

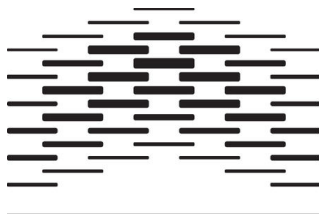
**MASTEROPPGAVE**  
**Master i psykisk helsearbeid**  
**Mai 2017**

Terapeutisk allianse i pilotprosjektet "Rask psykisk helsehjelp"



Tina Helen Eng Diseth  
Kandidat nr 106

**Fakultet for helsefag**  
**Institutt for Sykepleie**



HØGSKOLEN I OSLO  
OG AKERSHUS

## **FORORD**

Endelig var det min tur til å nå målstreken. Det har vært en lang reise, og det er har skjedd mye på veien. Denne masterreisen har tatt noe lengre tid enn planlagt, men det er på grunn av hyggelige omstendigheter. Jeg har hatt permisjon to ganger fordi Vilde og Vetle kom til verden i 2014 og 2016. Men nå er altså tiden kommet og masterstudiet er et tilbakelagt kapittel. Jeg har lært utrolig mye på disse årene som jeg skal ta med meg videre i min yrkesaktive karriere.

Det er mange som skal takkes. Først og fremst er det viktig for meg å takke informantene mine. Det var utrolig inspirerende å snakke med dere. Og veldig hyggelig å få tilbakemeldinger på at dere også synes det var kjekt å snakke om temaet. Takk til min veileder Tore Bonsaksen. Selv om det tok lengre tid enn planlagt, og at du har hatt mange andre arbeidsoppgaver har jeg fått raske tilbakemeldinger på spørsmål og kommentarer på oppgaven fra deg.

Den største takken går allikevel til den lille fine familien min.

Nittedal, mai 2017

Tina Diseth

## SAMMENDRAG

**Hensikt:** Psykiske lidelser beskrives som en av våre største helseutfordringer. Angst, depresjon og rusrelaterte lidelser er de lidelsene som rammer flest. Forskning og erfaring tilsier at alliansen er viktig for utfallet av terapien og det tar lang tid å bygge gode og trygge allianser mellom terapeuter og klienter. Formålet med denne studien er å undersøke hvilke forhold som har betydning for allianse i korttidsterapi. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i et spesifikt tilbud som er et pilotprosjekt, ”Rask psykisk helsehjelp”.

**Teoretisk forankring:** I denne studien er det lagt vekt på teori og empiri fra flere aspekter som er innvirkning på problemstillingen. Det er beskrevet teori og empiri i forhold til diagnose, fellesfaktorer, kognitiv adferdsterapi, terapeutisk allianse og veiledet selvhjelp.

**Metode:** Fire terapeuter i en bydel som er med i pilotprosjektet ”Rask psykisk helsehjelp” ble intervjuet ved hjelp av et semistrukturert intervju. De ble bedt om å beskrive hvilke forhold som har betydning for alliansebygging i korttidsterapi. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, transkribert og deretter analysert fenomenologisk, ved hjelp av metoden systematisk tekstkondensering.

**Resultater:** Tre hovedkategorier ble identifisert; Prosjektets rammer, pasientens utgangspunkt og terapeutens ferdigheter.

**Konklusjon:** Funn fra studien viser at det er flere forhold som påvirker alliansen i et korttidstilbud. Informantene vektlegger at det er viktig hvilke pasienter som kommer til terapi. Det må være pasienter uten for stor bagasje og alvorlig historikk og som er villige til og evner å jobbe hardt for å oppnå bedring. Informantene sier at CBT som tilnæringsmåte har aspekter ved seg som påvirker alliansen. Dette fordi metoder og teknikker i CBT gir pasientene konkrete oppgaver å jobbe med, noe som i mange tilfeller fører til at pasientene raskt opplever bedring av symptomene, dette påvirker alliansen på en positiv måte.

Informantene er også opptatt av at terapeutene må inneha noen egenskaper for å bygge allianse. Dette er blant annet å vise interesse, vise empati, være ekte og å dele av egne erfaringer. Når disse forholdene er på plass vektlegger ikke informantene den korte tiden de har til rådighet.

**Nøkkelord:** Allianse, Korttidsterapi, Kognitiv atferdsterapi, Fellesfaktorer

## **ABSTRACT**

**Purpose:** Mental disorders are described as one of our greatest health challenges. Anxiety, depression and substance-related disorders are the most affected. Research and experience indicate that the alliance is important for the outcome of the therapy and it takes time to build both good and safe alliances between therapists and clients. The purpose of this study is to investigate what conditions affect alliance in short-term therapy. I have chosen to base this study on a specific pilot project – ”Rask psykisk helsehjelp”

**Theory:** In this study, emphasis is placed on theory and empirical evidence from several aspects that influence the issue. There are described theories and empirical aspects of diagnosis, common factors, cognitive behavioral therapy, therapeutic alliance and guided self-help.

**Method:** Four therapists in a district of Oslo, who worked in the pilot project ”Rask psykisk helsehjelp” was interviewed by means of a semi-structured interview. They were asked to describe what matters to alliance building in short-term therapy. The interviews were recorded on audio tapes, transcribed and then analyzed phenomenologically, using the systematic text condensation method.

**Results:** Three main categories were identified; the project framework, the patient's starting point and the therapist's skills.

**Conclusion:** Findings from the study show that there are several factors that affect the alliance in short-term therapy. The informants emphasize that it is important which patients come for therapy. There must be patients without excessive luggage and serious history and they must be willing to, and able to work hard to achieve recovery. The informants say that CBT as an approach has aspects that affect the alliance. This because methods in the CBT provide patients with specific tasks to work with, which in many cases causes patients to quickly recover symptoms, this positively affects the alliance. The informants are also

concerned that the therapist must possess some properties for building alliance. These include showing interest, showing empathy, being genuine and sharing their own experiences. When these conditions are in place, the informants do not emphasize the short time they have at their disposal.

**Keywords:** Alliance, Short-term therapy, Cognitive behavioral therapy, Common factors

<b>1.0</b>	<b>INTRODUKSJON</b>	<b>9</b>
1.1	Bakgrunn	9
1.2	Litteratursøk	12
1.3	Formål og problemstilling	12
1.4	Begrepsavklaring	13
1.5	Begrensninger	13
1.6	Teoretisk forankring	13
1.6.1	Depresjon og angst	13
1.6.2	Kognitiv atferdsterapi	16
1.6.3	Fellesfaktorer	18
1.6.4	Terapeutisk allianse	19
1.6.5	Evaluering av "Rask psykisk helsehjelp"	24
1.6.6	Veiledet selvhjelp	25
<b>2.0</b>	<b>METODE</b>	<b>27</b>
2.1	Vitenskapsteoretisk forankring	27
2.2	Metodisk tilnærming	27
2.3	Utvalg og rekruttering	28
2.4	Intervjustruktur	29
2.5	Gjennomføring av intervju	29
2.6	Transkribering	31
2.7	Datareduksjon, analyse og fortolkning	31
2.8	Min forforståelse	33
2.9	Juridiske og forskningsetiske overveielser	34
2.9.1	Lover og juridiske retningslinjer	34
2.9.2	Forskningsetiske retningslinjer	34
2.9.3	Etiske problemstillinger og overveielser	35
2.10	Metodediskusjon	36
2.10.1	Pålitelighet og gyldighet	36
<b>3.0</b>	<b>RESULTATER</b>	<b>39</b>
3.1	Prosjektets rammer	39
3.1.1	Organisatoriske rammer	39
3.1.2	Metodiske rammer	41

3.1.3 Målgruppe .....	43
3.2 Pasientens utgangspunkt .....	45
3.3 Terapeutens ferdigheter .....	46
3.3.1 Bånd .....	46
3.3.2 Enighet om oppgave .....	48
3.3.3 Enighet om mål.....	49
<b>4.0 DISKUSJON .....</b>	<b>51</b>
4.1 Prosjektets rammer .....	51
4.2 Pasientens utgangspunkt .....	54
4.3 Terapeutenes ferdigheter.....	56
<b>5.0 KONKLUSJON.....</b>	<b>59</b>
<b>Referanser .....</b>	<b>61</b>

**Vedlegg 1: Informasjonsskriv til informantene**

**Vedlegg 2: Intervjuguide**

**Vedlegg 3: Svar fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)**



# 1.0 INTRODUKSJON

## 1.1 Bakgrunn

Psykiske lidelser beskrives som en av våre største helseutfordringer (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2010). Psykiske lidelser vil forårsake for tidlig død, nedsatt livskvalitet, sykefravær og uførhet. Det er depresjon, angst og rusrelaterte lidelser som rammer flest og totalt sett skaper mest lidelse. Schizofreni og andre psykoselidelser er langt sjeldnere, men vil være en stor belastning både for den som rammes og samfunnet rundt. Verdens helseorganisasjon rangerer depresjon på fjerde plass over de ti lidelsene i verden som medfører størst tap av livskvalitet og leveår. Analyser tyder på at depresjon er i ferd med å bli den ledende lidelsen i den vestlige verden (Ûstün & Kessler, 2002).

Forekomsten av psykiske lidelser har vært stabil, men det har blitt mer akseptabelt å snakke om det, dermed har temaet fått større fokus i samfunnet. En norsk undersøkelse fant at i løpet av en periode på ett år vil 32,8 % av befolkningen oppleve en form for psykisk lidelse, mens 52,4% vil oppleve det i løpet av livet. Dette gjelder alle former for psykiske lidelser (Kringlen, Torgersen & Cramer, 2001). Samme undersøkelse så på depressive lidelser i Oslo og fant at 7,3 % av befolkningen vil oppleve en episode i løpet av ett år, mens 17,8 % vil oppleve det i løpet av livet. En norsk studie viste at depresjon er en sterk risikofaktor for å falle utenfor inntektsgivende arbeid i kortere eller lengre perioder, og en viktig medvirkende faktor for uførhet (Overland, Dahl & Krokstad, 2006).

Behandling av disse lidelsene har gjennomgått store forandringer de siste 20 årene. Som følge av økt fokus har etterspørsel etter både medikamentell og psykoterapeutisk behandling økt betydelig. Det er færre som blir innlagt på sykehus og langt flere behandles poliklinisk både på spesialisthelsetjenestenivå og på kommunalt nivå. Samhandlingreformen kom i 2011 og har som mål å sikre at de fremtidige helse- og omsorgstjenester er tilrettelagt pasientens behov, og samtidig svarer på de store samfunnsøkonomiske utfordringene. Målet er lik tilgang på tjenester uavhengig av personlig økonomi og bosted (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Myndighetene har gitt føringer for at psykisk helsehjelp skal gis raskere når det trengs, dette i henhold til Samhandlingsreformen.

Kommunenes oppgaver er omfattende og regulert gjennom flere lovverk. I følge Helse- og omsorgstjenesteloven §3-1 første ledd (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2010) skal kommunen sørge for nødvendig helse- og omsorgstjenester til alle som bor eller oppholder seg i kommunen. Hvilke tjenester kommunen er pliktig til å gi er regulert i kapittel 3 i samme lov, §3-2. Kommunen skal drive forebyggende arbeid, gi befolkningen et dekkende, faglig forsvarlig og effektivt tjenestetilbud med utgangspunkt i lokale forhold. Tilbudene skal omfatte diagnostikk, behandling, rehabilitering og pleie og omsorg. Det kan være ulike aktører som sikrer dette tilbudet; helse- og omsorgstjenesten i kommunen, fastlege, enhet for psykisk helse og rus, legevakt, lavterskeltilbud, psykologtilbud, ”Rask psykisk helsearbeid” er noen eksempler.

Myndighetene har de siste årene ansett folkehelsearbeid, forebygging og lavterskeltilbud som betydningsfullt. I 2009 ga Helsedirektoratet ut ”Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær – og spesialisthelsetjenesten” (Helsedirektoratet, 2009). Retningslinjen har som overordnet mål å bidra til riktig diagnostisering og å styrke evidensbasert psykologisk praksis i behandlingen av depresjon gjennom å gjøre denne behandlingen mer tilgjengelig for befolkningen. Veilederen betegner strukturert psykologisk behandling som en fellesbetegnelse på anerkjente og teoribaserte psykologiske intervensjoner bygget på et gjensidig samarbeid mellom terapeut og pasient.

I en veileder Helsedirektoratet utga i 2014, ”Sammen om mestring”, påpekes utfordringer og muligheter i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid. Målet med veilederen er å klargjøre nasjonale forventninger og stimulere til videreutvikling og forbedring av tjenestene (Helsedirektoratet, 2014). Veilederen har fokus på at brukeren er den viktigste aktøren. Den beskriver tilrettelegging av tjenestene ut fra 3 hovedforløp avhengig av alvorlighetsgrad på problemene. Veilederen viser blant annet til forskning på fellesfaktorer og anser dette som et virkemiddel i behandling av psykisk lidelser og rusproblematikk. I ” Sammen om mestring” og ”Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær – og spesialisthelsetjenesten” legges det vekt på at tjenestene skal være tilgjengelige og det skal være lav terskel for kontakt. Det er viktig med kontinuerlig kontakt med samme kontaktperson over tid. Betydningen av den terapeutiske alliansen beskrives i begge veilederne. Terapeutisk allianse er et eksempel på en fellesfaktor. Med det menes at denne er tilstede som et virkemiddel uavhengig av hvilke terapiform som gis. Fra faglig hold er det

allment anerkjent at alliansen mellom pasient og behandler er av sentral betydning i psykisk helsearbeid, og at relasjonelt arbeid krever tid.

For å møte gradvis økte krav til kommunene startet Helseledningskontoret i 2012 et pilotprosjekt i 12 norske kommuner og bydeler, ”Rask psykisk helsehjelp” (heretter RPH). Tilbudet er for voksne (over 18 år) med lett til moderat depresjon og angst. Tilbudet er tverrfaglig sammensatt med en psykolog tilknyttet teamet og tilnæringsmetoden er kognitiv adferdsterapi. Tilbudet bruker også veiledet selvhjelp, telefonkonsultasjoner og gruppetilbud som metode. Målet med prosjektet er at profesjonell hjelp skal være lett tilgjengelig. Behandlingen skal redusere symptomer og øke livskvalitet for de som mottar den. Tilbudet er gratis og man trenger ingen henvisning, men det er et korttidsterapi og har et tak på 15 timer, med en anbefaling på ca 10 timer. Prosjektet bygger på den Engelske modellen ”Improving Access to Psychological Therapies” (IAPT heretter). I England har det vært et satsningsområde å gjøre behandling for depresjon og angst raskt tilgjengelig for befolkningen. Dette har hatt gode resultater (Clark et al., 2009)

I 2015 er det 18 kommuner og bydeler i Norge som tilbyr denne behandlingen, men det er stadig flere kommuner som søker og får tildelt tilskuddsmidler.

På bakgrunn av de økte krav til kommunene som nevnt ovenfor, og at behandling i større utstrekning skal skje på lokalt nivå med begrensede tidsrammer, anser jeg det som utfordrende å bygge gode og produktive relasjoner med klienter. Stigma rundt psykiske lidelser er i ferd med å reduseres noe som er veldig bra. Men dette fører samtidig til at flere står fram med sine lidelser og er i behov av en form for behandling. Det skjer en betydelig fagutvikling på psykisk helsefeltet og brukervedvirkning og – involvering står sentralt i utviklingen. Noe som krever at kommunene har en systematisk tilnærming til hvordan pasienter og brukere involveres i tjenesteutviklingen.

I denne oppgaven ønsker jeg å undersøke forhold som har betydning for alliansebygging i korttidsterapi slik terapeutene opplever det. Er det slik at det er vanskeligere å bygge allianse med pasienter i et korttidstilbud fordi man har dårlig tid?.

## 1.2 Litteratursøk

Denne studien omhandler terapeutisk allianse i et spesifikt prosjekt i Norge; ”Rask psykisk helsehjelp”. Det er per i dag publisert en studie på det norske prosjektet som er beskrevet annet sted i denne oppgaven.

Jeg har gjennomført systematiske søk etter relevante artikler og forskningsresultater. Jeg gjennomførte søkene etter Pico søkemetode (Patient/problem, Intervention,, Comparison og Outcome). Emneordene jeg brukte er vist i tabellen nedenfor. Emneord fra hver kolonne ble brukt i alle søkene. Søk ble foretatt i følgende databaser: psycINFO, proQuest og pubMed. Grunnlaget for valg av databaser er at jeg anså disse databasene som relevante for å finne forskning som kunne belyse min problemstilling. Søkene ble begrenset til engelsk språk, studier fra siste 10 år, og fulltekst.

Depression  Mental health	AND	Cognitive behaviorial therapy  Short term therapy  CBT	AND	Alliance Therapeutic alliance Working alliance
---------------------------------	-----	---	-----	--

OR

Søkene i de forskjellige databasene ga varierende antall treff fra 5 til 87. Ut fra dette ble 2 studier ansett som relevante for problemstillingen. I tillegg til allerede kjent forskning presenteres forskningsresultater under hvert enkelt tema i teoridelen.

## 1.3 Formål og problemstilling

Jeg ønsker med denne oppgaven å undersøke terapeutisk allianse i korttidsterapi, spesifikt ønsker jeg å se på et pilotprosjekt – ”Rask psykisk helsehjelp”. Bakgrunnen for dette er at i

prosjektet RPH er antall terapitimer begrenset til 15. Jeg ønsker da å undersøke hvordan terapeutene jobber med allianse på denne korte tiden, og hvilke forhold som har betydning for alliansen slik det erfarer av terapeutene. Forskning og egen erfaring tilsier at alliansearbeid er tidkrevende, og samtidig er en god allianse av stor betydning når det kommer til resultatet av behandlingen.

Problemstillingen er: **”Hvilke forhold har betydning for terapeutiske allianse, slik den erfarer av behandlere i prosjektet RPH?”**

#### 1.4 Begrepsavklaring

I problemstillingen er det noen begreper som bør avklares. Terapeutisk allianse defineres som kvaliteten og styrken på samarbeidet mellom terapeut og klient i terapi. Allianse består av enighet om mål og oppgave og det affektive båndet mellom terapeut og klient.

Behandler i denne sammenheng er de fagpersonene som jobber med dette prosjektet.

RPH er prosjektets navn og står for Rask psykisk helsehjelp og dette er et pilotprosjekt som beskrives nærmere andre steder i oppgaven.

#### 1.5 Begrensninger

I denne studien har jeg kun snakket med terapeuter som gir dette tilbudet, ikke med pasientene. Terapeutene kan fortelle om sin opplevelse rundt terapeutiske allianse, men kan ikke uttale seg om pasientens opplevelse av denne, kun gjennom tilbakemeldinger som blir gitt til dem.

#### 1.6 Teoretisk forankring

##### 1.6.1 Depresjon og angst

Depresjon klassifiseres under affektive lidelser, stemningslidelser i diagnosesystemet ICD-10 (World Health Organization Geneva, 2006). Denne oppgaven vil omhandle F32 Depressiv episode og F33 Tilbakevendende depressiv lidelse. Kjennetegn ved depressive lidelser er

nedsatt stemningsleie, interesse- og gledesløshet og energitap som fører til utmattelse og nedsatt aktivitetsnivå. I tillegg til disse symptomene kan pasientene oppleve redusert konsentrasjon og oppmerksomhet, redusert selvtillit og selvfølelse, triste og pessimistiske tanker om fremtiden, nedsatt appetitt og søvnproblemer.

Som nevnt i innledningen er depresjon en av de tre vanligste psykiske lidelsene, der en studie gjennomført i Oslo fant at 17,8 % av befolkningen vil oppleve en depressiv lidelse i løpet av livet (Kringlen et al., 2001). Det finnes ulike forklaringsmodeller for årsaken til at noen opplever depressive episoder (Berge & Repål, 2004). Aron Beck gikk mer bort i fra å finne livshistoriske forklaringer på depresjon. Han konsentrerte seg om å identifisere gjennomgående negative tankemønstre ("skjemaer") (Berge & Repål, 2004). En kognitiv forklaringsmodell sier at deprimerte pasienter kjennetegnes ved at tre aspekter går igjen og kalles negativ kognitiv trekant (Davidson, Donaghy & Nicol, 2008). Disse pasientene har negative tanker om selvet, negative tanker om verden og negativt syn på fremtiden.

Det er ikke overbevisende forskning som tyder på at depressive episoder går i arv. Det man har funnet er at stress kan påvirke hjernen gjennom å øke nivået av kortisol fra binyrebarken. Dersom kortisolnivået forblir høyt over lang tid vil dette hemme de sentrale transmittersubstansene som igjen kan føre til depresjon (Skårderud, Stänicke, Haugsgjerd & Engell, 2010). Skårderud (2010) påpeker også at utviklingen i samfunnet kan føre til at flere opplever en depressiv episode. Både fordi det er mer akseptert å snakke om dette og fordi samfunnet stiller høye krav til befolkningen. Kravene til befolkningen har økt de siste tiårene uten at dette foreløpig har vist seg i forskning i form av høyere forekomst av depresjon.

Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av depresjon (Helsedirektoratet, 2009) anbefaler at personer med lette til moderate plager skal behandles i primærhelsetjenesten. Videre sier veilederen at førstevalget av tiltak for behandling av mildt til moderate former for depresjon bør normalt være rådgiving og psykologisk intervensjon. Eksempler på rådgiving som kan gis i primærhelsetjenesten er råd om søvnproblemer, angstmestring og å oppfordre til fysisk aktivitet. Kontakt med helsevesen bør ved disse tilstandene begrenses. Man kan anbefale pasienten assisterte selvhjelpsprogram eller nettbaserte programmer som er basert på kognitiv adferdsterapi. Det kan også vurderes rådgiving i form av kortvarige kognitiv terapi/rådgiving eller interpersonlig terapi/rådgiving med 6-8 behandlinger over en periode på 10-12 uker. Det anbefales ikke

antidepressiver som initial behandlingsform. Antidepressiver bør derimot vurderes når pasienten ikke responderer på ikke- medikamentelle tiltak eller hos pasienter som tidligere har opplevd moderat til alvorlige depresjoner.

Angst kategoriseres under F40-F48, Nevrotiske lidelser i diagnosesystemet ICD-10 (World Health Organization Geneva, 2006). Hovedgruppene innenfor angstlidelsene er i henhold til ICD-10

- Fobisk angst: enkel fobi, sosial fobi og agorafobi
- Panikkangst
- Traumelidelser: akutt stressforstyrrelse, posttraumatisk stressforstyrrelse, tilpasningsforstyrrelse
- Tvangslidelser: tvangstanker og tvangshandlinger ("obsessive- compulsive dirorder")
- Generalisert angstlidelse

Differensialdiagnostisk er angstdiagnosene ofte en utfordring fordi angst er i mange tilfeller en komponent i de fleste psykiatriske diagnoser. Det er et nært forhold mellom angst og depresjon. Utfordringen ligger i om symptombildet for angsten utgjør en egen diagnose, eller om det er en del av et større symptombilde som for eksempel depresjon, psykoselidelser eller psykosomatiske tilstander (Skårderud et al., 2010).

Generalisert angstlidelse kjennetegnes ved en generell engstelse som vedvarer over tid, men som ikke er begrenset til bestemte situasjoner eller omstendigheter. Symptomene omfatter vedvarende nervøsitet, skjelvninger, muskelspenninger, svetting, ørhet, hjertebank, svimmelhet og ubehag i mageregionen.

Psykodynamisk psykoterapi har i flere tiår vist seg å ha positiv effekt på angstlidelser. Behandlingen består ofte i en form for eksponeringsterapi. Fra 1980 tallet kom kognitiv adferdsterapi med symptomorienterte behandlingsformer. Det er vist effekt av denne behandlingsformen, spesielt på enkle fobier, agorafobi og panikklidelser. Medikamentell behandling i form av antidepressiva og SSRI – preparater har vist noe, men ikke sterkt overbevisende effekt (Skårderud et al., 2010).

## 1.6.2 Kognitiv atferdsterapi

Freud var i sin psykoanalyse opptatt av det ubevisste sjelelivet. I siste halvdel av forrige århundre skjedde det en dreining mot det bevisste sjelelivet, med mer vekt på tenkning og kognisjon (Skårderud et al., 2010). Kognitiv adferdsterapi (CBT heretter) har vokst seg til å ha en sentral posisjon i behandlingsverden.

Første steget i det vi i dag kaller kognitiv adferdsterapi var det Albert Ellis som stod for (Hjemdal & Kennair, 2014). Han utviklet ”rational emotive therapy” RET på 1950 tallet. RET introduserte det vi i dag kaller ABC modellen. ABC modellen viser hvordan hendelser (”activating event” eller ”adversity”) og tanker og antagelser (”beliefs”) påvirker både emosjonelle og atferdsmessige konsekvenser (”consequences”).

Kognisjon er betegnelsen på menneskets kontinuerlige bearbeidelse av informasjon, for eksempel hvordan vi tenker på, forestiller oss eller minnes en spesiell hendelse (Berge & Repål, 2004). Kognisjonen vår vil påvirke hvilke følelser som blir knyttet til en spesifikk hendelse. For de fleste av oss vil denne følelsen være selvfølgelig og selvinnlysende. Hvordan vi tenker rundt en spesiell hendelse vil være påvirket av vår personlige stil og personlige tankemønstre, og vil i stor grad være påvirket av tidligere erfaring ved en lik eller lignende hendelse (Hjemdal & Kennair, 2014). Opprinnelsen til problematisk tankesett mener CBT stammer fra opplevelser i barndommen og kalles ofte grunnleggende holdninger, levereregler eller skjema. Disse ligger latent og når lignende hendelser oppstår senere i livet, kan disse latente skjemaene aktiveres og det vil øke sannsynligheten for at automatiske negative tanker aktiveres. Den mentale aktiviteten til et menneske som sliter med angst og depresjon er preget av en strøm av ubehagelige tanker og forestillinger (Berge & Repål, 2004) . De negative antagelsene viker troverdige og kan være basert på virkelige hendelser, men de er ofte overdrevne eller ugyldige. Negative automatiske tanker vil ofte innebære overvurdering av muligheten for eller alvorligheten av en fryktet hendelse. Tankene kan også innebære en undervurdering av egen mestringsevne.

En av foregangsfigurene i utviklingen av CBT er Aaron Beck. Han var tidligere utdannet psykoanalytiker (Skårderud et al., 2010). Teorien ble først utviklet med tanke på deprimerte pasienter. Hans grunnfilosofi var at visse patologiske tilstander enten er forårsaket eller opprettholdt av automatiske dysfunksjonelle tankemønstre. Beck hevdet at vanskelige og ubehagelige hendelser henger sammen med dysfunksjonelle regler, som han kalte skjemaer. Skjemaene danner grunnlaget for hvordan vi organiserer, bedømmer og fortolker opplevelser.



Fra 1980 årene kom begrepet kognitiv adferdsterapi for alvor som et begrep.

Hovedkarakteristika ved CBT er at det er en strukturert og kortvarig terapiform som er basert på grundig kunnskap om den spesifikke diagnosen og hvordan denne påvirker pasienten (Davidson et al., 2008). Terapeuten må ha grundig kunnskap til diagnoser og ferdigheter innen samtaleteknikk slik at viktige og relevante symptomer og problemer hos pasienten kommer fram. I tillegg er det viktig at begge parter er enige i mål og fremgangsmåte i terapien. Felles for de fleste former for kognitiv adferdsterapi er at det jobbes med spesifikke teknikker for å identifisere og endre tankemønstre som en mener er med på å opprettholde symptomene. CBT er en av de mest og best dokumenterte psykologiske behandlingsformene for en rekke psykiske lidelser (Hjemdal & Kennair, 2014). Det har utviklet seg flere typer tilnærminger og metoder under samlebegrepet CBT. Hovedmålsettingen med CBT er å lære pasienten å identifisere, evaluere og respondere på dysfunksjonelle tanker og antagelser med kritisk tenkning og en aktiv undersøkelse av hvor rimelige disse tankene er (Hjemdal & Kennair, 2014). Ved å danne motsvar til de negative tankene vil pasienten over tid utfordre de negative tankene og de vil etter hvert ha mindre betydning.

Terapeutisk allianse i CBT brukes primært for å fremme samarbeidet. En god allianse vil føre behandlingen i en positiv retning og er nødvendig for å gjennomføre en effektiv behandling (Hjemdal & Kennair, 2014). Men en god relasjon er i seg selv ikke nok, en trenger også å utarbeide en felles målsetning, en bestemt kurs og enighet om hva som er riktig tempo for å komme dit en ønsker. Målet i CBT er å få til et aktivt samarbeid og å jobbe for at man i så stor grad som mulig skal være likestilte i relasjonen, at pasienten er ekspert på egne tankemønstre.

Ulike virkemidler som brukes i CBT er psykoedukasjon, atferdseksperimenter, eksponering, atferdsaktivering og hjemmeoppgaver.

Det er gjort mye forskning på CBT som behandlingstilnærming. En oppsummering av meta-analyser beskriver CBT som den terapiformen det er gjennomført mest forskning på (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006). Det finnes 325 publiserte studier som ser på resultat av CBT. Til tross for mye forskning søker man fortsatt svar på hvor effektiv CBT er sammenlignet med andre psykologiske tilnæringsmåter og langtidseffekten av CBT. Meta-analysen konkluderer med at CBT er effektiv for voksne med unipolar depresjon, ungdom

med unipolar depresjon, generalisert angst og PTSD med en effektstørrelse på 0.95. CBT viste seg noe bedre enn medikamentell behandling på mennesker med unipolar depresjon med en effektstørrelse på 0.38. Studien viste signifikant langtidseffekt av CBT for pasienter med depresjon, generalisert angst, panikk angst, sosial angst, OCD, schizofreni. Når det gjelder depresjon og panikk angst viste det seg at det var robust og konvergent metaanalytisk evidens på at CBT ga vesentlig bedre langtidseffekt, og halverer sjansen for tilbakefall sammenlignet med medikamentell behandling.

En annen meta-analyse fant at CBT viste signifikant bedre resultater for deprimerte pasienter når man sammenlignet med venteliste eller placebo (Gloaguen, Cottraux, Cucherat & Ivy-Marie Blackburn, 1998). Denne studien sammenlignet CBT med en gruppe med terapiformer som ble kategorisert som ”diverse” og fant at CBT var moderat overlegen med en effektstørrelse på 0.24. Studien ble senere kritisert for at noen av terapiformene i kategorien diverse ikke er behandlingsformer som vanligvis brukes under behandling av depresjon. Det er altså mange studier som viser at CBT har god effekt på depresjon og angst, men det er vanskelig å skille de ulike terapiformene.

### 1.6.3 Fellesfaktorer

Forskning som studerer om behandling virker har tydelig vist at de fleste klienter som går i psykoterapi har en positiv effekt. Studier av komparativ (sammenlignende) effekt har vist en effektstørrelse på mellom 0,75 og 0.85. Det betyr at en gruppe som mottar psykologisk behandling gjør det bedre enn 79% av ubehandlede klienter (Rønnestad & von der Lippe, 2009). Hvis man sammenligner ulike typer psykologisk behandling er det vist liten eller ingen forskjell i resultatene hos klienter som går i forskjellige typer av psykoterapi. Dette blir ofte sammenlignet med ”the dodo bird verdict” som er hentet fra ”Alice i eventyrland”. Med dette menes at ”alle har vunnet, og alle skal få premie”. Alle de forskjellige terapiformene og metodene virker omtrent like bra. Det er de faktorene som er felles for de ulike retningene som fører til bedring hos klientene. Dette er klientenes ressurser, kvaliteten på alliansen mellom terapeut og klient og håpet klienten har om at det skal skje en positiv endring.

Den første som kom fram til at fellesfaktorer forklarer en stor del av den positive effekten av psykoterapi var Rosenzweig allerede i 1936 (Rosenzweig, 1936). Han kom med en hypotese om at relasjonen mellom klient og terapeut var en bærende fellesfaktor.

I en senere metaanalyse konkluderes det med at ulike behandlingsmodeller var like effektive, og at det er fellesfaktorene som alene forklarer utfallet av terapien (Wampold, 2001). I følge denne studien har kvaliteten på alliansen og terapirelasjonen sju ganger større betydning enn valget av terapiform. Denne konklusjonen har senere fått kritikk fra flere hold.

Lambert (Lambert, 2003) har gjennomgått psykiatrifeltet og mener å ha identifisert 4 terapeutiske faktorer som har innvirkning på utfall av terapeutisk behandling. I følge Lambert forklarer klient/ utenomterapeutiske faktorer 40 % av variansen. Dette er det klienten bringer med seg inn i terapien av personlige og sosiale ressurser. Det terapeutiske forholdet eller relasjonen forklarer 30 % av variansen og beskriver klientens opplevelse av terapeutens varme, akseptering og forhåpning om bedring. 15 % av variansen kan forklares av terapeutisk teknikk, altså den metoden eller terapiformen terapeuten bruker. De siste 15 % av variansen kan forklares med forventning eller en placebo effekt. Rønnestad & von der Lippe (2009) poengterer at dette ikke er empiriske funn men at disse tallene kommer fra Lamberts inntrykk etter å ha studert feltet over lang tid.

Det er mye forskning på fellesfaktorer. Funnene sier at det ikke er så viktig hvilken terapiform og teknikker man bruker, men at det er samarbeidet mellom terapeut og klient som er viktig for å oppnå suksess. (Wampold, 2010).

#### **1.6.4 Terapeutisk allianse**

Allerede i 1957 beskrev Carl Rogers at for å oppnå personlig endring må 3 kjernefaktorer være tilstede. Terapeuten må være kongruent (ekte). Terapeuten viser betingelsesløs varme for klienten og terapeuten opplever og viser empati for klientens indre psykiske liv (Rogers & Shaffer, 1957).

I denne oppgaven tar jeg utgangspunkt i Adam Horvath (Horvath, Silverman & Norcross, 2001) sin definisjon av allianse. Allianse referer til kvaliteten og styrken på samarbeidet mellom terapeut og klient i terapi. Allianse består av en affektiv og en kognitiv del. Den affektive delen referer til båndet mellom terapeut og klient og omhandler gjensidig tillit, at de liker hverandre, respekt og at de bryr seg om hverandre. En allianse består også av en kognitiv

del som handler om enighet og forpliktelse rundt målet med terapien og hvilke metoder som skal brukes for å nå målene. Alliansen er altså et partnerskap mellom terapeut og klient der begge er forpliktet til å delta med sin ekspertise.

For å operasjonalisere begrepet og å gjøre det mer generelt på tvers av terapiretninger identifiserte Bordin (Bordin & Kovacs, 1979) tre komponenter i terapeutisk allianse; mål, oppgave og bånd. Bordins allianseteori springer ut fra psykodynamisk tenkning og det har vært og er stadig diskusjon om alliansens plass og betydning innen ulike teoretiske retninger (Ryum & Stiles, 2005). Spørsmålet er om man kan se på allianse som kurativ i seg selv, som en nødvendig forutsetning (uten og være virksom i seg selv) eller som delaktig for endring i terapi (i kombinasjon med andre tekniske intervensjoner). Tradisjonelt har kognitiv- og adferdsorientert terapi sett på allianse som en nødvendig forutsetning for bedring i terapi.

Alliansen betydning innen adferdsterapi har vært diskutert da det har vært stort fokus på teknikker og mange har ment at alliansen dermed blir mindre viktig (Wormnes, 2013). På den annen side er det hevdet at alliansen er konteksten som teknikken kan bli virksom innenfor.

Det er en rekke faktorer som kan påvirke alliansen mellom terapeut og klient (Kåver & Gröhn, 2012);

- Klientens- og terapeutens kjønn, alder og kulturelle bakgrunn
- Klientens og terapeutens motivasjon
- Klientens relasjonshistorie, selvskjemaer og terapierfaringer
- Klientens kunnskaper om og forventninger til terapien
- Terapeutens relasjonshistorie, selvskjemaer og terapeutskjemaer
- Terapeutens kunnskap og erfaring
- Effekten av pågående behandling (tidlige og fortløpende fremskritt)

Når man som terapeut møter en pasient med grunnleggende forstyrrelser i tilknytningsmønstre påvirker dette terapien (Benum, 2006). Terapeuten må i en periode fungere som en affektregulator, slik at klienten kan lære å tåle følelser og reaksjoner uten og bli overveldet eller forsvinne fra terapien. I den sammenhengen er det viktig at terapeuten ikke utfordrer mer enn at klienten befinner seg innenfor rammen av følelsesmessige toleranse ("window of tollerance").

I behandlingsarbeid kan det være nyttig å klargjøre hvilken allianse klienten ønsker seg og responderer best på (Wormnes, 2013). Wormnes (2013) beskriver to typer; en type I og en type II allianse. I type I allianse opptrer klienten passivt og har en oppfattelse om at terapeuten er i besittelse av kunnskap og ferdigheter som kan hjelpe. Klienten opplever helt fra starten at behandlingen hjelper. Satt på spissen vil klienter i type I allianse tro de vil få servert behandlingen på sølvfat, teknikkene virker automatisk uten særlig anstrengelser fra klienten selv. I type II allianse står felles innsats og samarbeid sentralt. Klienten deler oppfatninger om årsakene til problemene og begge står sammen om målene og metodene som kreves for bedring.

Alliansen mellom terapeut og klient må jobbes kontinuerlig med gjennom hele terapiprosessen (Kåver & Gröhn, 2012). I en innledningsfase må terapeuten formidle empati, varme og ærlighet. Fokuset i denne fasen bør være samarbeid og forhandling om målet for terapien. Terapeutens oppgave er å opptre støttende og bekreftende for å gjøre klienten motivert og engasjert i behandlingen. Hvis bedring eller positiv endring lar vente på seg kan dette føre til at motivasjonen synker og alliansen svekkes. I det videre arbeid er det viktig og videreutvikle tillit og trygghet mellom terapeut og klient. Dette gjør terapeuten gjennom å åpent utforske og reflektere over terapirelasjonen, gi tydelig tilbakemelding på klientens adferd, tanker og følelser, og å hele tiden koble sammen klientens relasjonsmønstre i og utenfor terapirommet. I CBT blir klientene utfordret på aktivisering av angst eller annet ubehag i forbindelse med eksponeringsteknikker. Tidligere tankemønstrene skal utfordres og dette kan i noen tilfeller føre til sinne og utagering mot terapeuten. Dette setter alliansen på prøve, men det er da viktig at terapeuten opptrer empatisk og støttende også når terapien går tregt framover og støter på slike utfordringer.

Forskning viser at klienter og terapeuter ser ulikt på hva som er viktig i en allianse (Bedi, Davis, Williams & Gelso, 2005). Denne studien hadde som formål og identifisere og kategorisere hvilke variabler klientene så på som viktige i alliansebygging. De kom fram til 25 kategorier der den viktigste i følge klientene var tekniske kvaliteter. Dette omhandlet at terapeuten lærte klienten teknikker og at klienten var delaktig i å sette mål for terapien. Klientene så også på nonverbal kommunikasjon som en viktig faktor, samt at terapeuten lyttet aktivt. Self – disclosure eller selvavsløring kommer høyt opp på listen og klientene sier at det

påvirker alliansen positivt når terapeuten avslører at han/hun også har opplevd vanskelige ting.

Forskningen på alliansens betydning på terapeutisk utfall har slått fast at mål på terapeutisk allianse er nokså konsistent, men moderat forbundet med effekt av psykologisk behandling. I en meta-studie (Horvath et al., 2001) har den gjennomsnittlige effektstørrelseskorrelasjonen blitt funnet å være i området .22-26. Dette viser at det er en sammenheng mellom kvaliteten på alliansen og resultatet av terapien og at denne ikke er tilfeldig. Funn fra samme studie tyder på at det er allianse målt på et tidlig tidspunkt i terapien som har størst klinisk verdi.

En annen studie fant en moderat men reliabel sammenheng mellom god arbeidsallianse og positivt utfall av terapien (Horvath, Symonds & Harmon, 1991). Kvaliteten på arbeidsalliansen var mest prediktiv i forhold til et godt behandlingsresultat når det var klienten som vurderte alliansen.

En norsk studie har sett på sammenhengen mellom tidlig terapeutisk allianse og behandlingseffekt ved depresjon og angst (Ryum, Stiles & Vogel, 2009). Studien konkluderer med at allianse i seg selv har en kurativ funksjon ved behandling av depresjon og at allianse har en positiv effekt både på symptomtrykk og interpersonlige problemer. Dette kan bety at det er hensiktsmessig å ha allianse som et terapeutisk fokus i behandling av depressive pasienter. I angstbehandling fant man at alliansen er noe mer underordnet. Resultatene indikerer at en høy score på allianse tidlig i behandlingen ikke er tilstrekkelig når målet er symptomreduksjon. Det er også nødvendig med spesifikke teknikker som for eksempel eksponeringsterapi for å oppnå god effekt av behandlingen. Dette viser at fellesfaktorer som for eksempel terapeutisk allianse er grunnleggende og viktig, men ikke nødvendigvis tilstrekkelig i all psykologisk behandling.

En studie har sammenlignet allianse i ansikt til ansikt terapi med nettbaserte behandlingsformer (Preschl, Maercker & Wagner, 2011). Deltagerne ble randomisert til enten en internettbasert behandling eller ansikt til ansikt basert behandling. Pasientene var deprimerte. I begge terapiformene ble det brukt CBT som tilnæringsmetode og behandlingen gikk over 8 uker. Allianse ble målt med Working Alliance Inventory (WAI) både av terapeuten og pasienten. Studien konkluderer med at allianse som ble målt i internett gruppen kan sammenlignes med allianse målt i gruppen som mottok ansikt til ansikt

behandling. I internett gruppen fant de at allianse målt etter behandlingsslutt har sammenheng med depressive symptomer etter behandling. Studien viste en noe høyere drop out blant pasientene som mottok internettbasert behandling, noe som kan forklares med at i en slik behandlings allianse er man mere anonym og det er dermed letter å slutte i behandlingen i motsetning til når man sitter ansikt til ansikt med terapeuten sin. En svakhet med denne studien er at pasientene selv skulle rapportere på både allianse og symptomer på depresjon.

En studie har utarbeidet og testet et system for «Common Factors Feedback» (McClintock, Perlman, McCarrick, Anderson & Himawan, 2017). Målet med systemet er å legge til rette for løpende tilbakemelding, til pasient og terapeut, om hvordan pasientene vurderer tre fellesfaktorer; a) forventninger til utfallet av terapien b) empati og c) terapeutisk allianse. Pasientene i denne studien rapporterte om milde, moderate og alvorlige depressive symptomer før behandlingsstart. Pasientene ble delt inn i to grupper der den ene mottok behandling som vanlig, mens den andre gruppen fikk i tillegg feedback orientert behandling. I denne gruppen fikk pasientene og terapeutene tilbakemelding på de tre faktorene etter hver time fra andre behandlingstime. Målet med dette er å legge til rette for diskusjon rundt terapiprosessen og å hjelpe terapeuten til å justere behandlingen i forhold til tilbakemeldingene fra pasienten. Resultatene i studien viser at pasienter som mottok feedbackorienterte tjenester rapporterte høyere opplevelse av empati og allianse sammenlignet med pasienter som mottok behandling som vanlig.

Det finnes flere standardiserte metoder for å måle kvaliteten på allianse sett fra både klientens og terapeutens ståsted. Working Alliance Inventory (WAI) er et eksempl på et standardisert verktøy. Denne er utviklet av Horvath og hans kollegaer (Horvath & Greenberg, 1994). Skalaen er basert på Bordins modell for arbeidsallianse med tanke på enighet om mål og metode og det affektive båndet. Skalaen finnes i to versjoner, en lengre og en forkortet versjon. Skalaen er utviklet i tre evalueringsversjoner, en for klienten, en for terapeuten og en for observatør. Skalaen er ment for alle former for terapeutiske tilnærminger.

Scale To Assess Therapeutic Relationship (STAR) er en metode for å måle allianse i kommunehelsetjenesten. Denne består av 12 spørsmål til både terapeut og klient med en score fra 0-4. Det er laget en norsk versjon, N-STAR. Denne er oversatt til norsk og prøvd ut på klienter og terapeuter i kommunehelsetjenesten i Norge (Geirdal, Nerdrum, Aasgaard, Misund

& Bonsaksen, 2015). Studien konkluderer med at N-STAR er en egnet metode for å måle kvaliteten på terapeutisk allianse mellom klienter og terapeuter i norsk kommunehelsetjeneste. Det poengteres allikevel at det er nødvendig med forskning i større skala.

Klient- og resultatstyrt praksis (KOR) har sitt utspring fra USA (Duncan & Sparks, 2008). Scott Miller, Barry Duncan og Mark Hubble var på leting etter empirisk støtte for teorien om fellesfaktorer. Gjennom å bygge på denne forskningen kom de fram til et klientorientert perspektiv som skulle gjøre tjenesten bedre og mer effektive gjennom å bruke tilbakemeldingene fra klienten. To skalaer ble utviklet; ORS (Outcome Rating Scale) og SRS (Session Rating scale). Målet var at terapeutene skulle motiveres til å ta opp diskusjonen med klientene sine om hvorvidt tjenesten de tilbød passet og hadde effekt. Gjennom disse verktøyene var ønsket at man skulle gjøre terapeut og klient til reelle samarbeidspartene og samtidig ta hensyn til det daglige arbeidspresset som terapeutene stod ovenfor. Fordelen med å drive klient – og resultatstyrt praksis er i følge Duncan og Sparks (2008) at når en måler hvor vellykket terapieresultatene er, henger resultatene i hovedsak sammen med klientens egne bidrag og av kvaliteten på klientens forhold til terapeuten. Dersom terapeuten stadig får tilbakemelding fra klienten om fremgangen i terapien, øker dette sjansen med i gjennomsnitt 65% for at resultatet skal bli vellykket. Dette øker effektiviteten på tjenesten fordi det blir færre som avbestiller, færre som unnlater å møte til avtaler og behandlingstiden går ned. I Norge bruker man begrepet feedback informerte tjenester (FIT) og det er stor satsning på dette i kommunene i Norge.

#### **1.6.5 Evaluering av ”Rask psykisk helsehjelp”**

Den norske modellen ”Rask psykisk helsehjelp” bygger på den engelske modellen ”Improving Access to Psychological Therapies” (IAPT). Denne modellen var en storsatsning i England som startet i 2008. Evaluering av prosjektet i England har vist at korttidsintervensjon har lønt seg. Innsparing i offentlige ytelser, som for eksempel sykepenger, er langt høyere enn kostnadene ved å drifte prosjektet. Resultatene viser også at 45% av de som mottok behandlingen har blitt friske og 65% opplever vesentlig bedring av sin psykisk helse (Clark et al., 2009).



Folkehelseinstituttet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennomført en evaluering av de 12 første pilotkommunene (Smith, Alves & Knapstad, 2016). Evalueringen har vist at det var 3199 klienter som tok kontakt med RPH og 62% av disse startet behandlingen. Per 01.04.16 var 970 klienter ferdigbehandlet. Nesten halvparten av klientene tok kontakt via fastlegen, mens nesten like mange tok kontakt selv. De fleste av klientene var kvinner og over halvparten av klientene var mellom 25-44 år. Hele 45% av klientene hadde høyskole/universitetsutdanning. De hyppigste nevnte grunnene for kontakt var bekymring (82 %), depresjon (68 %), engstelse (65 %), stress (63 %), tretthet (48 %) og søvnproblemer (40 %). 83 % av klientene hadde opplevd disse symptomene i mer enn 6 måneder og ca en av tre oppgav at de var helt eller delvis sykemeldt. Den mest brukte terapiformen var ansikt – til ansikt behandling og betydelig mindre tid ble brukt på veiledet selvhjelp og gruppekurs. Grunnene som oppgis for dette er at terapeutene har for liten kunnskap om metoden, manglende struktur, rutine og kontroll og at de vurderte metoden som ikke god nok behandling. Varigheten på behandlingen var median 10,7 uker med median 5 møter per klient. Ved starten av behandlingen viste 76,3 % av klientene klinisk signifikante nivåer av angst og depresjon. Ved slutten av behandlingen var 61,6 % av disse friske (definert som ikke lenger å ha kliniske verdier av angst og depresjon). Reduksjonen i symptomer på angst og depresjon var stor uavhengig av varigheten av behandlingen. De klientene som var lengst i behandling og hadde flest møter, viste størst nedgang i symptomer. Klientene rapporterte også om bedre livskvalitet etter endt behandling. Klientene trekker fram lav terskelen for å ta kontakt og kort tid til start på behandlingen som særlig viktig. I tillegg blir kjemi med terapeuten trukket fram som viktig for at pasienten skal oppleve at terapien er til hjelp. Kjemi blir beskrevet som fleksibilitet eller ærlighet, kombinert med empati hos terapeuten.

### **1.6.6 Veiledet selvhjelp**

En gjennomgang av en rekke studier viser at veiledet selvhjelp ved depresjon, bygget på kognitiv atferdsterapi, er forbundet med reduksjon i depressive plager (Berge & Repål, 2012). Berge har gjennomgått 13 metaanalyser som har studert veiledet selvhjelp ved angst og depresjon og konkludert med moderate til store effektstørrelser sammenlignet med kontrollgrupper. Det er også enkeltstudier som ikke har vist gode resultater ved slik tilnærming. Det er flere faktorer som påvirker om man oppnår gode resultater eller ikke. Eksempler på dette kan være type selvhjelpsmetode som blir brukt og egenskaper hos pasienten. En gjennomgang av studier viser at selvhjelpslitteratur bygget på kognitiv

atferdsterapi er forbundet med reduksjon av depressive symptomer. De fleste studiene som er gjennomført er en kombinasjon av selvhjelps litteratur og samtale med helsepersonell, det er få studier på selvhjelps litteratur alene. Det er også forsket på hvilke egenskaper hos pasienten som har sammenheng med nytteverdien av selvhjelpsbøker. Aktuelle personlige egenskaper er grad av depressive symptomer, alder, utdanningsnivå, interesse for psykologi, motivasjon, evne til å jobbe på egenhånd, kulturell og religiøs bakgrunn, bruk av rusmidler og endringsvillighet. I en metaanalyse ble det ikke funnet konsistent forbindelse mellom noen av disse faktorene og nytteverdien av veiledet selvhjelp.

Når det gjelder internettbaserte selvhjelpsprogrammer er det gjort en randomisert kontrollert studie som sammenlignet MoodGYM med BluePages (nettside med informasjon om depresjon og tiltak) og en tredje kontrollgruppe. Utvalget var 525 deltagere med depressive plager. Det viste seg at begge programmene hadde virkning på symptomene, noe som tyder på at informasjon i seg selv har en virkning på depresjon. Kontrollgruppen hadde ingen effekt. MoodGYM hadde også effekt på negativ og uhensiktsmessig tankemønster, mens BluePages var forbundet med reduksjon av stigma. En oppfølgingsstudie viste at effekten holdt seg ved 6- og 12 måneders oppfølging. Forskning på temaet tyder på at det mest hensiktsmessige er en kombinasjon av samtaleterapi og selvhjelpsmateriell. En nyere metaanalyse tok for seg 12 studier med 2446 deltagere med depresjon. De konkluderer med at tilbud som inkluderer en viss kontakt med helsepersonell i større grad er knyttet til reduksjon i symptomer (Berge & Repål, 2012).

## 2.0 METODE

### 2.1 Vitenskapsteoretisk forankring

I denne studien er det terapeutene i RPH sin subjektive opplevelse av hvilke forhold som har betydning for alliansen som er undersøkelsesobjektet. Som kvalitativ design betyr en fenomenologisk tilnærming å utforske og beskrive mennesker og deres erfaringer med, og forståelsen av, et fenomen. Målet er å få økt forståelse og innsikt i andres livsverden (Johannessen, Tuft & Christoffersen, 2010). Edmund Husserl var en av grunnleggerne av fenomenologien. Fenomenologien kan defineres som studiet av våre subjektive perspektiver, våre måter og oppfatte virkeligheten på (Kaiser, Jåsund & Ugelvik, 2000). Innenfor fenomenologisk filosofi er objektivitet uttrykk for troskap mot de undersøkte fenomen (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2009). Samtidig påvirker vi materialet vårt, dette sett fra en hermeneutisk erkjennelsestradisjon, som handler om å tolke menneskelig mening (Malterud, 2011). Jeg støtter meg til dette synet i min studie. Jeg skal arbeide for å redusere min påvirkning på materialet, for på den måten å kunne presentere kunnskap som er mest mulig lojal mot informantenes erfaring og uttrykk.

### 2.2 Metodisk tilnærming

En undersøkelses oppbygging vil være avhengig av to ting: problemstillingen og hva som finnes av kunnskap på området fra før (Friis & Vaglum, 1999). I denne studien ønsket jeg å undersøke hvordan terapeuter i prosjektet RPH jobber med allianse og hvilke forhold som har betydning for alliansen slik de opplever det. På bakgrunn av oppgavens problemstillingen er det hensiktsmessig med en kvalitativ undersøkelse. Det er hensiktsmessig å bruke kvalitative forskningsmetoder når vi er ute etter å undersøke menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Kvalitativ tilnærming egner seg godt til å undersøke dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet. Målet med kvalitativ forskning er forståelse snarere enn en forklaring (Malterud, 2011).

Metoden som ble brukt i studien var kvalitativt forskningsintervju, da dette egner seg godt for å forstå verden sett fra informantens ståsted (Kvale et al., 2009).

## 2.3 Utvalg og rekruttering

I kvalitative studier i motsetning til kvantitative studier er hensikten å gå i dybden rundt et fenomen og å få mest mulig kunnskap om fenomenet. Det er da hensiktsmessig å gjøre et strategisk utvalg (Johannessen et al., 2010). Et strategisk utvalg har til hensikt å finne informanter som kan belyse problemstillingen på best mulig måte (Malterud, 2011).

I denne studien ønsket jeg å intervjuere terapeuter som jobber i pilotprosjektet RPH og målgruppen ble dermed terapeuter som jobber i kommuner/bydeler som tilbyr denne behandlingsformen. Dette er et pilotprosjekt, og det var i min studies oppstart 18 kommuner som deltok i prosjektet. Jeg kontaktet en kommune og to bydeler med spørsmål om deltagelse og fikk positivt svar fra en bydel. Grunnen til at jeg valgte disse var at de var geografisk tilgjengelige for meg. I en av bydelene hadde jeg fått kontaktinformasjon til lederen i pilotprosjektet gjennom en i mitt nettverk, slik at jeg kunne ta direkte kontakt med henne. Jeg hadde mailkontakt med leder i prosjektet som var positiv til deltagelse, og hun informerte videre til sine ansatte. Jeg sendte et informasjonsskriv der jeg beskrev hensikten med studien samt et skjema med informert samtykke som hun leverte videre til sine ansatte. Ansattgruppen bestod av 4 terapeuter. De hadde ulike utdanningsbakgrunn: en var psykolog (leder i prosjektet), en var ergoterapeut, to var sykepleiere med ulike videreutdanninger. Alle hadde gjennomført en videreutdanning på 60 studiepoeng i kognitiv adferdsterapi i forbindelse med prosjektet. De var alle kvinner og alle hadde jobbet over 10 år i psykisk helsefeltet og alle hadde vært med i pilotprosjektet siden det startet opp i bydelen. En av informantene hadde også jobbet med IAPT i England. På intervjutidspunktet, som var februar 2016, hadde bydelen vært med i prosjektet i ca 1,5 år.

På forhånd er det vanskelig å avgjøre hvor mange informanter man trenger for å belyse en problemstilling. Mange forskere hevder at man skal gjennomføre intervjuer helt til informantene ikke kommer med ny informasjon. Dette kalles grenseverdi eller metningspunkt. Når dette punktet er nådd er det ikke hensiktsmessig å intervjuere flere (Johannessen et al., 2010). Etter at intervjuene var gjennomført opplevde jeg at problemstillingen ble belyst fra flere sider og at det var enighet blant informantene på flere av temaene. På dette tidspunktet hadde jeg ikke tilgang på flere informanter da de andre kommunene/bydelene jeg hadde forespurt og delta ikke hadde svart til tross for gjentatte henvendelser.

## 2.4 Intervjustruktur

Et kvalitativt forskningsintervju kan være mer eller mindre strukturert. På den ene siden kan man ha et strukturert intervju der alle spørsmål er planlagt på forhånd og det er lite rom for oppfølgingsspørsmål og nye spørsmål underveis. Denne metoden ble vurdert som ikke aktuell da det var ønskelig at informantene skulle snakke fritt om temaet. På den annen siden kan man ha et ustrukturert intervju der det foregår en åpen samtale. Kun tema er bestemt på forhånd og forskeren tilpasser spørsmålene underveis i intervjuet. Jeg vurderte dette som for risikofylt fordi man kan risikere og ikke få med viktig informasjon (Johannessen et al., 2010). Jeg valgte dermed et semistrukturert intervju. Denne metoden har en planlagt intervjuguide, med temaer og spørsmål som forventes å belyse problemstillingen, men forskeren står fritt til underveis i intervjuet å stille andre spørsmål eller endre rekkefølge. Dette er den mest utbredte formen for kvalitative forskningsintervjuer.

En intervjuguide er ikke et nøyaktig fastsatt oppsett av spørsmål, men skal inneholde spørsmål som er utarbeidet på bakgrunn av problemstillingen. I utarbeidelsen av intervjuguiden identifiserer ofte forskeren temaer som springer ut fra problemstillingen. Det formuleres noen spørsmål under hvert tema som er ment som oppmuntring for informanten til å komme med utdypende informasjon. En intervjuguide har vanligvis en bestemt rekkefølge, men forskeren står fritt til å endre på denne underveis i intervjuet (Johannessen et al., 2010). Disse anbefalingen ble fulgt under min utarbeidelse av intervjuguide. Jeg hadde 4 temaer i intervjuguiden med flere spørsmål under hvert tema.

## 2.5 Gjennomføring av intervju

Når en forsker skal gjennomføre et intervju med formål å innhente ny kunnskap er konteksten avgjørende (Malterud, 2011). I denne studien var jeg fleksibel i forhold til tidspunkt og hvor intervjuene skulle finne sted. Det passet best for informantene at jeg kom til deres arbeidsplass og intervjuene ble gjennomført på den enkeltes kontor etter deres ønske. Dette kan være en fordel da dette er en arena informantene føler seg trygge på.

For å dokumentere intervjuene ble det brukt lydopptager noe som ble avklart på forhånd med informantene. På denne måten er det enklere og konsentrere seg om intervjuets emne og dynamikk. Jeg hadde også en notatbok foran meg for å notere underveis.

Iscenesettelsen av et intervju bør oppfordre informanten til å dele av sine erfaringer og kunnskap. Dermed er de første minuttene av et intervju veldig viktige. Informantene ønsker ofte en klar oppfatning om hvem forskeren er og om han/hun er til å stole på. Det er derfor av avgjørende betydning at forskeren viser interesse, lytter oppmerksomt og viser forståelse og respekt for det informantene sier (Kvale et al., 2009).

Før lydopptaket ble satt i gang gjennomførte jeg etter anbefaling fra Kvale og Brinkmann (2009) en brifing. Jeg presenterte meg selv og studiens formål og problemstilling. Vi oppsummerte kort informasjonsskrivet informantene hadde mottatt i forkant og åpnet opp for eventuelle spørsmål fra informanten.

Jeg prøvde underveis å være oppmerksom på mitt eget kroppsspråk, mimikk, øyekontakt og tilstedeværelse. Jeg prøvde å legge min forforståelse og hypoteser til side og være åpen for ny kunnskap. Malterud (2011) beskriver forforståelse som både positivt og negativt. I verste fall kan en sterk forforståelse bidra til at forskeren går inn i intervjuet med skyggelapper og kan dermed risikere å ikke lære noe av sitt materiale.

De første spørsmålene i intervjuet dreide seg om utdanningsbakgrunn, hvor lenge de hadde jobbet i prosjektet og hvor de hadde jobbet tidligere. Dette var med tanke på å skape en enda tryggere ramme rundt intervjuet. Videre brukte jeg ulike spørsmålsformuleringer for å belyse problemstillingen og kom med oppfølgingsspørsmål der jeg ikke forstod. Jeg prøvde også underveis å oppsummere og sjekke ut om jeg hadde forstått informanten riktig med å stille spørsmål som: ”hvis jeg forstår deg riktig?”. Jeg lot informantene fortsette selv om jeg forstod at dette sannsynligvis ikke ville kaste nytt lys over problemstillingen. Både fordi det kan virke negativt å avbryte informanten, og at noen ganger kommer det ny kunnskap ut av sidespor (Malterud, 2011).

For å runde av intervjuet avsluttet jeg alle intervjuene med å si: ”jeg har ikke forberedt flere spørsmål er det noe du ønsker å tilføye på slutten?” Dette kan gi informanten anledning til å tilføye noe som ikke har kommet opp tidligere som han/hun anser som viktig eller som informanten har vært bekymret for underveis. I mange tilfeller fortsetter avrundingen/debrifing etter at båndopptageren er skrudd av. Viktige detaljer eller kunnskap kan komme fram da informanten kanskje føler seg tryggere etter at båndopptageren er skrudd av. Hvis dette skjer må forskeren vurdere hva hun skal gjøre med denne informasjon (Kvale et

al., 2009). I denne studien kom det ingen slike detaljer etter endt intervju og det var dermed ikke nødvendig å gjøre denne vurderingen. Jeg brukte litt tid for meg selv etter hvert intervju for å oppsummere hvordan jeg syntes det hadde gått.

## 2.6 Transkribering

Etter at intervjuene er ferdig skal lydopptakene- rådata gjøres tilgjengelig for analyse. Den kvalitative analysen forutsetter at materialet er omgjort til tekst på en tilgjengelig og håndterbar måte. Det er viktig å merke seg at formålet med en skriftliggjøring er å fange opp samtalen i en form som på best mulig måte representerer det informanten prøvde å formidle (Malterud, 2011). Jeg utførte transkriberingen selv. I følge Malterud (2011) er det flere fordeler med dette. Det er jeg som har vært tilstede i samtalen og kan på den måten huske momenter som kan oppklare uklarheter, eller situasjoner som har betydning for meningen i teksten. At forskeren selv transkriberer intervjuene kan påvirke validiteten av analysearbeidet. Forskere som transkriberer selv vil også ha en fordel av at de lærer mye om egen intervjustil og kan underveis i transkriberingen allerede påbegynne meningsanalysen av det som blir sagt (Kvale et al., 2009).

Videre må man gjøre et valg om uttalelsene i intervjuet bør transkriberes ordrett, ord for ord med alle gjentakelser og med registrering av alle "eh" – er og lignende, eller om intervjuet bør omformes til en mer skriftlig stil. I denne studien valgte jeg å skrive ned intervjuet ordrett, ord for ord. Dette på grunn av redsel for å gå glipp av noe som kunne ha betydning. I transkripsjonen ble informantene anonymisert ved at ingen navn ble nevnt og arbeidssted ble beskrevet som "bydel".

## 2.7 Datareduksjon, analyse og fortolkning

I fenomenologiske studier er det vanlig å analysere meningsinnhold og forskeren er opptatt av innholdet i materialet. Forskeren leser materialet fortolkende og ønsker å forstå den dypere meningen i informantens tanker (Johannessen et al., 2010).

I en tverrgående analyse sammenfattes informasjon fra mange forskjellige informanter og systematisk tekstkondensering er et eksempel på en tverrgående analyse (Malterud, 2011). Analysemetoden er inspirert av den fenomenologiske forankrede psykologen Amadeo Giorgi,

men er modifisert av Kirsti Malterud (2011). Denne metoden egner seg for utvikling av beskrivelser og delvis til utvikling av begreper. Giorgi mener at formålet med fenomenologisk analyse er å utvikle kunnskap om informantenes erfaring og livsverden innenfor et bestemt felt. Som forsker leter vi etter essenser eller kjennetegn ved fenomenene vi studerer samtidig som vi forsøker å sette egen forforståelse i parentes i møte med dataene. Samtidig vet vi at dette er nesten et umulig mål. Vi påtar oss å ha et reflektert forhold til vår forforståelse, slik at vi på en mest mulig lojal måte kan gjenfortelle informantenes erfaringer uten å legge våre egne tolkninger som fasit.

Analysemetoden systematisk tekstkondensering er også egnet for uerfarne forskere da det ikke kreves omfattende teoretisk skolering for å kunne gjennomføre analyse på en forsvarlig måte. På bakgrunn av dette ble systematisk tekstkondensering valgt i denne studien. Dette er en strukturert analyseform i 4 trinn

- 1) Helhetsinntrykk – fra villnis til temaer
- 2) Meningsbærende enheter – fra temaer til koder
- 3) Kondensering – fra kode til mening
- 4) Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper

Målet i første trinn av analysen var å få et helhetsinntrykk og å bli kjent med datamaterialet. Jeg arbeidet ut fra et fugleperspektiv og det var viktig å sette min forforståelse og teoretisk forankring i foreløpig parentes. Først når hele datamaterialet er lest skal vi oppsummere inntrykket av dataene og utarbeide foreløpige temaer vi kan skimte i teksten som kan belyse problemstillingen. Det er viktig å begrense antall temaer i dette trinnet til 4-8. Det er hensiktsmessig å bruke god tid på dette arbeidet og motstå fristelsen for å starte systematiseringen mens vi leser gjennom dataene. I min studie utarbeidet jeg 5 temaer som jeg mente kunne belyse min problemstilling; ”Prosjektets rammer”, ”Pasientens utgangspunkt”, ”terapeutens empati”, ”teamarbeid” og ”pasientens endringsvillighet”.

I andre trinn i analysen skal relevant tekst skilles fra irrelevant. Tekst som er relevant for problemstillingen skal sorteres (Malterud, 2011). Jeg leste gjennom hele materialet linje for linje for å identifisere meningsbærende enheter. Tekst jeg anså som irrelevant ble ikke tatt med videre i analysen. I dette trinnet identifiseres tekst som på en eller annen måte bærer med seg kunnskap fra en eller flere av de foreløpige temaene fra fase 1 i analysen. Samtidig som



meningsbærende enheter i teksten ble merket skulle de systemiseres, dette er det Malterud (2011) kaller koding. Temaene fra fase 1 skal være veiviser da vi finner tekstbiter som etter innhold merkes med en kode eller en merkelapp som igjen skal samle tekstbiter som har noe til felles. Malterud beskriver viktigheten av fleksibilitet i denne fasen av analysearbeidet. Det må være rom for justere både temaer og koder. Jeg justerte de første temaene og satt nå igjen med 3 temaer; ”prosjektets rammer”, ”pasientens utgangspunkt”, og ”terapeutens ferdigheter”. Rent praktisk kan denne kodingen foregå på forskjellige måter. I denne studien valgte jeg å organisere materialet i en matrise for bedre oversikt.

I tredje fase i analysen skal kunnskapen som hver kode representerer abstraheres. Innholdet i de meningsbærende enhetene ble trukket ut og organisert i subgrupper. Subgruppene ble deretter analyseenheter. Ut fra subgruppene ble det dannet kunstige sitat, såkalte kondensater, som bar med seg innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene. Kondensatene skal brukes som utgangspunkt for presentasjon av resultatet i det fjerde analysetrinn. Under temaet prosjektets rammer er subgruppene; organisatoriske rammer, metodiske rammer og målgruppe. Under temaet pasientens utgangspunkt ble det ikke identifisert noen subgrupper. Under temaet terapeutens ferdigheter er subgruppene; bånd, enighet om oppgave og enighet om mål.

Den fjerde fasen i analysearbeidet har som mål å sammenfatte eller rekontekstualisere materialet for å utforme nye begreper eller beskrivelser (Johannessen et al., 2010). Kunnskapen fra hver enkelt kode- og subgruppe ble sammenfattet ved å lage innholdsbeskrivelser for hver kodegruppe. Denne beskrivelsen skal fortelle hva materialet sier om en bestemt side av problemstillingen. Enkelte sitater ble hentet ut fra de meningsbærende enhetene for å illustrere beskrivelsene. Beskrivelsene eller kategoriene ble tilslutt gitt et navn som representerte innholdsbeskrivelsen og sitatet.

## **2.8 Min forforståelse**

Forskerens forforståelse kan beskrives som den ryggsekken, de brillene eller den bagasjen vi har med oss. Den kan påvirke forskningen både positivt og negativt. Malterud (2011) poengterer viktigheten av å være den bevisst og det kan være hensiktsmessig å skrive den ned på forhånd.

Jeg er utdannet ergoterapeut og jobber i kommunalt psykisk helsearbeid med mennesker med alvorlige psykiske lidelser, som er i behov av døgnbemannet bolig. Ut fra denne bakgrunnen har jeg sett at for å oppnå bedring er det viktig å bygge relasjoner over tid og bli godt kjent med beboerne. Man må opparbeide seg en tillit og få med seg brukeren på et felles prosjekt – å bli bedre og kunne flytte ut i egen bolig. Jeg opplever at vi som miljøterapeuter i boligen må utfordre og motivere brukerne til de fleste daglige gjøremål og hvilke relasjon vi har til den enkelte bruker har avgjørende betydning for utfallet. Med de brukerne/beboerne jeg jobber med til daglig opplever jeg at dette kan ta lang tid, for noen flere år. Dette har blitt bekreftet gjennom masterstudiet. Ved at vi har lært om empati, allianse, relasjon og teori om fellesfaktorer. Alt jeg har erfart og lest handler om at allianse tar tid å bygge opp, og at allianse er en viktig del som må være på plass for å oppnå bedring. Jeg hadde en hypotese før jeg gikk inn i arbeidet med masteroppgaven som handlet om at jeg så på det som utfordrende å opparbeide en allianse/relasjon på så kort tid og at dette påvirker utfallet av behandlingen.

## **2.9 Juridiske og forskningsetiske overveielser**

I følge Johannessen et. al., (2010) skal all forskning underordne seg etiske prinsipper og juridiske retningslinjer. I dette prosjektet er både juridiske og forskningsetiske retningslinjer og etiske problemstillinger vurdert og overveid.

### **2.9.1 Lover og juridiske retningslinjer**

Før intervjuene startet ble det søkt til Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) om godkjenning. Tilbakemelding derfra var at prosjektet var meldepliktig i henhold til personopplysningsloven §31 (Personopplysningsloven, 2015). Dette gjaldt navn og tilhørighet. Behandlingen av personopplysninger vi beskrev i søknaden tilfredstilte kravene i personopplysningsloven. Det ble sendt en endringsmelding til NSD da prosjektet ikke ble ferdig til avtalt tid på grunn av personlige forhold. Det ble da sendt mail til informantene med informasjon om at prosjektet er forsinket.

### **2.9.2 Forskningsetiske retningslinjer**

Johannessen (2011) s.89 definerer etikk til å ”dreie seg om prinsipper, regler og retningslinjer for vurdering av om handlinger er riktige eller gale”. I denne studien har jeg lagt til grunn de generelle forskningsetiske retningslinjene fra de nasjonale forskningsetiske komiteer (De

nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014), og Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2013)

Informantene ble før intervjuene tilsendt et informasjonsskriv som ble forfattet av meg. I dette dokumentet ble det informert om bakgrunn og formål med studien, hva deltagelse innebar og hva som skjer med informasjonen om den enkelte informant. Det ble understreket at det er frivillig deltagelse og at informanten kan trekke sitt samtykke når som helst uten konsekvenser. Det ble i tillegg oppgitt kontaktinformasjon til meg og min veileder for å besvare eventuelle spørsmål. Informantene skrev under på dette og beholdt et eksemplar selv. Navnelister og koblingsnøkkel ble oppbevart i låst skap på mitt kontor. Lydopptak ble slettet når dataene var transkribert og de transkriberte dataene ble merket med 1-4 og lagret på minnepenn uten tilknytning til navnelisten. For å ivareta informantens personvern i det videre arbeidet med dataene ble direkte eller indirekte personopplysninger anonymisert. Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) har vedtatt forskningsetiske retningslinjer (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014). Retningslinjene er basert på 4 prinsipper: respekt, gode konsekvenser, rettferdighet og integritet. I dette ligger det at de som deltar i studien som informanter skal behandles med respekt. Forskeren skal etterstrebe gode konsekvenser for informanten og at de eventuelle negative konsekvensene skal gjøres akseptable. Alle forskningsprosjekt skal være rettferdig utformet og utført. Forskeren plikter å følge lover og normer og å opptre ansvarlig, åpent og ærlig ovenfor kollegaer og offentlighet.

### **2.9.3 Etiske problemstillinger og overveielser**

I forskning på mennesker bør man alltid overveie om nytten er viktigere enn det koster for informanten å delta. Samfunnsforskning bør tjene vitenskapelige og menneskelige interesser (Kvale et al., 2009). Forskeren bør reflektere rundt etiske dilemmaer gjennom hele studien. Det å ta del i kvalitativ forskning har flere risikofaktorer for informanten (Richards & Schwartz, 2002). Prosessen med innhenting av data gjennom intervju, kan vekke engstelse og uro hos informanten. Dette er avhengig av personens subjektive erfaringer med undersøkelsesfenomenet, men det er likevel et moment som er viktig å være bevisst som forsker. I min studie var det viktig å følge Malterud (2011) sitt råd om å investere tid og krefter på å etablere optimal nærhet. Informantene skal føle seg trygge uten å føle seg presset eller invadert.

Informanter løper også en risiko med å bli feiltolket eller feil referert (Richards & Schwartz, 2002). Fortolkning og gjengivelse av informantenes svar under intervjuet kan gi informanten følelse av feil representasjon og en følelse av å miste kontroll over egen identitet. For å unngå dette kan man be om at informanten verifiserer forskerens tolkninger. Noe jeg gjorde underveis i intervjuene. Videre nevner Richards & Schwartz (2002) belastninger som reising, transportkostnader eller å slippe intervjueren inn i eget hjem. I denne studien lot jeg informantene velge hvor de ville gjennomføre intervjuene og alle ble gjennomført på den respektive informantens kontor.

Forskningsdeltagelse kan også oppleves positivt gjennom at informanten får følelsen av å kunne snakke fritt med en interessert lytter (Kvale et al., 2009). I dette prosjektet fikk jeg tilbakemelding på at informantene opplevde intervjuene som lærerike og interessante og at de ble mer bevisste rundt temaet allianse. Jeg fikk senere mail om at de hadde endret praksis på grunn av dette prosjektet. Det er allikevel viktig å reflektere rundt frivilligheten av deltagelse. I denne studien hadde jeg kontakt med informantenes leder i forkant som videre rekrutterte informantene til studien. Jeg hadde ikke kontroll på hvordan denne rekrutteringen fant sted.

## **2.10 Metodediskusjon**

### **2.10.1 Pålitelighet og gyldighet**

Innenfor kvantitativ forskning brukes begrepene reliabilitet (pålitelighet) for å måle nøyaktigheten i målingene, og validitet (gyldighet) for å vurdere i hvilken grad man har målt det man hadde tenkt å måle (Johannessen et al., 2010). I kvalitativ forskning må man se noe annerledes på disse begrepene. I følge Kvale og Brinkmann (2009) handler validitet i kvalitativ forskning om hvorvidt en metode egner seg til å undersøke det den skal undersøke. Det vektlegges at refleksjon rundt validitet bør foregå under hele forskningsprosessen. Forskeren bør sjekke feilkilder underveis og sørge for å hindre ensidighet og vridde tolkninger. Reliabilitet handler i følge Kvale og Brinkmann (2009) om forskningsresultatenes konsistens og troverdighet. Man kan stille seg spørsmålet om man hadde fått samme resultat hvis undersøkelsen hadde funnet sted på et annet tidspunkt eller av en annen forsker.

I dette prosjektet var formålet å undersøke hvilken forhold som har betydning for terapeutisk allianse i et korttidstilbud som RPH Bakgrunnen for dette var en interesse rundt teori om fellesfaktorer og et ønske om å problematisere denne teorien. Prosjektet RPH er relativt nytt i

Norge og det er kun få kommuner som gir tilbudet. Det var på intervjutidspunktet ingen publisert forskning på prosjektet. I etterkant har det kommet en kvantitativ studie som er referert til i Punkt 1.6.5. i denne oppgaven. Prosjektet er allikevel sammensatt av flere anerkjente metoder det finnes forskning på. Jeg vurderte temaet som relevant og egnet for et masterprosjekt i psykisk helsearbeid, og funnene fra denne studien kan sammenlignes med funn fra forskning på elementer i prosjektet. Mine funn vil ses i sammenheng med dette.

Jeg valgte semistrukturert intervju som tilnæringsmetode i denne studien. Dette er en egnet metode for å undersøke personlige opplevelser og erfaringer. Styrker ved denne metoden er at man underveis i intervjuer kan holde fokus på problemstillingen gjennom de forberedte spørsmålene. Samtidig er det mulig for informanten å uttrykke egne opplevelser og erfaringer. I denne studien ble alle intervjuene gjennomført på samme dag, med kun korte pauser i mellom. Dette gjorde det vanskelig å tilpasse intervjuguiden underveis. Dette kan være en svakhet i studien.

Jeg benyttet strategisk utvalg av informanter. Målet med dette er å få et materiale som gir best potensiale til å belyse problemstillingen (Malterud, 2011). Målgruppen var terapeuter som jobbet i prosjektet RPH Resultatene gir kun svar på den undersøkte gruppens erfaringer rundt alliansebygging, ikke hva deres pasienter har erfart rundt dette temaet. På grunn av at tilbudet RPH kun gis i få norske kommuner, hadde jeg begrenset tilgang på informanter. Det var kun en bydel som sa seg villig til å delta i studien. Dette kan forklares med at det i utgangspunktet er mye forskning på et pilotprosjekt. Utvalget ble dermed begrenset til 4 informanter fra samme bydel. I denne bydelen hadde de vært med i pilotprosjektet i 6 måneder på intervjutidspunktet. Det kunne vært interessant å undersøke om terapeuter som har vært i prosjektet fra starten i 2012, hadde de samme opplevelsene og erfaringene rundt temaet. Når det gjelder utvalgets størrelse er ikke dette et avgjørende prinsipp i kvalitative studier. Selv få informanter kan være nok i intervjuforskning, så lenge hensikten er å forstå deltagerens livsverden (Kvale et al., 2009). I denne studien har tid, ressurser og metningspunkt sett opp mot et avgrenset antall forskningsspørsmål vært styrende slik Malterud (2011) anbefaler. På den annen side kan 4 informanter fra samme arbeidsplass være en svakhet med denne studien.

Gjennomføringen av intervjuene ble gjort på informantenes arbeidssted etter deres ønske. Fordelen med dette er at der kan informantene føle seg trygge, samtidig som det ikke medførte resing og ytterligere ressursbruk for informantene. Enhver samtale mellom to

mennesker innebærer rom for misforståelser (Kvale et al., 2009). For å unngå dette brukte jeg oppfølgingsspørsmål av typen: ” har jeg tolket deg riktig hvis jeg sier...?” ”Er det dette du mener med...?”. Dette for å sjekke ut at jeg har forstått informanten riktig. For å forbedre tolkningens gyldighet kunne det transkriberte materialet vært sendt til informantene for gjennomlesning og kontroll. Dette ble ikke gjort og kan anses som en svakhet ved studien.

Jeg valgte og transkribere intervjuene selv. Jeg brukte lydopptaker under alle intervjuene. Opptakene hadde god og klar lyd noe som sikret komplett transkribering. Til tross for dette vil alltid tegnsetting og hvem som leser utskriften spille inn på tolkningen (Kvale et al., 2009). At forskeren transkriberer selv gir muligheten til å huske momenter i intervjuet som kan ha betydning for meningen i teksten. I følge Malterud (2011) påvirker dette validiteten i studien.

Under hele studien har jeg forsøkt å være min forforståelse bevisst og målet med studien har ikke vært å få denne bekreftet, men å beskrive terapeuters erfaringer med forhold som har betydningen for allianse i korttidsterapi. Samtidig mener Malterud (2011) at objektivitet er et uoppnåelig mål. Funn fra studien viser at det er stor grad av konsensus blant informantene og resultatene er relativt entydige. Dette styrker validiteten. På den annen side kunne validiteten blitt ytterligere styrket dersom en annen, for eksempel min veileder, hadde lest det transkriberte materialet og drøftet kategorier og funn. Dette er ikke gjort i denne studien, og kan regnes som en svakhet.

En innvending på studiens validitet og reliabilitet er min manglende erfaring som forsker. Dette kan ha bidratt til at jeg har gått glipp av informasjon under intervjuene og i analysen. Overførbarhet handler om hvorvidt resultatene kun har lokal interesse, eller om det kan overføres til andre intervjupersoner eller situasjoner. En vanlig innvending mot intervjuforskning er at det er for få informanter til at resultatene kan generaliseres (Kvale et al., 2009). Hensikten med studien har ikke vært å fremskaffe kunnskap som overføres til andre personer eller situasjoner. Samtidig kan studien gi nyttig kunnskap om forhold som har betydning for alliansen i terapeutisk arbeid med andre metoder og målgrupper enn de brukt i denne studien.

## 3.0 RESULTATER

Gjennom analysen ble tre hovedkategorier identifisert. Disse vil bli presentert under hvert kapitel. De ulike subkategoriene vil bli presentert hver for seg.

Første hovedkategori er **prosjektets rammer** med subkategoriene: organisatoriske rammer, metodiske rammer og målgruppe. Den andre hovedkategorien er **pasientens utgangspunkt**. Den tredje hovedkategoriene er **terapeutens ferdigheter** med subkategoriene bånd, enighet om oppgave og enighet om mål.

### 3.1 Prosjektets rammer

I et pilotprosjekt som RPH har helsedirektoratet lagt til grunn noen rammer som bestemmer hvordan prosjektet skal drives med tanke på målgruppe, metoder, terapeutenes utdanningsbakgrunn og tidsaspektet. Alle informantene sier at rammene påvirker resultatet av behandlingen og hvordan terapeutene lykkes i alliansebygging med pasientene.

#### 3.1.1 Organisatoriske rammer

Målsetningen med denne behandlingen er at den skal nå ut til flest mulig. Denne målsetningen krever noen rammer. En av informantene sier at det er bestemt antall pasienter hun skal se per uke. Det er 18 stk, noe som er vesentlig flere enn behandlere i spesialisthelsetjenesten ser per uke. Det er også et tak på antall behandlingskonsultasjoner per pasient, det er 15 timer, men det anbefales ca 10 timer. I utgangspunktet er dette kort tid til å bygge en god allianse og få fremdrift i behandlingen, derfor sier en av informantene at behandlingen starter allerede før første møte:

”Jeg ringer alltid opp pasienten før første time. Da kan jeg gi noen tips til sider på internett han kan gå inn på for eksempel... det er viktig å komme tidlig i gang fordi vi har så liten tid”

Alle informantene er enige i at det er liten tid men ingen av de har fokus på dette i møtet med pasientene. Dette vil påvirke alliansen mellom dem negativt. En av informantene sier det slik:

”Ja vi har litt dårligere tid fordi det er max antall timer. Det sier jeg alltid innledningsvis i timene, men jeg fokuserer aldri på denne tiden underveis fordi det tenker jeg er litt ugreit. Jeg tenker at det vil føre til at pasientene blir stresset og ikke føler seg komfortable med å gå i terapi. ... Føler ikke det er noe dårligere tid her, jeg har det mer travelt med å få fremdrift i behandlingen”

Allikevel ser noen av informantene på dette med tid som en utfordring. De har ikke like god tid til å bli kjent med pasientene sine og det er en balansegang hvor mye de skal høre ut pasientene. De vektlegger samtidig at i alle former for terapi er det viktig med en god allianse fra første stund som man kan bygge et godt samarbeid på mellom terapeut og pasient.

En av informantene har erfaring fra tilsvarende prosjekt i England:

”I IAPT i England har det vært veldig mye fokus på at man skal se nok pasienter, man må se x antall for å få økonomisk støtte fra staten. Det var veldig kjør på dette – da tror jeg man mister fokuset på alliansen... selv om de som forsker på dette har sagt at vi må mer ut av kontoret har det nesten vært litt negativt fordi du kan bare ha en time med hver pasient, fordi man må se nok pasienter ikke sant. Dette kjøret og dette presset prøver vi og ikke ha her.”

For at dette tilbudet skal nå så mange som mulig er det lagt føringer fra myndighetene om måter å organisere tilbudet på. Eksempel på dette kan være bruk av telefonkonsultasjoner og selvhjelpsmateriell. Informantene jeg snakket med bruker ikke mye telefonkonsultasjoner. Det er ofte i forbindelse med avslutning av terapien. Man kan avtale å ta den siste timen per telefon for å trekke ut behandlingen. Dette er også hensiktsmessig som en trygghet for pasienten. Ofte er det skummelt for pasienten å avslutte terapien. Informantene ser både fordeler og ulemper med å ha terapi over telefon. De problematiserer alle alliansebygging



over telefon da man går glipp av viktig nonverbal kommunikasjon når man ikke ser hverandre. Det er vanskeligere for terapeuten og vise empati, interesse og varme over telefon sammenlignet med når man sitter ansikt til ansikt. Fra pasientens ståsted er det også fordeler og ulemper. Noen pasienter liker ikke snakke på telefon, mens noen synes det er tryggere å sitte hjemme å snakke.

Når det gjelder selvhjelpsmateriell er ikke bydelen jeg snakket med kommet i gang med dette, men de arbeider nå fram et standardisert opplegg. Det skal gå over 6-8 ganger. Det er viktig med en god kartlegging slik at man kan gi riktig selvhjelp. En av informantene ser fordeler med dette: ”Målet er jo å nå ut til så mange som mulig. Forskning har vist at riktig selvhjelp kan være like bra som at de sitter her med individuelle timer. Less is more.”

Informantene ble i intervjuet spurt om de aktivt brukte likemenn, dette sett i sammenheng med at alle pasientene gjennomgår et kurs i forkant av behandlingen. I dette prosjektet brukes ikke likemenn bevisst. Men samtidig får de tilbakemelding fra pasientene at de liker å se andre på kurset og at dette normaliserer plagene deres, det er andre som også sliter med det samme. På mange måter er det hensiktsmessig med allianse mellom likemenn, fordi man har erfart det sammen, mens en terapeut ofte ikke har kjent plagene på kroppen selv.

Informantene poengterer også at pasientene som mottar denne behandlingen ofte har gode nettverk med familie, venner og i noen tilfeller kollegaer.

På spørsmål om terapeutene måler allianse mellom de og pasientene er det ingen av dem som gjøre dette gjennom standardiserte måleverktøy. Alle informantene ser nytten av slike målinger og de spør alltid etter hver time hvordan pasientene har opplevd denne spesifikke samtalen, og om det er ting de ønsker annerledes. En av informantene mener at det er spesielt viktig med tilbakemelding på alliansen når det er snakk om korttidsterapi fordi det er så liten tid. Jeg har fått informasjon i etterkant av intervjuene at bydelen har begynt å måle allianse gjennom standardiserte målverktøy.

### **3.1.2 Metodiske rammer**

Metodisk tilnærming i dette prosjektet er CBT. Informantene ser flere fordeler med denne tilnæringsmetoden. Det er en ”her og nå” metode som ikke går dypt inn i livshistorien til pasientene. Samtidig sier informantene at det er viktig med en kartlegging for å oppdage

hendelser av betydning for alliansen og behandlingsutfallet. For eksempel mobbing i barndommen.

Det brukes ulike metoder og teknikker som informantene mener i ulik grad påvirker resultatet av behandlingen. I forhold til dette med alliansebygging har CBT noe aspekter i seg som påvirker alliansen på en positiv måte. Blant annet sier en informant:

”Den kognitive adferdsterapien er veldig teamorientert og det er veldig viktig for alliansen. Og dette med at det ikke er terapeuten som er eksperten og det er veldig fokus på at du vet alt om deg selv, jeg vet litt om hvordan man kan jobbe med de problemene du har. Sammen kan vi ”put our heads together ” som vi sier på engelsk. Og jobbe sammen så det tenker jeg er viktig”

Informantene sier at CBT har noen aspekter ved seg som hjelper i alliansebyggingen. Det kan være at terapien gir spesifikke verktøy til pasienten som fører til rask bedring, noe som er med å styrke alliansen. Informantene sier at i CBT er det ikke nok og bare lytte. Man må tilføre pasienten nye verktøy og egenskaper slik at de på sikt kan hjelpe seg selv. CBT er teamorientert og en av grunnpilarene er at man skal være enige om målet med terapien og hvordan man skal komme dit, noe som er med på å styrke alliansen

I behandlingsformen CBT er det også en del metoder som terapeutene tar i bruk. For eksempel hjemmearbeid. Det er bred enighet om det er veldig viktig at pasientene gjør dette. Det legges vekt på at det er korttidstilbud nettopp fordi det kreves mye jobbing i mellom timene og dette arbeidet er det pasienten som skal gjøre med terapeutene som støttespillere:

”Hjemmearbeid har kjempestor betydning. Det er et korttidstilbud fordi det kreves masse jobbing, og denne jobbingen må gjøres på egenhånd mellom timene. Det er ikke jeg som skal endre pasientene mine. De som gjør hjemmeoppgavene profitterer og de som ikke gjør de profitterer ikke like bra.... Man må prøve noe nytt for å få noe nytt”

Alle informantene legger stor vekt på hjemmearbeid. De ser en klar sammenheng mellom de som gjør hjemmearbeidet og resultatet av behandlingen. Hjemmearbeidet handler alltid om at man skal prøve ut nye ting. Det kan for eksempel være å utfordre negative tankemønstre. Målet med hjemmearbeidet og terapien generelt er at pasienten skal lære seg metoder som gjør at han/hun kan håndtere symptomer hvis de kommer tilbake. Informantene legger vekt på at CBT passer ikke for alle, men sammen må terapeut og pasient prøve seg fram og være detektiver sammen og finne ut hva som fungerer for den enkelte.

Andre metoder som brukes er adferdseksprimenter. Det kan være snakk om eksponering for eksempel for pasienter med angst av ulik art. En informant sier:

”Jeg tror ikke helt på den påstanden som noen kommer med: at det er akkurat det samme hva man kommer med, om det er psykodynamisk eller kognitiv terapi eller hva det er... I hvertfall i forhold til angst, kanskje ikke med depresjoner er det så viktig, men med angst er det eksponering som er bevist gir resultater og da hjelper det ikke bare sitte på kontoret å snakke om barndommen tror jeg. Så det tror jeg ikke er likegyldig.”

En av informantene sier at CBT er veldig teknikkfokusert og at innimellom er det viktig å stoppe opp å sjekke ut om man gjør de riktige tingene.

Metodene som blir brukt i behandlingen kan være hjemmeoppgaver, adferdseksprimenter, selvhjelpsmateriell og telefonkonsultasjoner. Hvis man gjør dette riktig og i et tempo som føles riktig for pasienten vil dette påvirke alliansen på en positiv måte.

### **3.1.3 Målgruppe**

Målgruppen for denne behandlingen er voksne mennesker med mild til moderat angst, depresjon og søvnproblemer. Pasientene må ikke ha henvisning fra lege, men det er allikevel en del av pasientene som kommer via fastlegen sin. Det er også en del som tar kontakt på eget initiativ. Hvis man skal oppleve denne terapiformen for nyttig er det viktig at pasientene er i

stand til å jobbe kognitivt med tankeinnhold og sammenhenger mellom tanker, følelser og alternative tanker.

Flere av informantene har tidligere jobbet i spesialisthelsetjenesten og ser klare forskjeller på pasientene fra de ulike målgruppene:

”Pasienter med mild til moderat problematikk uten stor bagasje kan være lettere å bygge allianse med. De synes ikke det er vanskelig å stole på folk. Jeg opplever at de har en plattform av tillit – da er det lettere for oss å skape allianse. Det er viktig å få de rette pasientene til et korttidstilbud som dette. Hvis man får feil pasienter er det vanskeligere å lykkes og de vil trenge lengre oppfølging. Målgruppen gjør det i utgangspunktet lettere for oss å danne en god allianse”

I bydelen jeg har snakket med er det en spesiell sammensetning blant befolkningen, med en stor andel mennesker med minoritetsbakgrunn. Dette speiles blant pasientene som kommer i terapi. Informantene legger ikke skjul på at dette påvirker samarbeidet med pasientene. Både når det gjelder språk og kultur. I noen tilfeller må det være tolk til stede på timene, noe som påvirker alliansen. En av informantene problematiserer det slik:

”her er det folk som søker hjelp. De har ikke denne historien – psykiatri, om man kan si det- og da vil jeg påstå at det går fortere med alliansebygging, men så er det ting som påvirker. Kultur for eksempel. Dette kan gjøre at de åpner seg fullstendig fordi du er en fremmed man kan stole på, eller så kan det være helt motsatt, at de er helt lukket.”

I CBT er en metode eksponering. Dette mener informantene er viktig for å oppnå bedring. Denne pasientgruppen er klar for dette, de er motiverte og ønsker å bli utfordret. Samtidig tåler alliansen mellom terapeut og pasient i denne målgruppen mer utfordring enn man ser i terapeutiske allianser med sykere pasienter. De kan pushe pasientene sine mer i forhold til

hjemmeoppgaver og utfordringer, og dette er med på å styrke alliansen hvis pasienten opplever det som riktig tempo.

Det er noen pasienter som krever mer enn andre. En av informantene sier at hun synes det er utfordrende å jobbe med de unge pasientene. Spesielt de som er sendt av legen sin. De mangler den grunnleggende motivasjonen og det oppleves som mer utfordrende å jobbe med alliansen. Ellers er det veldig utfordrende å jobbe med pasienter som er for dårlige til å nyttiggjøre seg dette tilbudet.

### **3.2 Pasientens utgangspunkt**

Informantene forklarer noe av bedringen i terapien og styrken på alliansen med hvilket utgangspunkt pasientene har før behandlingen starter. Flere av informantene har jobbet på avdelinger innen spesialisthelsetjenesten der pasientene har relasjonelle problemer i større grad enn de opplever i dette prosjektet. I RPH kommer pasienten fordi de har et ønske om bedring og mange har et godt nettverk av familie og venner.

CBT har et her og nå fokus og historien til pasienten blir ikke tillagt like stor vekt som i for eksempel psykodynamisk tilnærming. Terapeutene i RPH gjør en kartlegging i begynnelsen av terapien, dette er en overskriftsmessig kartlegging for å avdekke eventuelle hendelser av betydning for symptomene. I tillegg er det viktig å kartlegge grunnen til at pasienten kommer og hva han ønsker å jobbe med.

Motivasjon for endring er et annet viktig aspekt som må være på plass hvis man skal oppnå bedring i terapien. Informantene ser på motivasjon som avgjørende. Hvis de ikke er motiverte og ikke er villige til å legge ned det arbeidet som kreves, kan man ikke forvente bedring. En stor utfordring informantene ser i arbeidet med pasientene i denne bydelen er språk og kultur. Det er mange av pasientene som har et annet morsmål og dette kan være problematisk:

”Språk og alliansebygging det kan by på problemer. Hvis man må ha tolk- man klarer ikke få den samme alliansen med den personen som du hadde fått hvis du var sikker på at språket ble oversatt riktig. Fordi tonefallet, måten du spør på, alt er med på å

påvirke hvordan du gjør deg forstått og også hvordan du skaper en allianse. Med tolk får man en tredjeperson inn i forholdet som kompliserer det litt, ofte sitter pasienten og ser på tolken, som om det er den som snakker.”

Kulturforskjeller kan også ses på som en utfordring i forhold til å danne allianse. Andre kulturer har ofte et annet språk når det gjelder psykiske helseplager. De oppdager underveis at det kalles depresjon og ikke at de er gale. Kulturforskjeller kan påvirke alliansebyggingen i form av at pasienten tror at en etnisk norsk terapeut ikke forstår problematikken.

Andre forhold hos pasienten påvirker også. Det kan være boforhold, økonomi og andre praktiske forhold. En av terapeutene sier at hun bruker en del tid på å løse opp i praktiske forhold rundt pasienten. Hun referer til et utsagn av en pasient: ”Hvis ikke de økonomiske rammene er på plass blir det vanskelig å jobbe med det dypeste og vanskeligste i livet”.

### **3.3 Terapeutens ferdigheter**

Informantene beskriver sammenhengen mellom ferdigheter terapeuten innehar og styrken på alliansen. Det innebærer hvordan terapeuten oppfører seg i hvert enkelt møte med pasienten og evne til å finne riktige hjemmeoppgaver og atferdseksperimenter.

#### **3.3.1 Bånd**

Alle informantene legger stor vekt på båndet i alliansen. Betydningen av hvordan de framstår som terapeuter kan ses i sammenheng med styrken på alliansen, men også for behandlingsresultatet. De er opptatt av at pasienten skal oppfatte dem som lyttende, empatiske, ærlige og positive. Dette arbeidet må starte fra det første møte. En av informantene sier det slik:

”Jeg har alltid tenkt at allianse er det viktigste redskapet jeg har å jobbe ut i fra. Jeg har jo modeller fra CBT også, men jeg tror ikke det hjelper hvis vi ikke har alliansen i bunn. Jeg tror jeg kan stå her oppe å si hva jeg vil uten at de tror på meg hvis jeg ikke er troverdig og de ikke tror på meg som person og fagperson. Jeg tenker at blick kontakt, være tilstede i samtalen, det å kunne fange opp sinnsstemninger hos

pasienten, det å følge opp fra time til time. Det er ting jeg tenker er med på å skape båndet og bevare det.”

I arbeidet med å skape et bånd med pasientene har alle informantene erfaring med at det er betydningsfullt for pasientene at terapeutene deler erfaringer fra eget liv. Det kan være små ting som at de også har opplevd å være nedstemte, eller at de også har opplevd samlivsbrudd. Det er viktig og ikke overføre egne problemer til pasientene men dele noe slik at de opplever at terapeutene også er mennesker. En av informantene sier det slik:

” Jeg har positiv erfaring med å bruke meg selv som person. Et eksempel med en pasient der jeg delte noe fra privatlivet, det var ikke så mye, men dette åpnet opp for han. Etter det fikk han tillitt til meg på en helt annet måte. Det er viktig å tillate seg å dele. Man må gi noe for å få noe tilbake.”

Pasienter med angstproblematikk jobber med eksponering. Dette betyr at man skal utfordre pasientene på de de tingene som trigger angsten. Det er enighet blant informantene at det må være en god allianse i forkant for at pasientene skal oppleve trygghet i forbindelse med eksponeringsterapi. I slike settinger er det lett å bli personlig engasjert fordi man blir medfølende ovenfor pasienten, og ønsker å støtte. Det er ikke det de trenger i den settingen, men det trenger en terapeut som er villig til å presse opp angsten. I forhold til alliansebygging er det viktig at terapeuten har evne til å trygge pasienten men samtidig utfordre. Informantene har erfaringer på at hvis pasientene har opplevd at eksponeringen er i riktig tempo vil dette styrke båndet i alliansen.

En av informantene sier at det kan være utfordrende å lage bånd med noen av pasientene. Det kan være holdninger hos pasientene man ikke er enige i. Hun har da lært seg en teknikk med å gi pasientene hvite stokker. Hun ser at hvis ikke aksepterer disse holdningene, men prøver å endre dem kan dette sette alliansen i fare. Som terapeut må man, selv om man er uenig, være til stede og høre på pasienten.

### 3.3.2 Enighet om oppgave

Informantene er alle enig i at det er viktig med et bånd med pasientene. Samtidig legger de vekt på at det er viktig å gjøre de riktige tingene i forhold til lidelsen.

”Jeg håper å vise at jeg hører hva pasientene sier og hvor de kommer fra, samtidig som jeg hører ut målene deres og at vi er på samme riktige vei. Jeg prøver å ha fokus på alliansen fordi jeg tror det er viktig for at pasienten skal gjøre det bra. Men det er også viktig å gjøre de riktige tingene i forhold til diagnosen”

Informantene er opptatt av å være forberedt til timene og finne riktige hjemmeoppgaver. De sier alle at de pasientene som utfører hjemmearbeid profitterer best på denne behandlingen. Det er derfor viktig å gi oppmerksomhet til hjemmeoppgavene i hver behandlingstime. Dette for å ansvarliggjøre pasientene og vise at hjemmeoppgaver er en viktig del av behandlingen.

I tillegg til hjemmeoppgaver må man ut av kontoret å gjøre atferdseksperimenter med pasienter med angstproblematikk. En måte å sjekke ut om man gjør de riktige tingene kan være å få veiledning på seg selv som terapeut, man kan for eksempel bruke filming. Terapeutene har også fått tilbakemeldinger fra pasienter som er blitt utsatt for eksponering at hvis de opplever at de har mestret det er det en lettelse og en seier for dem. Kunsten er at terapeuten ikke strekker det for langt og er tilsted for pasienten til angsten har gått ned. Da sitter pasienten ofte igjen med en god følelse.

Informantene har opplevd tilfeller der de ikke er enig med pasienten om oppgavene. De er da opptatte av å være fleksible og ikke fortsette med egen agenda, og bare tenke teknikker. Selv om man jobber med spesifikke teknikker er det viktig å høre på pasienten og sjekke ut om man har forstått riktig. I CBT som tilnæringsmetode er det fokus på teamarbeid. Det er ikke terapeuten som er ekspert og skal fortelle pasienten hva som skal gjøres. Dette påvirker alliansen da det blir mer likestilte parter i alliansen og pasienten får et eierforhold til egen behandling.



### 3.3.3 Enighet om mål

Enighet om målet blir tillagt stor vekt i prosjektet. Dette påvirker både alliansen og dermed også resultatet av behandlingen. En av informantene sier det slik:

”Viktig at man er målrettet på de områdene man skal jobbe med slik at man ikke har sin egen agenda som terapeut. Det er viktig å være fleksibel i forhold til pasientens mål. Da tror jeg alliansen blir bedre.”

For å komme noen vei i korttidsterapi sier informantene at man må sette et mål i starten av behandlingen. Det må være enighet i denne målsetningen. Selv om terapeuten ikke er enig i de målene må man ha tro på at tiltakene har ringvirkninger. For å styrke og bevare alliansen sier informantene at i tillegg til å ha en målsetning må pasientene oppleve fremdrift i behandlingen. De må få konkrete ting å jobbe med.

Informantene sier at det var stort fokus på de ulike aspektene i alliansebegrepet i videreutdanningen de har gått på. De synes allikevel det er vanskelig å skille de fra hverandre. Utfallet av terapien påvirkes av alliansen og styrken på alliansen påvirkes av fremdrift i behandlingen:

”Spørsmålet er hva som kommer først og sist. Er det alliansen som gjør at de er villige til å tilegne seg ny kunnskap og nye strategier for å bli bedre, eller er det verktøyene som gjør at de får en bedre allianse. Det er sikkert en sirkel.”

En av informantene hadde opplevd det motsatte. Hvis resultatene lar vente på seg mistet pasienten troen på at terapeuten kunne hjelpe henne og alliansen stod i fare. På spørsmål om terapeutene jobber med allianse annerledes i dette prosjektet i forhold til langtidsterapi er de litt uenige i det. Alle sier at målgruppen i seg selv er med på å påvirke hvor sterk en allianse blir. I et spesifikt behandlingsopplegg som dette er det naturlig å ha fokus på målsetting og

fremdrift i behandlingen. Mens på for eksempel et aktivitetstilbud snakker man mer om hverdagslige ting og danner en allianse på dette grunnlaget. Alliansen blir annerledes, men det er like viktig med en allianse her.

## 4.0 DISKUSJON

Formålet med denne studien er å undersøke hvilke forhold som har betydning for terapeutisk allianse i et korttidstilbud slik terapeutene vurderer det. Jeg ønsker å problematisere teorien om fellesfaktorer. 3 hovedkategorier og 5 sub kategorier ble indentifisert. Jeg har valgt å drøfte funnene med utgangspunkt i de 3 hovedkategoriene.

### 4.1 Prosjektets rammer

Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av depresjon (Helsedirektoratet, 2009) anbefaler at personer med lette til moderate plager skal behandles i primærhelsetjenesten. Førstevalg til tiltak for behandling av lett til moderat angst og depresjon bør være rådgiving og psykologisk intervensjon som er basert på kognitiv adferdsterapi. En form for psykologisk intervensjon kan være kortvarig terapi/ rådgivning med 6-8 behandlinger over en periode på 6-8 uker. Prosjektet RPH er et eksempel på dette. Prosjektet RPH er et svar på økt forespørsel etter psykologisk behandling. Angst og depresjon spås å bli av de lidelsene i den vestlige verden som i størst grad forringer livskvalitet (Ûstün & Kessler, 2002). Det er mange som rammes, noe som fører til betydelige samfunnsøkonomiske problemer i form av trygdeytelser og utgifter til behandling. Det er derfor viktig å ha et tilbud som kan nå mange med riktig og effektiv behandling.

Forskning gjort på RPH i Norge viste at de som hadde flest terapitimer, innenfor de rammene som ligger i prosjektet, viste størst nedgang i symptomer (Smith et al., 2016). Dette styrker påstanden om at det tar tid å bygge allianse og at dette påvirker resultatet av behandlingen. På den annen side viser forskning at allianse målt på et tidlig tidspunkt har størst klinisk verdi (Horvath et al., 2001). Det er enighet blant informantene om at det er vanskelig å skille på hva som kommer først. Om det er en god allianse tidlig som gjør pasientene motiverte for å gjøre hjemmearbeid som igjen fører til rask bedring av symptomer. Eller om det er en rask bedring av symptomer som gjør at alliansen styrkes. Informantene sier det er en sirkel og en gjensidig påvirkning.

En av informantene understreker at hun ikke har fokus på tid under terapitimene, og hvis hun skulle hatt dette fokuset ville det påvirket alliansen negativt. Et slikt fokus er ikke forenlig med en empatisk terapeut som viser forståelse. Pasienten vet på forhånd at det er

korttidsterapi og fokus på tiden vil virke forstyrrende på terapien og alliansen. Samtidig er det viktig at terapeuten har tidsaspektet med seg. Slik jeg oppfatter informantene bør man ha fokus på å gi riktig terapi, hjemmeoppgaver og eventuelt atferdseksperimenter i forhold til symptomene, noe som igjen vil påvirke alliansen. Informantene problematiserer at når det er korttidsterapi har man ikke tid til å bli like godt kjent med pasienten sammenlignet med terapi som går over lengre tid. Dette kan både være positivt og negativt. Positivt i form av at man ikke bare skal ha fokus på fortid. CBT bygger på antagelser om at atferd og symptomer er betinget av tanker mer enn følelsesmessige impulser og konflikter (Berge & Repål, 2004). Utfordringen med korttidsterapi og en «her og nå metode» er at man kan gå glipp av viktige livshendelser hos pasienten, som kan forklare symptomer, fordi man ikke åpner opp for fortiden i like stor grad som i langtidsterapi. Dette bekrefter en av informantene. Det er en balansegang for hva man skal åpne opp for av historier pasienten forteller, men samtidig er det viktig å være interessert og åpen for det pasienten har å fortelle. Dette vil styrke alliansen.

For at behandlingen skal nå ut til flest mulig er det lagt føringer fra myndighetene om at det skal gis veiledet selvhjelp. Informantene er ikke kommet i gang med standardiserte opplegg for dette, men ser fordeler med at man ikke gir pasienten mer hjelp enn de trenger. Samtidig er noen av informantene skeptiske til dette da de er opplært til at det er alliansen som er viktig. I veiledet selvhjelp blir det en annen type allianse enn i samtalerapi, men det er fortsatt viktig at terapeuten viser empati og forståelse. Forskning på RPH i Norge viste at det meste av terapien i pilotprosjektet ble gjennomført ansikt til ansikt, mens det var betydelig mindre terapi gjennom veiledet selvhjelp (8,9 %) (Smith et al., 2016). Forskningen sier at grunnene som oppgis for at man ikke bruker veiledet selvhjelp er at terapeutene har for liten kunnskap om dette, de har ikke tro på denne behandlingsformen og det mangler struktur og rutiner for dette. Men de terapeutene som har brukt veiledet selvhjelp ble positivt overrasket over hvilke resultater det ga. En annen studie viser derimot at allianse målt i en internettbasert behandlingsform kan sammenlignes med allianse målt i tradisjonell samtalerapi og at allianse opparbeidet i internettbasert terapi har positiv innvirkning på utfallet av terapien (Preschl et al., 2011).

Informantene er opptatt av at å gi rett veiledet selvhjelp til pasientene. I tillegg må pasientene være tilstrekkelig motiverte for å klare å jobbe på egenhånd. Det er også andre personlige egenskapet som påvirker i hvor stor grad pasientene klarer å nyttiggjøre seg veiledet selvhjelp. Det er grad av depressive symptomer, alder, utdanningsnivå, interesse for

psykologi, kulturell og religiøs bakgrunn (Berge & Repål, 2012). I bydelen jeg snakket med er det en høy andel av pasientene med sammensatt problematikk og det er aktuelt å ta dette med i vurderingene i forhold til veiledet selvhjelp. Funn fra forskning fant en høyere andel blant pasienter som droppet ut av internett basert terapi sammenlignet med ansikt til ansikt terapi, og forklarte dette med at det er enklere og slutte i terapi når man har et anonymt forhold til terapeuten sin og ikke sitter ansikt til ansikt (Preschl et al., 2011)

Teorier om fellesfaktorer sier at kun en liten del (15% i følge Lambert, 2003) av bedring hos pasienten i terapi kan tilskrives hvilken terapiform som brukes. Informantene i denne studien problematiserer denne påstanden og mener at det er flere aspekter ved terapeutisk metode, i dette tilfellet CBT, som påvirker utfallet av terapien. Blant annet sier en av informantene at CBT er teamorientert og at dette har innvirkning på alliansebyggingen. En annen tror ikke på påstanden om at terapiform er likegyldig og mener at CBT har med seg metoder som for eksempel eksponering og hjemmearbeid som er bevist har gitt resultater. Dette bekreftes gjennom en norsk studie (Ryum et al., 2009) som viste at terapeutisk allianse var grunnleggende og viktig, men ikke tilstrekkelig i all psykologisk behandling. Dette kan tyde på at også teknikker spiller en viktig rolle. Informantene tillegger hjemmearbeid stor betydning, og ser en klar sammenheng mellom de pasientene som gjør hjemmearbeid og samtidig opplever bedring i terapien.

En påstand fra flere av informantene er at kognitiv adferdsterapi er en teamorientert metode og at det er viktig at pasienten opplever at han er eksperten i eget liv og at pasient og terapeut begge bidrar med sin ekspertise på lik linje. En måte man kan forsterke dette på er gjennom å gi pasienten mulighet til å vurdere alliansen og terapien. Det er ulike verktøyer man kan bruke for dette, for eksempel WAI, N-STAR, FIT (feedback orienterte tjenester) og KOR (klient- og resultatstyrt praksis). Informanten måler alliansen indirekte gjennom å spørre etter hver time hvordan det har vært. De sier allikevel at det hadde vært ønskelig og ta standardiserte metoder i bruk for å måle allianse, noe de har startet med i ettertid av min studie. Forskning har vist at feedback orienterte tjenester gir muligheter til å diskutere terapiprosessen og justere underveis. Dette gir pasienten mer eierforhold til egen terapiprosess og dette vil styrke alliansen (McClintock et al., 2017)

Informantene legger vekt på at det må være pasienter uten for mye bagasje som kommer til denne formen for terapi. Alle informantene har erfaring fra arbeid med pasienter på

spesialisthelsetjenestenivå og sier at det er enklere å bygge allianse med pasienter i målgruppen til RPH. Dette handler om at disse pasientene har en grunnleggende tillitt til at terapeuten vil de vel, i motsetning til sykere pasienter som tenker mer svart/hvitt. Informanten mener det er av avgjørende betydning både for stryken på alliansen og utfallet av terapien at pasienten er i den rette målgruppen.

## 4.2 Pasientens utgangspunkt

Informantene tillegger egenskaper hos pasientene stor vekt i sammenheng med styrken på alliansen og utfallet av terapien. Dette samsvarer med Kåver og Gröhn (2012) sine punkter om hva som påvirker alliansen. Dette er alder, kjønn, kulturell bakgrunn, motivasjon, relasjonshistorie, pasientens kunnskaper og forventninger. Det er viktig å merke seg at egenskaper hos terapeuten også påvirker alliansen. Noe som en av informantene bemerker spesielt i arbeidet med ikke- etnisk norske pasienter. Hun sier det er viktig å være bevisst egne holdninger. Det er ikke bare holdninger hos terapeuten som påvirker, men også terapeutens relasjonshistorie, terapeutens kunnskap og erfaringer og fremgangen i pågående behandling.

Når det gjelder pasientenes utgangspunkt vil også tidligere tilknytningsmønstre ha betydning for både evne til å bygge allianse med terapeuten og utfallet av terapien. Når en terapeut møter en pasient med grunnleggende forstyrrelser i tilknytningsmønstre er det viktig å ikke utfordre pasienten mer enn han tåler (Benum, 2006). Pasientene i RPH har lett til moderate plager og har ikke den samme bagasjen som man ser hos alvorlig psykisk syke. Dette gjør at de har en grunnleggende plattform av tillitt og forstår at terapeutene vil de vel og er interessert i dem. Dette gjør det enklere å bygge allianse og å gjennomføre behandlingsopplegget med de utfordringene dette medfører for pasientene. Informantene sier at det er viktig å ha en trygg og god allianse før man begynner med eksponeringsterapi. Det er vanskelig å motivere pasientene til dette og at de skal tro på prosjektet hvis ikke alliansen er på plass. Dette er grunnlaget for at de ikke starter med eksponering før etter 3 til 4 timer.

Målgruppen i RPH er mennesker med lett til moderat angst, depresjon og søvnproblemer. En kognitiv forklaringsmodell påpeker at livspåkjenninger og tap vil ha stor betydning for at mennesker blir deprimert, men til forskjell fra friske mennesker sliter deprimerte med indre samtaler som kjennetegnes av en strøm av ubehagelige tanker som bidrar til

handlingslammelse og ubesluttsomhet (Berge & Repål, 2004). Informantene legger vekt på at det må være riktig målgruppe og at pasienter som er for dårlige ikke oppnår samme effekt av behandlingen. Er pasienten for dårlig vil han ha problemer både med å ha tillitt og evne til å bygge allianse med terapeuten, og å gjennomføre teknikker og oppgaver i behandlingen. I valg av hjemmeoppgaver må man ta hensyn til alvorlighetsgraden av lidelsen. Kjentegn med depressive lidelser er blant annet redusert konsentrasjon og oppmerksomhet. Det kan virke mot sin hensikt, og påvirke alliansen negativt hvis hjemmeoppgavene blir for krevende for pasienten.

Bydelene jeg har snakket med er spesiell i form av at det bor mange med minoritetsbakgrunn der. Dette gjelder også de som kommer til terapi. En av informantene sier at dette vil påvirke resultatene for denne bydelen. Det er spesielt utfordrende når det kommer til språk og i noen tilfeller er det nødvendig med tolk. Dette påvirker alliansen i høy grad. Informantene opplever dette som en utfordring da en tolk også blir en del av en slags allianse. Ofte har pasienten øyekontakt med tolken og ikke med terapeuten, noe som gjør at man mister en viktig del av den nonverbale kommunikasjonen. Det er da spesielt viktig å vise forståelse og sjekke at man har forstått ting riktig. En av informantene opplever at det i mange tilfeller virker styrkende på alliansen at hun viser interesse for pasientens kultur og stiller spørsmål.

Hvilke holdning og forventninger pasienten har til behandlingen har betydning for resultatet. Hvilke forventninger pasienten har i forhold til terapeuten er også svært viktig, jmf Wormnes (2013) sine beskrivelser av type I og type II allianser. Er pasienten villig til å bidra eller ligger det forventninger til at terapeuten skal «fikse meg». Informantene sier at en slik holdning ikke forenelig med gode langvarige resultater av terapi. Man må være villig til å lære seg nye metoder, gjøre hjemmearbeid, eksponere seg, selv om dette er svært ubehagelig. Dette krever motiverte, strukturerte, endringsvillige og oppegående pasienter. Det vil si at det må komme pasienter fra riktig målgruppe. Til tross for at informantene opplever at det kommer pasienter som ikke er i målgruppa til RPH, at de er for dårlige, ser de positive aspekter ved dette også. Det er kanskje første gangen pasienten har snakket om sin psykiske helse med noen, man får et språk for psykiske lidelser og det i seg selv kan være positivt for den enkelte pasient.

### 4.3 Terapeutenes ferdigheter

Informantene er opptatt av hvordan de framstår som terapeuter. De nevner alle at det er viktig å tone seg inn og vise en lyttende holdning. De er opptatte av Carl Rogers kjerne egenskaper (Rogers & Shaffer, 1957). Forskning på hva klientene anser som viktige egenskaper hos terapeuten viste at de viktigste for pasientene er tekniske egenskaper (Bedi et al., 2005). Dette handlet om at pasientene anså det som viktig at terapeuten overførte noen egenskaper som gjorde pasienten i stand til å håndtere sykdommen sin. Andre aspekter klientene anså som viktige var nonverbal kommunikasjon, at terapeuten lyttet aktivt og at terapeuten delte noe fra eget liv. Sistnevnte var noe informantene i denne studiene hadde erfart hadde positiv virkning på alliansen. Dette kan være at de selv har opplevd å ha det vanskelig eller de er også separert og så videre. På den annen side er det viktig og ikke overføre sine egne problemer til pasienten. Man må være klar over sin rolle som terapeut.

Et av spørsmålene jeg stilte informantene var hvordan de jobbet med de ulike aspektene i alliansebegrepet som mål, oppgave og bånd. Alle sier at det var fokus på dette på videreutdanningen de alle har tatt. I praksis deles ikke arbeidet opp i å jobbe med bånd, oppgave og mål hver for seg, men de går i hverandre under hele terapien. Felles mål og oppgaver går igjen under alt informantene sier. Det er et teamarbeid og de jobber sammen hele veien. For at terapien skal lykkes må pasienten være svært delaktig i målsetting. Hvis man lykkes og pasienten opplever symptomreduksjon vil dette også styrket båndet mellom terapeut og pasient. Pasienten får da tiltro til at terapeuten kan hjelpe.

Alle informantene problematiserer alliansebygging med mennesker fra en annen kultur. De mener selv at det er kanskje enda viktigere med disse pasientene å vise en interessert holdning og å sjekke ut at man har forstått pasienten. Det er viktig å være oppmerksom på egne holdninger ovenfor mennesker med minoritetsbakgrunn. Noen av disse pasientene sliter i forhold til forventninger fra de nærmeste om å bevare egen kultur, men samtidig er de vokst opp i Norge og de blir en del av den norske kulturen. Dette påvirker også alliansearbeidet i terapi.

Informantene har vanskelig for å skille på om det er alliansen eller positivt utfall av terapien som kommer først. Men det er bred enighet om at disse faktorene påvirker hverandre. Hvis man opplever en rask bedring får man en tiltro til at terapeuten kan hjelpe. En av informantene understreker at allianse må være til stede for at teknikkene skal fungere. En



annen av informantene hadde erfaring på at hvis resultatene lar vente på seg påvirket dette alliansen negativt og den stod i fare for å ryke. Dette kan tyde på at bedring av symptomer blir tillagt stor vekt hos pasientene i forhold til om man har tiltro til terapeuten. Jeg tenker at tidligere erfaring fra terapi også påvirker alliansen i stor grad. Pasienter som har erfaring med terapi som ikke har gitt symptomlette vil nok i større grad være skeptisk til at denne terapien skal virke og dette vil også påvirke alliansen.

Forskning på RPH i Norge fant at pasientene trakk fram at kjemi med terapeutene var viktig for at behandlingen skulle oppleves som nyttig. Kjemi ble beskrevet som fleksibilitet og ærlighet kombinert med empati hos terapeuten. En av informantene kom med eksempler på pasienter der hun opplevde en dårlig kjemi og der hun var grunnleggende uenig i noen holdninger pasienten hadde. Selv i disse situasjonene er det viktig å vise empati og en åpen og interessert holdning selv om dette kan være vanskelig fortjener også disse pasientene respekt og en empatisk terapeut. Hvordan slike uenigheter påvirker alliansen er avhengig av hvordan terapeuten klarer å vise en empatisk, åpen og ærlig holdning.

En av informantene i denne studien mener at de ikke jobber annerledes med allianse i denne behandlingen sammenlignet med annen type terapi. De mener at målgruppen i seg selv hjelper på alliansebyggingen. En av informantene jobber også på et dagsenter og sier at man bygger allianse på en annen måte her. Hun bruker seg selv på en annen måte og det er mere snakk om dagligdagse ting. Slik jeg ser det kan dette handle om at man har bedre tid på seg i en slik setting og målet med alliansen er ikke satt på samme måte som i en terapirelasjon. Partene er til en viss grad mere likestilte. Det er også flere å spille på i en slik setting. Man er ikke avhengig av å ha en god allianse med fagpersonene, men allianse med andre brukere er også av betydning.

Informantene bruker ingen standardiserte verktøy for å måle allianse, noe de ønsker å begynne med. På denne måten kan man ansvarliggjøre pasienten i større grad. Hvis pasienten mener at terapien ikke fungerer har han selv et ansvar for å grunngi hva som ikke fungerer og komme med forslag til endringer. Det betyr at det er ikke terapeuten som sitter på hele ansvaret for at en allianse skal fungere. Etter mitt syn er ansvarliggjøring et viktig prinsipp i alle former for terapi. Dette vil også styrke tanken rundt teamarbeid og at pasient og terapeut skal jobbe sammen mot et felles mål. Slik jeg ser det vil brukermedvirkning og samarbeid øke langtidseffekten av terapien sammenlignet med hvis det kun er terapeuten som bidrar og setter

mål for terapien. I dette prosjektet kan man forvente deltagelse og ansvarlige pasienter fordi målgruppen er lett til moderat problematikk. Med sykere pasienter kan man ikke forvente like stor deltagelse. På den annen side er det viktig at pasientene deltar med sin ekspertise samme hvor syk han er. Det vil styrke alliansen at terapeuten åpner opp for et gjensidig samarbeid.

## 5.0 KONKLUSJON

Hensiktene med denne studien var å undersøke terapeuter i RPH sine erfaringer med hvilke forhold som har betydning for terapeutisk allianse i et korttidstilbud. Problemstillingen er besvart gjennom 3 hovedkategorier. Prosjektets rammer, pasientens utgangspunkt og terapeutens ferdigheter. Informantene tillegger alliansen stor betydning for resultatet av behandlingen, men sier også at alliansen alene ikke fører til bedring av symptomer. I en sterk allianse kan teknikkene bli virksomme. Et forhold som har stor betydning for alliansen i RPH er hva slags pasienter som kommer til behandling. Det er bred enighet om at det må være pasienter fra målgruppen som er pasienter med mild til moderat angst og depresjon. Alvorlig psykisk syke har mer bagasje som gjør det mer utfordrende å bygge trygge sterke allianser. Det vil si at det er lite hensiktsmessig å behandle alvorlig psykisk syke med korttidsterapi som RPH.

Et annet forhold som er av betydning for alliansen er hvilket teoretisk tilnærming som brukes. Informantene mener at CBT har aspekter i seg som er med på å bygge allianse fortere. Informantene legger da spesielt vekt på at CBT er en team orientert behandlingsform som vektlegger viktigheten av at pasienten deltar aktivt med sin ekspertise. CBT har konkrete oppgaver og metoder som gjør at hvis pasientene er motivert for å jobbe, fører dette til en rask bedring av symptomer. Noe som igjen fører til at alliansen styrkes fordi pasienter opplever at terapeuten kan hjelpe dem.

Det er ikke bare egenskaper hos pasienten som er av betydning for alliansen. Også egenskaper som terapeuten besitter er med å påvirke. Terapeutene legger vekt på hvordan de opptrer ovenfor pasientene. De ønsker å vise åpenhet, empati, at de lytter, at de ønsker å forstå og at de tar pasientene med på utarbeidelse av målene og oppgaver for å nå målsetningen. Dette innvirker på hvor sterk alliansen blir og dermed utfallet av terapien. Hvis alle disse forholdene er på plass vektlegger ikke informantene den begrensede tiden de har til rådighet.

I denne studien har jeg kun snakket med terapeutene. For videre forskning kunne det vært interessant og snakket med pasienter som mottar tilbudet. Dette på bakgrunn av at forskning viser at terapeuter og pasienter ser på allianse noe forskjellig. Funn fra denne studien er overførbart også til andre tjenester og målgrupper. Allianse er viktig i alle former for samhandling med pasienter, men de bygges opp noe ulikt ut fra hvilken setting man er i.

Uavhengig av setting er det fortsatt mange av de samme faktorene som må være på plass for å bygge gode allianser.

## Referanser

- Bedi, R. P., Davis, M. D., Williams, M. & Gelso, C. J. (2005). Critical incidents in the formations of the therapeutic alliance from the client's perspective. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(3), 311-323.  
doi:10.1037/0033-3204.42.3.311
- Benum, K. (2006). Når tilknytningen blir traumatisert. I T. Anstorp, K. Benum, & M. Jakobsen (Red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer - integrering av det splittede jeg* (s. 22-42). Oslo: Universitetsforl.
- Berge, T. & Repål, A. (2004). *Den indre samtalen : kognitiv terapi i praksis* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Berge, T. & Repål, A. (2012). Veiledet selvhjelp ved depresjon. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 49-58.
- Bordin, E. S. & Kovacs, A. L. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.  
doi:10.1037/h0085885
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31. doi:10.1016/j.cpr.2005.07.003
- Clark, D. M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D. A., Suckling, R. & Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 910-920.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.010>

- Davidson, K. M., Donaghy, M. & Nicol, M. (2008). *Cognitive-behavioural interventions in physiotherapy and occupational therapy*. Edinburgh: Butterworth-Heinemann/Elsevier.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. (2017).  
[https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/fek\\_generelle\\_retningslinjer.pdf](https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/fek_generelle_retningslinjer.pdf).
- Duncan, B. & Sparks, J. (2008). *I fellesskap for endring : en håndbok i klient- og resultatstyrt praksis* (O. Ystanes, A.-G. Tuseth, & T. Fjeldstad, Overs.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Friis, S. & Vaglum, P. (1999). *Fra idé til prosjekt : en innføring i klinisk forskning* (2. utg. utg.). Oslo: Tano Aschehoug.
- Geirdal, A. Ø., Nerdrum, P., Aasgaard, T., Misund, A. & Bonsaksen, T. (2015). The Norwegian version of the Scale To Assess the therapeutic Relationship (N-STAR) in community mental health care: Development and pilot study. *International Journal of Therapy And Rehabilitation*, 22(5), 217-224.  
doi:10.12968/ijtr.2015.22.5.217
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M. & Ivy-Marie Blackburn, M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49(1), 59-72. doi:10.1016/S0165-0327(97)00199-7
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). Samhandlingsreformen : rett behandling - på rett sted - til rett tid. I (Bind nr. 47 (2008-2009)).
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2010). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* . <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-og-omsorgstjenesteloven>: Helse- og omsorgsdepartementet.

- Helsedirektoratet. (2009). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. I.
- Helsedirektoratet. (2014). Sammen om mestring : veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. I.
- Hjemdal, O. & Kennair, L. E. O. (2014). Kognitiv atferdsterapi. I R. Hagen (Red.), *Psykoterapi: Tilnærming og metoder* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (1994). *The Working alliance : theory, research and practice*. New York: Wiley.
- Horvath, A. O., Silverman, W. H. & Norcross, J. C. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 365-372. doi:10.1037/0033-3204.38.4.365
- Horvath, A. O., Symonds, B. D. & Harmon, L. W. (1991). Relation Between Working Alliance and Outcome in Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149. doi:10.1037/0022-0167.38.2.139
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- Kaiser, M., Jåsund, K. K. & Ugelvik, I. L. (2000). *Hva er vitenskap?* Oslo: Universitetsforl.
- Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *The American journal of psychiatry*, 158(7), 1091.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kåver, A. & Gröhn, H. (2012). *Allianse : den terapeutiske relasjonen i KAT*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Lambert, M. J. (2003). Psychtherapy Outcome Research: Implicattions for Integrative and Eclectic Therapists. I J. C. Goldfried, & J. C. Norcross (Red.), *Handbook of psychotherapy integration* (s. 94-129). New York: Oxford University Press.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- McClintock, A. S., Perlman, M. R., McCarrick, S. M., Anderson, T. & Himawan, L. (2017). Enhancing Psychotherapy Process With Common Factors Feedback: A Randomized, Clinical Trial. *Journal of Counseling Psychology*.  
doi:10.1037/cou0000188
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2010). *Folkehelse rapport 2010 : helsetilstanden i Norge* (Bind 2010:2). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Overland, S., Dahl, A. & Krokstad, S. (2006). A Population-Based Cohort Study of the Effect of Common Mental Disorders on Disability Pension Awards. *The American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1412-1418.
- Personopplysningsloven. (2015). *Lov om behabndling av personopplysninger*.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31?q=personopplysningsloven>.
- Preschl, B., Maercker, A. & Wagner, B. (2011). The working alliance in a randomized controlled trial comparing online with face-to-face cognitive-behavioral therapy for depression. *BMC Psychiatry*, 11(1), 189. doi:10.1186/1471-244X-11-189
- Richards, H. & Schwartz, L. (2002). Ethics of qualitative research: are there special issues for health services research? *Family Practice*, 19(2), 135.
- Rogers, C. R. & Shaffer, L. F. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.  
doi:10.1037/h0045357



- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412-415.  
doi:10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x
- Ryum, T. & Stiles, T. C. (2005). Betydningen av den terapeutiske allianse: En studie av alliansens prediktive validitet. *Tidsskrift for Den norske psykologiforening*, 42, 998-1003.
- Ryum, T., Stiles, T. C. & Vogel, P. A. (2009). Kvaliteten på tidlig terapeutisk allianse som prediktor for behandlingseffekt ved depresjon og angst. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*.
- Rønnestad, M. H. & von der Lippe, A. L. (2009). Forskningens bidrag til kunnskap om psykoterapi. I M. H. Rønnestad, & A. L. von der Lippe (Red.), *Det kliniske intervjuet* (2. utg., Bind 1, s. 13-32). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Skårderud, F., Stänicke, E., Haugsgjerd, S. A. M. D. & Engell, S. (2010). *Psykiatriboken: sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Smith, O. R. F., Alves, D. E. & Knapstad, M. (2016). *Rask psykisk helsehjelp : evaluering av de første 12 pilotene i Norge*.
- Ûstün, T. B. & Kessler, R. C. (2002). Global burden of depressive disorders: the issue of duration. *The British Journal of Psychiatry*, 181(3), 181-183.  
doi:10.1192/bjp.181.3.181
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate : models, methods, and findings*. Mahwah, N.J: L. Erlbaum Associates.
- Wampold, B. E. (2010). The research evidence for commonfactors models: a historically situated perspective. I B. Duncan, L. , S. Miller, D, & B. E. Wampold (Red.), *The Heart & soul of change: delivering what works in therapy* (2. utg. utg., s. 49 - 81). Washington D.C: American Psychological Association.

World Health Organization Geneva. (2006). *ICD-10 Psykiske lidelser og Atferdsforstyrrelser* Oslo: Gyldendal Akademisk.

World Medical Association. (2013). *Declaration of Helsinki - ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>.

Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker : relasjonens, alliansens og kontekstens betydning*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

## VEDLEGG 1

# Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet «*Terapeutisk allianse i «Rask psykisk helsehjelp»*»

### **Bakgrunn og formål**

Psykiske helseplager utgjør en stor andel av sykdom og lidelse i befolkningen, og om lag halvparten av befolkningen rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet. Mange av disse oppsøker ikke profesjonell hjelp. Myndighetene har de siste årene satset stort på lavterskeltilbud for å gjøre profesjonell hjelp mer tilgjengelig for befolkningen. Et av satsningsområdene er «Rask psykisk helsehjelp».

Formålet med denne studien er å undersøke hvilke forhold som har betydning for terapeutisk allianse i pilotprosjektet «Rask psykisk helsehjelp» (RPH). Prosjektet er en masteroppgave ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HIOA). Det er gjort et strategisk utvalg av fagpersoner som det er sannsynlig at kan belyse problemstillingen på en utfyllende måte.

### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Studien er en kvalitativ studie og datainnsamlingen vil bestå av individuelle intervjuer på ca 60 minutter med deg som terapeut i prosjektet «rask psykisk helsehjelp». Med intervjuene er det ønskelig å få en bred forståelse av hvordan du som terapeut opplever allianse med pasientene, spesielt med tanke på at RPH er en lavterskelbehandling og at den foregår over en relativt kort tidsperiode. Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd og skrevet ut i fulltekst i etterkant.

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

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun student og veileder som har tilgang til dataene. Lydopptak vil bli oppbevart bak låst dør i låsbart skap. Datamaterialet fra lydopptakene vil være uten navn. Navneliste vil bli oppbevart i et annet låsbart skap. Du som deltager vil ikke kunne bli gjenkjent i publikasjonen. Prosjektet skal avsluttes 1.7.2016. Alle lydopptak vil da bli anonymiserte.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet. Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med Tina Diseth tlf 952 75 466 mailadresse [tina\\_diseth@msn.com](mailto:tina_diseth@msn.com) eller veileder HIOA Tore Bonsaksen tlf 61236611 mailadresse [tore.bonsaksen@hioa.no](mailto:tore.bonsaksen@hioa.no)

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

## **Samtykke til deltakelse i studien**

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## VEDLEGG 2

### Intervjuguide

1. Terapeutrollen i RPH
  - Kan du starte med å beskrive din rolle som terapeut i RPH?
  - Hvordan jobber du for å få en god allianse med pasienten? Har du lært noen spesielle metoder som du ikke kunne før prosjektet? Hvordan jobber du med de ulike aspektene i alliansebegrepet (Mål, oppgave, bånd)
  - Er alliansebygging annerledes i RPH enn utenfor RPH
2. Behandlingsresultat
  - Hvordan påvirker alliansen behandlingsresultatet?
  - Hvilke andre faktorer påvirker behandlingsresultatet i RPH?
3. utfordringer
  - Er det noen type pasienter som er mer utfordrende å jobbe med i dette prosjektet. Har du noen ide om hvorfor det er slik?
  - Er det noe du føler du trenger mer kunnskap om i forhold til alliansebygging?
  - Føler du at du får nok veiledning og støtte når det oppstår utfordrende pasienter?
4. Andre metoders påvirkning i RPH
  - Hvordan brukes selvhjelpsmateriell? Hvilken betydning har dette for resultatet slik du ser det?
  - På hvilken måte brukes «likemenn» i prosjektet og hvilken betydning har dette på behandlingsresultatet?
  - På hvilken måte brukes hjemmelekser og hvilken betydning har dette for behandlingsresultatet?
  - Hva sier pasientene om betydningen av selvhjelpsmateriell og gruppebehandling?

## VEDLEGG 3

### Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Tore Bonsaksen  
Institutt for sykepleie Høgskolen i Oslo og Akershus  
Postboks 4 St. Olavs plass  
0130 OSLO

Vår dato: 09.07.2015

Vår ref: 43939 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 01.07.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

43939	<i>Terapeutisk allianse i "Rask psykisk helsehjelp"</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Tore Bonsaksen</i>
<i>Student</i>	<i>Tina Diseth</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

*Avdelingskontorer / District Offices:*

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrrsvarva@svt.ntnu.no  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uib.no

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 43939

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet vurderes som godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Oslo og Akershus sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 01.07.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lyd-/bilde- og videoopptak