

Bruk av tegnspråktolk i psykoterapi

*En kvalitativ studie av triaden i tegnspråktolket
psykoterapi - terapeutenes perspektiv*

Nina Merete Sollie Fotland



Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Høst 2019

Bruk av tegnspråktolk i psykoterapi

En kvalitativ studie av triaden i tegnspråktolket psykoterapi – terapeutenes perspektiv

© Nina Merete Sollie Fotland

2019

Bruk av tegnspråktolk i psykoterapi

Nina Merete Sollie Fotland

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Forfatter: Nina Merete Sollie Fotland

Oppgavetittel: *Bruk av tegnspråktolk i psykoterapi - En kvalitativ studie av triaden i tegnspråktolket psykoterapi – terapeutenes perspektiv*

Veiledere: Stephen von Tetzchner og Beate Øhre

Bakgrunn og formål: God kommunikasjon og gjensidig forståelse er essensielt for den psykoterapeutiske prosessen. I tolket psykoterapi mister terapeuten i en viss forstand kontrollen over sitt viktigste verktøy, nemlig språket. Ettersom språket er så viktig i psykoterapi, vil bruk av tolk kunne medføre endringer for de involverte partene som igjen vil kunne påvirke den terapeutiske prosessen. Den endres fra å være en terapeutisk dyade (terapeut og pasient) til å bli en terapeutisk triade (terapeut, pasient og tolk). Dette vil kunne påvirke både relasjonsarbeidet og behandlingsforløpet. Mye av forskningen gjort på triaden i terapi, har tatt utgangspunkt psykoterapi med bruk av talespråklig tolking. Mindre utforsket er triaden i *tegnspråktolket* terapi. Tegnspråk er unikt da det er et visuelt og manuelt språk. Dette kan ha implikasjoner for den terapeutiske prosessen. Hensikten med denne studien er å undersøke hørende terapeuters perspektiv på triaden i tegnspråktolket terapi og hvordan bruk av tegnspråktolk påvirker den terapeutiske prosessen. Studiens forskningsspørsmål er: *Hvordan påvirkes terapeutiske prosesser når man anvender tegnspråktolk i psykoterapi?*

Metode: Det ble gjennomført semistrukturerte intervjuer av seks hørende psykoterapeuter med erfaring fra tegnspråktolket terapi. Tematisk analyse ble brukt for avdekke sentrale temaer i datamaterialet. Studien er et selvstendig forskningsprosjekt, der alle delene av undersøkelsen er gjennomført av forfatteren.

Resultater: Resultatene presenteres i tre hovedtemaer: 1) *Kommunikasjonsstøtte*. Temaet handler om at tegnspråktolken er en støtte og tilrettelegger for kommunikasjon, som bidrar til at de kan fokusere på å gi behandling. God kommunikasjon fordrer også et godt samarbeid mellom informantene og tegnspråktolkene. 2) *Tolken er mer enn et oversettelsesverktøy*. Temaet fanger opp hvordan tegnspråktolken gjennom sitt arbeid og sin tilstedeværelse kan påvirke terapiprosessen utover den rene oversettelsen. Informantene beskriver tegnspråktolken som en trygghet og et vitne til den terapeutiske prosessen. Samarbeidet med tegnspråktolken i form av før- og etterarbeid ble også fremhevet. 3) *Både fremmer og hemmer den terapeutiske relasjon*. Temaet beskriver hvordan bruk av tegnspråktolk på ulike måter kan påvirke den terapeutiske relasjonen. Selv om kommunikasjonen og den språklige forståelsen blir bedre, kan det likevel hindre nærhet og fortrolighet med pasienten. I andre

tilfeller kan tegnspråktolken og god språklig forståelse være en forutsetning for den terapeutiske relasjonen.

Konklusjon: Resultatene indikerer at tegnspråktolken gjennom sin tilstedeværelse og sitt arbeid på ulike måter kan påvirke den terapeutiske prosessen. Til tross for at flere av informantene har tegnspråkkompetanse, understreket de betydningen av å bruke tegnspråktolk i terapi for å sikre god forståelse og behandlingsfokus. Studien finner at god kommunikasjon i triaden fordrer et godt samarbeid mellom terapeut og tegnspråktolk, både i og utenom terapitimene. Studien finner at det er variasjon i informantenes tilnærming til samarbeidet med tegnspråktolken.

Videre finner studien at den terapeutiske relasjonen kan bli påvirket i tegnspråktolket terapi. Informantenes opplevelser indikerer at tegnspråktolken både kan hemme og fremme den terapeutiske relasjonen. Sentralt i informantenes fortellinger var betydningen av å bruke fast tegnspråktolk i terapi. Det kan indikere at tegnspråktolkens tilstedeværelse og mellommenneskelige egenskaper har påvirkning på både informantene og pasientene, og støtter antakelsen om at det utvikles en triadisk relasjon.

Funnene i studien peker i retning av at tegnspråktolken påvirker den terapeutiske prosessen. Studien åpner opp for refleksjon rundt tegnspråktolkens rolle og hvorvidt den bør adresseres og anerkjennes i større grad. Variasjonen i informantenes beskrivelser viser at den optimale måten å fungere sammen på i kommunikasjonssituasjonen ikke er én. Studien taler for at god utredning og psykoterapi fordrer et godt og avklart samarbeid mellom terapeut og tegnspråktolk.

Forord

Aller først vil jeg rette en stor takk til alle terapeutene som deltok i studien. Takk for at dere viste meg tillitt og valgte å dele deres historier så åpent og ærlig. Jeg har dyp respekt for arbeidet dere gjør og for deres engasjement for psykisk helsearbeid i hørselsfeltet. Jeg har lært mye av deres fortellinger som jeg kommer til å ta med meg videre.

Så ønsker jeg å takke alle tegnspråktolker som tolker i psykoterapi og for deres arbeid som bidrar til at tegnspråklige pasienter får et godt psykisk helsetilbud. Gjennom dette prosjektet har jeg fått enda større respekt for deres rolle og arbeidsoppgaver.

En stor og varm takk til mine to veiledere Stephen von Tetzchner og Beate Øhre. Takk for all god hjelp og alle faglige innspill underveis i prosessen. Jeg har lært utrolig mye av dere. Jeg vil også takke Nasjonal behandlingstjeneste for hørsel og psykisk helse (NBHP) for at dere har støttet prosjektet.

Takk til min mann, Anders, for din tålmodighet, omsorg, korrekturlesing og middager, og for at du alltid får meg til å le. Og takk til min kjære familie og heilagjeng; mamma, pappa, Ruth Eva, Kristian, Sigurd og Johannes, for deres oppmuntringer og støtte.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning og bakgrunn for studien	1
1.1	Språk i terapi	1
1.2	Lik tilgang til helsetjenester	2
1.3	Døve og døvemiljøet i Norge	4
1.4	Norsk tegnspråk	5
1.5	Tolking	5
1.6	Tegnspråktolking i psykoterapi	6
1.7	Den terapeutiske relasjonen	9
1.7.1	Den terapeutiske relasjonen i triaden	10
1.8	Formålet med studien	11
2	Metode	13
2.1	Teoretisk forankring	13
2.1.1	Begrunnelse for valgt metode	13
2.1.2	Epistemologi	13
2.1.3	Forskerens ståsted	14
2.2	Forskningsetiske betraktninger	14
2.3	Datainnsamling	15
2.3.1	Rekruttering	15
2.3.2	Utvalget	16
2.3.3	Intervju	16
2.4	Analyse	17
2.4.1	Tematisk analyse	17
2.4.2	Fasene i tematisk analyse	17
3	Resultater og analysen	21
3.1	Kommunikasjonsstøtte	21
3.1.1	Tegnspråktolken muliggjør god kommunikasjon og forståelse	21
3.1.2	Tegnspråktolken gjør at informantene kan fokusere på terapien	22
3.1.3	Dobbel sikring av kommunikasjon	22
3.1.4	Er tolken blitt dum?	23
3.1.5	Færre holdepunkter i kommunikasjonen	24
3.2	Tolken er mer enn et oversettelsesverktøy	27
3.2.1	Før- og etterarbeid med tegnspråktolken	27
3.2.2	Tolken som psykologisk trygghet	30
3.2.3	Tegnspråktolken som et vitne	32
3.3	Både fremmer og hemmer den terapeutiske relasjon	33
3.3.1	Å forstå uten å avvise	35
3.3.2	Terapeutisk endring fordrer god kommunikasjon	35
4	Diskusjon	36
4.1	Kompleksiteten i samarbeidet om kommunikasjon	36
4.1.1	Forenkling av samtalen	37
4.1.2	Stemmingskongruent tolking	38
4.1.3	Nøyaktige oversettelser	39
4.1.4	Opplevelse av kontroll	40
4.2	Terapeutisk relasjon i triaden	41
4.2.1	Kommunikasjonsvansker kan påvirke alliansen	42
4.2.2	Pasientens skepsis til å bruke tolk	43

4.2.3	Tegnspråktolkens egenskaper.....	43
4.2.4	Individuelle avveininger	43
4.2.5	Betydning av fast tolk i triaden.....	44
4.3	Tolkens rolle	44
4.3.1	Tolkens etiske retningslinjer.....	44
4.3.2	Samarbeidet med tegnspråktolken.....	44
4.3.3	Pasientens plass i samarbeidet.....	46
5	Metodologiske betraktninger, begrensninger og styrker.....	48
5.1	Studiens reliabilitet.....	48
5.2	Studiens validitet.....	49
5.3	Styrker ved studien.....	50
6	Kliniske implikasjoner	51
7	Konklusjon	53
	Litteraturliste	55
	Appendiks	66

1 Innledning og bakgrunn for studien

1.1 Språk i terapi

Mennesker har alltid oppsøkt psykologisk rådgivning og hjelp fra andre mennesker. Den vitenskapelige tilnærmingen til psykoterapi slik vi kjenner den i dag har derimot ikke en like lang historie. Fra begynnelsen på 1900-tallet har det utviklet seg flere psykoterapeutiske retninger, som gjennom ulike former for samtaleterapi behandler psykiske lidelser og problemer. Felles for ulike psykoterapeutiske tilnærminger er at de baserer seg på regelmessige samtaler mellom terapeut og pasient (Kennair & Hagen, 2014). Målet er at pasienten oppnår en endring i form av symptomlette, økt livskvalitet, selvinnsikt eller økt funksjonsnivå. Psykoterapi kan også inkludere tiltak rettet mot å endre pasientens atferd, som for eksempel kognitiv atferdsterapi eller eksponeringsterapi. Enkelte vil derimot hevde at det kun er den rene samtaleterapien som fortjener betegnelsen ”psykoterapi” (Skre, 2019). Felles for all psykoterapi, om det er ren samtaleterapi eller inneholder elementer av eksponeringsøvelser og atferdsendring, er at det forutsetter god språklig forståelse og kommunikasjon mellom terapeut og pasient.

Terapeutens språk kan fremme eller hemme terapeutisk endring hos pasienten. Terapeutens velvalgte ord og taktfulle formuleringer har betydning for den terapeutiske prosessen (Watchel, 2011). Til forskjell fra mye annen behandling i helsevesenet som er av en mer praktisk og instrumentell art (eksempelvis medisiner, kirurgi og fysioterapi), utgjør behandlingen til en psykoterapeut i stor grad terapeutens språklige formidling. Ordene, formuleringene, spørsmålene og nyanseringene – *er* selve behandlingen. Terapeuten bruker sitt språk som verktøy for å oppnå endring hos pasienten.

Tilsvarende bruker pasienten sitt språk for å formidle sine tanker og følelser. Pasientens ord påvirker terapeutens forståelse av pasienten og pasientens plager. Viktigheten av god kommunikasjon går begge veier og utgjør grunnlaget for den psykoterapeutiske prosessen.

Språket kan også være et symptom på pasientens tilstand. Psykisk lidelse kan føre til at pasientens evne til å produsere og forstå språk endrer seg. En engstelig pasient kan fremstå ukonsentrert og ha lett for å miste tråden i samtalen. Depresjon kan føre til at språket blir langsomt, innholdsfattig og oppstykket. Personer i kriser eller sterk affekt kan øke tempo i

språk og assosiasjoner, og ved psykose kan kommunikasjonen bli usammenhengende og ulogisk (Øhre, Saltnes & Eidberg, 2018).

Det er ikke bare de uttalte ordene som utveksles i terapirommet. Mye av den betydningsfulle kommunikasjonen som foregår mellom terapeut og pasient er non-verbal og formidles gjennom gester, intonasjon, kroppsholdning og ansiktsuttrykk. Like viktig som *hva* terapeuten sier er *hvordan* terapeuten formulerer seg. Det terapeuten formidler gjennom både verbal og non-verbal kommunikasjon kan påvirke pasienten (Watchel, 2011).

Det ligger verdifull informasjon i hvordan pasienten kommuniserer. Terapeuter fortolker pasientens ord, da det gjerne er knyttet subtile budskap til manifeste ytringer og uttalte ord. Det nonverbale uttrykket kan være like viktig å adressere som pasientens uttalte ord (Wachtel, 2011).

1.2 Lik tilgang til helsetjenester

Mange vil oppleve behov for psykisk helsehjelp i løpet av livet. Det kan innebære å få hjelp til å håndtere en belastende livssituasjon, psykiske plager eller behandle en psykisk lidelse. Psykiske plager og lidelser er et stort helseproblem i Norge. Folkehelseinstituttet opplyser at 16 til 22 prosent av den voksne befolkningen i Norge vil ha en psykisk lidelse i løpet av et år. Tall fra 2015 viser at omlag 10 prosent av alle menn og 15 prosent av alle kvinner var i kontakt med primærhelsetjenesten på grunn av psykiske vansker. Om lag 4 prosent av alle menn og 6 prosent av alle kvinner var i kontakt med spesialisthelsetjenesten for psykiske vansker (Folkehelseinstituttet, 2018).

Denne høye forekomsten tilsier at det også er mange døve og hørselshemmede som trenger behandling i psykisk helsevern (Øhre et al., 2018). Noen forskere hevder at det er høyere prevalens av psykiske vansker i blant døve og hørselshemmede sammenlignet med den hørende populasjonen (Cooper, Rose & Mason, 2003; Fellingner, Holzinger & Pollard, 2012; Kvam, Loeb & Tambs, 2007; Vernon & Daigle-King, 1999).

Forskning finner riktignok ulike resultater vedrørende psykisk helse hos døve og hørselshemmede. Noen nyanserer antakelsen ved å peke på at økt sårbarhet for å utvikle en psykisk lidelse kan ha sammenheng med årsaken til hørselstapet og hvorvidt man mister hørselen før eller etter utviklet talespråket (Øhre, von Tetzchner & Falkum, 2011). Noen knytter døve og hørselshemmedes psykiske helse til reaksjoner på kommunikative, sosiale og praktiske utfordringer de kan erfare i møte med en hørende verden (Leigh & Pollard, 2011; Peters, 2007; Williams & Abeles, 2004)

Studier viser at alvorlig somatisk sykdom blir diagnostisert senere hos døve personer sammenlignet med hørende. Det kan skyldes at døve har mindre kunnskap om somatisk sykdom, antageligvis fordi de ikke har samme tilgang til informasjon som andre (Harris & Bamford, 2001; Hedding & Kaufman, 2012; Jensen, Nakaji, Harry, Gallegos, Malcarne & Sadler, 2013; Kuenberg, Fellingner & Fellingner, 2016; Pollard & Barnett 2009; Shabaik, La Housse, Branz, Gandhi, Khan & Sadler, 2010). Døves kompetanse vedrørende psykisk helse er mindre utforsket, men det er liten grunn til å tro at kunnskapen om psykisk helse er bedre enn kunnskapen om somatisk helse (Øhre et al., 2018).

Menneskers holdning til psykisk helse og psykisk helsehjelp påvirker hvorvidt de oppsøker, tror på og benytter seg av psykisk helsehjelp. I tillegg til at døve og hørselshemmede har mindre tilgang på informasjon om psykisk helse, har studier også undersøkt deres holdninger til psykisk helse. Noen studier finner at det er knyttet stigmatisering til betegnelsen ”psykisk helse” blant døve, og at det assosieres med psykiske problemer, avvikende atferd og dårlig behandlingstilbud (Steinberg, Sullivan & Loew, 1998)

Vernon og Brown problematiserte i 1964 at hørseltap øker risikoen for psykiske plager, samtidig som at kommunikasjonsbarrierene som følger med hørselstap gjør det vanskeligere å få nødvendig og tilpasset psykisk helsehjelp. Flere studier finner en diskrepans mellom en relativt høy forekomst av psykiske helseplager blant døve og hørselshemmede, og tilgangen de har til psykisk helsehjelp (Fellingner et al., 2012). Språkbarrierer fører til redusert tilgang til helsetjenester, redusert kvalitet på tjenestene, økt risiko for feildiagnostisering og økt risiko for at diagnostisering og behandlingstilbudet forsinkes (Helsedirektoratet, 2011). Studier viser at kommunikasjonsbarrierer mellom hørende terapeuter og døve pasienter kan føre til vanskeligheter med å utføre standardiserte diagnostiske intervjuer eller bruke kartleggingsverktøy. Dette øker risikoen for feildiagnostisering av døve pasienter (Freeman, 1989; Misiaszek, Dooling, Gieseke, Melman, Misiaszek & Jørgensen, 1985; Pollard, 1994).

At alle mennesker skal ha tilgang til likeverdige helsetjenester er et sentralt prinsipp i norsk helsevesen og er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven (Lov om pasient og brukerrettigheter 2/7 1999 nr. 63 § 1-1). Det innebærer å tilby forsvarlig helsehjelp til minoritetsspråklige pasienter, herunder tegnspråklige pasienter. For å oppfylle krav om forsvarlig og likeverdig helsehjelp i helselovgivningen, er det blant annet behov for å benytte seg av tolketjenesten og bruke tolk i psykoterapi med minoritetsspråklige pasienter (Helsedirektoratet, 2011). Det finnes noen spesialiserte behandlingssenheter for døve og hørselshemmede i Norge som tilbyr tilrettelagt behandling ved hjelp av tegnspråktolker og tegnspråkkompetente behandlere. I tillegg sitter disse behandlingssinstansene på kunnskap og

forståelse for livserfaringer og problemstillinger som døve og hørselshemmede opplever i møte med en hørende verden (Nasjonal behandlingstjeneste for hørsel og psykisk helse, 2019). Utover disse instansene, benyttes i all hovedsak tegnspråktolker i psykisk helsevern, da det er få tegnspråkkyndige terapeuter i Norge. Det gir grunn til å undersøke bruk av tegnspråktolk i terapi og hvorvidt dette påvirker behandlingstilbudet. Det blir derfor viktig å skaffe kunnskap om hvordan bruk av tegnspråktolking kan sikre at også tegnspråklige pasienter får et likeverdig behandlingstilbud.

1.3 Døve og døvemiljøet i Norge

Tilhørighet til døvemiljøet i Norge kjennetegnes først og fremst av at man har norsk tegnspråk som sitt førstespråk eller at man kommuniserer jevnlig på tegnspråk. Det finnes ikke en entydig definisjon på hva det vil si å være døv og døvemiljøets ”grenser” er gjenstand for diskusjon. Å være døv kan forstås ut i fra både et medisinsk, sosialt eller også et kulturelt perspektiv. I engelskspråklige land skiller man mellom å skrive *deaf* og *Deaf*. Med *deaf* refereres det til den medisinske forståelsen av å være døv, altså at man ikke hører. Med *Deaf* henvises det til en sosial og/eller kulturell tilhørighet til døvemiljøet. Vi anvender ikke den samme distinksjonen i Norge, men den belyser likevel et relevant aspekt for døve i Norge. Personer som medisinsk sett er døve trenger ikke nødvendigvis å identifisere seg med det sosiale og kulturelle døvemiljøet. Også hørende, eksempelvis barn av døve foreldre, kan føle sterk tilhørighet til døvemiljøet (Haualand, 2008; Pritchard & Zahl, 2013)

Flere tunghørte personer identifiserer seg også med døvemiljøet. Tunghørte personer har en hørselsrest, som for noen innebærer at de i omgivelser med gode lydforhold kan oppfatte og anvende talespråk. Mange har likevel store problemer med å oppfatte det som sies, og benytter seg av tegnstøtte, munnavlesning og tegnspråk (Pritchard & Zahl, 2013).

Døvhets kan være medfødt eller ervervet. Dersom man har blitt døv før språket er etablert, omtales dette som førspråklig døv. Dersom man mister hørselen etter talespråket er utviklet, betegnes dette som døvblitt. Personer som er døve i en medisinsk forstand har et hørselstap på over 90 desibel i talefrekvensområdet. Med utgangspunkt i denne definisjonen antar man at det er om lag 4500-5000 døve i Norge (Pritchard & Zahl, 2013)

1.4 Norsk tegnspråk

Tegnspråk er basert på manuell og visuell kommunikasjon. Man kommuniserer gjennom bruk av hender, munnbevegelser, mimikk, kroppsbevegelser og bevegelse av blikket (Aarssen, Genis & van der Veken, 2018), og man bruker synssansen for å oppfatte (Schröder, 2006). Tegnspråk er fullverdige språk med egen grammatikk og setningsoppbygging. Ulike nasjoner har ulike tegnspråk (Aarsen et al., 2018).

Tegnspråket i Norge heter norsk tegnspråk og er førstespråket til mange døve og tunghørte personer i Norge. At en person er *tegnspråklig* henviser til at vedkommende har tegnspråk som sitt foretrukne språk. Dette kan omfatte døve, barn av døve og tunghørte personer (Schröder, 2008, s. 31). Det antas å være omtrent 16 500 brukere av norsk tegnspråk i Norge i dag. Dette omfatter også mennesker som lever i relasjon med døve og tunghørte, mennesker som jobber med tegnspråklige brukergrupper eller kolleger, samt tegnspråktolker (Norges Døveforbund, 2019). Norsk tegnspråk er et minoritetsspråk på linje med talespråklige minoritetsspråk i Norge (Kulturdepartementet, 2008).

Betegnelsene *tegnspråk* og *tegnspråktolk* benyttes i denne studien for å beskrive henholdsvis norsk tegnspråk og tolker som tolker mellom norsk talespråk og norsk tegnspråk. Videre henviser begrepet *talespråktolk* til tolker som tolker mellom talespråk.

1.5 Tolking

En tolk er en person som tolker mellom minst to språk, det være seg mellom tegnspråk og talespråk, mellom to talespråk eller mellom to tegnspråk. Når døve og hørselshemmede personer som bruker tegnspråk (heretter omtalt som tegnspråklige) møter hørende personer som ikke kan tegnspråk, er det behov for en tegnspråktolk. Det samme gjelder når en hørende person skal kommunisere med en person som er tegnspråklig. Behovet for tolk er ikke ensidig hos den tegnspråklige. Tolkebehovet går begge veier i samtale mellom to språk. Det er følgelig behov for tegnspråktolk i mange av dagliglivets situasjoner. Deriblant på arbeid, skole, møter, legebesøk og private sammenhenger (Haualand, Nilsson & Raanes, 2018).

Tolken blir ansett som en nøytral person og et språklig hjelpemiddel som kun skal formidle hva de involverte partene i samtalen sier. Tolken skal opptre upartisk og skal ikke påvirke samtalen (Brunson & Lawrence, 2002). Tolken skal opptre på vegne av andre, men skal samtidig ikke redusere andres autonomi. Det er en komplisert oppgave som kan åpne opp for spørsmål og refleksjon knyttet til hvilken rolle tolken kan og skal ha. Forståelsen av tolkens rolle har utviklet seg fra å eksempelvis være ”en som hjelper døve” til en nøytral

overfører av informasjon. Senere har litteraturen begynt å omtale tolken som en tospråklig og tokulturell spesialist (Haualand et al., 2018).

Ideen om at kommunikasjon er en utveksling av ord i uendret form mellom en sender og en mottaker, står sterkt (Shannon & Weaver, 1949). Dette til tross for at språkforskningen har beveget seg fra denne statiske forståelsen av språkutveksling, til å anse kommunikasjon som en aktiv handling hvor mennesker skaper mening sammen (Warglien og Gärdenfors, 2015). I tolket terapi vil dette innebære at alle de involverte partene, inkludert tolken, kommer til kommunikasjonssituasjonen med egne oppfatninger av hva som skal skje. Dette vil i sin tur vil påvirke hvordan de oppfatter det som blir sagt (Haualand et al., 2018).

Tolkeprosessen kan foregå på ulike måter, og det skilles mellom simultantolking og konsekutiv tolkning. Simultantolking innebærer at tolken gjengir ytringene samtidig som en person snakker eller bruker tegn. Konsekutiv tolking betyr at tolken først oppfatter det som ytres, for deretter å videreformidle budskapet, mens de det blir tolket for tar en pause. Tolking mellom tegnspråk og talespråk er en tolkeprosess som foregår mellom to modaliteter; mellom tale og tegn. Det er ingen auditive forstyrrelser i tolkeprosessen, simultantolking er derfor vanlig innen tegnspråktolking. Dette er forskjellig fra annen talespråklig tolking som foregår mellom to talespråk hvor det ofte benyttes konsekutiv tolking (Russell, 2005).

1.6 Tegnspråktolking i psykoterapi

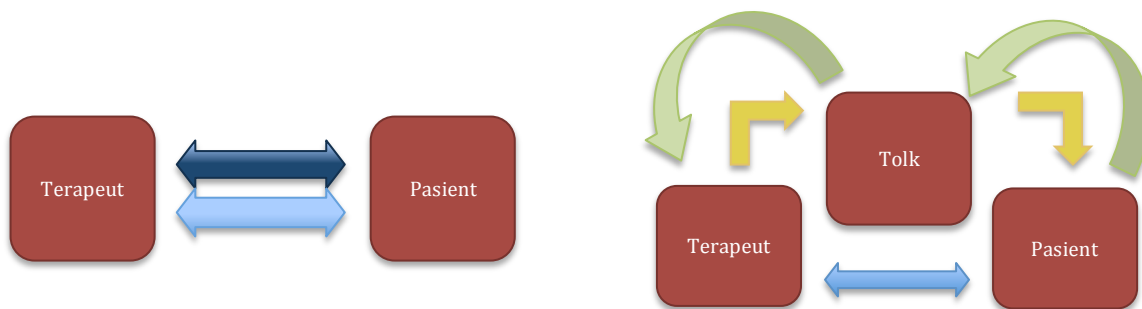
Fordi språket er så viktig i terapien, vil bruk av tolk i psykoterapi potensielt kunne medføre endringer for de involverte partene som igjen vil kunne påvirke den terapeutiske prosessen. Den endres fra å være en terapeutisk dyade (terapeut og pasient) til å bli en terapeutisk triade (terapeut, pasient og tolk). I tolket psykoterapi mister terapeuten i en viss forstand kontrollen over sitt viktigste verktøy, nemlig språket. Dette vil kunne påvirke både relasjonsarbeidet og behandlingsforløpet.

Det er mange likheter mellom tegnspråktolking og talespråktolking i psykoterapi. I begge situasjonene inngår språkbarrierer og kulturforskjeller som kan påvirke kvaliteten på behandlingen. Tegnspråk skiller seg likevel ut da det er et visuelt og manuelt språk. Dette kan ha implikasjoner for den terapeutiske prosessen. Det innebærer at pasientens blikk i større grad er rettet mot tegnspråktolken, fremfor mot terapeuten. Pasienten er avhengig av å se på tolkens tegnspråklige oversettelse for å oppfatte hva terapeuten sier.

Dette kan ha påvirkning på kontakten mellom pasienten og terapeuten. Til sammenligning vil terapeut og pasient i en talespråktolket psykoterapi kunne se på hverandre mens de lytter til tolkens oversettelse.

Videre vil beskrivelsen av triaden omfatte en tegnspråktolket terapisisuasjon med talespråklig terapeut, tegnspråklig pasient og tegnspråktolk. Tegnspråktolken vil her omtales i entall. Men det er likevel verdt å være klar over at det i tegnspråktolket terapi kan være to tolker tilstede: en som tegnspråktolker og en annen som stemmetolker (Woll, 2018). Denne praksisen skal øke kvaliteten på tolkingen, men kan også bidra til å øke kompleksiteten i kommunikasjonssituasjonen ytterligere.

Triaden i tegnspråktolket terapi illustreres i figur 1 og 2. Figurene illustrerer hvordan kommunikasjonen endrer fra å være en dyade; terapeut og pasient, til å bli en triade; terapeut, pasient og tegnspråktolk.



Figur 1. Dyaden

Figur 2. Triaden

De røde firkantene illustrer de involverte partene i terapien: Talespråklig terapeut, tegnspråklig pasient og tegnspråktolk.

Figur 1: De to blå pilene illustrerer den gjensidige direkte kommunikasjonen mellom terapeut og pasient i en dyade hvor de snakker samme språk. Kommunikasjonen består både av språket og de uttalte ordene (mørkeblå pil) og nonverbal formidling, deriblant toneleie, blikk-kontakt, mimikk, intensitet, intonasjon og kroppsholdning (lyseblå pil).

Figur 2: Ved å inkludere en tegnspråktolk i terapi, vil det medføre endringer i kommunikasjonsmønsteret mellom terapeuten og pasienten. Den mørkeblå pilen i figur 1 erstattes her av de grønne og gule pilene og illustrer dermed en endring i den språklige kommunikasjonen: Det terapeuten sier på talespråk oversetter tegnspråktolken til tegnspråk (gule piler). Når den tegnspråklige pasienten snakker, formidler pasienten dette på tegnspråk til tegnspråktolken som oversetter det videre på talespråk (ved hjelp av stemmetolking) til terapeuten (grønne piler). Selv om terapeut og pasient ikke snakker samme språk, vil de likevel kunne kommunisere og etablere kontakt gjennom nonverbale former for kommunikasjon. Pilen er likevel redusert i størrelse sammenlignet med figur 1. Dette for å illustrere at det er en endring i tilgangen på de ikke-språklige kommunikative holdepunktene, gjennom blant annet mindre blikk-kontakt mellom terapeut og pasient, og mindre tilgang på informasjonen som befinner seg i intonasjon og toneleie.

Figur 1 og 2 illustrerer hvordan den terapeutiske triaden øker kompleksiteten i kommunikasjonssituasjonen. Det er flere involverte, noe som fører til at risikoen for misforståelser og feiltolkning blir større.

Nonverbal kommunikasjon mellom terapeut og pasient er essensielt for å etablere kontakt og gjensidig forståelse (Watchel, 2011). Ettersom tegnspråk og talespråk er av ulike modaliteter, kan dette ha påvirkning på den nonverbale kommunikasjonen mellom terapeuten og pasienten. For en talespråklig terapeut som er vant til å lytte til intonasjon og toneleie, kan det oppleves annerledes å ikke ha tilgang til det i tegnspråktolket terapi. Det kan være utfordrende å fange opp og adressere nonverbal kommunikasjon og nyanseringer som pasienten formidler med manuelle tegn.

Det språklige innholdet i terapien filtreres gjennom tegnspråktolken og hans/hennes oversettelse. Terapeutens bruk av ord, fagterminologi og begreper kan være vanskelig å oversette. Det er ikke alltid et én-til-én forhold mellom ord i forskjellige språk (Bundgård, Egholm & Skov, 2003). Det er det heller ikke mellom norsk tegnspråk og norsk talespråk (Øhre et al., 2018). Det finnes ikke alltid ekvivalente tegn for psykiske tilstander, symptomer eller lidelser. Et eksempel er bruken av ordet ”stemningsleie” i norsk talespråk. Terapeuten kan spørre pasienten ”hvordan er stemningsleie ditt”? Da dette ordet ikke har et tilsvarende manuelt tegn på norsk tegnspråk, må tegnspråktolken finne alternative tegn eller forklaringer som er beskrivende. Et eksempel på oversettelse kan være at tegnspråktolken foreslår ulike følelser for pasienten som i sum er dekkende for ordet ”stemningsleie”: ”Hvordan føle du? Trist? Glad? Deprimert? Sint? Hva?” De to spørsmålene er ulike, da den tegnspråklige versjonen inneholder mer informasjon og flere spørsmål. Tegnspråktolking i terapi kan medføre at terapeutens opprinnelige spørsmål endrer noe av sin mening, blir mer ledende eller misforstås (Cornes & Napier, 2005; Øhre et al., 2018).

Like viktig som å oversette hva terapeuten formidler, er det å oversette pasientens budskap. Tegnspråktolken spiller en sentral rolle for terapeutens kliniske vurdering av pasienten, fordi terapeutens forståelse av pasienten i stor grad er bygger på tegnspråktolkens tolking av pasientens ord. Dette stiller høye krav til tegnspråktolken, særlig i situasjoner hvor pasientens symptomtrykk eller kognitive funksjonsnivå utfordrer evnen til å ordlegge seg. Ved alvorlig psykisk lidelse kan språket endre seg vesentlig. Eksempelvis ved psykose kan språket fremstå oppstykket, ulogisk og usammenhengende. Faren i slike situasjoner er at tolken tolker kaotiske og lite meningsbærende utsagn som meningsfulle. Tegnspråktolken kan bli et ekstra filter som fører til at det blir en tolkning i tolkningen (Øhre et al., 2018).

Bruk av tegnspråktolk kan ha implikasjoner for alle fasene i behandlingsforløpet, inkludert utredningsprosessen. Det er noen utfordringer knyttet til bruk av tegnspråk ved kartlegging og testing av pasienter. De aller fleste psykologiske utredningsinstrumenter og tester er utarbeidet på tale- og skriftspråk. Ved å oversette til tegnspråk, endres

språkmodaliteten fra auditiv til visuell presentasjon av testmateriellet, noe som kan endre spørsmålene til å bli lettere eller vanskeligere (Langlo & Erdal-Aase, 2015; Øhre, Saltnes, von Tetzchner & Falkum, 2014). Pålitelige testresultater fordrer et nøyaktig og godt samarbeid mellom terapeuten og tegnspråktolken. Tegnspråktolkene må kjenne testen godt og oppklare eventuelle uklarheter ved testmateriellet på forhånd. I testsituasjonen kreves det presise oversettelser som ligger så nært opp til innholdet som mulig. Det er en krevende oppgave å tolke testspørsmål så nøyaktig som mulig uten å gjøre spørsmålet lettere eller vanskeligere enn det opprinnelige spørsmålet. Når pasienten svarer kreves det også presisjon i tolkingen for å ikke fremstille pasienten bedre eller dårligere fungerende enn vedkommende faktisk er (Øhre et al., 2018).

1.7 Den terapeutiske relasjonen

I tillegg til kunnskap om tegnspråk og tolking, utgjør forskningen på psykoterapeutiske prosesser et viktig grunnlag for denne studien. I psykoterapiforskning har man lenge studert hvilke faktorer som er virksomme i terapi, deriblant intervensjoner, empati, respekt, terapeutisk relasjon, terapeutisk allianse og terapeutens oppmerksomme nærvær (Wampold, 2001). En utbredt oppfatning er at relasjonen mellom terapeuten og pasienten er betydningsfullt for den psykoterapeutiske prosessen. Mange studier finner at den terapeutisk relasjon er en sentral faktor som påvirker utfallet av psykoterapi (Axelsen, Benum & Hartmann, 2013; Hill & Knox, 2009; Lambert & Barley, 2001; Norcross, 2011). Noen studier finner at den terapeutiske relasjonen i seg selv kan føre til terapeutisk endring (Langhoff, Baer, Zubaegel & Linden, 2008; Norcross & Lambert, 2018).

Gelso og Carter (1985) definerer den terapeutiske relasjon som ”følelsene og holdningene som terapeuten og klienten har til hverandre, og måten disse uttrykkes på” (s. 159). Deres forståelse av den terapeutiske relasjonen tar utgangspunkt i psykoanalytikerens Greenson (1967) sin beskrivelse hvor relasjonen mellom terapeut og pasient består av tre komponenter, blant annet komponentene: *arbeidsallianse* og *personlig relasjon* (real relationship).

Arbeidsalliansen har vært gjenstand for en stor mengde studier, og betegnelsen er mye brukt for å blant annet beskrive den relasjonelle dimensjonen mellom terapeut og pasient. Bordin (1979) formulerte at en god arbeidsallianse inkluderer enighet mellom terapeut og klient om mål for terapi og hvordan dette målet skal oppnås, samt opplevelsen av et emosjonelt bånd.

Gelso og Carter (1994) fremhever to sentrale trekk som kjennetegner den *personlige relasjonen* mellom terapeut og pasient: ekthet (genuineness) og realistiske oppfatninger av hverandre (realistic perceptions). Det innebærer at terapeut og pasient evner og ønsker å være autentiske, åpne og ærlige med hverandre. Denne delen av den terapeutiske relasjonen er ikke farget av terapeuten og pasientens tidligere relasjonserfaringer og forsvarsmekanismer. De taler for at denne komponenten; en relasjon preget av ekthet og realistiske forståelse av hverandre, utgjør en viktig del av den terapeutiske relasjonen og er essensielt for en god terapeutisk prosess.

1.7.1 Den terapeutiske relasjonen i triaden

Psykoterapiforskningen har i hovedsak studert den dyadiske terapeutiske relasjonen, terapeut og pasient (Norcross & Lambert, 2018). Et relevant spørsmål i denne studien er hvorvidt den terapeutiske relasjonen fremdeles er en dyade mellom terapeut og pasient, eller om den terapeutiske relasjonen snarere er en triadisk relasjon. Studier med utgangspunkt i talespråklig tolking viser at det dannes en triadisk relasjon. Helheten i triaden består av tre personer med flere gjensidige relasjoner: terapeut-pasient, terapeut-tolk og pasient-tolk. (Miller, Martell, Pazdirek, Caruth & Lopez, 2005).

Synet på tolken som nærmest en usynlig oversetter i terapirommet utfordres. Litteraturen beskriver i større grad tolken som en aktør som med sin tilstedeværelse og gjennom sin tolkning påvirker situasjonen. Mye av forskningen gjort på triaden i terapi, har tatt utgangspunkt i talespråklig tolking der det tolkes mellom to talespråk (Brisset, Leanza & Laforest, 2011; Hsieh, 2006; Hsieh, 2008; Miller et al., 2005; Raval & Smith, 2003; Resera, Tribe & Lane, 2015; Searight & Searight, 2009; Tribe, 2009).

Litteraturen på dette feltet viser at bruk av talespråklig tolk i terapi har flere konsekvenser, blant annet for den terapeutiske relasjonen (Brisset, et al., 2011; Hunt & Swartz, 2017; Kline, Acosta, Austin & Johnson, 1980; Miller et al., 2005; Raval & Smith, 2003; Resera et al., 2015). Tolkens tilstedeværelse og væremåte har betydning for det relasjonelle klimaet i triaden. Studier finner blant annet at pasienter i noen tilfeller danner en sterk terapeutisk relasjon til tolken fremfor terapeuten, og at terapeuten oppgir å føle seg ekskludert. Videre forteller terapeuter at bruk av tolk kan føre til at den gode terapeutiske relasjonen utvikles saktere og mer gradvis enn en dyadisk terapisituasjon. De peker på at både terapeut og pasient i større grad retter oppmerksomheten og snakker til tolken, særlig i starten av et terapiforløp (Miller et al., 2005).

Mindre utforsket er triaden i *tegnspråktolk* terapi og hvordan den terapeutiske relasjonen påvirkes av tegnspråktolken (Brisset et al., 2011; Gill & Fox, 2012; Miller et al., 2005). Studier som er utført finner imidlertid lignende resultater som forskningen gjort på talespråktolket psykoterapi: den terapeutiske relasjonen påvirkes betydelig når en tegnspråktolk er med i terapien (Brunson & Lawrence, 2002; Gill & Fox, 2012). Det beskrives blant annet at pasienter uttrykker bekymringer knyttet til bruk av tegnspråktolk og konfidensialitet på grunn av at døvemiljøet er et lite miljø, og beskriver å være tilbakeholden med hva de deler med terapeuten på grunn av dette (Steinberg, 1991). Andre studier finner at bruk av tegnspråktolk har negativ påvirkning på den terapeutiske relasjonen, blant annet uttrykker pasienter frustrasjon hvis terapeuten får dem til å føle at tegnspråktolken er der fordi pasienten har behov for det, ikke fordi de begge har behov for det (Steinberg, Barnett, Meador, Wiggins & Zazove, 2006). De Bruin og Brugmans (2006) peker på ulike forhold som kan påvirke relasjonen i triaden. I tilfeller hvor tegnspråktolken og pasienten kjenner hverandre fra før vil dette kunne føre til en sterkere relasjon mellom pasienten og tegnspråktolken, sammenlignet med pasientens relasjonen til terapeuten. De Bruin og Brugmans (2006) henviser også til tilfeller hvor terapeutens usikkerhet knyttet til å bruke tegnspråktolk bidrar til at relasjonen mellom tegnspråktolk og pasient blir enda sterkere. Cornes og Napier (2005) hevder at tegnspråklige pasienter i noen tilfeller danner en sterkere allianse med tegnspråktolken i stedet for terapeuten, fordi pasienten i større grad retter blikket og fokuset mot tegnspråktolken enn på terapeuten i terapitimen. Pasienters perspektiv på bruk av tegnspråktolk og dens påvirkning på den terapeutiske relasjon er mer studert og beskrevet enn terapeutenes perspektiv. Det kan skyldes at forskningen ikke har utforsket terapeuters perspektiver tilstrekkelig, eller at terapeutene reflekterer mindre rundt dette temaet (Gill & Fox, 2012).

1.8 Formålet med studien

God kommunikasjon er essensielt for den terapeutiske prosessen (Sussman & Brauer, 1999). Studier viser at pasienters opplevelse av å bli forstått av terapeuten er et av de viktigste aspektene ved god behandling (Johansson og Eklund, 2003). Uten klar og tydelig kommunikasjon blir det også vanskelig for terapeuten å forstå pasientens perspektiv, etablere en fortrolig relasjon, utrede og tilby god behandling (Miletic, Piu, Minas, Stankovska, Stolk, & Klimidis, 2006)

Språket er terapeutens verktøy. I tolket terapi gir terapeuten fra seg noe av kontrollen over språket og kommunikasjonen til tolken i den terapeutiske samtalen. Språket er også pasientens redskap for å bli forstått. Å involvere en tolk i psykoterapi kan ha stor betydning for kommunikasjonen mellom terapeuten og pasienten. Kommunikasjonen i triaden er et fokusområde for denne studien. Videre er god kommunikasjon og gjensidig forståelse sentralt for å etablere en ekte og ærlig terapeutisk relasjon (Gelso & Carter, 1994). Watchel (2011) formulerer det slik: ”Words are the medium of relationships” og beskriver at samtalen mellom terapeuten og pasienten, terapeutens intervensjoner og formuleringer i vesentlig grad påvirker tonen i forholdet mellom dem (Watchel, 2011, s. 3). Med denne kunnskapen som utgangspunkt er det også relevant å undersøke hvordan tolking kan påvirke den terapeutiske relasjonen mellom terapeut og pasient.

Mye forskning har undersøkt talespråktolket terapi (Brisset et al., 2011; Miller et al., 2005; Raval & Smith, 2003; Resera et al., 2015; Searight & Searight, 2009; Tribe, 2009), men langt færre har undersøkt tegnspråktolket terapi og hvordan dette påvirker terapiprosessen (Brisset et al., 2011; Cornes & Napier; Gill & Fox, 2012). Tegnspråktolkens tilstedeværelse i psykoterapi vil utforskes nærmere i denne studien, gjennom å intervjuere terapeuter som har erfaring fra tegnspråktolket psykoterapi. Den vil undersøke relevante prosesser som oppstår i tegnspråktolket psykoterapiforløp der terapeuten er hørende og talespråklig, og pasienten er døv eller tunghørt og tegnspråklig. Prosjektet utforsker tegnspråktolkens rolle som oversetter og hvilken påvirkning tegnspråktolken kan ha på psykoterapeutene og den terapeutiske prosessen i sin helhet. Prosjektets fokusområde befinner seg derfor i et skjæringspunkt mellom psykoterapiteori og tolketeori. Prosjektet tar utgangspunkt i tegnspråktolking, men det kan tenkes at resultatene kan generaliseres til psykoterapi som benytter tolking mellom to talespråk. Studiens problemstilling er: *Hvordan påvirkes terapeutiske prosesser når man anvender tegnspråktolk i psykoterapi?*

2 Metode

2.1 Teoretisk forankring

2.1.1 Begrunnelse for valgt metode

Formålet med denne studien er å utforske terapeuters opplevelse av den tegnspråktolkede terapeutiske prosessen og gjennom deres beskrivelser få innblikk i samspillet i den terapeutiske triaden. Den kvalitative forskningsmetoden utforsker, beskriver og fortolke individets opplevelser og refleksjoner (Kvale & Brinkmann, 2015). I psykoterapiforskningen har kvalitative studier blant annet vært viktige bidrag for å få frem terapeutenes stemme og øke forståelsen for deres erfaringer (McLeod, 2013). Kvalitative studier søker å forstå kompleksiteten i individets subjektive opplevelser (Svartdal, 2015). Med dette som utgangspunkt fremstod kvalitativ metode som en hensiktsmessig tilnærming i denne studien.

2.1.2 Epistemologi

Epistemologi er læren om kunnskap, hva som anses som gyldig kunnskap og hvordan slik kunnskap kan oppnås (Braun & Clarke, 2013). Positivismen som epistemologisk posisjon har en lang tradisjon innenfor psykologisk forskning (Svartdal, 2015). Positivistisk orienterte forskere er opptatt av at kunnskap må kunne vises å være mer eller mindre er objektive sannheter for å kalle kunnskapen gyldig (Braun & Clarke, 2013). Konstruktivister på den andre siden, taler for at sannheter vi innhenter gjennom forskningen er konstruerte sannheter. Det er ikke mulig å avdekke en objektiv sannhet, da mennesker konstruerer kunnskapen gjennom sin sosiale virkelighet (Braun & Clarke, 2013). Den epistemologiske antakelsen som ligger til grunn for denne studien befinner seg i en mellomposisjon: På den ene siden anerkjennes det at kunnskap konstrueres i en sosial kontekst og at produksjon av kvalitativ kunnskap gjenspeiler forskerens subjektivitet. Samtidig anerkjenne muligheten for at det kan avdekkes kunnskap om en objektiv virkelighet (Braun & Clarke, 2013).

Fortolkning av kvalitative data kan forstås ut i fra forskjellige perspektiver, blant annet gjennom et fenomenologisk perspektiv. Fenomenologien har som siktemål å kartlegge den subjektive realiteten til individene som studeres (Svartdal, 2015) og vektlegger åpenhet for intervjupersonenes opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2015). Denne studien har hatt en fenomenologisk tilnærming, i den hensikt å utforske og beskrive terapeutenes opplevelser gjennom å gjøre kvalitative dybdeintervju.

Den fenomenologiske tilnærmingen til det kvalitative intervjuet i denne studien befinner seg mellom to fenomenologiske ytterpunkter: Noen anser intervjuet en sosial praksis hvor informantens beskrivelser vil være påvirket av sosial kontekst og hukommelse, og er derfor ikke egnet til å innhente objektive beskrivelser av hendelser. Andre vil hevde at intervjuet er et forskningsverktøy som kan innhente deskriptive beskrivelser av reelle hendelser som har skjedd i fortiden (Kvale & Brinkmann, 2015). I denne studien anses det kvalitative intervjuet både som en metode egnet for å innhente mer eller mindre deskriptive beskrivelser, samtidig som det anerkjennes at intervjusituasjonen er en sosial praksis som påvirker samtalen og svarene informantene gir.

2.1.3 Forskerens ståsted

En fenomenologisk tilnærming til kvalitative data fordrer at forskeren er i stand til å sette sine egne forståelsesformer til side, slik at informantenes formidling av sine subjektive opplevelser kommer frem. Forskeren har likevel påvirkning på de ulike fasene i forskningsprosessen. Utformingen av intervjuguiden, innhenting av datamaterialet og transkripsjonsprosessen er påvirket av forskerens forståelse (Svartdal, 2015).

Etter å ha arbeidet flere år med døve og tunghørte, samt gjennomført hovedpraksis på Nasjonal behandlingstjeneste for hørsel og psykisk helse (NBHP), har min interesse for tegnspråk og døve og tunghørtes livserfaringer økt. I hovedpraksis på NBHP fikk jeg førstehåndserfaring i prosjektets problemstilling. Jeg gjennomførte psykoterapiforløp med tegnspråklige pasienter – både med og uten tegnspråktolk. Som forsker stiller jeg altså ikke helt uten forhåndskunnskap og erfaring, noe som kan ha preget mine antagelser, min forståelse av funnene og retningsvalg i prosjektet.

2.2 Forskningsetiske betraktninger

I kvalitative studier får man innblikk i enkeltmenneskers personlige erfaringer. Informantene fortalte om både gode og mindre gode opplevelser i intervjuene. I møte med menneskers liv og historie er det viktig å være bevisst på etiske problemstillinger som gjør seg gjeldende i de ulike fasene av studien (Kvale & Brinkmann, 2015). I dette prosjektet ble informert samtykke, vurdering av eventuell emosjonell belastning, gjenkjennbart og konfidensialitet viktig å ta hensyn til.

I rekrutteringsfasen mottok de aktuelle informantene et informasjonsskriv, med beskrivelse av prosjektet og dets formål (Appendiks B). Videre fikk de opplysninger om

personvern, potensiell belastning, aidentifisering av informasjonen og konfidensialitet. Det ble opplyst om at deltagelsen var frivillig og deres rett til å trekke seg fra prosjektet underveis. I tillegg ble informantene informert om sin rett til innsyn i egne personopplysninger, samt retten til å korrigere eventuelle feilopplysninger.

Sammen med informasjonsskrivet fikk informantene tilsendt samtykkeskjema og en ferdig frankert konvolutt. Frivillig deltagelse ble sikret ved at informantene på eget initiativ valgte å poste samtykkeskjemaet i retur til en av prosjektets veiledere, Stephen von Tetzchner ved Psykologisk Institutt.

Alle informantene samtykket til å bli intervjuet med lydopptak. Alle opplysningene som informantene oppgav, samt lydopptak, har blitt behandlet med konfidensialitet og i samsvar med personvernregelverket. Under transkriberingen ble informantenes navn erstattet med koder, for å aidentifisere alle personopplysninger. I rapporteringen av resultatene vil ikke utsagnene kunne knyttes til bestemte informanter. Prosjektet er godkjent av Nasjonalt Senter for Forskningsdata (NSD) (Appendiks C). Etter e-postkorrespondanse med Regional Etisk Komité Øst (REK) fikk jeg bekreftelse på at prosjektet faller utenfor Helseforskningsloven, da det ikke behandler pasientopplysninger, og prosjektet er derfor ikke meldt inn til forhåndsgodkjenning.

I informasjonsskrivet ble det også informert om potensiell belastning for informantene. De ble informert om at intervjuet mulig kunne minne dem om erfaringer fra psykoterapiforløp eller aktivere prosesser knyttet til egne kvaliteter som terapeut som oppleves utfordrende. De ble informert om at hvis slike situasjoner skulle oppstå ville de få tilbud om samtale med en av prosjektets veiledere.

2.3 Datainnsamling

2.3.1 Rekruttering

Deltagerne i denne studien er psykoterapeuter som har erfaring med å bruke tegnspråktolk i lengre terapiforløp. En av prosjektets veiledere, psykologspesialist og PhD Beate Øhre, har mange års erfaring fra psykisk helsevern for døve og tunghørte. Rekrutteringen av informanter tok utgangspunkt i hennes kunnskap om terapeuter som arbeider med døve pasienter. Åtte av de ti som ble spurt, returnerte samtykkeskjema og samtykket til å delta i prosjektet. Etter nærmere samtale med disse åtte kandidatene, var det seks informanter som oppfylte kriteriene for å delta i studien. Kriteriene for å delta i studien var at informantene hadde erfaring fra langsgående terapiforløp med tegnspråktolk og voksne tegnspråklige

pasienter (over seksten år). Jeg ønsket å intervjuere hørende terapeuter, for å unngå å selv måtte bruke tegnspråktolk i intervjusituasjonen. De to kandidatene som ble ekskludert skyldes at de ikke møtte studiens kriterier. Én hadde erfaring med tegnspråktolket terapi, men ikke med tegnspråklige pasienter over seksten år. Den andre kandidaten hadde ikke erfaring fra langsgående terapiforløp med tegnspråktolk. Rekrutteringsarbeidet pågikk i perioden februar til mai 2019.

2.3.2 Utvalget

Utvalget består av tre psykiatere, to psykologspesialister og én klinisk sosionom. Alle arbeider innenfor psykisk helsevern for døve og tunghørte. Utvalget har ulik erfaring fra tegnspråktolkede terapiforløp med tegnspråklige voksne pasienter. En av informantene oppgir å ha lite erfaring med tegnspråktolket terapi. Tre av terapeutene oppgir å ha mye erfaring med å bruke tegnspråktolk i langsgående terapiforløp. To av terapeutene har også god erfaring fra lengre tegnspråktolkede terapiforløp, men oppgir å ikke bruke tegnspråktolk like ofte lenger. Terapeutene beskriver at de har ulik grad av tegnspråkkompetanse. En av dem beskriver å ikke kunne tegnspråk. To av dem forteller at de har god tegnspråkkompetanse og kan ha terapiforløp med tegnspråklige pasienter uten hjelp fra tegnspråktolk. De resterende tre terapeutene forteller at de har tilstrekkelig tegnspråkkompetanse til å forstå og bli forstått, men angir å bruke tegnspråktolk i terapi med sine tegnspråklige pasienter. Alle de seks terapeutene er kvinner. Terapeutene vil videre bli omtalt som informanter i oppgaven.

2.3.3 Intervju

Intervjuene ble gjennomført i Oslo, Bergen og Trondheim i mai og juni 2019 og hadde en varighet på mellom én og to timer. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd for å sikre at informasjon ikke skulle gå tapt. Etter veiledning fra NSD brukte jeg UiOs Nettskjemadiktafon (Universitetet i Oslo, 2019). Her lastes lydfilene automatisk opp til Nettskjema, en side som beskyttes av personlig brukernavn og passord. Av sikkerhetsmessige grunner er det ikke mulig å avspille lydopptaket på annen måte enn gjennom innlogging på eget nettskjema. Slik sikret jeg at de transkriberte opptakene ikke var lagret på private enheter og var i tråd med NSD sine retningslinjer og i samsvar med personvernregelverket.

I dette prosjektet gjennomførte jeg semistrukturerte intervjuer for å være sikker på at intervjuet dekket viktige interesseområder for prosjektets problemstilling. Det

semistrukturerte intervjuet kan tilpasses informanten underveis, noe som ga mulighet for at intervjuet i større grad bar preg av en samtale. Fleksibiliteten i det semistrukturerte intervjuet gjorde det mulig å være åpen for det informantene var opptatt av og kunne følge opp eventuelle nye temaer de tok opp (Braun & Clarke, 2013).

I planleggingen av intervjuguiden (appendiks A) var jeg bevisst på å formulere spørsmålene åpne og nøytrale, men likevel lage dem konkrete og tydelige (Braun & Clarke, 2013). Et annet mål med spørsmålene var å unngå at informantene i for stor grad svarte med generelle betraktninger og refleksjoner knyttet til bruk av tegnspråktolk i terapi. Etersom jeg var interessert i å få innblikk i terapeutenes konkrete erfaringer og deres refleksjoner rundt disse, ba jeg alle informantene om å velge seg ut to terapiforløp på forhånd. Kriteriene var at det hadde vært langsgående terapier med tegnspråklig pasient og tegnspråktolk. Terapeutenes erfaringer fra disse to terapiene ble utgangspunkt for deres svar på spørsmålene i intervjuet.

2.4 Analyse

2.4.1 Tematisk analyse

Jeg benyttet tematisk analyse for å identifisere, analysere og rapportere mønstre (tema) i datamaterialet. Tematisk analyse er en systematisk tilnærming til datamaterialet som gjør at både sentrale temaer og detaljerte beskrivelser i informantenes opplevelse kommer frem (Braun & Clarke, 2013). Tematisk analyse er fleksibel i den forstand at den ikke fordrer en bestemt metode for datainnsamling eller et bestemt teoretisk eller epistemologisk standpunkt (Braun & Clarke, 2013). Denne fleksibiliteten var avgjørende for valget av metode i dette prosjektet.

Fremgangsmåten var hovedsakelig induktiv og tok ikke utgangspunkt et bestemt teoretisk rammeverk. På denne måten kom terapeutenes egne opplevelser og perspektiver tydelig fram. Samtidig var analysen til dels drevet av prosjektets problemstilling og teoretiske interesseområde. Dette bidro til å avgrense fokusområdene for analysen (Braun & Clarke, 2006).

2.4.2 Fasene i tematisk analyse

Braun og Clarke (2006) beskriver seks faser i tematisk analyse. Disse fasene ble fulgt i analysen av datamaterialet. Prosessen bar også preg av å bevege seg frem og tilbake mellom de ulike fasene ved behov (Braun & Clarke, 2006).

Fase 1: Bli kjent med data. Jeg ble godt kjent med datamaterialet gjennom både gjennomføring og transkribering av intervjuene. I etterkant av hvert intervju noterte jeg det som fremstod som betydningsfullt med intervjuet i lys av prosjektets problemstilling. Intervjuene ble transkribert så nært opp mot informantenes ord og uttryksmåte som mulig (Braun og Clarke, 2013). Under transkriberingen og den påfølgende gjennomlesingen av datamaterialet, noterte jeg hypoteser knyttet til mulige mønstre i materialet.

Fase 2: Koding. Den systematiske prosessen med å kode startet etter jeg hadde blitt kjent med datamaterialet og generert en liste med ideer over hva som var interessant i lys av prosjektets problemstilling. En kode er en kortfattet og meningsfull gjengivelse av et gitt utdrag fra datamaterialet som er av betydning for fenomenet som studeres. En kode skal gjennom et eller få ord, gjengi den aktuelle informasjonen (Braun og Clarke, 2006).

Intervjuene ble kodet manuelt ved å notere på fargekodete post-it lapper, festet i marginen. Så ble det markert hvilket segment i materialet koden hørte til. Kodingen var både teoridrevet, med fokus på de meningsbærende utdragene som var interessant for prosjektet fokusområde og problemstilling, samt datadrevet, hvor kodene lå tett opp mot informantenes egne beskrivelser (Braun & Clarke, 2006). I denne første fasen av kodingen var jeg bevisst på å være åpen og kode for så mange potensielle temaer som mulig, for å på den måten bevare mest mulig informasjon som kunne være relevant. Et tekstutdrag kunne ha flere ulike koder. Dette resulterte i et rikt utvalg av koder som gjenspeilet kompleksiteten i datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). Etter å ha kodet materialet én gang, rekodet jeg deler av materialet jeg vurderte som nødvendig. Noen segmenter i teksten fikk nye koder, noen koder ble forbedret og noen koder ble tilført etter hvert som alle intervjuene ble gjennomgått.

Tabell 1

Eksempel på koder med tilhørende utdrag fra teksten.

Utdrag fra tekst	Kode
<i>Jeg synes det har vært lite sånn.. ja, hva skal jeg kalle det. Lite misforståelser. Men det kan også handle om at jeg har veldig bra samarbeid med tolkene, da. Jeg snakker jo med tolkene hver gang. Både før og etter. Og jeg tenkte at jeg måtte gjøre det for min egen del, da. For å liksom være sikker på.. både at jeg ikke har vært for kjapp for eksempel, eller dette med turtaking. Sånne ting.</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lite misforståelser 2. Godt samarbeid med tolkene

Fase 3: Søk etter temaer. Etter å ha kodet datamaterialet, startet prosessen med å søke etter hovedtema og undertema. Dette startet med å sortere kodene i meningsfulle grupper (Braun & Clarke, 2006). Koder som berørte samme tematikk ble samlet i egne dokumenter. Dokumentene inneholdt også de kodede tekstutdragene fra datamaterialet. Noe av teksten før og etter utdraget ble bevart for å ivareta sitatets kontekst (Braun & Clarke, 2006). Jeg gjorde et bevisst valg om å starte med flere smale tentative temaer, fremfor få og brede temaer, for å ivareta kompleksiteten i datamaterialet. Organiseringen av kodene gav oversikt over flere mulige temaer, og med denne oversikten som utgangspunkt fortsatte jeg å søke etter mønstre i materialet, denne gangen visualisert i form av fargekodede post-it-lapper festet på et lerret. Denne visualiseringen bidro til at mønstre og sammenhenger i det kodede materialet ble synlige. Noen tema ble slått sammen, noen ble delt opp i nye tema. Visualiseringen på post-it lapper la til rette for en dynamisk prosess hvor jeg enkelt kunne forandre tema og undertema når jeg så behov for det.

Eksempler på tentative temaer jeg arbeidet med i denne fasen var: ”Triadisk relasjon”, ”Samarbeid og tilpasning i triaden”, ”Tegnspråktolkens påvirkning på terapeuten”, ”Tolking av språklige nyanser”, ”Det øker kompleksiteten, men gjør det likevel lettere”.

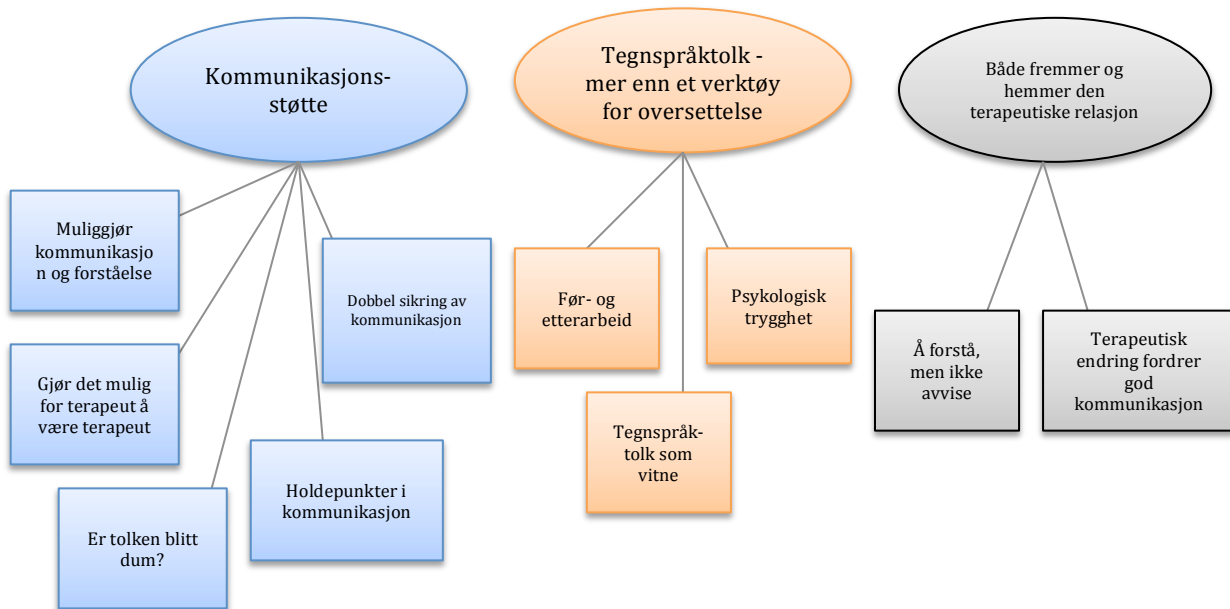
Fase 4: Gjennomgang av temaer. I denne fasen startet jeg med fire hovedtemaer: 1) *Kommunikasjonsstøtte*, 2) *Tegnspråktolken er mer enn et oversettelsesverktøy*, 3) *Både fremmer og hemmer den terapeutiske relasjon*, 4) *Triaden – et samarbeid mellom alle tre parter*. I denne delen av analysen vurderte jeg om temaene skilte seg tydelig nok fra hverandre (ekstern heterogenitet) og om innholdet med kodede tekstutdrag belyste temaene på en god måte (intern homogenitet) (Braun & Clarke, 2006).

Etter nærmere vurdering av innhold ble det fjerde hovedtemaet fjernet. Blant annet på grunn av utfordringen med å formulere essensen i temaet og beskrive hvordan det skilte seg ut fra de øvrige temaene. Deler av analysen og tekstutdragene i dette temaet ble i stedet brukt i de resterende tre temaene. Dette førte til at de tre valgte temaene ble mer definerte og nyanserte.

Videre ble temaene vurdert i lys av hele det kodede datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). Jeg leste gjennom datamaterialet på nytt for å være trygg på at temaene ikke fravek fra datamaterialet i sin helhet. I denne fasen fant jeg ytterligere utdrag fra datamaterialet som bidro til å belyse temaene.

Fase 5: Definere og navngi temaene. Jeg formulerte essensen i hvert tema og hvordan temaene hang sammen med prosjektets overordnede tematikk (Braun & Clarke, 2006). Disse formuleringene ble brukt som utgangspunkt for videre raffinering av temaene. Jeg leste

temaene med tilhørende kodede segmenter på nytt. Jeg formulerte undertemaer som belyser ulike aspekter ved det overordnede temaet. På denne måten ble temaene ytterligere definert. I denne prosessen ble noen kodede utdrag ekskludert for å unngå å gjøre temaer for store og komplekse. Analysen resulterte i tre hovedtemaer med undertemaer:



Figur 2. Tematisk kart over hovedtemaer og undertema

Fase 6. Rapportere funnene. Resultatet fra analysen er presentert i neste kapittel med utsagn fra datamaterialet som formidler historien bak temaene (Braun & Clarke, 2006). En utfordring var å velge sitater som gav rike beskrivelser av det berørte temaet, uten at sitatene ble for lange. I tillegg var det utfordrende å velge mellom mange sitater som alle på hver sin måte tilførte noe spesielt til temaets essens.

3 Resultater og analysen

Den tematiske analysen fant tre hovedtemaer i datamaterialet som belyser hvordan bruken av tegnspråktolk kan påvirke psykoterapeutiske prosesser. De tre temaene er:

- 1) Kommunikasjonsstøtte
- 2) Tolken er mer enn et oversettelsesverktøy
- 3) Både fremmer og hemmer den terapeutiske relasjon

Leserveiledning til sitatene: I står for informant og F står for forsker. (..) betyr at informasjon er utelatt da det ikke er relevant for temaet som belyses.

3.1 Kommunikasjonsstøtte

3.1.1 Tegnspråktolken muliggjør god kommunikasjon og forståelse

Noe som går igjen i informantenes beskrivelser er at tegnspråktolken primært er en som støtter og tilrettelegger for kommunikasjon i terapien. Informantene forteller at de trenger tegnspråktolkene for å kommunisere godt med pasienten. Det er riktignok bare én av informantene som oppgir å være helt avhengig av å bruke tegnspråktolk. Fem av seks informanter forteller at de har relativt god tegnspråkkompetanse. To av seks forteller at deres tegnspråklige kompetanse er god nok til å ha terapiforløp uten tegnspråktolk. Likevel er alle informantene, til tross for ulikt tegnspråknivå, opptatt av å bruke tegnspråktolk som kommunikasjonsstøtte. Samtlige beskriver at det bidrar til å ”sikre kommunikasjonen”. En av informantene uttrykker: ”Hvis pasienten er tegnspråklig så foretrekker jeg jo å ha med tolk. Altså for å være sikker på kommunikasjonen.”

En annen informant illustrerer betydningen av at tegnspråktolken er der for å gjengi budskapet til pasienten. Hun beskriver en hendelse der hun mottok en pasient fra en annen behandlingsinstans. De beskrev pasienten som roligere når tegnspråktolken *ikke* var tilstede. Som følge av dette ble det sluttet å tilby tegnspråktolk til pasienten. Informanten illustrerer med betydningen av at tegnspråktolken er tilstede:

Med tolken tilstede så bare velter det ut av han masse psykotiske forestillinger. Og ja, han ble urolig, men det var jo ikke fordi tolken var der. Det var jo fordi han faktisk var paranoid psykotisk. Og det hadde de underkjent i akuttavdelingen. De så at han ble mer urolig når tolken var der. Men da fikk han tilgang på det. Da gav han uttrykk for det

psykotiske materialet sitt (...). Det er jo kjempedramatisk. Altså, pasienten ble jo feilbehandlet og feildiagnostisert i en veldig dårlig fase.

3.1.2 Tegnspråktolken gjør at informantene kan fokusere på terapien

Gjennomgående i informantenes beskrivelser, er at de ved å bruke tegnspråktolk opplever å ha mental kapasitet og overskudd til å være terapeuter og fokusere på behandlingen. Flere beskriver at bruk av tegnspråktolken sikrer kommunikasjonen som igjen bidrar til å sikre kvaliteten på terapien. En av informantene deler sine tanker rundt dette:

Jeg får litt mer kapasitet til å tenke på terapien. Og ikke bare å få oppfattet hva som blir sagt, sant. For hvis tolken trøbler, så kjenner jeg at jeg blir veldig med på det. Du blir opptatt av språket, ikke innholdet. Og da er det jo begrenset hvor mye kapasitet du har til å oppfatte hva som blir sagt og innholdet. Og så skal en gi terapi her og ha en retning og gode intervensjoner og sånn. Det er jo en utfordring.

To andre informanter deler lignende refleksjoner:

Jeg kan slappe mer av. Og jeg kan stole mer på fagkompetansen min og ikke falle av på språkkompetanse.

Hele situasjonen er jo stress. Det med at tolkene var der, nei det tror jeg faktisk reduserte stresset. Ja, for da blir jeg bedre. Da kan jeg stole mer på at "ja, jeg oppfatter riktig". Eller "nå får jeg med meg det viktige". Hvis ikke de hadde vært der så hadde det blitt vanskeligere. Det er jeg ganske sikker på. Så selv om det på en måte øker kompleksiteten i situasjonen, så tar det ned mitt.. For jeg kan fokusere mer på det jeg ønsker å gjøre. Hvis jeg ikke hadde hatt tolkene der, så tror jeg at jeg hadde brukt kapasiteten i "toppetasjen" på å forstå "hva snakker vi om nå?". Så da hadde jeg nok blitt en dårligere terapeut.

3.1.3 Dobbel sikring av kommunikasjon

Tegnspråktolken er den som har ansvaret for å oversette det språklige innholdet. Likevel fremhever flere informanter fordelene med å kunne tegnspråk selv. På den måten kan de kvalitetssikre tegnspråktolkens oversettelse. De opplever i større grad å ha kontroll over den terapeutiske prosessen. To av informantene forteller:

Det er jo selvfølgelig en fare for at oversettingen ikke er korrekt. Det er det jo alltid. Og da er det en kjempfordel for meg at jeg kan såpass mye tegnspråk. Fordi at jeg ser at hun oversetter, etter mitt skjønn, riktig.

Det gjør jo at jeg er veldig trygg på å si i fra. Hvis jeg syns at "nå tror jeg kanskje du bommet litt" eller "nå tror jeg egentlig.. sa han egentlig det?". Også hvis det er ting jeg stusser på hos tolken eller som tolken sier for mye av.

Flere informanter sammenligner bruk av tegnspråktolk med bruk av andre talespråklige tolker. Gjennomgående i informantenes beskrivelser er at de opplever å ha mindre kontroll over terapisaamtalen i talespråktolkede terapiforløp:

For meg så er det stor forskjell. Fordi hvis jeg bruker tegnspråktolk, så kan jeg til en viss grad kvalitetssikre i begge ender. Men hvis jeg bruker en fremmedspråktolk, hvis de snakker urdu eller arabisk.. Jeg aner ikke, ikke sant. Det er veldig annerledes, rett og slett. Mye mer utrygt.

3.1.4 Er tolken blitt dum?

Flere informanter beskriver utfordringer som oppstår når pasientens psykiske lidelse og funksjonsnivå påvirker språket. Det stiller høye krav til tegnspråktolkene. De er utdannet til å gjengi budskap på måter som gjør det enkelt for mottakeren å oppfatte. Dette er hensiktsmessig for å få til en god flyt i kommunikasjonen, men ikke alltid hensiktsmessig i utredning og behandling. Oversettelsen kan høres sammenhengende og meningsbærende ut i tilfeller hvor pasientens uttalelser i realiteten ikke er det. Pasientens usammenhengende språk kan være et viktig diagnostisk tegn og tegnspråktolkens oversettelse kan i noen tilfeller kamuflere pasientens virkelige funksjonsnivå og lidelsestrykk. Dette kan utfordre informantenes kliniske vurdering av pasienten. En av informantene beskriver det slik:

Hver gang han var psykotisk, så forstod ikke tolken hva han sa. Mens når han ikke var psykotisk, eller når han snakket om greie hverdagslige ting, så var det helt utmerket lett for tolken å tolke. Og tolken ble så fortvilet av å ikke forstå hva pasienten sa. (...) Også ble vi liksom på en måte enige sammen om at da handler det om at hver gang han beveger seg ut i det psykotiske, så blir det ikke meningsbærende. At det handler ikke om at tolken plutselig har blitt en dårlig tolk. Så etter hvert så ble jo det et slags signal på at nå er pasienten ute å kjøre. Nå er det en vrangforestilling vi snakker om, eller en psykotisk hendelse vi snakker om. Når tolken begynte å streve.

Informantene forteller at tegnspråktolkene er til stor hjelp for dem i møte med tegnspråklige pasienter, da det kan bidra til gjensidig forståelse og god kommunikasjon i terapien. Samtidig kan tegnspråktolking av og til hindre informantene i deres forståelse av pasienten. En av informantene uttrykker hvor viktig det er at oversettelsen er nøyaktig:

Jeg har snakket mye med tolkene om det, da. At de legger nok seg på et nivå for å tilpasse seg pasienten. Og faren er jo at de da snakker litt for pasienten. Altså legger til litt for at det skal bli en meningsfull setning for eksempel. Så det har vi jo snakket masse om i ettertid. ”Ikke legg til. Prøv å skjær til beinet akkurat hva de sier. Ikke legg noe mer til. Jeg vet at du vil gjøre det for at det skal fremstå bedre som en setning, men ikke gjør det.

Bare si akkurat det pasienten sier”. For det er lettere for meg å vurdere hvilket nivå pasienten egentlig ligger på. Kognitivt også. Og språklig. Så det er en utfordring.

Informanten forteller videre:

Det sier jo de gamle tolkene som har jobbet lenge. At de har vært litt ambassadører for døve. (...) De vil gjerne at døve skal fremstå som litt klokere enn befolkningen har sett dem. Nettopp fordi tegnspråk, hvis du oversetter det til norsk talespråk, så høres det veldig rart ut. Det høres litt barnslig ut. Men faren er jo at de legger til så mye og gjør det til så godt norsk at den som er behandler tror at pasienten forstår mye mer enn den gjør.

3.1.5 Færre holdepunkter i kommunikasjonen

Tegnspråktolking foregår i all hovedsak simultant, til sammenligning med annen talespråklig tolking som i større grad foregår konsekutivt. Simultantolking gjør, ifølge informantene, at samtalen har et mer naturlig preg fordi tolkingen foregår samtidig som de og pasientene snakker. Likevel beskriver flere informanter at kommunikasjonen med pasienten oppleves som *indirekte*, da budskapet går gjennom tegnspråktolkens fortolkende filter. Enkelte forteller at aspekter ved kommunikasjonen kan forsvinne i tolkeprosessen. I tillegg til eksplisitte og uttalte ord som utveksles i terapisaamtalen, bruker informantene normalt flere holdepunkter i kommunikasjonen for å forstå pasienten. Flere informanter omtaler dette som ”nyanser” og trekker frem eksempler som toneleie, intensitet, stemning og språklige nyanseringer. De beskriver at de bruker informasjonen fra disse kommunikative holdepunktene for å få en god forståelse av pasienten og for å kunne regulere seg etter pasienten. Noen av informantene beskriver utfordringen med å fange opp nyansene når de ikke deler pasientens språk og når mye av kommunikasjonen er prisgitt tegnspråktolkens oversettelse:

I: Men det er det at det en del ting man ikke kan belage seg på som man har gjort før, da. Og det er jo utfordringen i det, syns jeg.

F: Og hva er det, det du ikke kan belage deg på?

I: Nei, det er nok den direkte, altså det at det ikke er et mellomledd på et vis, da. Men det er jo noe man må venne seg til. Og så er det det med toneleie. (...) Alle disse små nyansene i språket for eksempel. Det tenker jeg kan gå glipp av. Og at det i seg selv kan jo bli en utfordring videre.

Det som er litt uvant, det er jo at bruk av toneleie for eksempel. Altså det å lytte til pasienten. Det å ikke kunne høre toneleie, det er veldig uvant for meg. For det er jeg så vant til å bruke selv, både med å regulere meg ned og opp og på en måte fange opp; hvor er pasienten hen?

Det med nyanser i språk. Som jo er veldig viktig terapeutisk. Jeg tror jo at det legger en utfordring til meg som terapeut, da. At jeg må være litt sånn nøye med hva jeg spør om. Det er kanskje derfor jeg blir veldig konsentrert også, for jeg vil liksom være helt sikker på at jeg får med meg ting. Så jeg ser det som en utfordring, akkurat det.

Én uttrykker at hun kan være usikker på hvorvidt tegnspråktolken får formidlet videre nyansene i hennes budskap: ”Jeg er jo av og til ikke hundre prosent sikker på om.. Altså, nyanser av det jeg vil si er jo ikke nødvendigvis riktig gjengitt når tolken oversetter det jeg sier”. Det er en risiko for at tegnspråktolken ikke oversetter korrekt og at nyanser og poenger går tapt i oversettelsen:

Det er klart at mine ord blir jo oversatt ut fra tolkens vurdering av hva jeg mener. Og tolken sier det jo også, at det er jo ikke alltid hun er hundre prosent sikker på om hun forstår hva jeg faktisk vil fram til eller hva jeg mener. Så det klart at det er en feilkilde der. På en annen side, hvis jeg skulle sagt det selv så hadde jeg måttet forenklet så det er jo også en feilkilde for at nyanser eller distinkthet i det jeg vil si faller bort. Sånn at det ville jo vært en fare uansett. At ting går tapt. Når man ikke snakker flytende felles språk.

Videre beskriver en av informantene at hun synes det kan være utfordrende å ikke ha direkte kommunikasjon med pasienten når hun kartlegger selvmordstanker hos pasienten. Hun stiller spørsmål som ligner på hverandre, men som likevel har nyanseforskjeller. Hun er avhengig av at tegnspråktolken gjengir hennes nyanserte og velvalgte ord korrekt:

Altså det er jo det med at du ikke får direkte kontakt og øyekontakt og ikke alltid kan skjønne.. Selvmordsrisiko, for eksempel. Hvor du med direkte kommunikasjon vil spørre mange ganger om det samme på forskjellige måter for å få frem hvor alvorlig er disse selvmordstankene eller planene. Og hvor det er vanskelig å vite om tolken spør på en nyansert måte. Altså, det er det samme tegnet om og om igjen, ikke sant. Det er jo ikke så godt å vite. Altså, hvordan graver man i dybden? Det kan være litt usikkerhet rundt det, da.

Samtidig som det oppleves utfordrende å ikke være helt sikker på om tegnspråktolken oversetter alle de språklige nyanseringene, forteller enkelte at de forenkler språket sitt. De tilpasser språket sitt så det kan bli lettere for tegnspråktolken å forstå og oversette:

Generelt med tolk, med tegnspråktolk litt, og med fremmedspråktolk kolossalt mye, så kjenner jeg at forenkler språket mitt. Jeg snakker kanskje kortere setninger, kanskje enklere ord eller at jeg liksom på en måte snakker enklere på et vis. (...) Jeg tror nok jeg gjør det med tegnspråktolk òg. Fordi at det tross alt skal være lett for tolken å oppfatte hva jeg mener, så prøver jeg i hvert fall å snakke entydig og ikke for komplisert, og for

mange innskutte bisetninger og sånne ting. (...) Jeg snakket jo på en veldig enkel og lite sofistisert måte, da.

Stemmingsleie, intensitet, blikk, spontane reaksjoner og ansiktsuttrykk er viktige kommunikative holdepunkter som påvirker hvordan informantene forstår sine pasienter og tilpasser seg etter dem. Dette reiser relevante spørsmål knyttet til tegnspråktolkens oversettelse. Informantene stiller seg ulikt til hvorvidt tegnspråktolken kun bør oversette *hva* som sies eksplisitt eller om tegnspråktolken også bør oversette *hvordan* pasienten uttrykker seg. Én informant beskriver at hun foretrekker at tegnspråktolken etterligner pasienten i intensitet og emosjonell fremtoning. Det gjør det lettere for informanten å etablere en god kontakt med pasienten:

Det er viktig at tolken matcher pasienten, litt. (...) Hvis tolken er lik med alle pasienter, så kjenner jeg at jeg blir forstyrret. Da hører jeg tolken og ikke pasienten. Det er en personlighet som sitter liksom her, og som er sånn som den er overalt. Mens noen er veldig gode til å tilpasse seg (...) Hvis inntoningen er veldig god hos tolken, det kjenner jeg gjør noe med min relasjonen til pasienten også. Hvordan jeg kan forstå, men også ikke minst hvordan jeg kan klare å relatere meg til pasienten. Det blir mer en person, enn at det bare blir noen som blir tolket for. Så det er jo en utfordring. En kjempeutfordring for tolkene å skifte ham hver gang de skal inn i en ny setting. Men noen har det bare, altså. De er bare så gode til å gå inn i det. Og vi har ganske mange tolker som er gode på det. Men jeg har også noen som ikke er det. Som jeg ikke velger.

To andre informanter forteller at det er til hjelp hvis tolkingen er stemningskongruent:

Jeg kan jo se pasienten, da. Eller du kan se ansiktsuttrykk og sånne ting. Men allikevel så er det noe med hvordan tolken formidler det. Jeg tenker jo at de tolkene som er hos oss er jo veldig bevisste på å prøve å formidle den stemningen som pasienten formidler til de, da.

Det at tolken på en måte forsøker å oversette den stemningen eller tempoet til pasienten er jo viktig i en del saker.

En annen informant derimot, beskriver det som lite hensiktsmessig når tegnspråktolken oversetter pasientens stemningsleie:

Det å ha en psykotisk pasient inne på mitt gamle kontor som er mye mindre.. Egentlig en så stresset pasient at lukt, stresslukt, psykotisk lukt.. ja. Og så kommer det to tolker inn som også blir stressa. Som skal fortolke ekvivalent og som nærmest fremstår som maniske inne på rommet (ler). Jeg overdriver litt, men ja, en ganske hektisk situasjon. (...) Alvorlig, oppløst, psykotisk, maniert pasient med veldig blomstrende språk. Og så ble stemmetolkingen til tolken også så veldig, veldig påtrengende. (...) Du tenker at tegnspråktolken hadde et veldig sterkt ønske om å formidle ekvivalens, ikke sant. Å

formidle oppløst, manisk, psykotisk, usammenhengende språk med veldig høy intensitet. Og jeg ble litt sånn forstyrret, rett og slett.

3.2 Tolken er mer enn et oversettelsesverktøy

Tegnspråktolkenes rolle å oversette det som sies i terapien. Informantene beskriver riktignok også at tegnspråktolkenes funksjon kan være mer sammensatt. Informantenes beskrivelser indikerer at tegnspråktolkens påvirker den terapeutiske prosessen på ulike måter. Det innebærer ikke at tegnspråktolkene bevisst går inn for å påvirke terapien. Samtlige informanter beskriver tegnspråktolkene som en profesjonell gruppe med høyt nivå av faglig kompetanse og bevissthet rundt sin rolle og tolkeetiske retningslinjer. Men sentralt i informantenes beskrivelser er likevel at tegnspråktolkene gjennom sitt nærvær i terapirommet, kan ha en terapeutisk funksjon. Noen beskriver også at tegnspråktolken kan bidra til at de forstår pasientens kommunikasjon og språklige evner bedre gjennom å ha samtaler med tegnspråktolken utenom terapitimen. Informantene beskriver i dette temaet ulike måter tegnspråktolkene påvirker den terapeutiske prosessen.

3.2.1 Før- og etterarbeid med tegnspråktolken

Alle informantene forteller at de har samtaler med tegnspråktolken uten at pasienten er tilstede, før og/eller etter terapitimen. Flere beskriver at dette samarbeidet har positiv effekt på den terapeutiske prosessen fordi kommunikasjonen i triaden blir bedre. Det er riktignok ulik praksis blant informantene vedrørende disse samtalene. Et par av informantene oppgir å kun møte tegnspråktolken én gang før starten av et terapiforløp. Hensikten her er å forberede tegnspråktolken på sentrale temaer og begreper i saken slik at det blir lettere å oversette. Andre oppgir å snakke med tegnspråktolken før og/eller etter hver terapitime. Innholdet i disse samtalene berører primært språklige aspekter ved terapien hvor de drøfter hvordan kommunikasjonen i terapi kan bli best mulig. Her diskuterer de blant annet om tempo, turtaking og andre aspekter ved språket og tolkingen som gjør samtalen mer smidig. Flere av informantene understreker at de bare drøfter språket i terapien med tegnspråktolken, og ikke saken og pasienten. En av informantene forteller: *“Vi snakker jo ikke om innholdet i timene, men mer om det kommunikasjonsmessige, da”*.

Samtidig peker enkelte informanter på at det er verdifull informasjon om pasientens tilstand i måten pasienten uttrykker seg på. Pasientens språk og uttrykksmåte er det tegnspråktolken som har tilgang til og kunnskap om, ettersom det først og fremst er

tegnspråktolken som forstår hva pasienten sier. Noen av informantene forteller at de i samtaler med tegnspråktolken også kan snakke om aspekter ved pasientens språk og kommunikasjonsevne:

Hvis man sitter med en magefølelse på at det var et eller annet som ikke stemte, noe man ikke fikk frem, eller andre ting. At man kan spørre tolken, var det riktig det jeg observerte? Eller opplevde? Ja, det kan være nyanser i forhold til kroppsspråk eller andre ting som jeg kan lure på, som jeg kan spørre tolken om etterpå for eksempel.

Altså den faglige vurderingen er jo selvfølgelig min eller vår, men det å være sikker på at man har sett og hørt det samme på et vis.

Tegnspråktolkens kulturkompetanse og forståelse av pasientens kommunikasjon hadde betydning for denne informantens forståelse av pasientens tilstand:

Det var en pasient som vi lurte på om var psykotisk. Og som viste seg ikke å være det. Og det var definitivt etter samarbeidet med tolk at vi oppfattet at det ikke var det. (...) Så fortalte pasienten en historie som gjorde at vi trodde hun var psykotisk. Men som tolken bidro med et nytt perspektiv inn i saken og sa "er dere sikre på at hun ikke bare bekrefter det dere snakker om fordi hun er en "bekrefter"? Hun bare nikker og later som hun forstår. Og så gjentar hun det dere spør om. Og så oppfatter dere at hun bekrefter. Men at det egentlig kanskje er den servile døves måte å gi uttrykk for at "jeg følger med"". Mens det gjorde hun jo egentlig ikke. Tolken så et perspektiv som ikke vi hadde tenkt på i det hele tatt. Og ja, løste en gåte for oss. Det var en slags opplevelse av et gjennombrudd.

En annen informant forteller at tegnspråktolkens forståelse av pasientens språklige og kommunikative ferdigheter kan være oppklarende for henne:

Jeg satt nettopp med testing av en pasient som jeg oppfattet underytet veldig. Litt sånn bevisst. Også flyktning. Og jeg vet jo at den pasienten skal bruke det til noe. Og det var veldig ubehagelig for meg. For jeg tenkte at jeg vil ikke gi henne mistillit eller mistro på det. Men da snakket jeg litt med tolken etterpå og sa "tror du at hun oppfattet hva jeg sa?". Og så sier tolken "ja, det tror jeg". "Okei, men da vet jeg det". For hvis hun oppfattet hva jeg sa så tror jeg hun underytet. "Forstod hun oppgaven?". "Ja, jeg tror hun forstod oppgaven". Så det kan være nyttig, ikke sant, og avklare hva var det egentlig som skjedde her?

Flere av informantene beskriver situasjoner hvor tegnspråktolkene bruker sin kunnskap og gir innspill om tegnspråklige formuleringer som er til hjelp for informantene i bruk av utredningsverktøy og standardiserte spørreskjemaer:

- I: (...) Av og til kan de si at ”vet du hva, dette spørsmålet er stilt sånn at det er.. i et spørsmål så er det to motsigende type svar man kan gi. Og da er det viktig å kanskje først stille det ene spørsmålet, og så stille det andre spørsmålet.”
- F: Så tolken hjelper deg litt i utredningen, egentlig?
- I: Ja, faktisk.

En av informantene ønsker at tegnspråktolkene deler sin kunnskap om pasientens språk- og kommunikasjonsferdigheter som kan ha betydning for den terapeutiske prosessen: ”At de da kan ha observert ting som er veldig viktig for vår forståelse, men som vi ikke får med oss. Og som de ikke formidler. Da blir jeg irritert (...) For meg fungerer det best når det er en grad av pragmatisme inn i det. At tolken faktisk bruker kompetansen sin.”. Informanten utdyper videre:

Noen tolker får jo helt.. de liker ikke at vi snakker om det på den måten. Da blir de veldig opptatt av rollen sin og tolkeetikk og så videre. Og holder veldig på den ”nei, vi skal bare oversette nøyaktig det som sies”. Men de beste forløpene tenker jeg er når vi går litt utenfor den boksen alle sammen. Egentlig alle tre involverte parter. Og klarer å samarbeide. Jeg liker å bruke en sånn modell med tre sirkler. Tolk, pasient, terapeut. Så kan vi liksom være på hver vår sirkel og ikke ha noe overlapp i det hele tatt. Eller så kan vi møtes og ha større og større grad av overlapp. Selvfølgelig etter en avtale med pasienten.

En annen informant har en annen tilnærming til samarbeidet, og ønsker ikke at tegnspråktolken skal gjøre noe mer enn å oversette det som sies:

- F: Opplever du at tolken bidro til terapien? Utover det å oversette..?
- I: Nei. Heldigvis. For det ville jeg ikke likt. Nei. jeg opplever tolkene som veldig profesjonelle og at de overlater det til meg å styre det.

Informanten er ambivalent til å ha et samarbeid med tegnspråktolken utenom terapitimen, i frykt for at det skal gå på bekostning av alliansen hun har med pasienten:

- F: Hadde dere noe samarbeid uten at pasienten var til stede? Altså før eller etter timen?
- I: Nei. Null. Og det var fordi at jeg var veldig opptatt av at ikke pasienten skulle føle at jeg og den hørende tolken hadde en eller annen allianse eller en eller annen agenda, eller kunne snakke om pasienten. Sånn at jeg var veldig sånn klar på at jeg hentet begge på venterommet samtidig og at jeg sa ha det til begge to samtidig. (...) Veldig ofte, vanligvis og med han pasienten jeg har presentert til deg, så har jeg ikke samtale før eller etter. For jeg er så opptatt av allianse til pasienten.

Informantene som beskriver sitt samarbeid med tegnspråktolken forteller at samtalene foregår uten at pasienten er tilstede. Det varierer riktignok om informantene informerer pasientene

om disse samtalene. En av informantene forteller at hun snakker med pasienten om dette:

Jeg prøver å være flink til å avklare det med pasienten. "At det kan være at vi to, tolk og jeg, må snakkes litt av og til om kommunikasjonsformen. For å sikre at den er best mulig for deg. Og det er det ingen pasienter som har sagt "nei, det får dere ikke lov til".

En av informantene beskriver at det kan være utfordrende å være åpen med pasienten om samtalene med tegnspråktolken, fordi døvemiljøet er lite og tegnspråktolken og pasienten kan kjenne hverandre fra andre sammenhenger. Samtidig som før- og etterarbeidet bidrar til bedre kommunikasjon i terapi, kan disse samtalene i enkelte tilfeller utfordre forholdet mellom tegnspråktolken og pasienten. Informanten forteller:

Dette var pasient som jeg tror de [tegnspråktolkene] hadde ganske respekt for. Sånn at tolken forsvant alltid veldig fort ut for ikke å på en måte vise at vi snakket sammen. (...) Det er litt vanskelig å diskutere i forhold til enkelte pasienter da. Man kan kanskje snakke etterpå, men hvert fall ikke rett etterpå.. før pasienten har gått og forsvunnet ut og sånn

3.2.2 Tolken som psykologisk trygghet

Gjentakende i flere av informantenes beskrivelser er at tegnspråktolken kan representere en trygghet i terapirommet, både for dem selv og for pasienten. To av informantene beskriver det slik:

Kanskje denne tolken gav en trygghet eller varme som vi begge kunne lene oss litt på i begynnelsen. For det han slapp å være alene med meg, og bare meg. Og jeg slapp å være alene med han, og bare han og hans taushet. (...) Fordi han var så taus så kan det jo kanskje ha vært et aspekt ved at det var på en måte en slags psykologisk trygghet eller varme i at det var en tredjeperson.

Jeg opplever at tolken er noe mer enn bare tolk. (...) Ja, en trygg person for pasienten i tillegg til meg.. Jeg synes at det er veldig okei, da. Og jeg synes det føles trygt for min del også, egentlig.

En tredje informant deler lignende opplevelse av at tegnspråktolken formidler trygghet:

De har en måte å være på som har gitt henne en opplevelse av trygghet og tillitt, akkurat som det gir en større stabilitet på et vis. Nå er det dem jeg møter. Og så tror jeg hun føler seg veldig sett. Det tror jeg hun gjør, virkelig.

Videre forteller en annen informant om noen av sine pasienter som ikke behøver å bruke tegnspråktolk, men som likevel insisterer på å ha med tegnspråktolken de kjenner i

terapitimene:

Vi har hatt folk som har vært veldig forsiktige når de kom. Og de vil ha tolk. Og jeg har oppfattet dem godt. Og de har oppfattet meg. Men likevel lurer de på om de kan ha tolk her. Og det har vi snakket litt om, hvor lenge skal vi holde på tolken da? Fordi jeg tror at da er tolken bare en trygghet. Og ikke noe annet. For de kjenner den. Overgangen er så stor, å tørre å komme hit.

Tegnspråktolken kan altså være en som pasienten kjenner fra før og føler seg trygg på.

Terapien kan dermed oppleves litt tryggere hvis tegnspråktolken er med.

En annen informant fremhever egenskaper ved tegnspråktolken som bidrar til å skape et tryggere terapirom:

Jeg syntes også hun var veldig behagelig og virket trygg og lite kritisk, da. Lite kritisk til pasienten, men også lite kritisk til meg. Sånn at det at jeg sa i stad om at jeg følte meg på en måte observert eller avkledd eller sånn.. altså jeg tenker at det kunne ikke vært gjort bedre. Altså jeg kunne ikke tenkt meg noe bedre person i rommet enn henne. For hun virket veldig lite dømmende, eller veldig hyggelig på en måte. Sånn at hun trygget nok situasjonen hun også. Ved å være sånn som hun utstrålte, eller sånn som hun var.

Videre fremhever informantene betydningen av å bruke faste tegnspråktolker i terapi. De forteller at faste tolker bidrar til forutsigbarhet og tillitt i den terapeutiske prosessen. To av terapeutene beskriver det slik:

Altså nettopp det at de er de samme hver gang og at de har organisert seg på den måten, det er til hjelp for det skaper trygghet. (...) Det er veldig avklart og trygt. Det gir jo stabilitet, jeg tenker det er viktig.

Og det betyr egentlig veldig mye for meg også, for jeg merker jo at når vi jobber med ting som er vanskelig. Så er det veldig trygt det at det er den samme tolken som var der forrige gang. Sånn at du vet at nå vet vi det samme.

Flere av informantene forteller om pasienter som ønsker fast tegnspråktolk fordi døvemiljøet er lite. Pasientene møter et begrenset antall tegnspråktolker i en rekke sammenhenger, for eksempel på arbeidsplassen, foreldremøter og studiet. En av grunnene til at fast tegnspråktolk skaper trygghet er at pasienten ikke behøver å dele sine tanker og følelser med flere enn nødvendig:

Og det at hun velger bare den ene tolken, det viser jo selvfølgelig at det er ting hun ikke har lyst til å snakke med alle om. Sånn at det er noe med at man vil ikke på en måte spre det utover.

En annen informant beskriver det samme:

Akkurat her så er det bare hun som skal tolke, liksom. Og jeg tror det handler om at hun ikke vil ha andre inn i det. Fordi det er på en måte privat og det vil hun ikke at andre skal inn i. Litt sånn styrete på det, da. For hun bruker nok andre tolker i andre sammenhenger. I arbeidsliv, til legen, tannlegen og sånne ting. Men akkurat her så er det liksom litt sånn begrenset hvem hun vil at skal inn, da.

3.2.3 Tegnspråktolken som et vitne

Flere av informantene beskriver at tegnspråktolken, i kraft av sin tilstedeværelse, er et vitne til pasientens prosess. Tegnspråktolken er en ekstra person som pasienten betror seg til og som er bevitner pasientens historie. Enkelte av informantene omtaler det som ”dobbel eksponering”. Tegnspråktolken kan gjennom sin tilstedeværelse som vitne ha en terapeutisk funksjon. En av informantene beskriver det slik:

For tolken er en, hvert fall i noen terapiformer som jeg har jobbet med familier, så har vi snakket litt om dette med å være sånn eyewitness. Og jeg tenker at tolken er litt det ofte. Han er med og bevitner det som blir sagt så det blir sannere for pasienten. Hvis det har vært noe vondt som han skal si så er det: ”To som har hørt på meg. To som tåler at jeg sier dette og som hører historien min. Tolken som jeg møter neste gang har hørt historien min”. Jeg tror at det faktisk har en effekt på pasienten.

En annen informant gjør lignende refleksjoner:

En kan jo tenke, hvis det er veldig sensitive tema, eller hvis det er noe man ikke har turt å snakke med noen om, så er det jo en enda større overvinnelse å klare å snakke om det med en tolk tilstede også.

Informantene beskriver at tegnspråktolkens tilstedeværelse påvirker dem også. De beskriver at tegnspråktolken observerer og bevitner det som foregår mellom dem og pasienten. Men informantene har ulike erfaringer med hvordan tegnspråktolken påvirker dem. En av dem forteller at det er en god opplevelse av å bli skjerpet og ansvarliggjort:

Jeg vet jo at det sitter en person som hører på hva jeg sier. Det er bare bra, tenker jeg. Jeg skjerper meg. Det er bare en god skjerpelse. At det er en annen person som hører på hva vi holder på med. Så det har en god effekt.

Andre informanter forteller at tegnspråktolkenes tilstedeværelse i noen situasjoner oppleves ubehagelig:

Det at det var en tredjeperson i rommet.. altså jeg følte meg jo veldig sånn avkledd, for det var ikke noen naturlig god flyt i samtalen. Sånn at jeg følte liksom at jeg sa, delvis på

impuls liksom, innfall som ikke nødvendigvis var så kloke. Sånn at det var ganske ubehagelig, synes jeg. (...) Så ble jeg jo ubekvem jeg også, og følte liksom at "hva skal jeg si nå?". Og jeg hadde jo en sånn metakognisjon på meg selv der jeg satt og på en måte lirket av meg (...). Man vet jo at det sitter en tredjeperson og observerer og hører alt det en sier.

Jeg ble satt litt til veggs på en måte. Som jeg synes var vanskelig å takle. Og hadde jo da også tolken der ikke sant. (...) Det er jo noe med når du jobber med de i mange situasjoner, så kan du kjenne litt på ubehag ved å kanskje føle seg blottstilt eller sånn med en tolk som du skal jobbe med i andre situasjoner.

I tillegg til å påvirke både pasienten og informantene selv, beskriver informantene at tegnspråktolkens bare gjennom sin tilstedeværelse preger hele dynamikken i terapirommet:

Så er det det med å være veldig bevisst på at det kommer inn en person som ikke er en fagperson, men som definitivt er med på å prege den sosiale relasjonen. For det blir jo en relasjon. Det er jo flere relasjoner når det er tre eller fire tilstede, enn når det er to. Det er ikke mulig å komme inn og være en helt nøytral tolk. Bare du er i rommet så gjør du noe med relasjonene.

3.3 Både fremmer og hemmer den terapeutiske relasjon

Jeg tror at hvis det er uten tolk, så blir det litt nærere. Det er litt mer avslappende og jeg tror pasienten kan snakke mer fritt. (...). De fleste vil jo si litt mer hva de sier og ikke sier, tror jeg. Selv om de vet at tolken har taushetsplikt, så er det tross alt en person de kanskje treffer i en sosial sammenheng en annen gang, eller på et møte, eller et eller annet. Så hvis man kan slippe tolk så er det bra. På en annen side hvis kommunikasjonen blir så haltende eller sakte, eller sannsynligheten for misforståelser blir så høy, så er det selvfølgelig mye bedre å ha tolk. Så det blir jo en avveining mellom de to "ondene" da.

Denne informanten beskriver et sentralt aspekt ved dette temaet som flere av informantene på ulike måter trekker frem som sentralt. Enkelte av informantene beskriver at de av og til gjør en avveining mellom å ivareta relasjonen til pasienten og sikre god språklig forståelse i terapien.

Hensikten med å bruke tegnspråktolk i terapi er å gjøre det mulig å kommunisere og forstå hverandre. Informantene forteller at bruk av tegnspråktolk likevel kan utfordre deres relasjon til pasienten. Eksempelvis hvis pasienter ikke ønsker å ha med tegnspråktolk i terapien, til tross for informantenes behov for denne kommunikasjonsstøtten. Å bevare relasjonen og fortroligheten til pasienten kan gå på bekostning av det språklige innholdet i

terapien. En av informantene forteller:

Det har jo vært pasienter som sier at de ikke ønsker tolk, da. Veldig klart. Og hvis de da må ha tolk, hvis jeg tenker at nå må jeg ha tolk for å forstå deg, så kan det nok være litt.. så kan det være det blir et brudd i relasjonen eller at det utfordrer relasjonen, da. Det å få dem til å tro på at jeg hører på dem og tar hensyn til dem. Samtidig må jeg sikre at jeg forstår alt.

En tredje informant deler lignende opplevelse:

Jeg har én pasient som i utgangspunktet er tegnspråklig, men som også bruker stemme. Og jeg tenker at det kanskje hadde blitt en bedre behandling hvis jeg hadde brukt tegnspråktolk, men han har på en måte ikke ønsket det, og det har vært vanskelig å si at jeg tror det hadde vært bra.

Dilemmaet illustreres ytterligere av denne informanten som løser det på denne måten:

I: Det er en utfordring når de ikke vil ha det, men trenger det. Og få sagt det uten å såre dem. Da tar jeg det ofte på min kappe og sier at det er jeg som ikke forstår. "Du skjønner jo mye, men jeg skjønner ikke. Og jeg må jo skjønne".

F: Ja, det er jo en måte å bevare relasjonen på.

I: Ja. Bevare verdigheten til pasienten. For de er jo så mye.. de har jo følt så mange ganger at de ikke strekker til, sant. Og det gjør nok at mange sier at de ikke trenger tolk.

Hos denne informanten ble kontakten med pasienten bedre da tegnspråktolken ikke møtte til timen, og hun måtte ha timen alene med pasienten. Til tross for at de ikke forstod hverandre like godt så skjedde det en merkbar endring i samtalen og kontakten med pasienten.

Da hadde han vel kanskje gått hos meg en gang i måneden i et til to år, i form av støttesamtaler. Så var det en dag tolken ikke kom. Og så ble jeg veldig fortvilet og tenkte at dette går jo ikke. Så satte vi oss ned, og så følte jeg at det var en sånn sjelsettende time. Hvor han fortsatt sa lite. Men hvor han dog sa dobbelt så mye som han pleide å si. For eksempel sa han at han hele tiden vurderte om han skulle ta livet sitt. Og det hadde ikke kommet frem i de timene, en gang i måneden i nesten to år. Sånn at etter det bestemte vi oss for å ikke bruke tolk. Selv om på det tidspunktet, så var jo mitt tegnspråk ganske haltende. (...) Til tross for avbrytelser i form av at jeg måtte si at han måtte gjenta, og til tross for at ting gikk saktere helt sikkert, så var det allikevel mer en dialog enn en monolog. Og emnene eller temaene var på en måte nærere på det det handlet om i hans liv, enn det hadde vært før da. (...) Jeg tror det var ganske viktig å bare være to. At han senket skuldrene med bare meg tilstede. Det tror jeg var ganske utslagsgivende altså.

3.3.1 Å forstå uten å avvise

Enkelte av informantene forteller at de, i forsøk på å forstå hva pasienten uttrykker, kan be pasienten om snakke saktere, stoppe, gjenta eller oppklare misforståelser. Dette kan oppleves ubehagelig for pasienten. Enkelte uttrykker at de er redd for å avvise pasienten. Samtidig ønsker de å forstå pasienten godt. Dilemmaet illustreres her av to av informantene:

Hun er litt sånn som kan fort bli frustrert hvis tolken ikke forstår eller hun må si ting flere ganger. (...) Hun tåler ikke det så godt, da. Så det er liksom litt mer utfordrende sånn. (...) Og så kan tolken ofte si til meg at «jeg kan ikke på en måte stoppe hele tiden. For da blir hun hvert fall frustrert».

Hvordan skulle jeg klare å stoppe han hvis hun skulle tolke alt det han sa? For han var så detaljrik også. Så det var veldig mye tolking som kanskje hang litt etter, sant. (...) Jeg er ganske rask selv, så jeg syns jeg oppfatter fort. Men han var superrask. Voosj! Så før han avgårde. Og så er det det å være terapeut, da. Og stoppe noen tidlig i prosessen er litt vanskelig. For du er så innmari redd for å avvise. Det tenker jeg er et viktig poeng her. (...) Men han var veldig utålmodig, så jeg opplevde at når jeg stoppet han så var han veldig irritert. "Jeg må få snakke ferdig", sa han.

3.3.2 Terapeutisk endring fordrer god kommunikasjon

En annen informant forteller at god kommunikasjon i terapi er en forutsetning for å etablere en god relasjon til pasienten, og har ikke erfaring med at tegnspråktolkens tilstedeværelse påvirker den terapeutiske relasjonen. Hun fremhever derimot at den gjensidig forståelsen som tegnspråktolken fasiliterer er nøkkelen til en fortrolig samtale med pasienten. Her forteller informanten hva noen av hennes pasienter har fortalt til henne:

Jeg har opplevd at pasienter har sagt at de syns at det med kommunikasjon har vært vanskelig i andre terapiløp hvor det ikke har blitt brukt tolk. Det har vært misforståelser og vanskeligheter sånn kommunikasjonsmessig. Og da tenker jeg at døve er jo veldig flinke til å tilpasse seg og på en måte gjøre det beste ut av det. Men for mange er nok vi hørende veldig autoriteter også. Det er vanskelig å si ifra, tror jeg. Hvis man ikke forstår. Så jeg tenker at det er kjempeviktig. Og jeg tror at av og til så bruker man for lite tolk. Tror jeg da. Også de som kan tegnspråk. At man tenker at "det her går så fint". Men så er det ikke sikkert at den døve pasienten forstår alt. Det er en del informasjon som glipper tenker jeg. Som kanskje blir sikret når man har en tegnspråktolk tilstede. (...) Jeg tror at den biten med at de føler seg trygge på akkurat det kommunikasjonsmessige er ivaretatt, da. Jeg tror at det er en veldig sånn nøkkel til at de også klarer å åpne seg.

4 Diskusjon

I følge informantene bidro tegnspråktolken til den terapeutiske prosessen gjennom å støtte og tilrettelegge for kommunikasjon og språklig forståelse. Informantene kunne lene seg på den språklige støtten som tegnspråktolken gav. Det gjorde det lettere for dem å fokusere på sin rolle som behandler. Resultatene indikerer også at å skape god kommunikasjonen i triaden kan være komplekst, og informantene hadde ulike erfaringer og preferanser knyttet til hvordan kommunikasjonen og tolkingen burde være. De fleste informantene hadde samtaler med tegnspråktolkene utenom terapitimene. Informantene hadde riktignok noe ulik tilnærming til dette samarbeidet.

Funnene i studien indikerer også at tegnspråktolken gjennom sin tilstedeværelse påvirket den terapeutiske prosessen på flere måter. Tegnspråktolken representerte en psykologisk trygghet, kunne skape usikkerhet og virke skjerpene. Tegnspråktolkens tilstedeværelse kunne både fremme og utfordre den terapeutiske relasjonen.

I diskusjonen som følger vil funnene fra studien drøftes i lys av relevant empiri som foreligger om tolking i psykoterapi. Det ble fortrinnsvis tatt utgangspunkt i relevant forskning fra tegnspråktolking i psykoterapi. Ettersom det er blitt gjort lite forskning på tegnspråktolking i terapi, sammenlignet med forskning på talespråktolking i psykoterapi, ble empiri fra talespråktolking i terapi også benyttet i diskusjonen. Tross ulike språkmodaliteter, finnes det også fellestrekk mellom tegnspråktolking og talespråktolking i terapi som gjør talespråktolking i terapi til et relevant sammenligningsgrunnlag.

4.1 Komplexiteten i samarbeidet om kommunikasjon

Alle informantene pekte på at tegnspråktolken var en kommunikasjonsstøtte. Til tross for at alle informantene, med unntak av én, er tegnspråkkompetente, uttrykte samtlige at de likevel ønsket å bruke tegnspråktolk for å ”sikre kommunikasjonen”. Tegnspråktolken var en støtte og fasilitator for kommunikasjon som bidro til gjensidig forståelse mellom informantene og pasientene. Det gjorde at informantene kunne fokusere på å gi et godt behandlingstilbud til sine tegnspråklige pasienter. Studier av tegnspråktolking i terapi viser lignende funn: bruk av tegnspråktolk sikrer at terapeuten kan konsentrere seg om utredning, diagnostisering og behandling av pasienten (de Bruin & Brugmans, 2006). Tegnspråktolken fasiliterer kommunikasjon og forståelse (Hoyt, Siegelman & Schlesinger, 1981). Informantenes

overordnede opplevelse av at tegnspråktolken tilrettelegger for god kommunikasjon samsvarer også med mye av forskningen gjort på talespråklig tolking i psykoterapi. Raval (1996) fant blant annet at terapeutene opplevde at tolken bidro til bedre kommunikasjon og forståelse av pasientene.

Informantenes beskrivelser illustrerer samtidig at god kommunikasjon i triaden ikke kommer av seg selv, selv om tegnspråktolken oversetter samtalen. Informantene i denne studien uttrykte at tegnspråktolken *støttet* kommunikasjonen. Samtidig ble god kommunikasjon også beskrevet som et resultat av kontinuerlig *samarbeid* mellom dem.

4.1.1 Forenkling av samtalen

Flere av informantene fremhevet opplevelsen av at samtalen med pasienten i tegnspråktolket terapi ble forenklet og mindre sofistisert. Det er relevant å spørre hvorfor kommunikasjonen oppleves å være enklere og inneholde færre språklige nyanseringer. En forklaring kan være at tolkens oversettelse fungerer som et filter for nyansene. Ut fra informantenes beskrivelser kan det derimot se ut til at den språklige forenklingen er et resultat av et samspill og en gjensidig påvirkning mellom informantene og tegnspråktolkene. Flere av informantene fortalte blant annet at de tilpasset språket sitt for å gjøre det lettere for tolken å oversette. Den mer konkrete og mindre nyanserte samtalen mellom informantene og pasientene kan med andre ord delvis skyldes at informantene forenkler sitt språk ut. Tegnspråktolken kan ikke videreformidle nyanser som informantene ikke kommuniserer.

Opplevelsen av at samtalen forenkles og inneholder færre språklige nyanseringer sammenfaller med en rekke andre studier som tar utgangspunkt i både tegnspråklig og talespråklig tolking. Uavhengig av språkmodalitet oppgir terapeuter at kommunikasjonen i tolket terapi kan være enklere, mer konkret, mindre abstrakt og inneholde færre språklige nyanseringer (Hoyt et al., 1981; Raval, 1996; Raval & Smith, 2003). Forskning på tolking i terapi finner at terapeuter oppgir å endre sin terapeutiske stil, og forenkler sitt språk, sine forklaringsmodeller og metoder (Raval, 1996; Raval og Smith, 2003). Noen terapeuter oppgir også å stille færre åpne spørsmål i (Hoyt et al., 1981).

Resultater fra intervjumaterialet og øvrige funn fra forskning på tolking i terapi, peker i retning av at den terapeutiske samtalen i triaden kjennetegnes av å være mer konkret og enkel, med færre språklige nyanseringer og abstrakte tema. Dette skyldes ikke nødvendigvis at tegnspråktolken ikke oversetter nyansene. Funnene i denne studien og annen empiri

indikerer at terapeutene også kan bidra til at den terapeutiske samtalen blir forenklet og inneholder færre språklige nyanseringer.

4.1.2 Stemningskongruent tolking

Pasientens nonverbale formidling hadde betydning for informantenes forståelse av pasienten og hvordan de regulerte seg etter pasienten. Enkelte opplevde det som utfordrende å ikke ha tilgang til alle aspekter av den tegnspråklige pasientens nonverbale kommunikasjon, deriblant pasientens toneleie. I tegnspråktolket terapi må hørende terapeuter i større grad se på pasientens tegnspråk og uttrykk, for å få tilgang til det nonverbale innholdet og den emosjonelle tonen i pasientens kommunikasjon.

En annen måte for informantene å danne seg et inntrykk av pasientens nonverbale formidling på, var å lytte til tegnspråktolkens stemmetolking. Tre av informantene beskrev at de foretrakk at tegnspråktolkens tolking var stemningskongruent og at den ”matchet” pasientens uttrykk. De opplevde at tegnspråktolkens ekvivalente oversettelse av pasientens emosjonelle uttrykk, stemning og intensitet, gjorde det lettere for dem å forstå og relatere seg til pasienten. Det var riktignok ikke alle informantene som delte denne opplevelsen. En av informantene beskrev sin erfaring med en tegnspråktolk som nærmest fremstod manisk i sin oversettelse av den maniske pasienten. For denne informanten var det forstyrrende at tegnspråktolken formidlet pasientens stemningsleie.

Studier finner at bruk av tolk kan føre til tap av både verbale og nonverbale kommunikative aspekter, noe som igjen kan føre til at avstanden mellom terapeut og pasient oppleves større (Roy, 1992). I Raval og Smith (2003) fant at terapeuter assosierer tolkeprosessen med mindre fullstendig forståelse av hva pasientene mener. Terapeutene i studien til Raval & Smith (2003) trekker også frem, i likhet med flere av informantene, at kommunikasjonen inneholder færre emosjonelle komponenter og non-verbale aspekter som intensitet og intonasjon.

Hvorvidt tolken skal etterligne den emosjonelle tonen i terapi har blitt debattert, og perspektivene på dette temaet har reflektert forskeres ulike syn på tolkens rolle som nøytral eller mer aktiv i samtalen (Avery, 2001). I denne debatten hevder enkelte at tolken best bevarer sin nøytralitet ved å gi en nøktern oversettelse av det verbale innholdet, ord for ord (Avery, 2001). Andre argumenterer for at tolken ikke bare skal oversette de uttalte ordene, men også formidle det non-verbale og affektive innholdet i ytringen (Cromwell, 2004) og

taler for at tolking handler om å oversette ytringer på det metaforiske, nonverbale og kulturelle plan (Lago & Thompson, 1996, referert i Raval & Smith, 2003).

Hsieh og Nicodemus (2015) beskriver at stemningskongruent tolkning i noen situasjoner kan bidra til å skape en god flyt i samtalen. Men emosjonelle uttrykk fra tolken kan også virke forstyrrende for partene involvert. Hsieh og Nicodemus (20125) hevder at hvorvidt stemningskongruent tolkning er hensiktsmessig, vil være avhengig av hvilket emosjonelt innhold som tolkes. Tolkens videreformidling av positive emosjoner kan fasilitere for et godt samspill og en god relasjon mellom terapeut og pasient, mens overdrevne og negative emosjonelle uttrykk, som sinne og frustrasjon, kan virke forstyrrende for partene (Hsieh & Nicodemus, 2015). I lys av denne forskningen er det grunn til å tro at informantenes ulike tanker og preferanser om stemningskongruent tolking gjenspeiler at det emosjonelle innholdet i oversettelsene var ulikt. Man kan ut i fra denne studiens intervjumateriale og øvrig forskning anta at stemningskongruent tolkning som støtte i kommunikasjonen kan være avhengig av emosjonens kvalitet og intensitet.

4.1.2.1 Samarbeid om kommunikasjon

Resultatene i denne studien indikerer at kompleksiteten i kommunikasjonen stiller høye krav til tegnspråktolkens evne til å tilpasse seg i triaden. På den ene siden tilpasser tegnspråktolken seg til pasienten i sin ekvivalente oversettelse av pasientens emosjonelle uttrykk. På den andre siden har terapeuter tilsynelatende ulike preferanser knyttet til tolkestilen. Noen ønsker at tolken skal etterligne den emosjonelle tonen til pasienten, andre foretrekker at de kun oversettersetter ordene på en nøytral måte. En tegnspråktolk kan dermed ha tilpasset seg én terapeut sitt ønske om hvordan tolkingen skal være, og i neste tilfelle møte en terapeut med andre preferanser. Variasjonen i informantenes ønsker og erfaringer viser at den optimale måten å fungere sammen på i kommunikasjonssituasjonen ikke er én. God kommunikasjon og kvalitet i behandlingen fordrer et godt samarbeid og god kommunikasjon mellom terapeutene og tegnspråktolkene.

4.1.3 Nøyaktige oversettelser

Samtidig som god kommunikasjon ble skapt gjennom et godt samarbeid mellom informantene og tegnspråktolkene, pekte informantene også på at god forståelse forutsatte at tegnspråktolken gav korrekte og nøyaktige gjengivelser av pasientens ytringer. Det kunne ha stor betydning for dem i vurderingen av pasientens funksjonsnivå og symptomtrykk.

Informantenes beskrivelser indikerer at det stilles store krav til korrekt tolking. Informantene beskrev betydningen av at tegnspråktolkens oversettelse gjenspeilet pasientens faktiske tilstand, og at oversettelsen ikke fremstilte pasienten noe bedre eller dårligere enn pasienten var. Noen av informantene fortalte at tegnspråktolkens velformulerte oversettelse kunne bidra til å kamuflere pasientens tilstand. En av informantene fortalte at hun ba tegnspråktolken om oversette nøyaktig det pasienten sa. Det hjalp henne i hennes forståelse og vurdering av pasienten.

Pasienter uforståelige ytringer kan riktignok skape utfordringer for tegnspråktolker som er utdannet til å tolke til godt språk som er enkelt å forstå. En usammenhengende og ulogisk oversettelse kan bli oppfattet som at tegnspråktolken gjør en dårlig jobb. Men ved psykisk lidelse som rammer pasientens evne til å produsere språk ville den ulogiske oversettelsen faktisk kunne være en god gjengivelse av pasientens kaotiske forestillinger (Øhre, et al., 2018).

Informantenes fortellinger indikerer at det stilles høye krav til tolkens evne til å nøyaktig oversette det usammenhengende språket. I tillegg til ansvaret som hviler på tolken, indikerer resultatene at det også i slike situasjoner stilles høye krav til samarbeidet mellom terapeuten og tegnspråktolken. Å kunne kommunisere om kommunikasjon blir en viktig del av samarbeidet.

4.1.4 Opplevelse av kontroll

Enkelte av informantene beskrev usikkerhet knyttet til om nyansene i deres formidling ble oversatt riktig. I tolket terapi hvor terapeuten og pasienten ikke snakker samme språk gir terapeuten fra seg kontrollen over sitt viktigste verktøy til tolken. Terapeuten kan ikke vite helt sikkert hvordan tolken fortolker ordene. I lys av dette kunne man antatt at manglende kontroll over deres terapeutiske redskap ville vært et enda mer sentralt tema for informantene.

På dette området skiller informantene seg derimot fra annen forskning som beskriver at terapeuter er bekymrer seg for tap av kontroll i terapisisituasjonen i tolket terapi (Raval & Smith, 2003). Raval og Smith (2003) fant i sin kvalitative studie at terapeuter uttrykte vanskeligheter med å etablere en tillitsfull arbeidsallianse med tolkene på grunn av en manglende kontroll og tillitt til hva som ble sagt mellom tolkene og pasientene.

Disse funnene kan sees i sammenheng med språkkompetansen i utvalget. Utvalget er unikt i den forstand at majoriteten selv kan tegnspråk i tilstrekkelig grad til å forstå hva

tegnspråktolken og pasienten sier, samt gjøre seg forstått. Med andre ord kan man anta at disse informantene ikke opplevde å mangle kontroll i like stor grad som andre studier finner, nettopp fordi de til en viss grad har kontroll over sitt terapeutiske redskap på tegnspråk. Beskrivelsen av å mangle kontroll var derimot mer fremtredende blant informantene i denne studien da det ble snakk om tolkede terapiforløp på andre talespråk som de ikke hadde kompetanse til å forstå. Informantene beskrev dette som mer utrygt.

Cromwell (2004) beskriver at terapeuter som kan tegnspråk derimot har en annen utfordring. I stedet for å fokusere på tolkens stemmetolkning, vil ifølge Cromwell (2004) disse terapeutene kunne bli distraheret av å følge med på pasientens språk og bli opptatt av hvorvidt tolkens oversettelse er riktig. Dette samsvarer med informantene i denne studien som beskriver behovet for å kvalitetssikre og kontrollere tegnspråktolkens oversettelse.

4.2 Terapeutisk relasjon i triaden

Kun én av informantene uttalte at hun foretrakk terapi uten tegnspråktolk, fordi hun opplevde at samtalen og kontakten med pasienten ble nærmere og mer fortrolig da de kun var to.

Enkelte erfarte snarere at tilstedeværelsen av en tegnspråktolk kunne være nøkkelen til en nær samtale hvor pasientene åpnet seg og opplevde trygghet på å bli forstått.

Studier på både tegnspråktolking og talespråktolking i terapi finner at den dyadiske relasjonen mellom terapeut og pasient endres når det involveres en tolk i terapi. Cornes og Napier (2005) og de Bruin og Brugmans (2006) tar utgangspunkt i tegnspråktolking og hevder at den tegnspråklige pasienten kan danne en allianse med tegnspråktolken, fremfor terapeuten, fordi pasienten i større grad retter fokus og blikk på tegnspråktolken. Hoyt et al. (1981) fant at terapeut og pasient så på tegnspråktolken som sentrum av samtalen og anså tegnspråktolken som den som forstod pasienten best. Terapeuter oppgir at bruk av tolk kan gjøre at relasjonen til pasienten blir mer distansert (Brisset et al., 2011; Kline et al., 1980). Det kan blant annet skyldes at tolken og pasienten utvikler en sterk relasjon som gjør at terapeuter rapporterer å føle seg utenfor eller uten kontroll over terapien (Brunson & Lawrence, 2002; Miller et al., 2005; Tribe & Thompson, 2009; Raval, 1996).

En god terapeutisk relasjon innebærer i følge Gelso og Carter (1985, 1994) at terapeut og pasient har en god arbeidsallianse hvor de er enige om mål for behandling og hvordan de skal nå disse målene (Bordin, 1979). I tillegg til dette har terapeuten og pasienten en personlig relasjon preget av åpenhet og god forståelse av hverandre. For å etablere en terapeutisk relasjon i tråd med Gelso og Carter (1985, 1994) vil god kommunikasjon og

gjensidig forståelse mellom terapeuten og pasienten være av betydning. Dette er i tråd med Watchel (2011) som understreker at kommunikasjon og gjensidig forståelse er vesentlig for å etablere en terapeutisk relasjon.

En mulig årsak til at majoriteten av informantene ikke rapporterte lignende negative endringer i den terapeutiske relasjon som andre studier (Brisset et al., 2011; Brunson & Lawrence, 2002; Cornes og Napier, 2005; de Bruin og Brugmans, 2006; Hoyt et al., 1981; Miller et al., 2005; Raval, 1996) kan være knyttet til at majoriteten av utvalget har tegnspråkkompetanse. Informantene er selv i stand til å etablere kontakt og gjensidig forståelse med pasienten på tegnspråk. Det kan bidra til at informantene ikke beskrev at de følte seg utenfor i triaden.

Utvalget i denne studien skiller seg dermed fra studier (Brisset et al., 2011; Brunson & Lawrence, 2002; Cornes og Napier, 2005; de Bruin og Brugmans, 2006; Hoyt et al., 1981; Miller et al., 2005; Raval, 1996) som tar utgangspunkt i terapeuter som ikke kan pasientens språk, og som derfor ikke kan snakke direkte med pasienten selv eller forstår hva som sies mellom tolken og pasienten. Resultatene indikerer at å ha en språklig forståelse for hva som kommuniseres mellom tegnspråktolken og pasienten, og å kunne snakke med pasienten selv, om enn bare noen enkle fraser, kan være av betydning for den terapeutiske relasjonen.

I tillegg arbeider informantene innenfor spesialiserte behandlingstilbud for døve og hørselshemmede. Informantenes kunnskap og forståelse for døve og tunghørte pasienters livserfaringer kan være av betydning for informantenes relasjon til pasientene. Informantenes lange erfaring med tegnspråktolket terapi kan også være årsak til at mangelen på blikkontakt med pasienten, og konsekvensene det kan ha for relasjonen, ikke var et sentralt tema for informantene i denne studien.

4.2.1 Kommunikasjonsvansker kan påvirke alliansen

Informantene fortalte imidlertid at bruk av tegnspråktolk kunne påvirke relasjonen til pasienten i enkelte situasjoner. Noen informanter beskrev en frykt for å avvise eller skape brudd i relasjonen til pasienten hvis de måtte gjøre tiltak for å sikre at de forstod pasienten. Informantene så seg av og til nødt til å avbryte pasienten for å be om oppklaringer, gjentakelser, eller regulere av tempo i samtalen. Tiltakene for å sikre forståelse og kommunikasjon kunne skape brudd i relasjonen til pasienten.

Forskning beskriver lignende problemstillinger, hvor kommunikasjonsvansker i terapirommet kan skape frustrasjon eller ubehag for pasienter (Cohen, 2003). Studier finner

at noen døve og tunghørte pasienter kan oppleve det belastende hvis det er vanskeligheter med kommunikasjon i terapi (Cohen, 2003). Ettersom mange døve og tunghørte stadig opplever utfordringer med å forstå og bli forstått i et hørende samfunn, kan det skape et ekstra ubehag hvis de også opplever kommunikasjonsvansker i terapirommet (Cohen, 2003).

4.2.2 Pasientens skepsis til å bruke tolk

Relasjonen kunne også utfordres hvis pasienten selv ikke ønsket å bruke tegnspråktolk. Informantene måtte vurdere om behovet for god språklig forståelse ville utfordre den fortrolige samtalen med pasienten. Studien viser at valget mellom pasientens ønske og behovet for god forståelse kan være utfordrende.

Også andre studier forteller om pasienter som er skeptiske til å bruke tolk. Pasienter beskriver blant annet at det tar tid å bli komfortabel med å åpne seg opp for to personer og bli fortrolig med at en tolk skal snakke for dem (Cohen, 2003). Steinberg (1991) beskriver at tilstedeværelsen av tegnspråktolken kan påvirke hvor åpne og ærlige pasientene er i den terapeutiske samtalen. Dette skjer blant annet på grunn av bekymring knyttet til tegnspråktolkenes konfidensialitet og at tegnspråkmiljøet er et lite miljø (Steinberg, 1991).

4.2.3 Tegnspråktolkens egenskaper

En av informantene fremhevdde egenskaper hun verdsatte med en av tegnspråktolkene: ”behagelig, trygg, lite kritisk og lite dømmende”, og beskrev at egenskapene bidro positivt til den terapeutiske prosessen.

Forskere peker på lignende resultater som viser at tolken spiller en rolle i å bidra til et trygt og ikke-dømmende terapirom (Steinberg, 1991). Studier viser også at tolkens fremtoning og væremåte har direkte påvirkning på kvaliteten og prosessen i terapi. Hvis tolkens tolkestil er relasjonsbyggende og tillitsvekkende, fremfor å være emosjonelt frakoblet og nøytral, vil pasienter med større sannsynlighet ha en aksepterende holdning til terapeutens forslag til behandling (Miller et. al., 2005).

4.2.4 Individuelle avveininger

Ut i fra informantenes fortellinger er det grunn til å tro at tegnspråktolkens påvirkning på den terapeutiske relasjonen kan variere. Konsekvensen av å bruke tegnspråktolk i psykoterapi er ikke én. Resultatene kan tyde på at individuelle avveininger i møte med hver enkelt pasient kan være hensiktsmessig. For enkelte av informantene kunne tegnspråktolkens

tilstedeværelse oppleves hemmende for samtalen og relasjonen. God språklig forståelse trenger med andre ord ikke å være ensbetydende med en nær og fortrolig samtale med pasienten. Andre informanter erfarte at tegnspråktolken derimot var nøkkelen til en fortrolig samtale hvor pasienten opplevde å bli forstått. God kommunikasjon ved bruk av tegnspråktolk kan slik sett antas å være både relasjonsbyggende og relasjonshemmende.

4.2.5 Betydning av fast tolk i triaden

Sentralt for informantene var betydningen av å bruke fast tegnspråktolk i terapiforløpene. Både for dem og for pasientene. Informantenes ønske om å bruke fast tegnspråktolk i terapi kan indikere at det utvikles en triadisk relasjon som har positiv betydning for den terapeutiske prosessen. De forteller at en fast tegnspråktolk bidrar til trygghet, forutsigbarhet og tillitt i den terapeutiske prosessen. En av informantene opplever at når tegnspråktolken kommer inn i terapien, så preger det hele dynamikken i terapien. Dette sammenfaller med studier som forteller at bruk av tolk i terapi ikke bare endrer den dyadiske relasjonen mellom terapeut og pasient. Det også utvikles en triadisk relasjon, som er av betydning for den terapeutiske prosessen. Den dyadiske terapeutiske relasjonen er ikke nødvendigvis lenger den eneste relasjonen som kan bidra til terapeutisk endring (Miller et al., 2005).

4.3 Tolkens rolle

4.3.1 Tolkens etiske retningslinjer

Tolkenes retningslinjer og yrkesetikk setter grenser for tolkens ansvarsområde. Tolkens oppgave er tradisjonelt definert av to kjerneprinsipper i yrkesetikken: nøyaktighetsprinsippet og nøytralitetsprinsippet. Det vil si at tolkens oppgave er å gjengi en annen persons ytringer uten å blande seg inn med egne råd og meninger. Tolken skal opptre nøytral og upartisk i forholdet mellom partene. Tolkens rolle kan også beskrives som to-partisk, da tolken alltid har to klienter: både den som taler og den som mottar budskapet (Skaaden, 2018).

4.3.2 Samarbeidet med tegnspråktolken

Alle informantene, med unntak av én, fortalte at de ofte hadde samtaler med tegnspråktolken før og/eller etter terapitimen uten at pasienten var til stede. Det var ulik praksis knyttet til hvor ofte informantene hadde samtaler med tegnspråktolken. Det varierte også hva de drøftet med tegnspråktolkene. Informantenes beskrivelser av samarbeidet med tegnspråktolkene varierer langs en dimensjon hvor enkelte av informantene kan sies å befinne seg på hver sine

ytterpunkter. Én av informantene forteller at hun primært ønsket at tegnspråktolken skulle gi språklige oversettelser og pleide ikke å ha egne samtaler med tegnspråktolken uten at pasienten var til stede. Andre oppgav at de hadde jevnlig samtaler med tolken, og presiserte at de kun drøftet aspekter ved oversettelsen og hvordan de best kunne kommunisere sammen i triaden. Det kom tydelig frem hos informantene at tegnspråktolken ikke var delaktig i de psykologfaglige vurderingene. Enkelte informanter beskrev at de i samtale med tegnspråktolken også drøftet temaer som berørte pasientens kommunikasjonsferdigheter og språkfunksjon. Tegnspråktolken var den i rommet som best forstod hva pasienten sa, og hadde derfor mest kunnskap om hvordan pasienten formulerte seg. Tegnspråktolkens innspill vedrørende pasientens språk og kommunikasjonsferdigheter kunne være oppklarende for informantene.

Enkelte av informantenes ønske om tegnspråktolkens innspill kan riktignok utfordre det tradisjonelle prinsippet om at tolken skal opptre nøytralt og ikke bidra med egne meninger og råd (Skaaden, 2018). Et relevant spørsmål i denne sammenheng er om tegnspråktolkens og terapeutens samtale om pasientens språk befinner seg i grenseområdet for hva som er tegnspråktolkens ansvarsområde. Resultatene kan indikere at tegnspråktolker har ulike forståelser av de tolkeetiske retningslinjene. Som resultatene viser var det ulik praksis blant tegnspråktolkene. Noen var villig til å ha en samtale som berørte pasientens kommunikasjonsferdigheter, andre satt grenser for sitt ansvarsområde og opplevde at dette gikk utover deres mandat som nøytrale oversettere.

Pasientens språk kan imidlertid være symptom på psykisk lidelse og kan si noe om pasientens kognitive evner. I triaden er det tegnspråktolken som har førstehåndskunnskap om hva pasienten sier og hvordan pasienter uttrykker seg. Resultatene indikerer at tegnspråktolkens videreformidling av denne informasjonen kan føre til at informantene forstår pasientene bedre. Informantenes økte forståelse av pasientene kan i sin tur føre til bedre kvalitet på utredning og behandling.

Informantenes beskrivelser av samarbeidet med tegnspråktolkene ligner på beskrivelser i andre studier av tolket psykoterapi. Selv om tolker forventes å følge etiske retningslinjer som beskytter deres rolle som nøytrale oversettere, er Cornes og Napier (2004) sin erfaring at mange tegnspråktolker trer ut av sin konvensjonelle rolle i terapi. Tegnspråktolker rapporterer blant annet at de kommenterer og drøfte pasientens språklige evner med terapeuten og formidler kulturell kunnskap (Cornes & Napier, 2004). Forskere taler for at terapeuter og tegnspråktolker bør kunne drøfte aspekter ved pasientens kommunikasjon og språkevner (Cornes & Napier, 2004; de Bruin & Brugmans, 2006).

Harvey (1989) beskriver at tolken kan være til hjelp for å forstå pasienten, gjennom å dele informasjon om kvaliteten på pasientens språk, om pasienten forstod og fulgte med på samtalen eller om pasienten var vanskelig å forstå. På den måten kan tegnspråktolkens kompetanse bidra til å øke kvaliteten på utredning og behandling (Harvey, 1989). Cromwell (2004) på sin side, taler for at dersom tolken presenteres til pasienten som bare en nøytral oversetter og kommunikasjonsfasilitator, bør tolken kun brukes til dette.

Flere forskere argumenterer for at tolkens tilstedeværelse og påvirkning i større grad bør anerkjennes, og oppfordrer tolkene til å aktivt bidra med sin kompetanse og mellommenneskelige egenskaper i terapien (Hsieh og Nicodemus; 2015; Miller et al, 2005; Mirza, Harrison, Chang & Salo, 2017; Nicodemus, Swabey & Witter-Merithew, 2011; Tribe & Morrissey, 2004; Watermeyer, 2011). Forskere taler for at ideen om at tolken skal være ”usynlig” og nøytral i terapirommet bør legges bort. Tolkene bør snarere ansees som en del av behandlingsteamet, da deres tilstedeværelse og kompetanse kan virke positivt på den terapeutiske prosessen (Nicodemus, Swabey & Witter-Merithew, 2011; Resera et al., 2015; Watermeyer, 2011).

4.3.3 Pasientens plass i samarbeidet

Samtlige av informantene fortalte at før- og etterarbeidet med tegnspråktolken foregikk uten at pasienten er til stede. Enkelte av informantene beskrev også at samtalene foregikk uten at pasienten visste om det og ventet med samtalene til etter at pasienten var gått. I lys av tolkeetiske retningslinjer og prinsippet om at tolken skal være upartisk kan det være problematisk å forsvare at samtalene mellom terapeuten og tegnspråktolken skal foregå uten at pasienten er informert og tilstede. Selv om samtalens innhold kun berørte aspekter knyttet til oversettelse og kommunikasjon, kan det likevel utfordre tolkens rolle som upartisk.

Mye forskning anbefaler før- og etterarbeid (Cornes & Napier, 2004; Cromwell, 2004; Harvey, 1989; Leigh, Corbett, Gutman, & Morere, 1996; Raval & Smith, 2003; Steinberg, 1991; Williams & Abeles, 2004; Tribe & Morrissey; 2004). Men det er delte meninger om dette bør involvere pasienten. Noen påpeker at døvemiljøet er lite og antall tegnspråktolker enda mindre (Tresh, 1996, referert i Porter, 1999). Det er derfor stor sannsynlighet for at tegnspråktolken og pasienten har kjennskap til hverandre utenom terapirommet. Pasienter kan oppleve det ubehagelig å vite at tegnspråktolken og terapeuten har egne samtaler etter timen. Tolken anbefales derfor å forlate terapirommet før pasienten (Tresh 1996, referert i Porter, 1999). Andre argumenterer for at pasienten bør informeres om samarbeidet mellom

terapeuten og tolken, for å unngå eventuell mistillit eller skape usikkerhet hos pasienten (Stansfield 1987, referert i Cromwell, 2004).

5 Metodologiske betraktninger, begrensninger og styrker

Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet er sentrale begreper når man skal vurdere kvaliteten på empirisk forskning (Leseth & Tellmann, 2018). Begrepene reliabilitet og validitet ble opprinnelig utviklet i naturvitenskapen. På grunn av de ulike epistemologiske tilnærmingene i kvalitativ og kvantitativ forskning, er innholdet i begrepene og bruken av dem noe forskjellig i de forskjellige tradisjonene (Leseth & Tellmann, 2018; Lewis & Richie, 2003). Både reliabilitet og validitet er viktig i kvalitativ forskning, da det bidrar til å definere resultatenes styrke (Lewis & Richie, 2003).

5.1 Studiens reliabilitet

Reliabilitet handler om hvor pålitelige og troverdige resultater av en studie er. Man henviser ofte til spørsmålet om å hvorvidt en studie kan gjentas av andre forskere og generere samme resultater (Lewis & Richie, 2003). Kvalitativ metode og analyse er nært knyttet til forskerens subjektive forståelse og rapportering av datamaterialet. Forskerens fremgangsmåte og fortolkninger vil ha betydning for studiers resultater. I slike studier vil man derfor ikke kunne replisere studier med identiske funn (Leseth & Tellmann, 2018). Likevel kan man også i kvalitative studier gjøre grep som øker påliteligheten.

Denne studiens pålitelighet har blitt søkt ivaretatt gjennom flere tiltak underveis i forskningsprosessen. Det ble utformet en felles intervjuguide hvor alle informantene svarte på de samme overordnede spørsmålene (Lewis & Richie, 2003). I transkriberingsfasen var det viktig å være bevisst muligheten for eventuelle fortolkningsfeil (Kvale & Brinkmann, 2015). En måte å redusere feil i det transkriberte materialet er at to eller flere forskere sammenligner og kontrollerer hverandres transkripsjoner. Ettersom det ikke er flere forskere i denne studien, ble det gjort andre grep for å øke påliteligheten. Jeg transkriberte datamaterialet, for så å lytte gjennom alle intervjuopptakene på nytt, mens jeg leste de transkriberte intervjuene. Jeg forsøkte å innta en kritisk holdning til egen transkripsjon for å redusere feiltolkninger og feil med tegnsetting, for på den måten å øke påliteligheten i det nedskrevne datamaterialet.

For å etterstrebe pålitelighet i denne studien har det vært viktig å innta en refleksiv tilnærming til forskningsprosessen (Lewis og Richie, 2003). Jeg har forsøkt å holde meg

bevisst og kritisk til eget bidrag og egne bias underveis i forskningsprosessen. Jeg tilnærmet meg dette temaet med en for forståelse av psykisk helsearbeid for døve og hørselshemmede, samt noe egen erfaring med bruk av tegnspråktolk i terapi. Av den grunn har det vært særlig viktig med et bevisst forhold til hvordan dette kan ha bidratt til å forme mine oppfatninger og påvirket mine valg og fortolkninger. Studiens pålitelighet har også blitt forsøkt ivaretatt gjennom å være transparent i redegjørelsen av eget faglige utgangspunkt, metodologiske valg og vurderinger, studiens fremgangsmåte og fortolkninger som har ledet frem til studiens resultater. Resultatene fra analysen er illustrert med sitater som gir innblikk i datamaterialet som ligger til grunn for analysen. Gjennomsiktighet øker studiens pålitelighet da det gjør det mulig for leseren selv å forestille seg og vurdere forskningsprosessen og studiens resultater (Lewis & Richie, 2003).

5.2 Studiens validitet

Validitet omtales ofte som en studies gyldighet og refererer til om man faktisk undersøker det man påstår å undersøke. Innenfor kvalitativ forskning vil høy grad av *indre validitet* innebære at populasjonen som studeres kjenner seg igjen i studiens fortolkninger og konklusjoner. (Lewis & Richie, 2003). Intern validitet ble blant annet forsøkt ivaretatt gjennom å gjøre kvalitative intervju, med åpne spørsmål for å gi informantene mulighet til å skildre egne erfaringer og få dekket temaer som er relevante for dem (Lewis & Richie, 2003). I tillegg ble det stilt oppfølgingsspørsmål for å få en grundig forståelse av informantenes mening med det de sa (Kvale & Brinkmann, 2015).

En annen måte å øke validitet i en studie er ved hjelp av triangulering (Lewis & Richie, 2003). Triangulering er et metodisk grep som innebærer å ta i bruk flere metoder, kilder og forskere for å belyse samme fenomen. Det vil kunne fange opp større grad av kompleksitet (Svartdal, 2015). Flere perspektiver og tilnærminger til samme fenomen øker konklusjonenes troverdighet (Lewis & Richie, 2003). Som eneste forsker i denne studien ble muligheten for å få ulike perspektiver, vurderinger og fortolkning av datamaterialet noe begrenset. Dette ble forsøkt kompensert for ved at det i hver fase av forskningsprosessen ble gjennomført veiledning der tre personer med ulike erfaringer og perspektiver kom frem til en felles forståelse.

Studios *eksterne validitet* (generaliserbarhet), handler om hvorvidt resultatene er overførbare til andre grupper og kontekster (Lewis & Ritchie, 2003). I hvilken grad disse informantenes erfaringer med å bruke tegnspråktolk i terapi også vil gjelde for andre grupper

og sammenhenger er utfordrende å konkludere med sikkerhet. En innvending mot å generalisere denne studiens resultater er at utvalget er lite (n=6). Statistisk generalisering til andre utvalg og andre kontekster er riktignok underordnet i denne sammenheng, da formålet har vært å løfte frem informantenes subjektive opplevelse av hvordan tegnspråktolken påvirker den terapeutiske prosessen.

Utvalget består av terapeuter med ulik grad av tegnspråkkompetanse, rekruttert fra ulike spesialiserte helsetilbud for døve og hørselshemmede. En problemstilling blir dermed hvorvidt utvalget kan sies å representere den større gruppen terapeuter uten tegnspråkkompetanse som jobber i den generelle psykiske helsetjenesten i Norge. Dette kan sies å være en svakhet med studien. Funnene kan imidlertid ha noe relevans og overførbarhet til gruppen psykoterapeuter som jobber i tolket psykoterapi, uavhengig av språkmodalitet og språkkompetanse.

5.3 Styrker ved studien

Sammenlignet med psykoterapiforskningen som har studert den talespråklig dyaden, er det blitt gjort lite forskning triaden i tegnspråktolket terapi, og det psykoterapeutiske tilbudet til døve og hørselshemmede pasienter. Lite studert er også terapeuters perspektiv på triaden i tegnspråktolket psykoterapi gjennom kvalitative intervjustudier (Gill & Fox, 2012). En av styrkene ved denne studien er at den bidrar til å belyse et lite utforsket fagområde.

Kunnskapen om bruk av tegnspråktolk i psykoterapi kan ha betydning for å sikre god kvalitet og et likeverdig behandlingstilbud til tegnspråklige pasienter.

Min personlige erfaring fra psykoterapi med døve og tunghørte pasienter, og kompetanse i norsk tegnspråk, kan ha bidratt positivt til utformingen av prosjektets forskningsspørsmål og fokusområder. Kjennskap til feltet har gjort at jeg har reflektert mye over hvilke forskningsspørsmål som ville være relevant og aktuelt å utforske i denne studien.

En annen styrke ved studien er at informantene er erfarne innenfor sitt fagfelt. På grunn av deres erfaring og kompetanse hadde de også et bevisst og reflektert forhold til prosjektets problemstilling som gav et innholdsrikt datamateriale å arbeide videre med.

6 Kliniske implikasjoner

Informantenes beskrivelser får frem betydningen av god kommunikasjon og gjensidig forståelse i psykoterapi. Tegnspråktolkens arbeid bidro til at informantene forstod pasientene sine bedre. Tegnspråktolken bidro også til at informantene kunne fokusere på å gi god behandling til sine pasienter, fremfor å fokusere på å forstå og bli forstått på tegnspråk. Resultatene i studien taler for at tegnspråktolken som kommunikasjonsstøtte kan bidra til å øke kvaliteten på behandlingstilbudet til tegnspråklige pasienter.

Funnene viser samtidig at det er variasjon innad i utvalget både når det gjelder praksis og preferanser knyttet til kommunikasjonssituasjonen i triaden, og samarbeidet med tegnspråktolken. Informantene fremhever sentrale aspekter ved samarbeidet med tegnspråktolkene som bidrar til bedre kommunikasjonsforhold i triaden. Studiens funn indikerer at før- og etterarbeid mellom tolk og terapeut er fordelaktig.

Dette støttes av flere studier som anbefaler at terapeut og tolk samarbeider før og etter terapitimen for å drøfte aspekter ved tolkingen og kommunikasjon i triaden (Cornes & Napier, 2004; Cromwell, 2004; Harvey, 1989; Leigh et al., 1996; Raval & Smith, 2003; Steinberg, 1991; Williams & Abeles 2004; Tribe & Tunariu; 2009). I samtalene bør terapeuten også informere tolken om behandlingen og agenda for timen, slik at tolkens oversettelse er korrekt i tråd med behandlingsmålene (Harvey, 1989). Kontinuerlige samtaler før og etter timen vil gjøre samarbeidet mellom terapeut og tolk lettere og kommunikasjonen i triaden bedre. Et godt samarbeid og samspill mellom terapeut og tolk hevdes å kunne generere en terapeutisk kraft (De Bruin & Brugmans, 2006).

Det er riktignok ulike tilnærminger til samarbeidet blant informantene i denne studien. Der enkelte foretrekker at samarbeidet kun omhandler tema knyttet til hvordan kommunikasjonen og oversettelsen kan bli bedre, erfarer andre at tegnspråktolkene har verdifull kunnskap som kan bidra til å avklare spørsmål knyttet til pasientens språk og kommunikasjon. Forskjellene som befinner seg i datamaterialet åpner opp for en refleksjon rundt hva som kan sies å være god klinisk praksis i tegnspråktolket psykoterapi. Variasjonen i informantenes tilnærming til samarbeidet taler for at samarbeidet mellom terapeut og tegnspråktolk med fordel kan formaliseres ytterligere. For å sikre god kvalitet og likeverdige helsetjenester til tegnspråklige pasienter, kan det være hensiktsmessig at det foreligger noen generelle retningslinjer for hvordan samarbeidet mellom terapeuter og tegnspråktolker skal

være, både i terapitimen og i før- og etterarbeidet. Studien taler for at god utredning og psykoterapi forutsetter et godt og avklart samarbeid mellom terapeut og tegnspråktolk.

Informantenes ulike erfaringer og refleksjoner kaster også lys over tolkens rolle og påvirkning på den terapeutiske prosessen. Funnene indikerer at tolken gjennom sin tilstedeværelse, sine oversettelser og sitt samarbeid med terapeuten, påvirker den terapeutiske prosessen. Funnene indikerer at tegnspråktolken bidrar i den terapeutiske triaden, utover å være en usynlig og nøytral oversetter. Det sammenfaller med flere studier som problematiserer det tradisjonelle synet på tolken og taler for at tolken bør få mer spillerom (Nicodemus et al., 2011). I lys av studiens funn ansees det som hensiktsmessig at terapeuter og tolker i psykisk helsevern har en forventningsavklaring til hverandres roller. I tillegg taler studien for at det kan være hensiktsmessig med en evaluering av tegnspråktolkenes rolle i psykoterapi og hvorvidt tolkens tilstedeværelse og påvirkning i større grad bør anerkjennes og drøftes.

Funnene indikerer at det er fordelaktig om behandlere selv kan tegnspråk. Studien finner at tegnspråkkompetente terapeuter kan bidra til å styrke kontakten med pasienten og økt gjensidig forståelse i triaden. Funnene taler også for bruk av spesialiserte tegnspråktolker som er kjent med tolking i psykoterapi og psykisk helsefelt. Ved å bruke tegnspråktolker som kjenner begreper og fagterminologi i psykisk helsevern, samt har en forståelse for psykiske lidelser sin påvirkning på språkfunksjon, kan det bidra til å øke kvaliteten på behandlingstilbudet (Cornes og Napier, 2005; Øhre et al., 2018).

7 Konklusjon

Denne kvalitative studien har undersøkt seks terapeuters opplevelse av å bruke tegnspråktolk i terapi og hvilke implikasjoner tegnspråktolking kan ha for terapiprosessen. Studien finner at tegnspråktolken kan ha betydning for den terapeutiske prosessen på flere måter.

Et sentralt aspekt for informantene i denne studien var at tegnspråktolken er en kommunikasjonsstøtte. Til tross for at flere av informantene er tegnspråkkyndige, understreket de ønsket om å bruke tegnspråktolk i terapi for å sikre gjensidig forståelse, slik at informasjon ikke gikk tapt. Tegnspråktolkene bidro til at informantene kunne fokusere på å gi god behandling. Funnene indikerer at bruk av tegnspråktolk i terapi kan bidra til kvaliteten i behandlingstilbudet til tegnspråklige pasienter.

Tegnspråktolking kunne sies å utfordre informantenes kontroll over sitt terapeutiske redskap, nemlig språket. Informantene beskrev blant annet at bruk av tegnspråktolk kunne påvirke de språklige nyanseringene, og bidro til at kommunikasjonen fremstod enklere og mer konkret. Resultatene indikerer at samarbeidet om å skape god kommunikasjon i triaden kan være komplekst. Studien viser at god kommunikasjon i psykoterapi fordrer et godt samarbeid mellom informantene og tegnspråktolkene, både i terapitimen og i før- og etterarbeidet.

I informantenes beskrivelser av samarbeidet med tegnspråktolkene før og etter terapitimene, kom det frem forskjellige beskrivelser av praksis og preferanser. Enkelte framholdt tanken om at tegnspråktolken kun skulle oversette det språklige innholdet. Dette gjenspeilet seg i deres samarbeid med tegnspråktolken, hvor disse informantene kun drøftet aspekter ved oversettelsen med sine tegnspråktolker. For andre innebar samtaler også avklaringer knyttet til pasientens språkfunksjon og kommunikative ferdigheter, ettersom tegnspråktolkenes innspill om pasientens språk og formuleringer bidro til deres forståelse av pasienten og pasientens tilstand. I lys av tolkens etiske retningslinjer som understreker nøytraliteten i tolkens rolle, kan samarbeidet uten pasientenes tilstedeværelse, og samtaler som omhandler pasientens språk og kommunikasjon, sies å utfordre nøytraliteten til tegnspråktolken. Samtidig har tegnspråktolken førstehåndskunnskap om pasientens språkfunksjon. Studien finner at denne informasjonen kan være av betydning for informantenes forståelse av pasienten, diagnostisering og kvaliteten på behandlingen.

Det fremkom i studien at den terapeutiske relasjonen kunne bli utfordret hvis pasienter ikke ønsket å ha med tegnspråktolk i terapi, eller hvis det oppstod utfordringer med

oversettelsene som krevde avbrytelser og oppklaringer. Enkelte informanter opplevde at kvaliteten på relasjonen kunne bli bedre uten at tegnspråktolken var tilstede, til tross for at dette reduserte den språklige kvaliteten i terapien. Andre beskrev tegnspråktolken som en nøkkel til en åpen og fortrolig terapeutisk samtale. Tegnspråktolken kunne også ha en terapeutisk funksjon og ble blant annet beskrevet som en psykologisk trygghet for både informantene og pasientene. Sentralt i informantenes fortellinger var betydningen av å bruke fast tegnspråktolk i terapi. Dette kan indikere at tegnspråktolkens tilstedeværelse har betydning for både informantene og pasientene, og at det utvikles en triadisk relasjon.

Funnene i denne studien peker i retning av at tegnspråktolken bidrar til den psykoterapeutiske prosessen, både gjennom sin tilstedeværelse og sine mellommenneskelige egenskaper. Tegnspråktolkens oversettelser kan påvirke kvaliteten i behandlingen, blant annet fordi det skaper trygghet, øker forståelse og frigjør kapasitet til å fokusere på det terapeutiske innholdet. Tegnspråktolkens kunnskap om pasientens kommunikasjon kan også ha betydning for informantenes forståelse for pasienten. Funnene fra denne studien støtter forskning som finner lignende beskrivelser av samarbeidet mellom terapeuter og tolker, og som argumenterer for at tolkens tilstedeværelse og påvirkning i terapirommet i større grad bør adresseres og anerkjennes.

God kommunikasjon og gjensidig forståelse i triaden er essensielt for kvaliteten i behandlingstilbudet til tegnspråklige pasienter. Variasjonen i informantenes beskrivelser indikerer at den ideelle måten å fungere sammen på i den terapeutiske triaden ikke er én. God kommunikasjon og gjensidig forståelse i triaden er resultat av godt samarbeid mellom psykoterapeut og tegnspråktolk.

Litteraturliste

Aarssen, A., Genis, R. & van der Veken, E. (2018). *A bibliography of Sign Languages*. Boston: Brill.

Avery, M. B. (2001). The Role Of The Health Care Interpreter: An Evolving Dialogue. National. *Council of Interpreting in Health Care Working Paper Series*. Hentet fra https://memberfiles.freewebs.com/17/56/66565617/documents/The%20role_of_health_care_interpreter.pdf

Axelsen, D. E., Benum, K., Hartmann, E. (2013). *God psykoterapi. Et integrativt perspektiv*. Oslo: Pax Forlag.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. <http://dx.doi.org/10.1037/h0085885>

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77–101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Braun, V. & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. London: Sage Publications Ltd.

Brisset, C., Leanza, Y. & Laforest, K. (2013). Working with interpreters in health care: A systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *Patient Education and Counseling*, 131-140. Doi: 10.1016/j.pec.2012.11.008.

Brunson, J. G., & Lawrence, P. S. (2002). Impact of sign language interpreter and therapist moods on deaf recipient mood. *Professional Psychology: Research and Practice* 33, 576-580. Doi: 10.1037//0735-7028.33.6.576

Bundgård, P., Egholm, J. & Skov, M. (2003). I Lakoff, G. (Red.), *Kognitiv semiotik. En antologi om sprog, betydning og erkendelse* (s. 419-452). København: Haase & Søns Forlag.

- Cohen, C. B. (2003). Psychotherapy with Deaf and Hard of Hearing Individuals: Perceptions of the Consumer. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation, 2*, 23-46. https://doi.org/10.1300/J198v02n02_03
- Cooper, A. E., Rose, J. & Mason, O. (2003). Mental health professionals' attitudes towards people who are deaf. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 13*, 314–319. Doi: 10.1002/casp.725
- Cornes, A. & Napier, J. (2005). Challenges of mental health interpreting when working with deaf patients. *Australasian Psychiatry, 13*(4), 403-407. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1665.2005.02218.x>
- Cromwell, J. (2004, 27. august). What are the effects of using interpreting in therapy with British Sign Language users? Hentet fra <https://www.jimcromwellinterpreting.com/peripheralbrain/2004/08/what-are-effects-of-using-interpreters.html>
- de Bruin, E. & Brugmans, P. (2006). The psychotherapist and the Sign Language Interpreter. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 11*(3), 360-368. DOI:10.1093/deafed/enj034
- Fellinger, J., Holzinger, D. & Pollard, R. (2012). Mental health of deaf people. *The Lancet, 379*, 1037-1044. Doi: 10.1016/S0140-6736(11)61143-4.
- Folkehelseinstituttet. (2018, 14. mai). *Psykiske lidelser hos voksne*. Folkehelse rapporten. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>
- Freeman, S. T. (1989). Cultural and linguistic bias in mental health evaluations of deaf people. *Rehabilitation Psychology, 34*(1), 51-63. <http://dx.doi.org/10.1037/h0091705>
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist, 13*, 155–243. <http://dx.doi.org/10.1177/0011000085132001>

- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their inter-action and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 296–306. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.41.3.296>
- Gill, I. J. & Fox, J. R. E. (2012). A qualitative meta-synthesis on the experience of psychotherapy for deaf and hard-of-hearing people. *Mental Health, Religion & Culture*, 15(6), 637-651. <http://dx.doi.org/10.1080/13674676.2011.609161>
- Greenson, R. (1967). *The Technique and Practice of Psychoanalysis*. Vol. 1. New York: International Universities Press.
- Harris, J. & Bamford, C. (2001). The uphill struggle: services for deaf and hard of hearing people – issues of equality, participation and access. *Disability & Society*, 16, 969-979. <https://doi.org/10.1080/09687590120097854>
- Harvey, M. A. (1989). *Psychotherapy with Deaf and Hard-of-Hearing Persons: A systemic Model*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Haualand, H. (2008). Døvesamfunnet – hvem, hva og hvor er det? I Herland, H (Red.), *Tegnspråkets fremtid – vårt felles ansvar: Norges Døveforbund 90 år, 1918-2008* (s. 9-21) Oslo: Norges Døveforbund.
- Haualand, H., Nilsson, A. & Raanes, E. (2018). Tolker og tolking – en introduksjon. I Haualand, H., Nilsson, A. & Raanes, E. (Red.), *Talking- Språkarbeid og profesjonsutøvelse*. (11-36). Oslo: Gyldendal.
- Hedding, T. & Kaufman, G. (2012). Health Literacy and Deafness: Implications for Interpreter Education. I Swabey, L. & Malcolm, K (Red.), *In Our Hands – Educating Healthcare Interpreters* (s. 164-190). Washington D. C: Gallaudet University Press.
- Helsedirektoratet. (2011). Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse og omsorgstjenesten. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-om-kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene>

- Hill, C. E., & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research, 19*(1), 13-29. Doi: 10.1080/10503300802621206.
- Hoyt, M. F., Siegelman, E. Y. & Schlesinger, H. S. (1981). Special Issues Regarding Psychotherapy with the Deaf. *The American Journal of Psychiatry, 138*(6), 807-811. Doi:10.1176/ajp.138.6.807
- Hsieh, E. (2006). Conflicts in how interpreters manage their roles in provider-patient interactions. *Social Science & Medicine, 62*, 721-730. Doi: 10.1016/j.socscimed.2005.06.029
- Hsieh, E. (2008). "I am not a robot!" Interpreters' views of their roles in health care settings. *Qualitative Health Research, 18*(10), 1367-1383. <https://doi.org/10.1177/1049732308323840>
- Hsieh, E. & Nicodemus, B. (2015). Conceptualizing emotion in healthcare interpreting: A normative approach to interpreters' in emotion work. *Patient Education and Counseling, 98*, 1474-1481. Doi: 10.1016/j.pec.2015.06.012.
- Hunt, X. & Swartz, L. (2017). Psychotherapy with a language interpreter: considerations and cautions for practice. *South African Journal of Psychology, 47*(1), 97-109. <http://dx.doi.org/10.1177/0081246316650840>
- Jensen, L. G., Nakaji, M., Harry K, M., Gallegos, N., Malcarne, V. L. & Sadler, G. R. (2013). Ovarian cancer: Deaf and hearing women's knowledge before and after an educational video. *Journal of Cancer Education, 28*(4), 647-655. Doi: 10.1007/s13187- 013-0529-2.
- Johansson, H. & Eklund, M. (2003) Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 17*(4), 339-346. <https://doi.org/10.1046/j.0283-9318.2003.00233.x>
- Kennair, L. E. O. & Hagen, R. (2014). Psykoterapi: En innledning. I Kennair, L.E.O. & Hagen, R. (Red.), *Psykoterapi. Tilnærming og metoder.* (s. 13-22). Oslo: Gyldendal.

- Kline, F., Acosta, F. X., Austin, W., & Johnson, R. G. (1980). The misunderstood Spanish-speaking patient. *The American Journal of Psychiatry*, 137(12), 1530-1533.
<http://dx.doi.org/10.1176/ajp.137.12.1530>.
- Kuenberg, A., Fellingner, P. & Fellingner, J. (2016). Health care access among deaf people. *Journal of deaf studies and deaf education*, 21(1), 1-10. Doi: 10.1093/deafed/env042
- Kulturdepartementet (2008). *St.meld. nr. 35 "Mål og mening" 2007-08*. Hentet fra
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-35-2007-2008-/id519923/sec1>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015) Det kvalitative forskningsintervju. (3. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Kvam, M. H., Loeb, M. & Tambs, K. (2007) Mental health in deaf adults: symptoms of anxiety and depression among hearing and deaf individuals. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 12, 1-7. <https://doi.org/10.1093/deafed/enl015>
- Lambert, M., Barley, D. E. (2001). Research Summary of the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. *Psychotherapy Theory Research & Practice* 38(4), 357-361. Doi: 10.1037/0033-3204.38.4.357
- Langhoff, C., Baer, T., Zubaegel, D. & Linden, M. (2008). Therapist-patient alliance, patient-therapist alliance, mutual therapeutic alliance, therapist-patient concordance and outcome of CBT in GAD. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 22(1), 68-79. Doi: 10.1891/0889.8391.22.1.68
- Langlo, K. S. & Erdal-Aase, R. (2015). Testing av tegnspråklige døve med California Verbal Learning Test-II. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 52(10), 863-871.
- Leigh, I. W., Corbett, C. A., Gutman, V. & Morere, D. A. (1996). Providing psychological services to deaf individuals: A response to new perceptions of diversity. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27, 364-371.
<http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.27.4.364>

- Leigh, I. W. & Pollard, R. Q. (2011). Mental health and Deaf Adults. I Marscharck, M & Spencer, P. E. (Red.), *The Oxford Handbook of Deaf Studies, Language and Education*. (2.utg). Hentet fra <https://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199750986.001.0001/oxfordhb-9780199750986-e-015>
- Leseth, A. B. & Tellmann, S. M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm
- Lewis, J. & Richie, J. (2003). Generalizing from qualitative research. I Richie, J. & Lewis, J. (Red.), *Qualitative Research. A Guide for Social Science Students and Researchers*. (s. 263-286). London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications. Lastet ned fra https://mthoyibi.files.wordpress.com/2011/10/qualitative-research-practice_a-guide-for-social-science-students-and-researchers_jane-ritchie-and-jane-lewis-eds_20031.pdf
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_1.
- McLeod, J. (2013). Qualitative Research: Methods and Contributions. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6. utg.), s. 49–84). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Miletic, T., Piu, M., Minas, H., Stankovska, M., Stolk, Y. & Klimidis, S. (2006). *Guidelines for working effectively with interpreters in mental health settings*. Victoria, Australia: Victorian Transcultural Psychiatry Unit.
- Miller, K. E., Martell, Z, L., Pazdirek, L., Caruth, M. & Lopez, D. (2005). The Role of Interpreters in Psychotherapy With Refugees: An Exploratory Study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(1), 27-39. Doi:10.1037/0002-9432.75.1.27
- Mirza, M., Harrison, E. A., Chang, H. & Salo, C. D. (2017). Making sense of three-way conversations: A qualitative study of cross-cultural counseling with refugee men.

International journal of Intercultural Relations, 56, 52-64.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijintrel.2016.12.002>

Misiaszek, J., Dooling, J., Gieseke, M., Melman, H., Misiaszek, J. G. & Jorgensens, K. (1985). Diagnostic considerations in deaf patients. *Comprehensive Psychiatry*, 26(6), 513-521. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(85\)90018-5](https://doi.org/10.1016/0010-440X(85)90018-5)

Nasjonal behandlingstjeneste for hørsel og psykisk helse. (2019). Hentet fra

<https://nbhp.no/wp-content/uploads/2019/02/NBHP-2019.pdf>

Nicodemus, B., Swabey L. & Witter-Merithew, A. (2011). Establishing presence and role transparency in healthcare interpreting: a pedagogical approach for developing effective practice. *Rivista di Psicolinguistica Applicata*, 11, 69-83.

Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work* (2. utg.). New York, NY: Oxford University Press.

<http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.001.0001>

Norcross, J. C., Lambert, M. J., (2018). Psychotherapy Relationships That Work III.

Psychotherapy Theory Research & Practice, 55(4), 303–315.

Doi: 10.1037/pst0000193

Norges Døveforbund. (2019). Om tegnspråk. Hentet fra

<https://www.doveforbundet.no/tegnspak/hva>

Peters, S. W. (2007). Cultural awareness: Enhancing counselor understanding, sensitivity and effectiveness with clients who are deaf. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 35, 182-190. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1912.2007.tb00059.x>

Pollard, R. Q, Jr. (1994). Public mental health service and diagnostic trends regarding individuals who are deaf or hard of hearing. *Rehabilitation Psychology*, 39(3), 147-160. Doi: 10.1037/h0080318

Pollard, R. Q, Jr., & Barnett, S. (2009). Health-related vocabulary knowledge among deaf adults. *Rehabilitation Psychology*, 54(2), 182-185.

<http://dx.doi.org/10.1037/a0015771>

- Porter, A. (1999). Sign-Language Interpretation in Psychotherapy with Deaf Patients. *American Journal of Psychotherapy*, 53(2), 163-176.
Doi:10.1176/appi.psychotherapy.1999.53.2.163
- Pritchard, P., & Zahl, T. S. (2013). *Veiene til en god bimodal tospråklighet hos døve og sterkt tunghørte barn og unge*. Hentet fra <https://www.statped.no/globalassets/publikasjoner/statped-skriftserie/veiene---hele.pdf>
- Raval, H. (1996). A systemic perspective on working with interpreters. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1(1), 29-43. <https://doi.org/10.1177/1359104596011004>
- Raval, H. & Smith, J. (2003). Therapists' Experiences of Working with Language Interpreters. *International Journal of Mental Health*, 32(2), 6-31.
<https://doi.org/10.1080/00207411.2003.11449582>
- Resera, E., Tribe, R. & Lane, P. (2015). Interpreting in mental health, roles and dynamics in practice. *International Journal of Culture and Mental Health*, 8(2), 192-206.
<https://doi.org/10.1080/17542863.2014.921207>
- Roy, C. (1992). A sociolinguistic analysis of the interpreters's role in simultaneous talk in a face-to-face interpreted dialogue. *Sign Language Studies*, 5(74), 21-61
- Russell, D. (2005). Consecutive and simultaneous interpreting. I Janzen, T. (red) *Topics in sign language interpreting* (s. 135-164). University of Manitoba: John Benjamins Publishing. Doi: 10.1075/btl.63.10rus
- Schröder, O. (2006). Likt og ulikt – innføring i forskjeller mellom norsk og norsk tegnspråk. I Jørgensen, S. R. & Anjum, R. L. (Red.), *Tegn som språk. En antologi om tegnspråk* (s. 79-101). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Schröder, O. (2008). Norsk tegnspråk – strukturer, bruksmønstre og fremtid. I Herland, H (Red.), *Tegnspråkets fremtid – vårt felles ansvar: Norges Døveforbund 90 år, 1918-2008*. (s. 31-43) Oslo: Norges Døveforbund.

- Searight, H. R. & Searight, B. K. (2009). Working with Foreign Language Interpreters: Recommendations for Psychological Practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(5), 444-451. <http://dx.doi.org/10.1037/a0016788>
- Shabaik, S., La Housse, S. F., Branz, P., Gandi, V., Khan, A. M. & Sadler, G. R. (2010). Colorectal cancer video for the deaf community: a randomized control trial. *Journal of Cancer Education*, 25(4), 518-523. Doi: 10.1007/s13187-010-0113-y
- Shannon, C.E. and Weaver, W.W. (1949). *The mathematical theory of communication*. Urbana, Illinois: University of Illinois.
- Skaaden, H. (2018). Profesjonsetikk, skjønn og tillit i tolking. I Haualand, H., Nilsson, A. & Raanes, E. (Red.). *Tolking - Språkarbeid og profesjonsutøvelse*. (279-299). Oslo: Gyldendal.
- Skre, I. B. (2019, 21. mai). Psykoterapi. I Store medisinske leksikon. Hentet 13.09.2019 fra <https://sml.snl.no/psykoterapi>.
- Steinberg, A. (1991). Issues in providing mental health services to hearing-impaired persons. *Hospital and Community Psychiatry*, 42(4), 380-389. Doi: 10.1176/ps.42.4.380
- Steinberg, A. G., Barnett, S., Meador, H. E., Wiggins, E. A., & Zazove, P. (2006). Health care system accessibility: Experiences and perceptions of deaf people. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 260-266. Doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00340.x
- Steinberg, A. G., Sullivan, V. J., Loew, R. C. (1998). Cultural and Linguistic Barriers to Mental Health Service Access: The Deaf Consumer's Perspective. *The American Journal of Psychiatry*, 155(7), 982-984. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.7.982>
- Sussman, A. E. & Brauer, B. A. (1999). On Being a Psychotherapist with Deaf Clients. I Leigh, I (Red.), *Psychotherapy with Deaf Clients from Diverse Groups*. (s. 3-23). Washington D. C: Gallaudet University Press.
- Svartdal, F. (2015). Psykologiens forskningsmetoder. En introduksjon (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget

- Tribe, R. (2009). Working with interpreters in mental health. *International Journal of Culture and Mental Health*, 2(2), 92-101. Doi: 10.1080/17542860903115976
- Tribe, R. & Morrissey, J. (2004). Good practice issues in working with interpreters in mental health. *Intervention*, 2(2), 129-142.
http://ourmediaourselves.com/archives/22pdf/129_142%20Tribe.pdf
- Tribe, R. & Thompson, K. (2009). Exploring the Three-Way Relationship in Therapeutic Work with Interpreters. *International Journal of Migration, Health and Social Care* 5(2), 13-21. Doi: 10.1108/17479894200900009
- Tribe, R. & Tunariu, A. (2009) Mind your language: working with interpreters in healthcare settings and therapeutic encounters. *Sexual and Relationship Therapy*, 24(1), 74-84. Doi: 10.1080/14681990802666023
- Universitetet i Oslo. (2017, 26. sept.). Nettskjema-diktafon. Hentet fra:
<https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/tips-triks/diktafon.html>
- Vernon, M. & Brown D. W. (1964). A guide to psychological tests and testing 1 procedures in the evaluation of deaf and hard-of-hearing children. *Journal of Speech and Hearing disorders*, 29, 414-423.
- Vernon, M. & Daigle-King, B. (1999). Historical Overview of Inpatient Care of Mental Patients Who Are Deaf. *American Annals of the Deaf*, 144, (1), 51-61.
<https://doi.org/10.1353/aad.2012.0134>
- Wachtel, P. L. (2011). *Therapeutic communication: Knowing What to Say When*. (2. utg.). New York, London: The Guilford Press.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Warglien, M., & Gärdenfors, P. (2015). Meaning negotiation. In *Applications of conceptual spaces* (s. 79-94). Springer, Cham.

- Watermeyer, J. (2011). "She Will Hear Me": How a Flexible Interpreting Style Enables Patients to Manage the Inclusion of Interpreters in Mediated Pharmacy Interactions. *Health Communication, 26*, 71–81. Doi: 10.1080/10410236.2011.527623
- Williams, C. R. & Abeles, N. (2004). Issues and Implications of Deaf Culture in Therapy. *Professional Psychology: Research and Practice, 35*(6), 643-648.
<http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.35.6.643>
- Woll, H. (2018). Ledelse av tolker i offentlige tolketjenester. I Hauland, H., Nilsson, A. & Raanes, E. (Red.), *Talking- Språkarbeid og profesjonsutøvelse*. (260-277). Oslo: Gyldendal.
- Øhre, B., Saltnes, H. & Eidberg, M. (2018). Bruk av tegnspråktolk i utredning og behandling i psykisk helsevern. I Hauland, H., Nilsson, A. & Raanes, E. (Red.), *Talking- Språkarbeid og profesjonsutøvelse*. (372-387) Oslo: Gyldendal.
- Øhre, B., Saltnes, H., von Tetzchner, S., & Falkum, E. (2014). Psychometric properties of a sign language version of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). *BMC psychiatry, 14*(1), 148.
- Øhre, B., von Tetzchner, S. & Falkum, E. (2011). Deaf adults and mental health: A review of recent research on the prevalence and distribution of psychiatric symptoms and disorders in the prelingually deaf adult population. *International Journal on Mental Health and Deafness, 1*(1), 3-22.
<https://pdfs.semanticscholar.org/488e/64555049ed3d3f17b43bee139b4071491eeb.pdf>

Appendiks

Appendiks A: Intervjuguide

Intervjuguide

Punkter i kursiv = egne sjekkpunkter og eventuelle oppfølgingsspørsmål

INNLEDNING

- Kort presentasjon av temaet i prosjektet
- Oppfordring til å benytte eksempler underveis

BAKGRUNN

1. Først vil jeg høre litt om deg og din bakgrunn
 - Hva slags utdanning har du?
 - Hvor lenge har du jobbet som terapeut/psykolog/psykiater?
 - Hvor mye erfaring har du med å bruke tegnspråktolk i psykoterapi?
Oppgi for eksempel antall år, hvor mange terapiforløp osv.
 - Kan du tegnspråk selv?
 - *Oppfølgingsspørsmål:* På en skala fra 1-5 hvor god er du i tegnspråk vurderer du selv? Hvor 1 betyr du er avhengig av tegnspråktolk og 5 betyr at du ikke trenger tegnspråktolk.
 - *Oppfølgingsspørsmål/fokus hvis **ikke** de bruker tolk, få frem utvikling/endring:*
Hvordan oppleves det som terapeut å bruke tegnspråk med sine pasienter, slik du gjør nå? Sammenlignet med da du brukte tegnspråktolk tidligere?
-

Jeg ba deg om å velge ut to litt forskjellige saker hvor du i begge sakene har hatt terapi med tegnspråktolk og tegnspråklig pasient.

2. Hvilken sak vil du begynne med?

3. Jeg vil gjerne høre litt om dette terapiforløpet.
 - Kan du fortelle litt om pasienten og hva problemstillingen var?
 - Hva var målet for behandlingen?
 - Hvilken behandlingstilnærming brukte du?
 - Hva var det med dette terapiforløpet som gjorde at du valgte å fortelle om det?
Noen øyeblikk du husker særlig godt?

4. Hvordan vil du beskrive relasjonen mellom deg og pasienten?

5. Hvordan vil du beskrive relasjonen mellom tolken og pasienten?
 - Oppfølgingsspørsmål: Påvirket denne relasjonen deg og ditt terapeutiske arbeid?
 - Oppfølgingsspørsmål: Kunne du ønske det hadde sett annerledes ut? I så fall, på hvordan og hvorfor?

6. Kan du beskrive tolkesituasjonen/hvordan tolkingen foregikk?
 - Foregikk tegnspråktolkingen simultant eller konsekutivt?
 - Hvordan var dere plassert i rommet?
 - Samarbeidet du med tegnspråk tolken uten at pasienten var tilstede? For eksempel før og etter terapitimen?

7. Det at dere var tre (eller flere) personer i rommet, hvordan påvirket dette deg som terapeut?

8. Er det noe du vil trekke frem som positivt med å være en triade (terapeut, pasient og tolk) i dette tilfellet?

9. Er det noe du vil trekke frem som utfordrende med å være en triade i dette tilfellet?

10. Ville du gjort noe annerledes hvis du ikke hadde hatt med tolk?

OM TOLKEN

11. Hvordan vil du beskrive tolken du hadde med deg i denne saken?

- Ny eller erfaren tolk?
- Fast tolk som fulgte hele terapiforløpet?
- Hvor godt kjente tolken saken?
- Hvor godt kjente tolken pasienten?
- Hvor godt kjente du og tolken hverandre?

12. Hvordan fungerte tolke-situasjonen synes du/din vurdering av tolkesituasjonen?

- Hvordan bidro tolken til den terapeutiske prosessen?

ØVRIGE SPØRSMÅL

13. Er disse terapiforløpene typiske/representative?

- Hvis ikke, hva er det typiske?

14. Har du terapeutisk erfaring med ulike minortetsspråklige tolker; både tegnspråktolker og andre tolker?

- Hvis så, oppleves det likt eller ulikt å bruke tegnspråktolk sammenlignet med annen talespråklig tolk?

15. Er det noe du vil trekke frem som positivt med å være terapeut i en triade (terapeut, pasient og tolk)?

16. Er det noe du vil trekke frem som utfordrende med å være terapeut i en triade?

17. Er det noe jeg ikke har spurt om som du tenker er viktig å snakke om?

Appendiks B: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring



Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet

Psykoterapi med bruk av tegnspråktolk - terapeutens perspektiv på de terapeutiske prosessene

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt som har til hensikt å utforske terapeutiske prosesser i psykoterapi der det blir benyttet tegnspråktolk. Prosjektet vil undersøke hørende terapeuters perspektiver på denne prosessen. Jeg henvender meg til deg fordi du har erfaring med tegnspråktolket psykoterapi.

Prosjektet er en hovedoppgave til profesjonsstudiet i psykologi på Universitetet i Oslo. Student Nina Sollie gjennomfører prosjektet under veiledning av professor Stephen von Tetzchner og psykologspesialist og PhD ved Nasjonal Behandlingstjeneste for hørsel og psykisk helse, Beate Øhre. I dette skrivet får du informasjon om prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Hva innebærer prosjektet?

I studien vil et utvalg terapeuter med relevant erfaring fra hørselsfeltet og tegnspråktolket terapi bli intervjuet om sine erfaringer. Intervjuet vil bli tatt opp på lydfil for å sikre at all informasjon blir registrert og at viktige opplysninger ikke blir utelatt. Deretter blir intervjuene transkribert og aidentifisert for videre tematisk analyse. Funnene vil presenteres i et beskrivende format, hvor man med utdrag fra datamaterialet, underbygger og illustrerer hovedtemaer som avdekkes i analysen.

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer dette et intervju med en varighet på 1 til 2 timer hvor du skal besvare spørsmål med utgangspunkt i egne erfaringer.

Mulige fordeler og ulemper

Deltakelse innebærer ingen direkte fordeler for deg, annet enn at du eventuelt får reflektert over din egen praksis. Din deltakelse vil være et bidrag til forskningen om psykisk helse hos pasienter som bruker tegnspråk. Økt kompetanse på dette feltet vil kunne bidra til økt kvalitet

på behandlingstilbudet til denne gruppen pasienter i framtiden, samt til bedret samarbeid mellom terapeuter og tegnspråktolker.

Det kan tenkes at intervjuet kan minne deg om erfaringer fra tidligere psykoterapiforløp eller aktivere prosesser knyttet til dine egne ferdigheter og kvaliteter som terapeut som oppleves utfordrende. Skulle dette oppstå i løpet av studien, kan du ha en samtale om det med meg eller en av mine veiledere, dersom du ønsker det.

Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Samtykkeskjemaet returneres i vedlagt konvolutt eller leveres til Beate Øhre ved Nasjonal behandlingstjeneste for hørsel og psykisk helse, innen én uke. Nina Sollie vil deretter ta kontakt for ytterligere informasjon, samt avtale tid og sted for intervju.

Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektledere og veiledere Beate Øhre (975 35 391, beaohr@ous-hf.no), Stephen von Tetzchner (s.von.tetzchner@psykologi.uio.no), eller student Nina Sollie (976 79 123, sollienina@gmail.com).

Hva skjer med opplysningene om deg?

I tillegg til opplysninger som oppgis i intervjuet, vil du bli bedt om å oppgi følgende personopplysninger: navn, alder, yrke, samt antall års erfaring med tegnspråklige pasienter, tegnspråktolker og norsk tegnspråk. Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet.

Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennbare opplysninger og være innelåst eller passordbeskyttet. En kode knytter deg til opplysningene om deg gjennom en navneliste. Det er kun Beate Øhre, Stephen von Tetzchner og Nina Sollie som har tilgang til denne listen og som vil kunne lytte til opptakene. Opplysningene om deg vil bli aidentifisert, og det vil ikke være mulig å identifisere enkeltpersoner når prosjektet publiseres. Prosjektet skal etter planen avsluttes 31.12.2019. Opptakene og opplysninger om deg vil bli slettet fem år etter prosjektslutt.

Dine rettigheter

Du har rett til innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, få korrigeret eventuelle feil i de opplysningene som er registrert, samt rett til å få slettet opplysninger om deg. Du har rett til å få utlevert en kopi av dine personopplysninger og få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du har også rett til å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra behandlingsansvarlig institusjon, Universitetet i Oslo, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i

samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Oslo, ved professor Stephen von Tetzchner.
- Vårt personvernombud: personvernombud@uio.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Kontaktopplysninger

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med prosjektledere og veiledere Beate Øhre (975 35 391, beaohr@ous-hf.no) og Stephen von Tetzchner (s.v.tetzchner@psykologi.uio.no) eller student Nina Sollie (976 79 123, sollienina@gmail.com).

Samtykkeerklæring

Jeg samtykker til å delta i prosjektet *Psykoterapi med bruk av tegnspråktolk - terapeutens perspektiv på de terapeutiske prosessene* og til at mine personopplysninger brukes slik det er beskrevet

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Appendiks C: Svar fra NSD

NSD sin vurdering

 Skriv ut

Prosjekttittel

Psykoterapi med bruk av tegnspråktolk - terapeutens perspektiv på de terapeutiske prosessene

Referansenummer

655226

Registrert

06.05.2019 av Nina Merete Sollie - ninamso@uio.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det samfunnsvitenskapelige fakultet / Psykologisk institutt

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Stephen von Tetzchner , s.von.tetzchner@psykologi.uio.no, tlf: 22560611

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Nina Merete Sollie, ninamso@student.sv.uio.no, tlf: 97679123

Prosjektperiode

01.04.2019 - 31.12.2019

Status

07.05.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

07.05.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 07.05.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2024.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen

- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Jørgen Wincentsen
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)