besvare spørsmålet om hvordan terapeutisk utfall kan se ut. Gitt hva den foreliggende studien ønsker å studere (terapeutisk utfall i form av hvilke endringer tidligere terapi-pasienter opplever etter 3 år), fremstår GT som en egnet metode til nettopp dette formålet.

## 2.2 Verdi og generaliserbarhet av kvalitative funn

Kvalitativ forskning befatter seg først og fremst med egenskapene til et fenomen – ikke mengden av disse (Langdridge, 2006). Man søker å beskrive kvaliteter ved det man undersøker (jf. «kvalitativ») fremfor å forsøke å etablere kausalforhold mellom ulike variabler (McLeod, 2001). For å fange mangfoldet i et fenomen i så stor bredde og dybde som mulig (jf. «tykke» beskrivelser), er kvalitative studier ofte naturalistiske (Langdridge, 2006). Gjennom dette unngår man å måtte foreta «byttehandelen» som ble beskrevet i innledningen, der overgangen til kvantitative metoder (og dertil tilhørende statistisk kontroll) innebærer en reduksjon av kompleksitet i data (Ogles, 2013). Samtidig fører det til at kunnskapen som genereres av denne type forskning i langt større grad er kontekstualisert, altså et produkt av alle omstendighetene det opprinnelige fenomenet utspant seg under og forståelseshorizonten til forskeren som studerte det. Dette har ført til innvendinger om at denne typen kunnskap ikke er like verdifull/nyttig som ikke-kontekstualisert kunnskap, og at man kan ikke generalisere kvalitative funn/kunnskap i like stor grad som kontekstuavhengig kunnskap (Flyvbjerg, 2006).

Bent Flyvbjerg tar for seg disse innvendingene (og flere til) i sin artikkel «Five misunderstandings about case-study research» fra 2006. Flyvbjerg skriver om kausstudier, men poengene hans er like relevante for enhver vitenskapelig metode som genererer kontekstualisert kunnskap (f.eks. grounded theory). Som tittelen på artikkelen hans indikerer, mener Flyvbjerg at innvendingene vedrørende verdi og generaliserbarhet av kontekstualisert kunnskap er basert på misforståelser. Han argumenterer for at praktisk, kontekstualisert kunnskap er helt sentralt i menneskelig læring, og at det er dette som tillater oss å bevege oss fra å være regelbundne noviser til eksperter på et felt. Et av kjennetegnene ved ekspertise (uavhengig av fagområde), er inngående kjennskap til en lang rekke konkrete (kontekstualiserte) eksempler på kunnskap innenfor sitt felt, samt fleksibel bruk av denne kunnskapen i møte med nye tilfeller (Ericsson & Lehmann, 1996). En metafor til dette, vil være musikeren som går fra å nitidig øve inn musikkstykker fra noter (kontekstualisert kunnskap) til å etter hvert, gjennom sin akkumulerte kunnskap av musikk, kunne kombinere større eller mindre elementer av disse for å skape ny, vakker musikk. Han står fritt til å improvisere, takket være sin forståelse av *fenomenet* musikk. Mange av tekstene til den seneste

mottakeren av Nobelprisen i litteratur, Bob Dylan, har blitt karakterisert på en liknende måte (Børdahl, 2007): Ved å parafasere og delvis sitere tidligere poeter og musikere (kontekstualisert kunnskap), trer et nytt og kreativt produkt fram.

For å overføre dette til utfallsforskningen, vil konkrete (dvs. kontekstualiserte) representative eksempler på godt utfall kunne være av potensielt stor verdi for forskere og klinikere som søker å maksimere nyttepotensialet av terapi. Selv om ikke alle aspekter ved et konkret (kontekstualisert) eksempel vil passe i en annen kontekst, vil allikevel kjennskapen til et tilstrekkelig antall eksempler på variasjoner over det samme fenomenet (godt utfall) gjøre en kliniker i stand til å vite hva som kan utgjøre et godt utfall i akkurat *dette* tilfellet (McLeod, 2015). Vedkommende vil ha en tydeligere idé om et mulig mål for behandlingen, og står dermed også sterkere når det kommer til å skulle velge en effektiv metode for å nå dette målet.

Kontekstualisert kunnskap generert gjennom kvalitative forskningsstudier kan dermed generaliseres i form av hvordan den bidrar til vår forståelse av et fenomen (Flyvbjerg, 2006). I denne sammenheng, påpeker Flyvbjerg at formell generalisering av funn i positivistisk, naturvitenskapelig forstand basert på store utvalg, randomisering og stratifisering av disse (altså en de-kontekstualisering av kunnskapen), bare er én måte å generalisere kunnskap på: «At kunnskap ikke kan generaliseres formelt [dvs. naturvitenskapelig], betyr ikke at den ikke kan inngå i den kollektive prosessen for å akkumulere kunnskap innen et gitt felt eller i samfunnet» (s. 227, min oversettelse).

Denne måten å generalisere kunnskap på, har implikasjoner for hva slags utvalg man velger å benytte seg av. Den viktigste faktoren for generalisering av kvalitative funn er ikke utvalgsstørrelse eller hvorvidt utvalget representerer et tverrsnitt av befolkningen generelt, men hvor representativt det er for fenomenet man søker å forstå (Flyvbjerg, 2006; McLeod, 2001; Oddli, 2012). Dette reflekteres også i prinsippene for grounded theory (Glaser & Strauss, 1967; McLeod, 2001) i form punktet om teoretisk sampling (se s. 11). Man velger seg et teoretisk interessant utvalg for å belyse et bestemt fenomen og øke vår forståelse av dette. Å studere terapeutisk utfall ved å undersøke tidligere pasienters opplevelse av endring, fremstår dermed som relevant for å øke vår forståelse av hva terapeutisk utfall kan innebære.

## 2.3 Gjennomføring/prosedyre

### 2.3.1 Datainnsamling

#### POET-prosjektet

Datamaterialet i dette prosjektet er hentet fra en større, pågående prosess-utfallsstudie ved psykologisk institutt ved Universitetet, «An intensive process-outcome study of the interpersonal aspects of psychotherapy» (Rønnestad, von der Lippe, Axelsen, Wampold, & Greenberg, 2009). Denne studien benytter seg av flere kvantitative prosess- og utfallsmål for å dokumentere terapeutisk prosess og –endring, samt oppfølgingsdata av pasienter inntil 4 år etter avsluttet behandling. Semistrukturerte intervjuer av terapeuter og pasienter ble utført ved avslutning av behandling, samt på nytt etter 3-4 år, men da kun av pasientene. Prosjektet er også kjent for sitt utvalg av ekspertterapeuter som ble studert i en naturalistisk setting (Ekroll & Rønnestad, 2016). Samtlige pasienter har gitt informert samtykke til deltakelse i studien, og eventuelle personlige detaljer har blitt anonymisert. Prosjektet er godkjent av regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

#### Semi-strukturerte intervjuer

Datamaterialet som benyttes i den foreliggende studien, har sitt utspring i de semi-strukturerte intervjuene som ble gjennomført med pasientene ca 3 år etter at de hadde avsluttet behandlingen. Intervjuene ble gjennomført av en ekstern intervjuer som ikke kjente pasientene og sakene deres på forhånd. Intervjuguiden (se Vedlegg 1) var utviklet av forskningsgruppen i det overgripende forskningsprosjektet og hadde til hensikt å kartlegge erfaringer fra tre epoker av pasientenes liv: 1) Tiden før/under terapi, 2) tiden som hadde gått fra terapien og frem til intervjuet, og 3) situasjonen ved intervjutidspunktet. Hensikten var å få et bilde av hvordan pasientene konseptualiserte erfaringene sine av å ha gått i terapi, hva de opplevde som hjelpsomt (eller ikke) med terapien, samt hvilke endringer de opplevde i etterkant (utfall). Spørsmålene i intervjuet var utformet på en måte som skulle gjøre dem åpne nok til å resultere i «tykke» beskrivelser fra informantene egnet for kvalitative analyser (Charmaz, 1996), samtidig



som de aktuelle interesseområdene/tidsepokene ble dekket. Det ble gjort lydopptak av intervjuene.

Gitt denne studiens post hoc-natur, lot det seg ikke gjøre å oppfylle prinsippet i grounded theory om simultan innhenting og analyse av data gjennom konstant komparativ metode (Charmaz, 1996; Glaser & Strauss, 1967). Rennie (2000) påpeker at det ikke anses som god praksis innenfor grounded theory å overlate det til andre å samle inn materialet som skal analyseres.

### **2.3.2 Informanter**

Utvalget i den foreliggende studien bestod av 6 informanter valgt ut fra den større pasientpopulasjonen i det overgripende forskningsprosjektet. Denne bestod av et variert spekter av pasienter med mange forskjellige patologier og plager (inkludert en viss andel personlighetsforstyrrelser). Eksklusjonskriterier var en kjent rusdiagnose eller nevropsykologisk skade, psykose og alder under 18 år (se Rønnestad et al., 2009 for ytterligere detaljer).

Informantene som utgjorde utvalget i den foreliggende studien ble valgt ut med bakgrunn i å ha oppnådd klinisk relevant endring (se Ogles, 2013) utifra kvantitative utfallsmål (IIP-64; Horowitz et al, 1988, OQ-45; Lambert et al, 1996) , og at denne var opprettholdt ved intervjutidspunktet. Utvalget bestod av 4 kvinner og 2 menn i alderen 36-57 år (ved intervjutidspunktet), hvorav alle var etnisk norske, bosatt i det sentrale Østlandsområdet og ble behandlet i privat praksis av 5 forskjellige terapeuter. Av disse var én utdannet psykiater og de andre fire som psykologer. Terapiforløpene hadde en varighet på mellom 12 og 89 timer.

Gitt denne studiens kvalitative, eksplorerende natur, ble ikke behandlingsform (f.eks. kognitiv vs. dynamisk terapi), eventuelle diagnoser eller rapportering av spesifikke plager hos informantene vurdert som relevante i utvelgelsen til den foreliggende studien. Hensikten var å oppnå et utvalg representativt for å studere utfall av terapi i bred forstand – både med tanke på hvilket utgangspunkt informantene hadde før terapi og hva slags type behandling de mottok.

### 2.3.3 Prosess/analyse

Datamaterialet ble bearbeidet/analysert ved først å transkribere lydfilene fra de semi-strukturerte intervjuene i sin helhet (ikke bare delene som omhandlet opplevd endring). Transkripter av intervjuene var tilgjengelig fra før, men jeg valgte å gjøre denne jobben på nytt i et forsøk på å veie opp for noe av tapet ved å ikke samle inn data selv (noe som hadde vært mer i tråd med prinsippene for grounded theory, se s. 11). Rennie (2000) påpeker at gjennom å transkribere datamaterialet selv bidrar til å etablere og utdype forskerens forståelse av teksten som helhet. Dette kan anses å være et første skritt på veien analysen av datamaterialet, blant annet gjennom å etablere en hermeneutisk sirkel der forståelsen av mindre meningsenheter i senere koding (se under) også resonnerer med helheten og vice versa (Rennie, 2000).

De ferdige transkriptene ble deretter kodet linje for linje. Eksempler på dette arbeidet ble vist til- og diskutert med veileder for denne oppgaven (som har omfattende erfaring med bruk av grounded theory-metodikk i vitenskapelig publisering). I tråd med prinsippene i grounded theory, holdt disse kodene seg tett opptil data, og (tidvis premature) antakelser og hypoteser om datamaterialet ble dokumentert i form av løpende notatføring, men forsøkt lagt til side for å ikke låse tolkningen til en fast struktur på et for tidlig tidspunkt.

Underveis i denne prosessen ble forskningsspørsmålet modifisert noe i samråd veileder: Den opprinnelige idéen var å undersøke «tidligere pasienters opplevelse av *bedring*» (dvs. godt utfall), noe som reflekteres i utvalgskriteriene (bedring utifra kvantitative utfallsmål). For å bedre kunne fange opp og analysere bredden i materialet fra informantene, ble forskningsspørsmålet underveis åpnet noe mer opp til å omhandle «tidligere pasienters opplevelse av *endring*».

I den videre bearbeidingen av materialet, ble kodene fra intervjuet av hver informant sammenliknet både innad- og på tvers av informantene, og deretter forsøkt samlet i kategorier basert på konseptuell likhet på et høyere abstraksjonsnivå. Ifølge prinsippene for grounded theory (Charmaz, 1996; Glaser & Strauss, 1967), skal man på dette tidspunktet gå tilbake og innhente mer data inntil man oppnår metning i materialet. Dette innebærer at selv om man innhenter mer data fra flere informanter, resulterer ikke dette i meningsenheter og koder som ikke omfattes av allerede eksisterende

kategorier. På grunn av denne studiens post hoc natur og utvalgsstørrelse, oppnådde ikke jeg ikke metning i min analyse. Derimot ble flere ulike kategorier og organiseringer forsøkt før den endelige strukturen ble avgjort. For eksempel ble det på et tidspunkt forsøkt å etablere en hovedkategori (se McLeod, 2001) som søkte å romme samtlige av de andre kategoriene i analysen, men denne strukturen ble senere forlatt da den viste seg å ikke være tilstrekkelig i overensstemmelse med datamaterialet. Hele denne prosessen forløp med innspill fra veileder, helt til jeg endte opp med en kategoristruktur som fanget opp majoriteten av kodene i materialet på en meningsfylt måte. Etter at analysen av datamaterialet var ferdigstilt, ble det foretatt en litteraturgjennomgang av feltet, og funnene fra den foreliggende studien diskutert i lys av disse. En slik utsatt gjennomgang av litteraturen er også i tråd med prinsippene for grounded theory (Charmaz, 1996).

Til sist kan det nevnes at forfatteren av denne studien/oppgaven er avgangstudent ved profesjonsstudiet i psykologi ved Universitetet i Oslo. Jeg har ingen tidligere erfaring med å gjennomføre kvalitative forskningstudier, annet enn et teoretisk innføringskurs i kvalitativ metode for drøyt 3 år siden. Jeg har gjennomført min internpraksis ved klinikk for dynamisk terapi, men anser meg selv for å være integrativt orientert. Jeg anerkjenner at selv om subjektive preferanser, perspektiver og biaser har blitt forsøkt lagt til side, kan man nok aldri kan lykkes fullstendig med dette. Resultatene i denne studien er i så måte bare én av flere mulige tolkninger av dette datamaterialet.

## 3 Resultater

Analysen endte opp med fire hovedkategorier som på hvert sitt vis belyste hvordan informantene opplevde endring ved intervjutidspunktet. Ubehaget informantene hadde opplevd før behandlingen var helt eller delvis fraværende ved intervjutidspunktet, og de opprinnelige problemene informantene hadde strevd med virket fjerne (eller til og med fremmede). Informantene beskrev en økt grad av trygghet og en opplevelse eller følelse av ro, samt at de forholdt seg annerledes til andre mennesker. De brukte også en del tid på å skildre livshendelser og –omstendigheter («det levde liv»).

### 3.1 Fra kaos til ro: Da vs. nå

*«Ja, sånn helt konkret så er det jo det at en kunne stå i dusjen og kjenne at du ikke er så ansent at du- Bare det å vite at armene henger slapt ned på sida og at det er en ro i kroppen. At jeg merka jo at den roa kom.» (informant nr. 4)*

Informantene beskrev ofte endring som en bevegelse fra kaos til ro. Dette gjorde de ved å skildre situasjonen sin før/under terapi, for å så sammenlikne denne med situasjonen ved intervjutidspunktet. Samtlige informanter ga bilder eller beskrivelser av situasjonen sin før/under terapi som uhåndterlig eller kaotisk. Dette kunne referere til ytre omstendigheter (for eksempel somatisk sykdom, dødsfall, samlivsbrudd), selvtilstander (være fylt av uforståelige, uvelkomne tanker eller følelser) eller begge deler samtidig (innvendig kaos som en respons på utvendig kaos). Felles for disse beskrivelsene var en subjektiv opplevelse av manglende evne til nødvendig håndtering av situasjonene de var stilt overfor. Muligheten for kontroll og forutsigbarhet opplevdes som liten eller ikke tilstede. Det var ubehaget dette scenariet genererte som i sin tid drev informantene til å oppsøke hjelp. Ved intervjutidspunktet var dette ubehaget langt på vei fraværende. Detaljene i informantenes historier varierte, men alle benyttet seg av denne måten å fremstille endring på: Noe hadde opplevdes som uhåndterbart, kaotisk og ubehagelig før/under terapien, mens ved intervjutidspunktet var ikke dette lenger tilfelle. Et eksempel:

«Jeg var kjemperedd for at han [eksmannen] skulle komme inn og sette seg ved siden av meg, for det hadde vært så typisk ham og gjort. På en måte en sånn innvadering,[...]men nå er det sånn at jeg ikke lenger har noe angst, eller mange ganger tenker jeg ikke på det en gang. Hvis jeg tar trikken så spiller det ikke noen rolle, altså det..det har liksom lagt seg.» (informant nr. 6)

For denne informanten, hadde redselen for å treffe på eksmannen vært en aktiv, negativ tilstedeværelse i livet hennes. Som det fremgår av sitatet, var ikke dette lenger tilfelle ved intervjuetidspunktet. En annen beskrev situasjonen sin i mer generelle ordelag, men på samme komparative vis:

«Og jeg ble kasta ut i en tilværelse fra å.. En tilværelse som hadde vært sånn mer eller mindre en rett strek, til en tilværelse med veldig mye topper og bunner[...]Og etter det så føler jeg vel at ting sakte men sikkert har falt på plass brikke for brikke.» (informant nr. 3)

Informantenes *opplevelse* av at ubehaget forsvant, kunne arte seg som en følelse av ro eller av å være roligere enn før terapien. Noe som hadde plaget dem, ga slipp, og de kunne slappe av. Det innledningsvise sitatet til denne kategorien er et eksempel på dette. For en av de andre informantene, var den adferdsmessige komponenten av ro viktigere. For ham hadde temperamentet vært en del av det opprinnelige problemet:

«Ja, jeg har det bedre. Jeg er roligere [...] Jeg merker at jeg ikke blir så fort sint. Tåler det mye bedre. Tåler at det er sånn det skal være, holdt jeg på å si. Det er sånn livet skal være, at det er litt... Hva skal jeg si da? Jeg har en annen kontroll på temperamentet. Hvis jeg kan si det, da.» (informant nr. 1)

## **3.2 Livshendelser og -omstendigheter: Det levde liv**

«Jo, på mange områder så går det mye bedre. Fordi at blant annet så, eh, har jeg fått en kjæreste som- Og vi bor sammen. Og det har vært veldig godt for meg å møte ham og måtte være sammen med ham.» (informant nr. 6)

Livshendelser og –omstendigheter bidro også i stor grad til informantenes fravær av ubehag ved intervju tidspunktet. Alle informantene hadde foretatt større endringer i livene sine og/eller opplevd forandringer de selv ikke hadde initiert. Eksempler på større forandringer var å komme i jobb, bytte jobb, kjøpe hus, få barn, bli samboer, gifte seg, oppleve samlivsbrudd og/eller innlede et nytt forhold. Samtlige av de foregående eksemplene ble trukket frem som noe som utgjorde en positiv forskjell for informantenes situasjon ved intervju tidspunktet. I majoriteten av disse tilfellene, hadde informantene initiert forandringen selv, men de tilskrev i liten grad motivasjonen sin for å gjøre dette til terapien. Én av informantene trakk for eksempel fram å bytte fagfelt/jobb som en positiv endring i livet sitt ved intervju tidspunktet, men svarte slik på spørsmål om terapien hadde vært med å påvirke denne beslutningen:

*«Eh... Jaa, kanskje litt? Vi snakket vel littegrann om det, tror jeg. Men... ja... Jeg vet ikke om vi..det er mulig vi snakket littegrann om det, det husker jeg faktisk ikke helt.»* (informant nr. 5)

En annen informant som hadde gjort det samme, gikk så langt som til å avkrefte det samme spørsmålet eksplisitt:

*I: Men det var ikke ting dere jobbet med i terapien som gjorde at du valgte å bytte roller sånn?*

*K: Nei, det óg falt naturlig.* (informant nr. 1)

Kun én av informantene var tydelig på at det var terapien og endringene denne forårsaket som var hovedårsaken til at hun hadde det bedre ved intervju tidspunktet. Hun trakk også frem livshendelser (for eksempel at hun hadde kommet seg ut i jobb) som betydningsfulle for situasjonen sin ved intervju tidspunktet, men hun satte disse i sammenheng med terapien: Det var takket være forandringene *i henne* (primært at hun var kvitt mye av angstsymptomene hun tidligere var plaget med) at hun i dag var i stand til å være i jobb.

Også livshendelser og –omstendigheter som informantene *ikke* hadde intiert (eller kunne kontrollere) kunne bidra positivt til situasjonen deres ved intervjudtidspunktet. For eksempel trakk en av informantene frem det at barna hans hadde blitt eldre som medvirkende til at han ikke opplevde de samme problemene (å bli for sint) ved intervjudtidspunktet som da han oppsøkte terapi.

Livshendelser og –omstendigheter trengte heller ikke å være direkte knyttet til informantenes opprinnelige problem for å utgjøre en positiv forskjell ved intervjudtidspunktet. For eksempel trakk to informantene frem å ha innledet et nytt forhold som noe som bidro positivt til situasjonen deres ved intervjudtidspunktet. Ingen av disse beskrev savnet av en partner som en del av årsakene til at de oppsøkte terapi, og de attribuerte ikke det faktum at de nå hadde en til terapien på noe vis.

Et annet aspekt ved hvordan informantene snakket om livshendelser og –omstendigheter, var hvilken rolle de tilskrev disse. Informantene omtalte livshendelser og -omstendigheter både som et uttrykk *for* endring og/eller medvirkende *til* dette. Ofte spesifiserte de ikke hvilken betydning de tilla en gitt hendelse, og det fremstod derfor ofte som uklart hvorvidt informantene omtalte noe som en *årsak* til at de hadde det bedre ved intervjudtidspunktet, eller om det var et *uttrykk for* dette. Det innledningsvise sitatet til denne kategorien er et eksempel på dette. Denne sammenblandingen lot til å forvirre informantene i deres forsøk på å attribuere årsaker til endringene de opplevde ved intervjudtidspunktet, noe denne informanten uttrykte tydelig:

*«Altså kan vi si – er det etter terapi? Eller er det fordi jeg har skifta litt jobb? Og rolle på jobb? Eller er det at jeg har blitt eldre? Ikkesant, jeg velger å tro at det er en kombinasjon, da. Sånn jeg ser det nå.»* (informant nr. 1)

Livshendelser og –omstendigheter lot med andre ord til å være nært knyttet til hvordan informantene opplevde endring ved intervjudtidspunktet, men kunne virke inn på denne opplevelsen helt uavhengig av terapien. Slik informantene uttrykte det, var altså situasjonen deres ved intervjudtidspunktet, «det levde liv», påvirket både av erfaringer fra terapi, *men også av seg selv*.

## 3.3 Trygghet

En annen måte informantene opplevde endring på ved intervjutidspunktet, var i form av en økt følelse av trygghet på et eller flere områder. Alle informantene ga beskrivelser som var forenlig med dette. Overordnet sett handlet økt trygghet om å bli klar over at noe de fryktet ikke kom til å inntreffe, eller at sannsynligheten for det var vesentlig mindre enn fryktet. Denne erkjennelsen kunne komme som en følge av *innsikt* (å endre syn på noe eksisterende), og/eller av å videreutvikle eller tilegne seg *ferdigheter* (og gjennom disse være i stand til å påvirke resultatet av en gitt situasjon i ønsket retning). Verken innsikt eller å videreutvikle/tilegne seg ferdigheter var eksklusivt knyttet til terapi; begge deler kunne oppnås gjennom terapi og/eller det levde liv.

Økt trygghet kom til uttrykk på tre områder:

### 3.3.1 Å være trygg på egen verdi

Tre av informantene snakket eksplisitt om at de følte seg tryggere på at de var verdifulle som mennesker ved intervjutidspunktet, til tross for at de var overbevist om (eller fryktet) det motsatte da terapien startet. Én av informantene omtalte dette som at han hadde hatt «negative vrangforestillinger» om seg selv før/under terapien. To av informantene beskrev denne endringen på følgende vis:

*«Jeg har liksom innsett at OK, selv om jeg føler meg helt forferdelig og er kjempelei meg, så klarer jeg å huske på at "Ja, men jeg er en verdifull person allikevel!"»*  
(informant nr. 2)

*«Og også det med å ha større tro på meg sjøl, en større trygghet i forhold til at jeg faktisk er verdt noe. Det óg har jeg nok blitt mer bevisst på. Eller ikke bare "nok", det har jeg helt sikkert blitt mer bevisst på utifra det som han... klarte å overbevise meg om.»* (informant nr. 3)

Begge disse sitatene indikerer at informantene følte seg tryggere på sin verdi som menneske (økt egenverd) ved intervjutidspunktet. For informanten som ytret det øverste sitatet, var økt egenverd noe hun klarte å kjenne på *til tross for* at hun fremdeles



kunne ha det vanskelig. Hun var trygg på sin egen verdi selv under krevende omstendigheter.

Informantene som fremhevet økt egenverd som en endring ved intervjutidspunktet, knyttet denne forandringen til å endre syn på seg selv. Dette kom blant annet til syne i de to foregående sitatene, hvor informantene omtaler å ha «innsett» noe, eller å bli «overbevist». Andre eksempler på begreper informantene brukte for å omtale en slik prosess var «bevisstgjøring», «se ting på en annen måte» eller å «se det litt utenfra». Felles for disse, var at alle ga inntrykk av at det dreide seg om en aktiv prosess drevet frem av enten terapi og/eller andre erfaringer. En av informantene trakk for eksempel frem det å få barn som svært viktig for sin økte selvfølelse i tillegg til å ha gått i terapi.

Å endre syn på seg selv på denne måten ble heller ikke uttrykt som noe statisk eller endelig – det var en pågående prosess som informantene fortsatte å gjøre på egenhånd etter at de hadde avsluttet terapien:

*«Men jeg prøver jo hele tida å bevisstgjøre meg selv. Noen ganger så føler jeg at jeg får det til, og andre ganger så butter det.» (informant nr. 3)*

*«Det er snakk om at jeg tar med meg videre det jeg har lært og bruker det videre og jobber med meg selv fordi..altså jeg tror aldri at hvis du har fått...etablert, da, gjennom mange år gjennom barndommen din ganske mye sånn... bestemte meninger og stemmer, som du hører, nærmest, som forteller deg noe om deg selv og hvordan du vurderer deg selv og er veldig selvkritisk, så kan det jo aldri..du blir aldri ferdig med å motsi og jobbe mot det, da. (informant nr. 2)*

Informantene følte altså økt trygget gjennom innsikt, men de hadde også ervervet evnen til å selv oppnå denne innsikten gjennom å bevisstgjøre seg selv. Dette kan beskrives som en form for mestring, et annet sentralt aspekt ved informantenes opplevelse av trygghet ved intervjutidspunktet (se neste seksjon).

### 3.3.2 Å være trygg på egne mestringsevner/egen styrke.

Trygghet kunne også innebære å føle seg sikrere på sin egen evne til å mestre noe knyttet til deres opprinnelige problem. Alle informantene ga ved intervjutidspunktet beskrivelser av seg selv og sin situasjon som tydet på en økt tiltro til egen evne til å håndtere utfordringer dersom de oppstod. Disse beskrivelsene var forenlige med begreper som «mestring» eller «kontroll». Dette kom først og fremst til uttrykk gjennom at flere av informantene omtalte seg selv som sterkere ved intervjutidspunktet enn før/under terapien:

*«Du kan si at terapien, eh... (stopper opp) gjorde meg nok sterkere på mange måter. Sånn det å gjennomleve det her som jeg fortalte om. Det å gjennomleve det og komme gjennom det og finne løsninger som, eh, ikke var kanskje bra for alle, men som var nødvendige løsninger fordi...fordi at jeg i hvert fall skulle kunne fungere.»*  
(informant nr. 6)

*«Jo, fordi da [etter terapien] visste jeg at nå er jeg faktisk så mye sterkere»*  
(informant nr. 4)

Andre beskrivelser informantene ga av å føle seg sterkere og mer mestrende ved intervjutidspunktet kunne tolkes i retning av en økt følelse av egenverd. Å føle seg sterk lå i så måte i grenselandet mellom trygghet på egen verdi og trygghet på egen mestring. Dette kom tydeligst til uttrykk hos denne informanten:

*«[...]det tok så lang tid, men endelig så gikk det opp for meg at "Ja, men jeg er jo ikke svak! Jeg er jo veldig sterk som har greid meg gjennom dette her!" Selv om jeg er en sensitiv person, da, og er sårbar og har opplevd mye forferdelig så har jeg likevel klart å komme meg gjennom det, da. Sånne små erkjennelser som det der var veldig verdifulle, da.»* (informant nr. 2)

De foregående sitatene indikerer et endret syn på noe ved seg selv. Informantene opplevde seg selv som sterkere enn tidligere, og dermed mer robuste til å møte livets

utfordringer. Å endre syn på selve *problemet* kunne også bidra til en økt følelse av mestring:

*K: [...]Forestillinga jeg hadde om at jeg ble gæren, kan du si, den fikk han [terapeuten] skala av meg, altså! (ler)*

[...]

*I: Ja, så det blir ikke så skummelt, liksom?*

*K: Nei! Nei, det er rett og slett sånn at jeg går ikke helt liksom ned i den derre greia der. Jeg tenker at "OK, nå kjenner jeg det litt i kroppen min, men hva så liksom? Det går over igjen." (informant nr. 4)*

I dette tilfellet ble informantens angstsymptomer mer håndterlige fordi hun fikk avkreftet en negativ antakelse hun tidligere hadde hatt (at hun var i ferd med å bli «gæren»).

Større trygghet på egen mestring kunne også oppnås ved å videreutvikle eller tilegne seg ferdigheter. Fire av informantene rapporterte eksplisitt å ha tilegnet seg konkrete ferdigheter i terapien som hjalp dem til å mestre situasjoner de før hadde opplevd som uhåndterbare. Hos andre var dette mer implisitt, men felles for disse beskrivelsene var en følelse av å (gjen)vinne kontroll over noe de hadde opplevd som ukontrollerbart. En informant beskrev for eksempel å rollespille en vanskelig situasjon i terapien som nyttig:

*«Det var det jeg ville [avgrense seg overfor en annen person], og det var det jeg visste at jeg aldri kunne greie å si i realiteten. Det måtte jeg øve på. Så vi hadde en del rollespill[...]Og rollespill er for meg veldig nyttig.» (informant nr. 6)*

For en annen informant dreide det seg om å få teknikker fra terapeuten for å kontrollere temperamentet sitt:

*«For det var det jeg var kanskje litt sånn søkende etter, da. Konkrete tips og råd. Hvordan skulle jeg nullstille meg på en måte, da. At jeg måtte skru ned temper og finne noen muligheter til det.» (informant nr. 1)*

### **3.3.3 Å være trygg på at det finnes hjelp å få dersom det trengs**

To av informantene trakk frem selve opplevelsen av å ha blitt hjulpet som noe som bidro til en følelse av trygghet for dem ved intervjutidspunktet. De ga uttrykk for at det var godt å vite at dersom livet skulle oppleves som uhåndterbart igjen, fantes det noe (eller noen) som kunne hjelpe dem:

*«Og så er det også på en måte en sånn trygghet at jeg har vært i terapi, å se at det fungerte i hvert fall for meg. Eller det må det ha gjort, for jeg hadde det i hvert fall veldig mye bedre når...etter at jeg hadde vært der.» (informant nr. 5)*

Relatert til dette, nevnte flere av informantene at det opplevdes som en trygghet at terapeuten hadde gitt dem en mulighet til å komme tilbake dersom det trengtes (selv om ingen hadde benyttet seg av dette). Én av informantene beskrev dette tilbudet som «den siste tryggheten» hun trengte – forsikringen fra terapeuten gjorde at hun følte seg trygg nok til at hun ville prøve sine egne vinger:

*«Jeg prøver og ser hva jeg kan klare, og hvis det skjærer seg så vet jeg at jeg kan ringe og komme tilbake.» (informant nr. 4)*

## **3.4 Interpersonlige virkninger**

Informantene opplevde også endring ved intervjutidspunktet i form av å relatere seg annerledes til andre mennesker. Hvilket område av livet dette gjorde seg gjeldende på, varierte. Det kunne både dreie seg om nære relasjoner (partner, barn) eller mer generelt (venner, kollegaer, andre). Noen opplevde, nærmest til sin egen overraskelse, at de var mer selvhverdende enn før:

«Det vil jeg jo si, for at..det er jo nesten sånn at jeg må venne meg til fortsatt! At jeg var jo veldig sånn snill. Dårlig på å si ifra om ting. Ikke kritisk... bare liksom...litt sånn amøbe. Kan du si. I forhold til å markere seg i omgivelsene. Mens jeg nå tenker i blant "Oi, [informantens navn], du er jammen ikke så snill som du gikk rundt og tenkte!" (ler)

/Nei?

Nei! Kan ha noen kritiske bemerkninger og jeg..jeg er ikke så snill som jeg var.»  
(informant nr. 4)

«For jeg har alltid vært veldig redd for å såre folk og å krenke folk og... Redd for reaksjonene tilbake, ikke minst! Altså hvis du sier noe krasst til noen så hva vil da på en måte skje tilbake? Jeg har vært veldig redd for det. Jeg er ikke så redd for det lenger.» (informant nr. 6)

Andre opplevde å ha fått et bedre forhold til mennesker som stod dem nær, for eksempel partneren eller barna sine:

«Jeg føler det veldig sånn..selv om ikke så mange ting har endret seg, kanskje, i forhold til de tingene, da, [egenskaper ved henne selv som gjorde henne usikker i forholdet til mannen] så føler jeg meg veldig mye sånn tryggere nå.» (informant nr. 5)

«[...]ellers så føler jeg vel også at forholdet til, ja 3 unger, forholdet til dem har også, ehm gradvis bedra seg, føler jeg. Og det óg er jo en sånn faktor i livet som spiller inn positivt. Emm... det er det ingen tvil om.» (informant nr. 3)

Informanten som ytret det siste sitatet satte det bedrede forholdet til barna i sammenheng med andre måter han opplevde endring på:

«Jeg var nok mer aggressiv og oppfarende og sånn tidligere, eh, da ble nok også..ja, jeg er nok helt klart en veldig mye roligere person i dag. Mer avbalansert enn det jeg var den gangen. Det er óg helt sikkert.» (informant nr. 3)

Atter andre opplevde endringen i hvordan de relaterte til andre mennesker først og fremst som å tørre å slippe folk litt mer innpå seg:

*«Ja, men én ting som jeg skal si som jeg glemte som faktisk er viktig, da, som jeg har fått hjelp til, det er jo det å i hvert fall jobbe med å tørre og slippe folk litt mer inn på meg. Altså sånn å slippe folk littegrann mer inn i livet mitt. Og tåle å få litt oppmerksomhet og få litt fokus. For det har jeg jo mislikt helt ekstremt[...]»*  
(informant nr. 2)

I likhet med informanten som virket overrasket over sin egen evne til å være selvhevdende, uttrykte også denne informanten tilsynelatende overraskelse over en slik endring:

*«Altså jeg registrerer, da, (ler) at folk..at folk liker meg og ønsker å være venner med meg og..altså sånn..det har vært litt interessant å observere for meg.»*  
(informant nr. 2)

Alle disse utsagnene indikerer at ved intervju tidspunktet var noe endret i måten informantene relaterte til ett eller flere mennesker i livet sitt. Denne endringen kunne i blant virke overraskende for informantene selv, noe som kan tyde på at den nye måten å relatere til andre på ikke var i overensstemmelse med hvordan de var vant til å se på seg selv.

## 4 Diskusjon

Formålet med denne studien, var å undersøke terapeutisk utfall sett fra tidligere pasienters ståsted, og gjennom dette bidra til å belyse spørsmålet om hva et godt utfall av terapi kan være. Dette bidrar også til å belyse potensielle langtids effekter av å ha gått i psykoterapi, gitt oppfølgingstiden i denne studien. Dette ble gjort ved å undersøke hvordan pasienter som hadde gått i terapi opplevde endring 3 år etter at de hadde avsluttet terapien. Kvalitativ analyse av datamaterialet utifra en tilpasset versjon av grounded theory (Charmaz, 1996; Glaser & Strauss, 1967) resulterte i fire kategorier som alle belyste hvordan informantene opplevde endring ved intervju tidspunktet. Informantene opplevde endring som et fravær av ubehaget som hadde fått dem til å oppsøke terapi. Noe hadde falt til ro i livene deres. Videre opplevde de større trygghet på et eller flere områder av livet sitt. Måten de relaterte til andre mennesker på var også endret – enten i nære relasjoner eller mer generelt. Til sist vektla de også livshendelser og –omstendigheter i stor grad i sin fremstilling av situasjonen sin ved intervju tidspunktet.

Som nevnt i innledningen, har utfallsforskningen ofte konsentrert seg om å forsøke å dokumentere en forbedring i pasientenes symptomer (Hill et al., 2013; McLeod, 2013). Helhetlig sett, er resultatene fra denne studien forenlige med en reduksjon i lidelsestrykk eller ubehag, men dette kunne ikke reduseres til et felles, overgripende mål for alle informantene (for eksempel reduksjon av en gitt type symptomer). Dette er konsistent med tidligere funn på området (se f.eks. Binder, Holgerson & Nilsen, 2010; Göstas, Wiberg & Kjellin, 2012; Kühnlein, 1999; Valkonen et al., 2011) og støtter opp om Hill, Chui & Baumann (2013) sin påstand om at utfall ikke er et one-size-fits-all. Terapeutisk utfall kan med andre Funnene er også i tråd med McLeod (2001, 2013) sitt argument om at kvalitative metoder egner seg til å avdekke forskjellige nyanser i utfall.

Så hvordan passer resultatene fra den foreliggende studien inn i forhold til feltet ellers? Connolly & Strupp (1996) foretok en clusteranalyse av ulike endringer rapportert i et utvalg pasienter (n = 67). Dette var en kvantitativ studie, men den skiller seg ut blant slike ved å ta utgangspunkt i hva pasientene *selv* rapporterte av utfall fremfor forhåndsdefinerte mål. Dette gjør det relevant å sammenlikne deres resultater med mine

– metodiske forskjeller til tross. Connolly og Strupps analyse endte opp med fire cluster: 1) Bedring i symptomer, 2) økt selvforståelse, 3) økt selvtillit og 4) bedre selvdefinisjon (dette viste til endring i form av en tendens til å være mer selvstendig og ha bedre grenser i relasjoner; mine oversettelser). Disse måtene å oppleve endring på er gjenkjennelige i resultatene fra den foreliggende studien. Eksempler på undercluster hos Strupp og Connolly var «økt selvhevdelse», «økt selvstendighet», «bedre i stand til å håndtere problemer», «mer kontroll på livet» og «bedre selvtillitt i relasjoner». Også disse er gjenkjennelige i mine resultater. Andre endringer rapportert i Connolly & Strupps analyse var derimot ikke umiddelbart gjenkjennelige. Eksempler på dette var «i stand til å leve for sin egen del», «bedre søvn» eller «mer i stand til å erkjenne negative sider ved selvet». Gitt forskjellen i utvalgsstørrelse og design, er kanskje ikke dette så overraskende. 67 pasienter rapporterer flere endringer enn 6. En annen viktig forskjell på Connolly & Strupps og den foreliggende studien, var at endringene hos Connolly & Strupp ble rapportert ved behandlingsslutt. De kan i så måte ikke sies å være eksempler på potensielle langtidseffekter av terapi. Men gitt overlappet mellom mange av disse funnene og mine, kan det tyde på at i det minste en del av endringene pasienter rapporterer ved behandlingsslutt opprettholdes over tid.

Av kvalitative utfallsstudier, har den foreliggende studien mest til felles med en studie av Binder, Holgerson og Nielsen (2010). Binder og kollegaer rekrutterte 10 tidligere pasienter gjennom avisannonser hvor de søkte etter mennesker som hadde gått i terapi og opplevde å ha hatt utbytte av dette. Pasientene hadde avsluttet behandlingen for mellom 2 og 17 år siden, og kan i så måte absolutt sies å undersøke potensielle langtidseffekter av terapi (i likhet med denne studien). Funnene deres overlapper i stor grad med resultatene fra den foreliggende studien.

Overordnet, beskriver Binder og kollegaer endring hos sine informanter som et produkt av interaksjon mellom fire ulike endringsfaktorer som til sammen besørget «en progresjon av personlig forvandling fra lidelse til vekst» (s. 292, min oversettelse). Endring opplevdes altså som en bevegelse *fra* noe negativt *til* noe positivt – langt på vei som hos informantene i den foreliggende studien («fra kaos til ro»). De fire interagerende faktorene i Binder og kollegaers studie var: 1) Etablere nye [og bedre] måter å relatere til andre på, 2) redusert symptomatisk stress eller forandringer i



adferdsmønstre som bidro til ubehag, 3) bedre forståelse av seg selv/innsikt og 4) aksept og verditlegnelse av seg selv (mine oversettelser). Samtlige av disse faktorene er gjenkjennelige i resultatene fra den foreliggende studien. Eksempelvis utgjør «bedre forståelse/innsikt» en egen, distinkt kategori i Binder og kollegaers studie, mens dette i den foreliggende studien konseptualiseres som en av prosessene som bidro til økt trygghet. Denne forskjellen er neppe av avgjørende verdi, og kan ha sitt utspring i forskjellig vektning av innsikt som en opplevd endring mellom informantene i min og Binder og kollegaers studie. Alternativt kan den springe ut av et metodisk premiss ved bruk av kvalitative tilnæringer: Forskningsresultater er et konstrukt og avhenger av hvem som analyserer dataene – («øyet som ser»; Hill et al., 2013, McLeod, 2013).

Binder og kollegaer argumenterer videre for at det var *kombinasjonen* av faktorene over som utgjorde det opplevelsesmessige sluttproduktet av endring for informantene i deres studie (selv om hver av disse faktorene også var viktige i seg selv). Helheten kunne i så måte sies å være større enn summen av delene. Binder og kollegaer omtaler dette som «en positiv sirkel av terapeutisk forandring» (s. 292, min oversettelse). (Gitt dennes selvforsterkende natur, hadde kanskje «spiral» vært mer beskrivende enn «sirkel»). For eksempel påpeker Binder & co hvordan symptomatiske, relasjonelle eller emosjonelle forandringer som informantene deres rapporterte om var uløselig knyttet til *innsikt*: «For å komme i posisjon til å prøve noe nytt, må du også forstå [det aktuelle fenomenet] og gi mening til det på en ny måte.» (s. 292, min oversettelse).

En slik helhetlig opplevelse av endring som et produkt av forskjellige, delvis selvstendige endringer som gjensidig påvirker og forsterker hverandre, stemmer godt overens med informantenes beskrivelser i den foreliggende studien. Eksempelvis er det vanskelig å se for seg at flere av de interpersonlige endringene informantene rapporterte om ville finne sted uten at de samtidig opplevde en større grad av trygghet. Hvor skal du finne styrken til å være selvhevdende uten å samtidig være trygg på 1) din egen evne til å mestre dette og 2) din egen verdi og din *rett* til å avgrense deg overfor andre? Informantenes beskrivelser tydet på at disse tingene hang sammen, men det varierte hvorvidt de var klar over dette selv eller ikke. At enkelte av informantene virket overrasket over noen av endringene de rapporterte, kan tyde på at de ikke forstod hvorfor de for eksempel hadde blitt mer selvhevdende («mindre hyggelig» i deres ord).

De satte ikke dette i sammenheng med for eksempel økt trygghet eller endret selvilde. Andre satte i større grad endringer på ett område i sammenheng med endringer på et annet.

At endringene informantene rapporterte om var så tett sammenvevde gjorde analysen av datamaterialet tidkrevende og tidvis frustrerende. Utifra informantenes beskrivelser, var det ikke nødvendigvis klart hva som var en opplevd endring og hva som var en mekanisme som *førte til* endring. I blant kunne det virke som at «alt henger sammen med alt, og kommer av alt og ingenting». Denne uklarheten kan være et uttrykk for en forvirring hos informantene med tanke på hvordan de forklarte/attribuerte endringene de opplevde for seg selv. Denne forvirringen finner vi igjen i mye av utfallsforskningen, noe som ble tydelig påpekt av Doss (2004). Doss tar til orde for en tredelt modell for å kategorisere og beskrive terapeutisk utfall og prosess, bestående av 1) endringsprosesser, 2) endringsmekanismer og 3) utfall. Endringsprosesser er ting direkte knyttet til terapien, enten i form av hva som foregår i timene, eller som en direkte konsekvens av disse (for eksempel lekser). Disse forveksles ikke så lett med ulike former for utfall. Endringsmekanismer, derimot, kan være mer tvetydige. Dette betegner generaliserte, selvdrevne ferdigheter i pasienten som har sitt utspring i terapien, men som vedkommende benytter seg av videre på egenhånd. Utfall vil være konsekvensene dette fører til i livet til pasienten.

I Doss' modell vil for eksempel «innsikt», som omtales som en form for utfall i Binder og kollegaers (2010) studie, regnes som en endringsmekanisme. Økt innsikt får ofte konsekvenser i form av endret adferd, som igjen kan avstedkomme nye erfaringer (for eksempel i form av andre responser fra omgivelsene), noe som igjen avstedkommer ny innsikt, etc. Summen av dette blir (ideelt sett) et mer fleksibelt, veltilpasset individ i stand til å møte livets utfordringer etter hvert som de oppstår. Denne helheten vil i så fall korrespondere til utfall i henhold til Doss' (2004) rammeverk. En slik prosess illustreres tydelig av informant nr. 3 gjennom resultatdelen: Han fortalte at terapien gjorde ham mer bevisst på en rekke ting (en prosess han etterstreber å videreføre på egenhånd). Dette gjorde ham roligere og mindre aggressiv (endret adferd), noe som igjen gjorde at han fikk et bedre forhold til barna sine (endret respons fra omgivelsene; bedre interpersonlige forhold). Denne informanten var kanskje det tydeligste

eksempelet på en slik prosess, men liknende tendenser var å finne i alle informantenes historier. Godt utfall kan i så måte beskrives som en positiv spiralbevegelse, hvis motsats (lidelse/patologi) blir en *negativ* spiralbevegelse. En slik forståelse av psykiske plager og deres motsats har også blitt beskrevet fra andre hold (se f.eks. Garland et al., 2010).

I diskusjonen av sine funn, påpeker Binder og kollegaer (2010) også hvor tett sammenvevd informantenes rapporterte endringer var med livene deres generelt. Dette stemmer godt overens med den foreliggende studien, hvor informantene vektla «det levde liv» i en slik grad at det fikk utgjøre en egen kategori i analysen. Denne tendensen finner vi også igjen i en annet kvalitativ utfallsstudie av Göstas, Wiberg & Kjellin (2012). Göstas og kollegaer opphevet «det levde liv» til den overordnede arenaen for endring i sin studie. Dette reflekteres allerede i hovedtittelen på artikkelen deres: «Increased participation in the life context».

Informantene til Göstas og kollegaer (2012) fremstilte også endring i et da-nå-perspektiv, og beskrev de opprinnelige problemene sine som altoppslukende. Dette gjorde informantene selvsentrerte, problemfokuserte og frakoblet fra livene sine. Etter terapien hadde dette forandret seg gjennom 1) mer balanserte følelser takket være økt forståelse (og gjennom forståelse, mulighet til å påvirke dem), 2) tilgang på kognitive ressurser i form av å kunne tenke fleksibelt og konstruktivt rundt temaer som egen verdi og fremtidsutsikter, og 3) mulighet til å tilpasse egen adferd til omgivelsenes krav.

Med et mulig unntak av den første av disse tre formene for endring, er samtlige av disse aspektene gjenkjennelige i resultatene fra denne studien. I likhet med både den foreliggende og Binder og kollegaers (2010) studie, interagerer også endringene i Göstas og kollegaers studie med hverandre på en måte som til slutt «befridde» informantene fra sin selvsentrerte, problemfokuserte pre-terapeutiske tilværelse. Etter terapien stod de fritt til å leve livene sine slik de ville. Dette stemmer godt med Garland og kollegaers (2010) beskrivelse av psykisk helse og uhelse som positive og negative spiraler: «Mens nedadgående [negative] spiraler fører til et innsnevret selvfokus og rigid eller stereotyp adferd, fører oppadgående [positive] spiraler til økt åpenhet mot andre mer spontan

eller utforskende aktivitet. Oppadgående spiraler er dermed åpnere, mer permeable, mer fleksible og sosiale enn nedadgående spiraler.» (s. 851, min oversettelse).

En slik måte å forstå endring på kan være med på å forklare hvorfor informantene i den foreliggende studien viet så mye oppmerksomhet til å beskrive livshendelser og – omstendigheter: Tre år etter at de var ferdige i terapi, hadde de lagt problemene bak seg og var travelt opptatt med å leve livene sine. De praktiske, hverdagslige konsekvensene av terapien kunne i så måte fremstå som viktigere for informantene enn refleksjon rundt eventuelle intrapsykiske fornemmelser av endring. Dette kan også være med på å forklare den høye andelen uforklart varians i mange utfallsstudier – varians som Wampold (2010) sier i realiteten er pasientvariabler. Lambert (1992, gjengitt i Lambert, 2013) anslår at 40 % av variansen i utfall gjennomgående er uforklart (eller skyldes «client/life») i utfallsforskningen. All den stund terapi søker å hjelpe mennesker til å mestre livene sine på en bedre måte, er det kanskje ikke så rart at mange eventuelle endringer vil veves inn i pasientenes liv og bli vanskelige å få øye på. Utfallsstudier med oppfølgingstid av en viss lengde (som denne), har potensial til å kunne avdekke denne typen prosesser.

Kvalitativ utfallssforskning er som sagt sjelden vare (McLeod, 2013), men en annen åre av denne som bør nevnes her, er forsøkene på å undersøke hvorvidt pasienters egne idéer om årsakene til problemene de opplever (og dertil tilhørende forventninger til terapi) påvirker utfall (Kühnlein, 1999; Nilsson et al., 2007; Valkonen et al., 2011). Resultatene fra denne typen forskning tyder på at så er tilfelle. Pasienter kan for eksempel ha en teori om at problemene deres springer ut av en manglende evne til å håndtere en viss type situasjon(er), og at terapi vil være kurativt i form av å tilby nye ferdigheter de kan bruke for å mestre disse. For slike pasienter, later løsningsorienterte eller kognitivt orienterte terapier til å være mest hensiktsmessige. Andre anser problemene sine som et produkt av livshistorien sin, og forventer at å behandle denne og oppnå innsikt i terapi vil være kurativt. Slike pasienter later til ha størst utbytte av psykodynamiske terapiformer (Kühnlein, 1999; Nilsson et al., 2007; Valkonen et al., 2011). Disse funnene minner om Mackrill (2008) sine funn om hvordan pasienters egne ekstraterapeutiske mestringsstrategier påvirker terapeutisk prosess og utfall. Dersom slike funn kan replikeres og utdypes ytterligere, vil de utgjøre et godt argument for å

kartlegge pasientpreferanser i forkant av et terapiforløp, for deretter å «matche» pasienter til den mest egnede behandlingen gitt deres forståelse og preferanser. Den foreliggende studien er ikke designet eller gjennomført på en måte som kan kaste ytterligere lys over spørsmålet om pasientpreferanser påvirker utfall, utover å understøtte at informanter kan oppleve og verdsette en rekke ulike former for endringer (utfall).

## 4.1 Begrensninger og veien videre

*«Oh mother, tell your children, not to do what I have done...»*

*The Animals – House of the Rising Sun (1964)*

Det er flere begrensninger ved denne studien. For det første: Utvalget er lite, bestod kun av etnisk norske informanter og var ikke randomisert. Det er i så måte vanskelig å skulle generalisere funn herfra til en større populasjon eller andre kontekster. Dette var dog ikke hensikten med studiet, men bør nevnes like fullt. Forhåpentligvis kan resultatene allikevel bidra til en økt forståelse av hva terapeutisk utfall kan være sett ut fra et pasientperspektiv, i kraft av å være representative for disse.

For det andre bør det nevnes at siden terapien informantene mottok foregikk i en naturalistisk setting, kan ikke resultatene brukes til å belyse eventuelle forskjeller mellom ulike terapiretninger (og gjennom dette påvise forhold mellom spesifikke intervensjoner og utfall).

For det tredje: Måten datamaterialet ble samlet inn på gjør det vanskelig å si med sikkerhet at alle endringene informantene rapporterte i intervjuet med sikkerhet kunne tilskrives terapien (de ble ikke nødvendigvis spurt om dette i alle tilfeller). Det er mulig at dersom man hadde utført et tilsvarende intervju med 6 informanter som ikke hadde gått i terapi, ville de rapportert mange av de samme endringene. Den foreliggende studien er i så måte virkelig en ren utfallsstudie – spørsmålet er bare hva resultatene er et utfall av. Samtidig illustrerer resultatene at endringer av en slik karakter som

informantene rapporterer er *mulig*, noe som uansett kan være informativt (Flyvbjerg, 2006; McLeod, 2001, 2015) og eventuelt utforskes videre.

En fjerde innvending knytter seg også til datainnsamlingen: Intervjuene som datamaterialet er hentet fra befattet seg med langt mer enn hvordan informantene opplevde endring ved intervjutidspunktet (se Vedlegg 1). Problemstillingen til den foreliggende studien ble konstruert post hoc, og intervjuguiden var ikke spesifikt tilpasset problemstillingen. Intervjuene ble heller ikke foretatt av forfatteren, noe som er en metodisk svakhet dersom man skal ta utgangspunkt prinsippene for grounded theory (Charmaz, 1996; Glaser & Strauss, 1967). Dette gjorde det også umulig å stille eventuelle oppfølgingsspørsmål som kunne utdypet informantenes skildringer ytterligere. Måten intervjuet ble gjennomført på, var dermed ikke ideelt med tanke på å utforske problemstillingen på en best mulig måte.

En femte innvending er at studiet kun baserer seg på data fra én part i det terapeutiske prosjektet, noe som ikke er ideelt dersom man ønsker å undersøke utfall i en bredere forstand (noe som i så fall hadde vært mer i tråd med gjeldende modeller for terapeutisk utfall, jf. Strupp & Hadley, 1977).

### **Veien videre**

Fremtidige studier av utfall bør søke å inkludere data fra flere informasjonskilder for å være mer i tråd med eksisterende modeller for terapeutisk utfall (Strupp & Hadley, 1977) – både fra pasientene selv, terapeuten, pårørende og samfunnet ellers. De bør også benytte seg av et større metodisk mangfold, og ikke kun basere seg på kvantitative, a priori antakelser om hva godt utfall innebærer. Datainnsamling i eventuelle kvalitative studier bør ikke begrenses til kun retrospektive intervjuer, noe McLeod (2011, sitert i Hill, Chui og Baumann, 2013) advarer mot fordi pasientens opplevelse av utfall farges av både intervjusituasjonen og det å ha vært gjennom en terapiprosess. Derfor bør man forsøke å inkludere også andre kilder til data, for eksempel pre-terapi-intervjuer som kartlegger problemforståelse og forventninger til terapien, dagboksnotater eller korte open-ended spørreskjemaer og eventuelt sammenlikne disse med resultatene fra retrospektive intervjuer for å for å beskrive utfall og kartlegge om pasientenes konseptualisering av dette forandrer seg over tid. I denne sammenheng vil også studier

med lengre oppfølgingstid enn hva som er vanlig innenfor mye av terapiforskningen i dag være relevante for å si noe om hvordan terapeutisk utfall arter seg over tid.

## 4.2 Til sist

Avslutningsvis kan diskusjonsdelen oppsummeres ved å slå fast at resultatene fra den foreliggende studien er i tråd med resultatene fra den beskjedne rekken av publiserte kvalitative utfallsstudier, og kan i så måte sies å styrke disse. Det er også en av få studier som er med på å belyse eventuelle langtidseffekter av terapi, takket være sin relativt lange oppfølgingsperiode sammenliknet med andre studier i feltet (Ekroll & Rønnestad, 2016). Til sammen illustrerer disse studiene (og forhåpentligvis denne) fordelene ved å undersøke terapeutisk utfall ved hjelp av kvalitative metoder. Gjennom sin evne til å beskrive et fenomen opplevelsesnært og i stor detalj, belyser disse de store variasjonene og mangfoldet i endringer pasienter kan oppleve etter å ha gått i psykoterapi. Den foreliggende studien er et eksempel på dette. Slike opplevelsesnære beskrivelser av utfall fra en av de mest sentrale partene involvert det terapeutiske prosjektet (kanskje den *mest* sentrale skal vi tro Bohart & Wade, 2013) er utvilsomt av verdi for faget. Godt skrevne, fenomenologisk orienterte studier formidler forskningsresultater, kunnskap og forståelse på en langt mer praksis- og opplevelsesnær måte enn den mer tekniske og distanserte diskursen i for eksempel RCT-studier (McLeod, 2001). Kvalitative studier av utfall både kan og bør utgjøre en motstemme (eller i det minste en supplerende stemme) til denne måten å formidle forskning på. Dermed vil de forhåpentligvis fremstå som mer attraktive for klinikere og bidra til å minske det tradisjonelle gapet mellom forskning og klinisk praksis innenfor psykologien (se McLeod, 2016). Lykkes dette, vil det i så fall bringe oss nærmere APA og NPFs prinsipperklæring om evidensbasert praksis og gjennom dette (forhåpentligvis, til syvende og sist) – bedre hjelp for våre fremtidige pasienter.





# Litteraturliste

- APA. (2006). Presidential Task Force on Evidence Based Practice: Evidence-based practice in psychology *American Psychologist* (Vol. 61, pp. 271-285). US: American Psychological Association.
- Bohart, A. C., & Tallman, K. (2010). Clients: The neglected common factor in psychotherapy. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change - Delivering what works* (pp. 83-111). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Bohart, A. C., & Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (Vol. 6, pp. 219-257). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Bør Dahl, A. (2007). Dylan ved Svartehavet. *Modern Times og Ovid. Agora: Journal for metafysisk spekulasjon*, 1-2, 34-90.
- Casement, P. (2002). *Learning from our Mistakes: Beyond Dogma in Psychoanalysis and Psychotherapy*. Hove: Brunner-Routledge.
- Charmaz, K. (1996). The search for Meanings - Grounded Theory. In J. A. Smith, R. Harré, & L. V. Langenhove (Eds.), *Rethinking Methods in Psychology* (pp. 27-49). London: Sage Publications.
- Connolly, M., & Strupp, H. (1996). Cluster Analysis of Patient Reported Psychotherapy Outcomes. *Psychotherapy Research*, 6(1), 30-42.  
doi:10.1080/10503309612331331558
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. C., & Mukherjee, D. (2013). Psychotherapy process-outcome research. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 6, 298-340.
- Doss, B. D. (2004). Changing the Way We Study Change in Psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(4), 368-386. doi:10.1093/clipsy.bph094
- Ekroll, V. B., & Rønnestad, M. H. (2016). Processes and changes experienced by clients during and after naturalistic good-outcome therapies conducted by experienced psychotherapists. *Psychotherapy Research*, 1-19.
- Elliott, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British journal of clinical psychology*, 38(3), 215-229.
- Ericsson, K. A., & Lehmann, A. C. (1996). Expert and Exceptional Performance: Evidence of Maximal Adaptation to Task Constraints. *Annual Review of Psychology*, 47(1), 273-305. doi:doi:10.1146/annurev.psych.47.1.273
- Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative inquiry*, 12(2), 219-245.
- Frick, W. B. (1999). Flight into health: A new interpretation. *Journal of Humanistic Psychology*, 39(4), 58-81.
- Froyd, J. E., Lambert, M. J., & Froyd, J. D. (1996). A review of practices of psychotherapy outcome measurement. *Journal of Mental Health*, 5(1), 11-16.  
doi:10.1080/09638239650037144
- Gallegos, N. (2005). Client Perspectives on what Contributes to Symptom Relief in Psychotherapy: A Qualitative Outcome Study. *Journal of Humanistic Psychology*, 45(3), 355-382. doi:10.1177/0022167805277106
- Garland, E. L., Fredrickson, B., Kring, A. M., Johnson, D. P., Meyer, P. S., & Penn, D. L. (2010). Upward spirals of positive emotions counter downward spirals of negativity: Insights from the broaden-and-build theory and affective neuroscience on the

- treatment of emotion dysfunctions and deficits in psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 849-864. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.002>
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research* (2008 ed.). New Brunswick: Transaction publishers.
- Göstas, M. W., Wiberg, B., & Kjellin, L. (2012). Increased participation in the life context: A qualitative study of clients' experiences of problems and changes after psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 14(4), 365-380. doi:10.1080/13642537.2012.734498
- Hartmann, E. (2013). Hva er virksomt i psykoterapi? Integrering av klinisk og forskningsbasert kunnskap. In K. Benum, E. D. Axelsen, & E. Hartmann (Eds.), *God Psykoterapi: Et integrativt perspektiv* (pp. 21-49). Oslo: Pax Forlag.
- Hill, C. E., Chui, H., & Baumann, E. (2013). Revisiting and reenvisioning the outcome problem in psychotherapy: An argument to include individualized and qualitative measurement. *Psychotherapy*, 50(1), 68-76. doi:10.1037/a0030571
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureño, G., & Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 885.
- Kazdin, A. E. (1986). Comparative outcome studies of psychotherapy: Methodological issues and strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 95-105. doi:10.1037/0022-006X.54.1.95
- Kühnlein, I. (1999). Psychotherapy as a process of transformation: Analysis of posttherapeutic autobiographic narrations. *Psychotherapy Research*, 9(3), 274-287.
- Lambert, M. J. (2013). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (6 ed.). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., Hansen, N., Umpruss, V., Lunnen, K., Okiishi, J., Burlingame, G., & Reisinger, C. (1996). Administration and scoring manual for the OQ-45.2. *Stevenson, MD: American Professional Credentialing Services*.
- Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode* (P. Røen, Trans.). Trondheim: Tapir forlag.
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48(12), 1181-1209. doi:10.1037/0003-066X.48.12.1181
- Mackrill, T. (2008). Exploring psychotherapy clients' independent strategies for change while in therapy. *British Journal of Guidance & Counselling*, 36(4), 441-453. doi:10.1080/03069880802343837
- McLeod, J. (2001). *Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy*. London: SAGE Publications.
- McLeod, J. (2013). Qualitative research: Methods and contributions. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 6, 49-84.
- McLeod, J. (2015). Reading case studies to inform therapeutic practice. *Psychotherapie Forum*, 20(1-2), 3-9. doi:10.1007/s00729-015-0036-5
- McLeod, J. (2016). An alternative perspective on the relationship between research and practice: the Multiple Points of Contact model *Using research in counselling and psychotherapy*. London: Sage.
- Michell, J. (1999). *Measurement in psychology: A critical history of a methodological concept* (Vol. 53): Cambridge University Press.
- Nilsson, T., Svensson, M., Sandell, R., & Clinton, D. (2007). Patients' experiences of change in cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy: a qualitative

- comparative study. *Psychotherapy Research*, 17(5), 553-566.  
doi:10.1080/10503300601139988
- NPF. (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. Retrieved from <http://www.psykologforeningen.no/medlem/evidensbasert-praksis/prinsipperklaering-1-om-evidensbasert-psykologisk-praksis-2>
- Oddli, H. W. (2012). *Technical aspects in the initial alliance formation: Qualitative analysis of experienced therapists' behaviour and post-treatment reflections*. (PhD), University of Oslo, Oslo.
- Ogles, B. M. (2013). Measuring change in psychotherapy research. *Handbook of psychotherapy research and behavior change*, 134-166.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5, 307-389.
- Rennie, D. L. (2000). Grounded Theory Methodology as Methodical Hermeneutics Reconciling Realism and Relativism. *Theory & Psychology*, 10(4), 481-502.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412-415. doi:10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x
- Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 45(4), 444-454.
- Rønnestad, M. H., von der Lippe, A., Axelsen, E., Wampold, B., & Greenberg, L. (2009). An intensive process-outcome study of the interpersonal aspects of psychotherapy. *Oslo: University of Oslo, Department of Psychology*.
- Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology.pdf. *Qualitative Research in Psychology*, 1(1), 39-54. doi:10.1191/1478088704qp004oa
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752.
- Strupp, H. H. (1996). The tripartite model and the <em>Consumer Reports</em> study. *American Psychologist*, 51(10), 1017-1024. doi:10.1037/0003-066X.51.10.1017
- Strupp, H. H., & Hadley, S. W. (1977). A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes: With special reference to negative effects in psychotherapy. *American Psychologist*, 32(3), 187-196. doi:10.1037/0003-066X.32.3.187
- Valkonen, J., Hanninen, V., & Lindfors, O. (2011). Outcomes of psychotherapy from the perspective of the users. *Psychother Res*, 21(2), 227-240. doi:10.1080/10503307.2010.548346
- Wampold, B. E. (2010). The research evidence for the common factors models: A historically situated perspective. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy*, 2nd ed (pp. 49-81). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*: Routledge.
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130(4), 631.
- WHO. (2013). Mental health action plan 2013-2020. Retrieved from [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf)
- Yalom, I. D. (2011). *Eksistensiell psykoterapi* (M. Solli, Trans.): Arneberg Forlag.

# Vedlegg 1

## Et semi-strukturert intervju av klienter, 3 år etter avsluttet terapi.

### Innledning

Intervjuets målsetning er å få kunnskap om livssituasjonen til klienten frem til i dag og hvilken rolle de tillegger terapien. Hvis klienten allerede har snakket om et tema, så hopp over spørsmål som blir gjentakende. Det er viktig at klientene utdyper poengene ved å komme med eksempler og å være konkrete. Dersom en klient blir svært generell så få fortellingen ned på det episodiske. Klientens tanker og følelser vektlegges. Intervjuer må gå «litt etter» klienten. Det er viktig å få frem det meningsmettede, det som er i fokus og er det særegne. Vær kliniker like mye som intervjuer. Det kan av og til være behov for en liten refleksjon på lydbåndet etter opptaket.

*Det har gått over tre år siden du avsluttet behandlingen med Terapeut X ... (tid og sted). Vi intervjuet deg da du avsluttet behandlingen. Kan du huske det? Nå vil vi gjerne intervju deg igjen. Vi skal dekke tre tidsperioder. Den første er tiden du gikk i terapi slik den fremstår for deg idag. Den neste er den tiden som har gått etter at du gikk i terapi og den tredje er nåtiden. Vi regner med at intervjuet tar ca. 1-1.5 time, men vi bruker den tiden du trenger for å komme inn på dine erfaringer og vurderinger. Har du noen spørsmål før vi begynner?*

Gjenta opplysninger om taushetsplikt, oppbevaring og bruk osv.

Ny samtykkeerklæring, inkludert mulighet til å bli kontaktet igjen. **(skriftlig)**

Tillatelse til lydopptak. **(skriftlig)**.

Telefonintervju har vist seg å fungere. Sett mobilen på «høytaler» og legg lydopptakeren ved siden av hverandre på bordet. Gjennomfør intervjuet som vanlig.

## I. Terapien

. Først vil jeg spørre deg noen spørsmål om terapien, slik du ser tilbake på den i dag.

- *Hva var det som gjorde at du først oppsøkte terapi?*
- *Synes du terapien har vært til hjelp for deg? Kan du si litt mer om det?*
- *Slik du ser det nå, hva var det som var til hjelp?*
  - a. *Var det noe terapeuten sa eller gjorde?*
  - b. *Var det noe du sa eller gjorde? Noe du skjønnte eller noe som gikk opp for deg?*
  - c. *Var det noe som skjedde?*
  - d. *Var det noen temaer som du husker som spesielt viktige å snakke om?*
- *Hva var det ved deg som gjorde at du kunne nyttiggjøre deg denne terapien?*
- *Var det noe som ikke riktig traff dine behov?*
- *Var det noe du kunne ha tenkt deg annerledes?*
- *Var det ting du tenkte på som du ikke fikk sagt eller snakket om? (Den gang? I dag?)*
- *Var det noe du savnet, noe du følte at du fremdeles sleit med da du avsluttet? Hva betydde dette for deg?*

*Ut fra det du nå har fortalt om behandlingsforløpet og resultatet, har du gjort deg noen tanker om terapien kunne ha vært gjennomført på en annen og bedre måte og med bedre resultat?*

- *Hva kunne terapeuten evt. gjort annerledes?*
- *Hva kunne du selv evt. gjort?*
- *Synes du behandlingen varte passe lenge?*
- *Var det passelig mht. hvor ofte dere møttes?*
- *Hvordan synes du varigheten av hver time var?*
- *Er det andre sider ved terapien som du har tenkt på, som jeg ikke har spurt deg om?*

*Husker du hvordan dere kom fram til at terapien skulle avsluttes?*

*Hvordan var det for deg å avslutte terapien? Og hvordan har atskillelsen fra terapeuten vært for deg i tiden fram til i dag?*

*Har måten avslutningen skjedde på hatt betydning for tiden etterpå? Om så, hvordan da?*

Dersom det kommer fram noe negativt om avslutningsprosessen:

*Hva kunne ha vært gjort annerledes eller hvordan kunne det ha vært gjort på en bedre måte?*

## II. Tiden fra avslutning og fram til i dag

*Dette leder oss over på tiden fra du avsluttet behandlingen og fram til i dag. Hvordan vil du beskrive denne perioden?*

[Intervjuer søker å få tak i om:

hendelser i livet siden da har vært av betydning for hennes/hans velferd,

om det finnes tegn på at terapierfaringer er blitt brukt eller har fått betydning for livet videre frem til nå. Her er intervjueren ute etter forholdet mellom håp og forventinger og resignasjon og stillstand i livet, samt symptomtrykk eller symptomlettelse. Fokus på terapiens relevans (positiv og negativ) i x-klientens liv].

- *I løpet av den tiden som har gått siden avslutning, har det skjedd viktige endringer i livet ditt? Har det vært noen viktige hendelser i livet ditt som har betydning for hvordan du har det i dag?*
- *Hvordan synes du det har gått med hva som plaget deg da du begynte i terapi? (sannsynligvis allerede besvart)*
- *Når du tenker på det nå, endret du deg etter terapien i måten du så på deg selv, og har det fått betydning for hvordan du har det i dag?*

*Hvordan vil du beskrive forholdet ditt til terapeuten i dag? Er han/hun en viktig person for deg?*

*Har du noen gang tenkt på å gjenoppta kontakt med terapeuten?*

- *Har du tatt kontakt?*
- *I nytt behandlingsløp (denne terapeuten)? Hvordan gikk det til?*
- *Annen type behandling eller annen behandler?*
- *Hvis ja, er det noe ved den nye terapien som gjør at vi kan skjønne mer av den terapien du gikk i i dette prosjektet?*

*Hva tror du terapeuten ville ha fortalt om og lagt vekt på i sin framstilling av behandlingsforløpet og resultatet, hvis vi hadde spurt ham/henne?*

(rekkefølgen av spørsmål kan tilpasses dialogen forut).

### **III. Status i dag:**

*Hvis vi ser på i dag, hvordan har du det nå?*

*Dette er jo et bredt tema, men det ville være fint å høre hva du tenker om din hverdag, da tenker jeg på hvordan du har det i forhold til dine nære, som eventuell partner, familier og venner og også om hvordan du har det i ditt arbeid (om du er i jobb, eventuelt utdanning).*

( Husk å dekke 'livets' hovedtemaene: Hvordan klienten har det i

(1) nære forhold (kjæreste/partner, familie og venner;

(2) arbeid/utdanning,

(3) eventuelle andre livsarenaer som trer frem som viktig for klienten (eksempelvis åndelighet/religiøsitet, interesser/engasjement (fredsarbeid, miljøvern, mv.).)

*Er det andre sider ved den terapien vi har drøftet som du har tenkt på, som jeg ikke har spurt deg om?*

### **Avslutning av intervjuet.**

*Da vil jeg på vegne av dette forskningsprosjektet igjen få takke deg for at du har stilt opp på dette, og for at du har stilt ditt materiale til disposisjon for forskningen. Det settes stor pris på. Ved dette bidrar du til å øke kvaliteten på terapeutisk behandling. Som vi snakket om helt i starten, så vil du kunne bli kontaktet igjen senere. Mange takk igjen...*